

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação  
Científica e Tecnológica em Saúde

MARIANA BTESHE

EXPERIÊNCIA, NARRATIVA E PRÁTICAS  
INFOCOMUNICACIONAIS:  
sobre o cuidado no comportamento suicida

Rio de Janeiro  
2013

Ficha catalográfica elaborada pela  
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

B916 Bteshe, Mariana

Experiência, narrativa e práticas infocomunicacionais: sobre o cuidado no comportamento suicida / Mariana Bteshe. – Rio de Janeiro, 2013.

x, 189 f. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2013.

Bibliografia: f. 166-182

1. Comportamento suicida. 2. Práticas infocomunicacionais. 3. Narrativa. 4. Experiência. 5. Rede social. I. Título.

CDD 362.28

MARIANA B TESHE

EXPERIÊNCIA, NARRATIVA E PRÁTICAS  
INFOCOMUNICACIONAIS:  
sobre o cuidado no comportamento suicida

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

Primeiro Orientador: Prof. Dr. Carlos Estellita-Lins  
Segundo Orientador: Profa. Dra. Regina Marteleto  
Orientador Estrangeiro: Profa. Dra. Vivian Couzinet

Rio de Janeiro  
2013

MARIANA BTESHE

EXPERIÊNCIA, NARRATIVA E PRÁTICAS INFOCOMUNICACIONAIS:  
sobre o cuidado do comportamento suicida

Aprovado em 16 de julho de 2013.

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Blanca Susana Guevara Werlang

---

Prof. Dr. Octavio Domont de Serpa Jr.

---

Prof. Dr. José Carvalho Noronha

---

Profa. Dra. Márcia Texeira

---

Prof. Dr. Carlos Estellita-Lins

---

Profa. Dra. Regina Maria Marteleto

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Carlos Estellita-Lins, meu orientador, por um lado, por ter me proporcionado seis anos incríveis de aprendizado em pesquisa de campo em saúde. Por outro, por ter me ensinado que era preciso "me jogar" de corpo e alma neste trabalho. E, claro, por compartilhar genuinamente todos seus momentos de criatividade e amor pelo processo de pesquisa que tanto me inspiraram a explorar caminhos até então desconhecidos.

A Profa. Dra. Regina Maria Marteleto, minha co-orientadora, pelo exemplo de ética, apoio, cuidado e paciência nos meus primeiros passos no campo da infocomunicação em saúde. E também pelo incentivo para que parte da minha pesquisa fosse realizada em Toulouse/França através da cooperação com a Rede de Franco-Brasileira de Pesquisadores e Usos Sociais de Saberes e Informação (Rede MUSSI).

A Profa. Dra. Viviane Couzinet, minha co-orientadora estrangeira, por ter me recebido em seu grupo de pesquisa, MICS/LERASS, na Université Paul Sabatier em Toulouse, e pelas trocas cotidianas que tanto enriqueceram este estudo.

Ao Prof. Dr. Octavio Serpa pelas sugestões preciosas dadas na banca de qualificação.

A Profa. Dra. Erotildes Leal pelas trocas referentes ao processo de aplicação da MINI.

Ao pesquisador, interlocutor e amigo Mic Eales por compartilhar não somente suas hipóteses de trabalho sobre como compreender o suicídio através de narrativas artísticas, como também por dividir suas experiências pessoais sobre o suicídio.

Aos entrevistados que aceitaram participar desta pesquisa e contar suas histórias de forma tão generosa.

Aos amigos que participaram diretamente das diferentes fases deste estudo: Verônica Miranda de Oliveira (em especial!), Hélio Rocha Neto, Isabel Cardoso Salles, Clarice Moreira Portugal, Tatiana Clébicar, Maria Fernanda Coutinho, Pedro Iencarelli, Marcus Vinícius da Silva, Elaine Kabarite, Bianca Reis, Eduardo Thielen, Luciana Garcia Manzano e Catherine Mallasis.

À Cathy e Laurent Mallasis por literalmente me "adotarem" em Toulouse e por me guiarem ao topo dos Pirineus.

À Dora Haratz por garantir um lugar seguro e de reflexão, que permitiu que eu me debruçasse sobre um assunto, antes, tão obscuro.

A minha "família escolhida", sempre presente mesmo com a distância geográfica: Tatiana Germano, Daniela Ramalho, Carin Matos, Daniel Bardusco, Arion Wu Yen, Thiago Quaresma Chaves, Tatiana Gouveia, Alexandre Gonçalves e Rodrigo Lariú.

Aos meus pais, Saul e Luisa, meus irmãos, Dani e Rafa, e aos meus cunhados, Marcello e Monique, por acolherem e apoiarem incondicionalmente todas as minhas escolhas profissionais.

À CAPES pelo apoio financeiro



Instalação de Mic Eales (2010)

"Yes, the void was where I started"  
Mic Eales

## RESUMO

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa que propõe investigar o vivido subjetivo nos comportamentos suicidas e na rede social de proximidade. Partimos do pressuposto de que conhecer esta experiência através dos significados e valores que lhe são socialmente conferidos, pode ser uma ferramenta útil na construção de um saber compartilhado. O objetivo central é compreender como se dá a construção de significados e interpretações, que se desenvolvem a partir de processos comunicativos e interativos, em torno do comportamento suicida. Para tanto, num primeiro momento fizemos uma revisão de literatura de três temas: suicídio e suicidologia, dando ênfase aos aspectos ligados a infocomunicação; rede social e saúde mental; narrativas e experiência de adoecimento/sofrimento. Em um segundo momento, partimos para a pesquisa de campo. Utilizamos como método de coleta de dados o instrumento McGill MINI Narrativa de Adoecimento, uma entrevista semi-estruturada construída para eliciar narrativas de adoecimento/sofrimento. Foram entrevistadas onze pessoas. Para análise as narrativas colhidas, aprofundamos o estudo do método antropológico-fenomenológico, tendo como base os seguintes marcos teóricos: comportamento suicida, experiência de adoecimento ou de sofrimento; narrativa de doença; itinerário terapêutico; cuidado e práticas infocomunicacionais. 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. Chegamos a cinco categorias pautadas nas seções da MINI: sobre a experiência: o suicídio em cena; sobre a infocomunicação na rede social; sobre causas e explicações; modelos itinerários terapêuticos; impactos sobre a vida. Nossa investigação destaca modelos híbridos e complexos que apontam para este agravo como: um fenômeno simultaneamente coletivo e individual; como uma experiência que pode ser desdobrada em vivências logicamente acessíveis; como um problema de assistência ligado à discussão dos campos de promoção de saúde; e como um modelo privilegiado para o estudo das diferentes combinações entre experiências, saberes e práticas infocomunicacionais utilizadas pelos indivíduos.

**Palavras-chave:** comportamento suicida; práticas infocomunicacionais; narrativa; experiência; rede social

## ABSTRACT

This study is a qualitative research that investigates the lived experience in suicidal behaviors and proximity social network. We assume that knowing this experience through the meanings and values that are socially conferred can be a useful tool in building a shared knowledge. The main objective is to understand how the construction of meanings and interpretations, which develop from communicative and interactive processes, around the suicidal behavior. Therefore, at first we did a literature review of three themes: suicide and suicidology, with emphasis on aspects related to info-communication, social network and mental health and illness/suffering experience narratives. In a second step, we used the field research. As method of data collection we adopt the instrument McGill MINI Narrative of illness, a semi-structured interview constructed to elicit narratives of illness/suffering. We interviewed eleven people. To analyze the narratives collected, we deepen the study of the phenomenological-anthropological method, based on the theoretical frameworks: suicidal behavior, experience of illness or suffering; illness narratives; therapeutic itinerary; infocommunicative care and practices. In weekly meetings with the research group coordinated by the supervisor of the thesis, the qualitative data passed through three stages of analysis: exposure to content analysis, recurrent themes, identify exceptions and idiosyncrasies, encoding process, negotiation of codes, creating categories and submission of the raw material categories for empirical refinement. We arrived at five categories guided the sections of MINI: about the experience: the suicide scene, the info-communication in social network, about causes, explanations and models, therapeutic itineraries and impacts on life. Our research points to hybrid and complex models that indicate this disorder as a phenomenon both collective and individual; as an experience that can be split into logically accessible experiences; assistance as a problem linked to the discussion of the fields of health promotion, and as a privileged model for the study of different combinations of experiences, knowledge and infocommunicative practices used by individuals.

**Keywords:** suicidal behavior; infocommunicative practices; narrative; experience; social network

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Suicídio e transtornos mentais: distribuição dos diagnósticos em estudos com a população geral	28
Figura 2: SUPRE-MISS: fluxograma do estudo em intervenção breve	31
Figura 3: Proporção comportamento suicida/atendidos no pronto-socorro	47
Figura 4: Tabela de dados demográficos	135
Figura 5: Mapa dos itinerários terapêuticos	154

## LISTA DE ABREVIATURAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AAS	American Association of Suicidology
AP	Área Programática
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
BHS	Beck Hopelessness Scale - Escala de Desesperança de Beck
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
CVV	Centro de Valorização da Vida
CPRJ	Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EPJV	Escola Politécnica Joaquim Venâncio
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GT	Grupo de Trabalho
HIV	Human Immunodeficiency Virus - Vírus da Imunodeficiência Humana
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
IPUB	Instituto de Psiquiatria da UFRJ
IASP	International Association for Suicide Prevention
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
MINI	McGill MINI Narrativa de Adoecimento
SUPRE-MISS	Multi-Site Intervention Study on Suicidal Behaviours - Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida
NE	Não especificados
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUPRE	Suicide Prevention Program - Programa de Prevenção do Suicídio
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNB	Universidade de Brasília
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. Suicídio como objeto de estudo interdisciplinar	18
2.1. Panorama das políticas públicas de prevenção do suicídio no Brasil	29
2.2. A visada da suicidologia: um campo em constante reconstrução	35
2.2.1 O tabu, os problemas de notificação, as diferentes nomenclaturas: algumas implicações para as práticas infocomunicacionais	39
2.2.2. Dor psíquica, desesperança e sensação de não poder ser ajudado: vivências e crenças associadas ao comportamento suicida	52
3. Redes sociais e sua associação com a saúde mental: ora proteção, ora risco	57
3.1. Apoio e suporte social: como propriedades da rede social	64
3.2. A rede social como sobrevivente ao suicídio	70
3.3. Como falar de produção compartilhada de conhecimento de um tema que é silenciado /silencioso entre os atores da rede?	85
4. Narrativas e saúde	89
4.1 Sobre a virada narrativa	89
4.2. Narrativa e saúde: entre a anamnese, a terapêutica e a produção de conhecimento	95
4.3. Narrativa como expressão e transformação da experiência de sofrimento	103
4.4. Apontamentos para as narrativas na pesquisa qualitativa em saúde mental	112
5. Metodologia	117
5.1. Questões éticas preliminares	117
5.2. Pesquisa qualitativa em saúde mental e o instrumento McGill Entrevista Narrativa de Adoecimento (MINI)	119
5.3. Amostra	126
5.4. Delineamento da pesquisa	128
5.5. Análise dos dados	128
5.6. Notas etnográficas acerca das dificuldades e dos desafios encontrados na pesquisa de campo	129
6. Resultados	133
6.1. Sobre a experiência: o suicídio em cena	136
6.2. Sobre a infocomunicação na rede social	142
6.3. Sobre causas, explicações e modelos	151
6.4 Itinerários terapêuticos	153
6.5. Impactos sobre a vida	159
CONSIDERAÇÕES FINAIS	162
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	166
ANEXOS	183

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo trata de uma pesquisa qualitativa que propõe a investigar as narrativas sobre a experiência do suicídio e suas diferentes manifestações (ideias, planos e tentativas de morrer). Esta temática nos interessa especialmente pelo diálogo e formas de comunicação que se dão na rede social informal, ou seja, entre as pessoas que foram atingidas por essa situação de sofrimento, seus familiares, amigos e pessoas próximas.

Partiremos do pressuposto de que conhecer essa experiência, a partir dos significados e valores que lhe são socialmente conferidos, pode ser uma ferramenta útil na construção de um saber compartilhado. Trata-se aqui de propor uma crítica recíproca entre senso comum e ciência, que permita uma reflexão mais complexa sobre o cuidado que possa ser oferecido às pessoas que passaram ou testemunharam este acontecimento.

É notório que a tessitura da rede de cuidados também depende de inúmeras estratégias que se dão para além das fronteiras dos serviços de saúde. A decisão de procurar um tratamento e de aderir a certas propostas terapêuticas, por exemplo, dependem em grande parte dos significados culturais e expectativas associados à experiência de adoecimento. Para além da questão dos limites geográficos e físicos, está em foco a ideia de um lugar social no qual as experiências coletivas e pessoais se constituem e se desenrolam.

Assim, são valorizados os vínculos estabelecidos socialmente para o processo terapêutico, rompendo com a clássica e equivocada associação do campo da psiquiatria entre cuidado e isolamento. O modo de se apropriar de informações frente a um processo de adoecimento mental pode e deve ser compreendido levando em conta a grande diversidade de atores institucionais e sociais que estão interagindo em determinado contexto. Busca-se assim a ampliação dos espaços de interlocução em torno da comunicação e da informação em saúde mental, enfatizando a necessidade de democratizar esse campo de relações de poder e produção de saber.

O interesse por investigar o papel da informação e da comunicação no cuidado integral à saúde mental nos acompanha ao longo da nossa trajetória acadêmica. Sempre atuamos em situações potencialmente traumáticas, seja na UTI neonatal ou no cuidado à depressão e à tentativa de suicídio, isto é, que beiram o risco de morte, de doença e de deficiência. Situações em que mais do que provocar sofrimento e angústia, podem engendrar uma incerteza insuportável típica de um encontro traumático. Quando uma experiência não pôde ser falada ou representada,

as coisas permanecem suspensas. Nada escora aquele momento. Nesse cenário em que a abolição simbólica se torna um ameaça, é fundamental criar condições favoráveis para a fala. Todavia, em situações radicais de vazio simbólico é preciso que algo possa ser dito sobre aquilo, para que uma história possa ser narrada posteriormente. Para tanto, é preciso que o enquadre leve em conta e se disponha a dialogar com a experiência vivida do usuário, se deixando iluminar por ela para poder assim auxiliá-lo a lidar com o processo de sofrimento ou adoecimento. Nesse sentido, cremos que o acesso à informação é considerado parte essencial e estratégica de uma prática de cuidado integral.

Para além do discurso que preza pela participação social como um instrumento que fortalece a cidadania e minimiza desigualdades sociais, gostaríamos de sublinhar que as “práticas infocomunicacionais” (JEANNERET, 2008) que nos interessam discutir são aquelas que prezam pela capacidade do ser humano de simbolizar algo que ameaça violentamente romper o equilíbrio da vida. Cremos que o comportamento suicida encontra-se neste rol de experiências. Pretendemos, assim, articular 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).

Antes de prosseguirmos, cabe ressaltar que o presente estudo é um desdobramento do projeto de pesquisa intitulado “Abordando a epidemiologia do risco de suicídio na AP1& 3 através de um serviço de emergência psiquiátrica”, que foi realizada no Rio de Janeiro (RJ)<sup>1</sup> entre 2007 e 2009. O interesse pela dinâmica das “redes sociais primárias”<sup>2</sup> na experiência vivida diante do fenômeno do suicídio e de suas diferentes manifestações emergiu do próprio processo da observação participante durante o trabalho de campo que convencionamos chamar de pesquisa-mãe. Esta reflexão só foi possível através do acesso ao acervo de dados (entrevistas, relatos de grupos focais, registros fotográficos e fílmicos) coletados desde 2007 pela pesquisa qualitativa empírica desenvolvida no ICICT/Fiocruz. É importante lembrar que esses dados incluem transcrições e codificações, da qual participamos ativamente. A coleta de dados foi

---

<sup>1</sup>A pesquisa foi financiada pela FAPERJ. Aprovada pelo CEP da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (CAAE n.º 0011.408.0.000-09).

<sup>2</sup>Redes sociais primárias ou de proximidade “dizem respeito às relações significativas que uma ou mais pessoas estabelecem cotidianamente ao longo de suas vidas. [...] O processo é autônomo, espontâneo e informal. Já as redes secundárias formam-se pela atuação coletiva de grupos, instituições movimentos com interesses comuns” (STOTZ, 2009, p. 29).

realizada através da triangulação de entrevistas semi-estruturadas, etnografias e grupos focais. Foram realizadas codificação e análise de conteúdo, privilegiando experiências relacionadas com a narrativa de doença, problemas na utilização de serviços de urgência e atitudes de empoderamento. Nosso estudo, contudo tem autonomia, sendo um aprofundamento de um tema da pesquisa-mãe.

Os resultados preliminares da pesquisa supracitada sugerem que as tentativas repetidas de suicídio são problemas frequentes e bastante conhecidos pelos usuários da emergência psiquiátrica. Verifica-se grande interesse da comunidade em falar sobre esta questão. Interesse que inclusive nos impressionou devido à facilidade em falar de um tema que é um tabu social e ainda descrever suas experiências num grupo de pessoas desconhecidas. Nesse cenário, uma questão em especial despertou nossa atenção. Durante a coleta de dados, os entrevistados mencionaram recorrentemente sua necessidade de informação em saúde mental, além da expectativa de esclarecimento para seus familiares, no sentido de diminuir o preconceito quanto à depressão e ao tratamento psiquiátrico em geral. As formas como a depressão e o suicídio são vistos pela população em geral são extremamente preconceituosas e estigmatizantes, o que limita e delimita a capacidade de ação de um sujeito. O preconceito comunitário muitas vezes se reflete em um preconceito intradomiciliar, levando a instabilidade das relações familiares e aumentando ainda mais o sofrimento de todos. A família, que constitui a rede social mais próxima do usuário, num primeiro momento parece desacreditar ou não compreender esta experiência de adoecimento mental e expressões como ‘vagabundo’, ‘preguiçoso’ e ‘egoísta’ foram citados como adjetivos. Observam-se ainda ressonâncias do transtorno mental na família, na medida em que muitos familiares relataram fazer uso da emergência psiquiátrica. (ESTELLITA-LINS et al., 2012). Os problemas mentais, especialmente o humor depressivo, demoram a ser compartilhados entre os membros da família, seja por culpa, vergonha ou incapacidade de compreender esta vivência que interroga de maneira tão radical a vida. Os pensamentos e ou planos de se matar acabam por tornarem-se silenciosos ou mesmo silenciados.

Em uma apresentação da pesquisa no XXV Congresso Mundial da Associação Internacional de Prevenção, realizado em 2009, no Uruguai, deparamo-nos novamente às voltas com estas questões. Por que nos grupos focais, grande parte das pessoas apontou para vizinhos e colegas de trabalho, relações mais casuais, como referências na busca por ajuda? Por que a insistência em falarmos sobre estigma com as famílias, ao invés do público leigo em geral ou

mesmo para eles?

Um sobrevivente, que se tornou pesquisador do assunto, pôde responder a estas questões com certa clareza. "- Mas, como você acha que eu iria falar para minha mulher que eu ia me matar? Eu ia virar para minha filha e dizer não que consigo parar de pensar em matar? Como ia falar para minha filha: me ajuda? - É claro que não", disse ele durante uma discussão sobre os resultados que encontramos nos grupos focais. Este encontro fortuito permitiu que começássemos a pensar sobre o silenciamento desta questão nos diálogos entre familiares e pessoas próximas, que supostamente seriam a rede de apoio principal. Não por acaso o interesse maior na área da saúde está voltado para a rede social primária ou de proximidade, ou seja, por aquela relativa às interações cotidianas entre as pessoas (STOTZ, 2009).

Mic Eales<sup>3</sup>, o pesquisador australiano supracitado, virou amigo e interlocutor. Interessado pela função da arte em dar sentido para a experiência de suicídio fez um curta, no qual conta sua experiência de vida e seu atual projeto de trabalho. Numa das apresentações de seu vídeo, percebemos que a reação dos demais pesquisadores também era um misto de surpresa e questionamentos sobre aquela narrativa. Sim, tratava-se de uma narrativa da experiência de ideação suicida e de tentativas repetidas de se matar e como a arte foi o caminho encontrado para dar sentido, figurabilidade e visibilidade àquilo que permanecia não falado. Atualmente, Erminia Colucci é a pesquisadora que coordena este grupo, que se dedica a investigar a interseção entre a pesquisa qualitativa e a criação estética na suicidologia.

Diante disso, nos questionamos se as narrativas de experiência de sofrimento não seriam passíveis de serem utilizadas na construção de um conhecimento social sobre suicídio? E, mais, como fazer falar não somente as pessoas que passaram por esta experiência diretamente, mas aquelas que representam sua rede de apoio imediata? Seria este sofrimento invisível na rede social primária? Talvez o conceito de invisibilidade nos permita formular esta operação de recalçamento de uma experiência, tal como Freud descreveu.

No primeiro capítulo, nos dedicamos a apresentar o 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. Procuramos dar ênfase as questões infocomunicacionais que

---

<sup>3</sup>Mic Eales é doutorando com o projeto de pesquisa *Different Voice, Different Perspective: a visual arts enquiry into understanding suicide through original voice narratives* e integra o grupo de pesquisa do Centre for International Mental Health, coordenado pela Profa. Erminia Colucci na University of Melbourne, Austrália. site: <http://www.toofewladders.com>

estão implicadas não somente na prevenção do suicídio, como na intervenção e na posvenção. Neste capítulo são assinalados pressupostos básicos que adotamos e que perpassam todo o trabalho, tais como: uma definição de um modelo de compreensão do comportamento suicida, a sua associação com transtornos mentais, as descrições fenomenológicas das vivências de sofrimento relacionadas à esse comportamento e a questão da desestigmatização do tema.

O suicídio, enquanto desfecho de uma situação de crise, é objeto de estudo e velho conhecido tanto das ciências sociais, quanto das ciências da saúde. Todavia, por se tratar de um tema que toca diretamente em questões éticas de pesquisa (escolha dos sujeitos, vulnerabilidade, divulgação dos dados, etc.), os métodos qualitativos permaneceram por muito tempo como acessórios a esses estudos. Quando utilizados, limitavam-se a análise de documentos (livros, cartas de despedida) ou apresentação de casos clínicos. No Brasil existem pouquíssimas pesquisas qualitativas publicadas sobre o suicídio e o comportamento suicida. Há o reconhecimento da importância do tema, mas as pesquisas qualitativas ainda são incipientes.

A assistência às pessoas em risco de suicídio também permanece ainda quase inexplorada (SILVA e COSTA, 2010). Pouco se sabe sobre a experiência de ideação suicida e sobre como as pessoas se recuperam de uma tentativa de suicídio. É urgente uma reflexão sobre os cuidados e o acolhimento das pessoas com comportamento suicida, como também de familiares e outros envolvidos, a fim não somente de compreender o complexo circuito de informação e de comunicação em questão, como também de reduzir os impactos deletérios que o suicídio imprime no ambiente em torno do qual se forja. A questão do suicídio atravessa a todos.

No segundo capítulo discutimos a ampliação da noção de atenção psicossocial para além do cuidado aos pacientes crônicos e da noção de reabilitação. A valorização dos projetos assistenciais na própria comunidade pela Reforma Psiquiátrica Brasileira possibilitou a abertura de outras frentes de trabalho. Contudo, é inegável que no Brasil fornecer apoio e reabilitação de uma doença mental grave e aos crônicos representam os modelos dominantes.

Diferentemente, nossa proposta foi compreender como a enfermidade mental e as condições de sofrimento associadas a ela, se incorporam no cotidiano de um indivíduo. Identificar como a rede social primária influencia no itinerário terapêutico, articulando informações objetivas e subjetivas que efetivamente contribuem para que os atores se apropriem das informações podendo multiplicar processos sociais coletivos.

Os resultados alcançados até então na pesquisa-mãe também confirmaram esta hipótese. O suporte social apareceu como um fator importante tanto para diminuição do preconceito como para o itinerário terapêutico (a experiência vivida dos sintomas; as decisões em relação ao tratamento, à adesão e às práticas terapêuticas). A experiência pessoal e o contato com alguém da comunidade (amigos e vizinhos) foram citados como fontes preferenciais de informação e de entendimento sobre causas e fatores de risco, o que acaba por orientar a preferência por determinados tipos de tratamento. Verificou-se ainda que a comunidade possui uma leitura do problema que tende a ser desconhecida pelos profissionais de saúde, aumentando a desumanização da assistência, sua baixa efetividade e menor adesão ao tratamento. Ficou patente a dificuldade na transmissão de conhecimento entre profissionais e pessoas que tentaram suicídio e sua rede social primária (ESTELLITA-LINS et al., 2012).

Por este motivo, no segundo capítulo, além das transformações decorrentes das políticas públicas de saúde mental no Brasil, também realizamos uma revisão sobre os estudos de redes sociais e saúde, as noções de suporte e apoio social e suas possíveis relações com o processo de saúde/doença e, sobretudo, com o comportamento suicida e com o suicídio como desfecho. Neste contexto, também expomos como a rede social se identifica no campo da suicidologia, como sobreviventes, e os principais pontos abordados na literatura científica sobre posvenção.

O terceiro capítulo é dedicado aos estudos sobre narrativa e saúde. Percorremos as diferentes formas de compreensão da narrativa e apontamos para as contribuições de dois teóricos: Jerome Bruner e Paul Ricoeur, que escolhemos como guias para nossa pesquisa. Foi, então, realizado apontamentos sobre os distintos usos e lugares que o ato de contar uma história ocupou na história da medicina. Neste contexto, ressaltamos as contribuições teóricas sobre a experiência de adoecimento e sofrimento e sua relação com a narração. Por fim, propomos três categorias, que estão intimamente ligadas e que guiam o nosso debate sobre o uso da narrativa como instrumento da pesquisa qualitativa: a. possibilidade de reconstrução identitária; b. reconhecimento da alteridade e compartilhamento da experiência vivida; c. sobre o ato de narrar e a ilusão de reencontrar uma verdade.

A segunda parte do estudo é dedicada a pesquisa empírica. É apresentada a metodologia de pesquisa qualitativa, os aspectos éticos implicados neste trabalho, o instrumento utilizado para a coleta de dados: a Entrevista Narrativa de Adoecimento MINI Mc Gill, o modelo que adotamos para analisar os dados e algumas notas etnográficas sobre os desafios encontrados no trabalho de

campo. Por fim, literalmente nos embrenhamos na análise dos dados e optamos por ilustrar as categorias encontradas com excertos das narrativas.

## 2. SUICÍDIO COMO OBJETO DE ESTUDO INTERDISCIPLINAR

Com o intuito de mapear os principais debates que compõem o pano de fundo de nossa pesquisa, neste capítulo, faremos alguns apontamentos sobre o panorama atual dos estudos sobre o suicídio. De antemão, nos deparamos com alguns impasses. Primeiro, trata-se de um objeto de estudo que causa contínuas discussões e discordâncias entre os interlocutores do campo, pois se manifesta das mais diversas maneiras: pensamentos, planos, gestos e atos. O repertório de motivos, meios utilizados, formas de comunicação é muito maior do que podemos aqui assinalar. Além disso, por ser um ato que acompanha sofrimento, dor e sobressalto, não passa despercebido, causa desconforto. E por isso mesmo, é constantemente recoberto pelas mais diferentes compreensões dos profissionais de saúde, das pessoas que viveram esta experiência e da sociedade em geral.

O suicídio como objeto de estudo constituiu-se em um marco fundamental do surgimento da sociologia quantitativa. Foi o livro seminal de Émile Durkheim, "O Suicídio", de 1897, que inaugurou um novo modelo epistemológico e metodológico, no qual a análise de dados estatísticos ganhou relevo para a explicação de fenômenos sociais (DURKHEIM, [1897] 2007).

Se, por um lado, a proposta de Durkheim ([1897] 2007), ao casar dados e teoria, tem o mérito de ter dado às Ciências Sociais um status científico, permitindo-a se tornar uma disciplina independente; por outro, acabou dando ênfase para uma explicação do ato de matar baseada somente em fatores extra-individuais, ou seja, de natureza eminentemente social. É notório que o projeto do sociólogo francês era o de justamente tomar o suicídio, entendido na época como um fenômeno individual, resultante de influências de ordem extra-sociais, e de características pessoais e psicológicas, e transformá-lo num exemplo suficientemente significativo de sua hipótese de trabalho acerca da sociedade como objeto específico de estudo e do “fato social” enquanto fenômeno irreduzível – expresso por formas elementares (parentesco, vida religiosa, divisão social do trabalho). Em outras palavras, para Durkheim ([1897]2007), seria possível explicar um ato tido como individual através da análise de fatores sociais que agem sobre um grupo, utilizando como metodologia a análise estatística.

Propositalmente, Durkheim dedica um capítulo de seu livro, para ressaltar que fatores não-sociais não explicariam as diferenças existentes nas taxas de suicídio. E assinala que a falta

de integração social, a anomia<sup>4</sup>, a ausência de solidariedade seriam fatores sociais que levariam a tal ato radical. Sustentou, assim, que a consistência das taxas de suicídio era um fato social, explicado pelo grau em que os indivíduos eram integrados e regulados pelas forças que participavam da vida coletiva (DURKHEIM, [1897]2007). Interessa-nos destacar aqui que a problemática relação loucura-suicídio acaba sendo substituída no interior da sociologia por uma visão na qual a doença e o sofrimento não seriam somente pertinentes aos indivíduos, mas, sobretudo às sociedades em que viviam (STEINER, 2009; PICKERING, 2002)

Foi justamente Maurice Halbwachs, seu colaborador e discípulo, que 30 anos depois, ao rever a tese de Durkheim à luz dos novos dados estatísticos sobre o suicídio, acaba por reaproximar a sociologia da psiquiatria. Ao comparar os dados das zonas urbanas e rurais, Halbwachs (1930) percebeu que o isolamento social era o fator mais importante para o suicídio, tanto quanto características relacionadas à estrutura familiar ou à escolha religiosa. O autor ressalta que todos estes fatores estão interligados, mas a urbanização das cidades reforçava a solidão social e o desligamento dos indivíduos de seus laços estáveis, sendo um ambiente propício para suicídios (HALBWACHS, 1930). Em seu projeto, ele retoma contribuições da psicopatologia de Serin e afirma a existência de dois tipos de suicídio. O suicídio dito "normal", o mais comum, seria causado por perdas e questões sociais (desemprego, perda amorosa, etc.). E o suicídio dito "patológico" causado por uma doença ou alienação mental associada ao alcoolismo, que também levaria o sujeito a um estado de desadaptação e solidão, e conseqüentemente ao gesto suicida. Em última instância, ambos os tipos de suicídio, o normal e o patológico, seriam efeitos de uma lacuna social. Os dois últimos capítulos ("O suicídio, a doença mental e o alcoolismo: dados estatísticos" e "O exame da tese psiquiátrica: o aspecto psicopatológico e social do suicídio") de seu livro, "Les causes du suicide", são dedicados a apresentação das teorias da psiquiatria e da medicina, e suas possíveis interseções com a sociologia. Halbwachs dá um passo em direção a uma leitura sociológica sobre o suicídio, que dialoga com a perspectiva fenomenológica e psicológica. Basta lembrar que Halbwachs, antes de ser discípulo de Durkheim, foi aluno de Bergson, e também mostrou interesse pelos estudos da psicanálise de

---

<sup>4</sup> O estado de anomia é caracterizado por uma rápida mudança dos padrões ou valores das sociedades e um sentimento associado de alienação e de inutilidade. A anomia pode ocorrer quando a sociedade sofre mudanças significativas em sua situação econômica, seja para o bem ou para o mal, como, por exemplo, em uma situação de guerra. E, sobretudo, quando existe uma discrepância significativa entre as teorias e valores ideológicos comumente professados e o que realmente acontece na vida cotidiana (DURKHEIM [1897]2007).

Freud sobre sonhos e memória (GIDDENS, 2001). A repercussão da obra de Halbwachs no meio médico foi tamanha, que em 1931, que o jovem Georges Canguilhem publicou uma resenha sobre o livro, intitulada: "Sociologia: as causas do suicídio: uma resenha sobre a obra de Maurice Halbachs" <sup>5</sup> (CANGUILHEM [1931] 2007).

A despeito das críticas feitas à teoria durkheimiana, ela influenciou diretamente a sociologia americana nos estudos sobre o suicídio, sobretudo na primeira metade do século XX. A noção de "integração social" foi reapropriada de diversas maneiras e recebeu novas roupagens, tais como: isolamento social; coesão social e suporte social. O funcionalismo americano difundido por Parsons, por exemplo, é tributário da retomada da teoria da anomia de Durkheim.

Entre os anos 20 e 50, influenciados pela sociologia urbana proposta pela Escola de Chicago, os estudos ecológicos sobre suicídio nas áreas urbanas ganharam notoriedade. Estes misturavam dados estatísticos com observações diretas das comunidades. Posteriormente, inúmeras outras correntes da sociologia tiveram o suicídio como objeto de estudo e focaram em diferentes aspectos: disparidades raciais; estratificação social; diferenças de gênero; disparidades religiosas; imitação social e cultural. Vale ressaltar que a leitura de Durkheim sobre o suicídio, com suas limitações, acabou por chamar a atenção para um aspecto até então ignorado: a importância de se sentir integrado socialmente. Este sentimento de pertencimento social é reconhecido até hoje na maioria das teorias que visam explicar o fenômeno do suicídio e suas diferentes manifestações. A teoria da anomia retorna ao centro, mas agora relida. (WRAY, COLEN e PESCOLIDO, 2011).

Vale lembrar que, concomitantemente ao desenvolvimento da sociologia, os sistemas de controle e geração de informação sobre a saúde das populações foram aperfeiçoados, e suas áreas de cobertura cresceram consideravelmente. Desde a segunda metade do século XX, a epidemiologia como disciplina desenvolveu-se rapidamente e, inclusive, estabeleceu um diálogo fértil com as ciências sociais. Essa troca de conhecimento permitiu que os modelos etiológicos de compreensão do processo saúde-doença se tornassem multicausais, o que aponta para uma preocupação especial com os chamados determinantes sociais da saúde, ou seja, com as condições sociais e econômicas que afetam a saúde (ESTELLITA-LINS, 2003).

Nesse contexto de transformações, atualmente, sabe-se que o fenômeno do suicídio é

---

<sup>5</sup>A resenha de Canguilhem (1931), originalmente escrita em francês, está disponível para leitura em uma tradução para o italiano no site: <http://www.storicamente.org/03canguilhem.htm>

complexo, que ultrapassa os limites de um único campo do conhecimento, e no qual 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. Passa a ser, assim, entendido como um desfecho de transtornos de saúde, especialmente mentais, porém permanece multicausal ou complexo admitindo inúmeras variáveis dependentes (OMS, 2002a; WHO, 2012).

Vale fazer uma distinção fundamental entre o suicídio como ato consumado ou desfecho, e as diferentes manifestações do que se pactuou nomear, no campo da suicidologia, de comportamento suicida (ideias, tentativas, etc.), que não necessariamente levam à morte autoinfligida, mas que estão potencialmente ligadas ao desfecho letal de acordo com inúmeros estudos epidemiológicos.

A despeito dos estudos quantitativos serem majoritários na produção científica da suicidologia, é crescente o reconhecimento da importância dos dados gerados pelas pesquisas qualitativas para compreensão do suicídio. Estudos que se dedicam a compreender o impacto social, a experiência de adoecimento, a construção da identidade de sobrevivente, o percurso feito na busca de ajuda, a partir do olhar daqueles que viveram esta experiência, ganham cada vez mais espaço. Inúmeros debates e seminários se debruçam sobre os propósitos de uma investigação em profundidade, seus possíveis desdobramentos e questões éticas (HJELMELAND e KNIZEK, 2011; ROGERS e APEL, 2010; LESTER, 2010). Há a concordância que o comportamento suicida é um fenômeno multicausal, e que dependendo da dimensão que se pretende investigar, exige uma abordagem complexa. Por exemplo, existem estudos que se focam somente na comunicação da ideação e do plano suicida, outros que se dedicam a investigação do desfecho e seus efeitos, e assim em diante.

Um dos principais argumentos é que as pesquisas qualitativas permitiriam conhecer novas formas de ver, conceber e estudar o suicídio e o comportamento suicida, até então, mascarados por uma linguagem unívoca que marca a suicidologia (FITZPATRICK, 2011). Como abordaremos adiante, a questão de pactuar uma terminologia para as diferentes manifestações do comportamento suicida está presente desde o início esta disciplina (HJELMELAND e KNIZEK, 1999). O debate gira em torno de como fazer o campo avançar através de perguntas e questões que não podem ser respondidas somente através de números, ou ainda, se e como os resultados das pesquisas quali podem realimentar as análises dos diversos estudos quantitativos já realizados

(HJELMELAND e KNIZEK, 2011; FITZPATRICK, 2011; ROGERS e APEL, 2010; LESTER, 2010).

Em uma discussão recente, apresentada no único periódico de acesso aberto do campo, *Suicidology Online*, Fitzpatrick (2011) destaca que o estudo da narrativa em primeira pessoa, ainda que tenha implicações éticas, políticas e morais, aparece como uma estratégia qualitativa passível de tornar visível a nuance ainda pouco conhecida dessa experiência de sofrimento. Esta proposta de assumir as narrativas de primeira pessoa, que abordam a experiência de adoecimento e seus aspectos relacionais, como uma metodologia alternativa de investigação e também de ensino no campo da psicopatologia já vem sendo adotada inclusive no Brasil (SERPA JUNIOR et al., 2007).

Cabe abrir um parêntese para deixar claro que a perspectiva escolhida para a pesquisa que realizamos - um estudo qualitativo baseado em narrativas, circunscrita pelo campo da saúde coletiva e da infocomunicação - como qualquer outra iniciativa de compreender um fenômeno tão multifacetado como o suicídio, propõe um recorte específico, e tem objetivos bem claros. É sabido que o suicídio é uma questão que remete a complexidade da construção da subjetividade humana, e ao sofrimento inerente a ela, e que inúmeras contribuições valiosas, advindas dos campos das ciências, da filosofia e das religiões, ajudaram a compreendê-la. Logo, não se trata aqui de desabonar as demais abordagens existentes para o tema, mas de avançar na discussão, sustentando uma escolha de trabalho, na qual a infocomunicação em seu diálogo com a saúde mental, em especial com a leitura psicanalítica, tem um papel de destaque. Temos como objetivo auxiliar a compreensão do suicídio e suas diferentes manifestações, assim como, a construção de um cuidado específico (prevenção e posvenção) voltado para todos os envolvidos que podem ser atingidos por um evento tão devastador. Sem nos esquecermos, claro, dos fatores éticos envolvidos na abordagem qualitativa deste fenômeno como um problema de saúde pública.

Antes de adentrarmos o campo da suicidologia, disciplina que se dedica a estudar o fenômeno do suicídio, vale retomar as recomendações da WHO (1999) quanto aos programas de prevenção de saúde mental. É notório que falar em prevenção e promoção de saúde mental é um assunto controverso, sobretudo no Brasil, onde os esforços ainda se concentram na desinstitucionalização e no cuidado daqueles que permaneceram, por muito tempo, excluídos da vida social. O reconhecimento da deterioração das condições de vida de grande parte da população como importante fator agravante ou desencadeante de transtornos mentais, assim

como do sofrimento e exclusão provocados por estas doenças, levou a um questionamento se os programas de saúde mental não deveriam se focar mais na atenção primária. Assim, apesar da comunicação acerca dos fatores protetores e de risco figurar no Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1988) como uma das principais competências do trabalhador que atua na assistência pública, no Brasil os debates sobre as práticas específicas para a prevenção primária e a construção de espaços promocionais de saúde nesse campo são recentes. Talvez a exceção esteja situada em ações do Programa da Saúde da Família e da Atenção Básica. Verifica-se uma maior preocupação de ONGs e de grupos de autoajuda em divulgar informações e os meios de obtê-las do que dos próprios serviços públicos de saúde (ESTELLITA-LINS, OLIVEIRA e BATESHE, 2009).

Se, por um lado, para a WHO (2004), toda e qualquer política de saúde mental deve partir da necessidade urgente de revisão dos pressupostos das práticas preventivas e educativas tradicionais, no sentido de impedir a disseminação de práticas de controle pela impregnação de um saber organicista e medicalizante. Por outro lado, há uma preocupação em construir uma base teórica e epistemológica que sustente as intervenções primárias e reorientar o próprio agir em saúde. Dentre os objetivos deste modelo de prevenção primária com base territorial, pode-se destacar: a diminuição da vulnerabilidade dos indivíduos a certos transtornos mentais comuns, e o acompanhamento dos outros casos em suas especificidades; a formação de uma rede de suporte e cuidados; a realização de ações diretas e indiretas, e o desenvolvimento de novas estratégias de abordagem em saúde mental (WHO, 2004). O Programa de Prevenção do Suicídio (SUPRE), lançado mundialmente em 1996 é um dos desdobramentos deste plano da OMS de fazer avançar as ações de prevenção e promoção no campo da saúde mental.

No que diz respeito à prevenção do suicídio, nos últimos 30 anos o campo da suicidologia têm se desenvolvido rapidamente, aumentando o conhecimento sobre os fatores de proteção e de risco à ocorrência deste agravo. Dentre os fatores de proteção que podem ser reforçados, encontram-se: reconhecimento do apoio da família, de amigos, e de outros relacionamentos significativos; crenças religiosas, culturais, e étnicas; envolvimento na comunidade; boa capacidade de comunicação e integração social e acesso a serviços e cuidados de saúde mental. Já existem evidências de que algumas modalidades de intervenção primária podem reduzir drasticamente os fatores de risco, e revigorar os fatores protetores, diminuindo a incidência e prevalência do comportamento suicida. Um dos desafios sugeridos pela OMS no SUPRE é

reforçar e divulgar de maneira sistemática a base de dados científicos existente, a fim de informar tanto as práticas como as políticas públicas de planejamento do campo. Incentivar a divulgação destas informações é parte do projeto de prevenção do suicídio (OMS, 2006).

Na literatura especializada, destacam-se claramente um maior interesse pela busca e pelo reconhecimento de fatores de risco que tendem a tornar as pessoas mais vulneráveis ao suicídio. Preditores de comportamento suicida, e fatores de risco, incluem um histórico de tentativas de suicídio anteriores, algumas variáveis demográficas, sintomas clínicos e questões relacionadas com a assistência médica e suporte social.

Sabe-se que o suicídio não é uma doença, mas um desfecho decorrente de distintos agravos à saúde mental que pode ocorrer pela combinação de múltiplos fatores. Este envolve questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais, sem que um único fator possa ser apontado como exclusivamente responsável pela tentativa ou pelo gesto propriamente dito. Perdas ou condições sociais, por si só, não podem explicar um suicídio. Desemprego ou desilusão amorosa podem até atuar como fatores precipitantes para o ato, mas provavelmente estão combinados com outros fatores. Todavia, uma hipótese que tem recebido especial destaque na literatura científica é a combinação de fatores como: sinais do espectro depressivo, personalidade impulsiva, uso de substâncias psicoativas, ambivalência, sensação de solidão e a falta de suporte social (BOTEGA et al., 2006; OMS, 2002b).

Dentre os fatores preditores, encontramos a presença de transtornos mentais, tais como: transtornos de humor (transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos, transtorno depressivo recorrente e transtornos do humor persistentes); alcoolismo; esquizofrenia; transtornos de personalidade (antisocial e *borderline* com traços de impulsividade, agressividade e frequentes alterações do humor); transtornos de ansiedade, transtorno mental orgânico. Além dos transtornos mentais, doenças físicas crônicas, doenças incapacitantes ou terminais, também são destacados como fatores de risco: doenças neurológicas (epilepsia, AVE); neoplasias; HIV-AIDS; dor crônica; grandes queimaduras e danos à integridade da face (OMS, 2002a).

Os fatores sociodemográficos associados ao grupo que se encontra em maior risco suicídio são: idosos (mais de 75 anos); jovens (15-35); sexo masculino; aposentado, solteiro ou separado; desempregados ou aposentados; com alguma ocupação que tenha acesso a meios letais (farmacêuticos, profissionais de saúde, policiais, veterinários, dentistas e fazendeiros) e migrantes (OMS, 2002a). Já os fatores estressores que podem agravar um quadro de transtorno mental

associado são: problemas interpessoais; separação recente ou perda amorosa; perdas familiares; luto; alteração no status financeiro e ocupacional; exposição recente a um suicídio (OMS, 2002a).

Além de ter um histórico de tentativa prévia, o reconhecimento de um transtorno mental subjacente ao comportamento suicida, parece ser um dos principais fatores de risco que podem ser observados e devidamente cuidados, auxiliando na prevenção. Isto porque alguma condição pode influenciar morbidamente, a incapacidade da pessoa e seu entorno de construir soluções normativas eficientes e rápidas face ao desequilíbrio transindividual iminente. Uma pessoa deprimida, por exemplo, pode ter dificuldade em reconhecer a ajuda dos outros em encontrar solução para um problema. Um indivíduo em um episódio psicótico, por sua vez, pode escutar vozes que o ordenam a se matar. Ou ainda, um dependente de álcool e drogas psicoativas pode estar com sua capacidade cognitiva momentaneamente alterada, o que também pode levá-lo a um ato radical sem volta.

Inúmeros estudos (FLEISCHMANN et al., 2008; BERTOLOTE et al., 2004; CONWELL et al., 1996; HENRIKSSON et al., 1993; RORSMAN, 1973) vêm se dedicando a compreender o elo entre esses dois fenômenos, o comportamento suicida e o transtorno mental, com o intuito de pensar sobre possíveis intervenções preventivas e de cuidado. Não se trata de afirmar que todo suicídio relaciona-se a uma doença mental, nem que toda pessoa acometida por uma doença mental vá se suicidar. A proposta é pensar em medidas de cuidado para redução das taxas de suicídio que visem os grupos ditos de "alto risco" para o suicídio (FLEISCHMANN et al., 2008).

Botega et al. (2006), num artigo sobre a prevenção do suicídio, relatam que um diagnóstico psicopatológico pode ser feito em 93-95% dos casos de suicídio, com base em evidências retrospectivas (autópsia psicológica<sup>6</sup>, por exemplo) colhidas com a rede social

---

<sup>6</sup> De acordo com Wray, Colen e Pescosolido (2011) foi Zilboorg, entre 1934 e 1940, o primeiro pesquisador a fazer uma investigação em Nova Iorque que combinava história médica, relatórios da polícia, investigações médico-legal e entrevistas em profundidade com amigos e familiares de suicidas, com o intuito de saber mais detalhadamente o porquê daqueles atos. Já Leenaars (2010) e Werlang (2000) assinalam que foi em 1958, quando a equipe de Shneidman, do Centro de Prevenção do Suicídio da Universidade da Califórnia do Sul começou a trabalhar em conjunto com os médicos forenses de Los Angeles, que este meio de investigação se tornou conhecido. O método consistia em recolher informações sobre o estilo de vida do falecido através de entrevistas com o maior número de pessoas próximas à ele. Foi a partir destas investigações que Schneidman o nomeou de autópsia psicológica. Para ele, compreender estes dados *a posteriori* poderia também ajudar na prevenção de futuros casos.

primária, e com a análise de documentos médicos e pessoais (diários, cartas de suicidas, etc). Entre estes diagnósticos, os transtornos de humor, no qual as depressões se encaixam, representariam de 40 a 50 % dos casos, seja como diagnóstico primário, ou como sintoma. Uma justificativa para este alto índice se deve ao fato de que os transtornos depressivos são mais frequentes na população geral do que, por exemplo, um quadro de esquizofrenia. Estima-se que a prevalência de transtornos depressivos gira em torno de 3%, com variações de acordo com o gênero. Mulheres são mais propensas a apresentarem um quadro depressivo, e a prevalência pode chegar a 6% (BOTEGA et al., 2006). Já os quadros de esquizofrenia a prevalência encontrada é de 0,6% (MARI e LEITÃO, 2000). Além disso, as depressões frequentemente aparecem associadas a outras morbidades psiquiátricas (uso de álcool e drogas, transtornos de ansiedade) ou doenças clínicas, o que aumentaria em mais de 20 vezes o risco de suicídio BOTEGA et al., 2006).

De acordo com Botega et al. (2006), dados retrospectivos apontam que cerca de 50% das pessoas que se mataram estavam deprimidas, e se considerarmos outros transtornos mentais também que apresentam sinais de depressão esta taxa pode chegar a 80%. Em outro estudo de caso-controle sobre os fatores associados à ideação suicida, realizado por Silva et al. (2006), a análise multivariada dos achados, também sugeriu, que o relato de pensamentos de se matar, vinham associados mais frequentemente, à sintomas de transtornos afetivos, tais como: humor depressivo, falta de energia, dificuldades emocionais que persistem por mais de um ano, sentimento de desesperança e solidão. E lembram que, de acordo com estudos de autópsia psicológica, 60% dos suicídios são realizados por indivíduos com sintomas depressivos significantes. Conforme os autores,

esta consistente associação entre quadros depressivos e ideação suicida afasta uma tendência de determinados autores a “normalizar” a ideação suicida, colocando a questão como algo intrínseco ao ser humano, pensar na existência e na possibilidade de voluntariamente pôr um fim a ela. Não há evidências que sustentem este ponto de vista (SILVA et al., 2006).

Já em relação às tentativas, Weissman et al. (1999) apontam para até 70% de prevalência entre pacientes com um episódio depressivo grave, ou de depressão maior. Acresce-se a isso, o fato de que após uma tentativa fracassada, existe um risco elevado de se desenvolver, associado ao quadro de depressão maior, um episódio de estresse pós-traumático, o que aumentaria ainda mais o risco para uma nova tentativa (BILL et al., 2012).

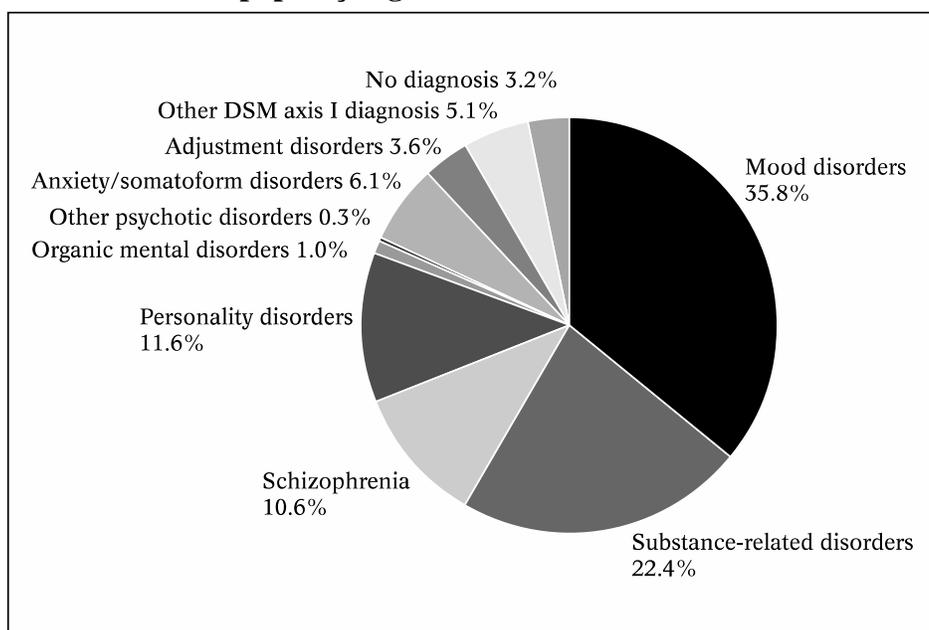
Vale abrir um parêntese para esclarecer que as depressões constituem um espectro amplo e multietiológico de transtornos do humor, nos quais conspiram aspectos sociais, individuais, biológicos e inconscientes, gerando agravos à saúde. Sofrimento, desânimo, tristeza, falta de prazer e energia, perdas afetivas e prejuízo econômico, são parte de quadros depressivos. A desmotivação, o desinteresse e a letargia do raciocínio, típicos destes transtornos, acabam por afastar as pessoas do convívio cotidiano com familiares e amigos. Isolamento social, que também pode levar a uma reafirmação dos sentimentos de desesperança e solidão. Uma tendência observada é o abandono, não somente das atividades diárias e do investimento afetivo nas pessoas próximas, mas o próprio abandono ou desistência de si. Em suma, as depressões tendem a comprometer, em todos os aspectos, o funcionamento social e a qualidade de vida do indivíduo. Em muitos casos, a depressão é mascarada e os pacientes apresentam apenas queixas somáticas. Quando associados ao uso abusivo, e ou compulsivo de álcool e drogas, estes sintomas causam um estado de fragilidade que pode levar o sujeito a um ato fatal. Daí decorre a importância de pensarmos nas tentativas de morrer, precedidas por depressões, como ponto de vista estratégico para políticas de saúde, e do ponto de vista clínico, como contribuição para um modelo hermenêutico de compreensão do suicídio. (ESTELLITA-LINS et al., 2012).

Apesar da associação entre os transtornos de humor e o suicídio ser largamente citada e reconhecida no campo da suicidologia, alguns autores questionam se não há uma supervalorização deste dado, e apontam para a importância de olharmos para a correlação entre outros transtornos psiquiátricos (BERTOLOTE et al., 2004; ZONDA, 2005; BRONISCH, 2003). O suicídio não é um fenômeno exclusivo da depressão. Por exemplo, o risco de um paciente esquizofrênico jovem cometer suicídio é alto. Estima-se que de 20 a 50% farão uma tentativa e, dentre estes, de 8 a 15% morreram de fato (HARKAVY-FRIEDMAN et al., 2001 apud FLAMENBAUM, 2009). A morte por suicídio de pacientes jovens diagnosticados com esquizofrenia, sobretudo do subtipo paranoide, nos estágios iniciais da doença, tem também chamado a atenção dos pesquisadores do campo (WERLANG, 2000).

Um estudo que ficou célebre, realizado por Bertolote e Fleishmann (2002), por revisitar o conhecimento sobre o diagnóstico psiquiátrico de quem cometeu suicídio a partir de uma perspectiva global, encontrou que 98% dos casos tinham pelo menos um diagnóstico de transtorno mental. Foi realizada uma revisão de artigos publicados que reportavam o diagnóstico de transtornos mentais em casos de desfecho suicídio, de pessoas internadas ou não em hospitais

gerais, no período de 1959 a 2001. No gráfico abaixo (FIGURA 1) é possível vermos a magnitude do problema em uma proporção mundial. Os transtornos de humor, espectro no qual estão inseridas as depressões, representaram 35,8% da população (menos de 1/3 da amostra de 15.629 casos). Por um lado, sabe-se que os transtornos relacionados ao uso de substâncias, (22,4%) e esquizofrenia, (10,6%) também podem apresentar depressões como comorbidade. Por outro lado, os dados apontaram para uma prevalência da depressão bem menor do que a esperada. Os autores tentam explicar esta diminuição nos dados, através de um possível viés da amostra (composta por mais jovens do que idosos), pelo efeito positivo da assistência e das campanhas de prevenção de suicídio, quase todas voltadas para os casos de depressão, ou ainda, devido ao aumento de meios letais que apontam mais para uma situação de desespero e raiva, do que para sinais depressivos. Eles apontam ainda, para a questão de que a comorbidade depressão e uso de substâncias também deve ser levada em conta, pois aumenta a prevalência do comportamento suicida (BERTOLOTE e FLEISHMANN, 2002). Uma crítica que pode ser feita a este estudo se deve também ao fato de que os autores recolheram dados secundários, de prontuários e outros documentos, não havendo, portanto, como uniformizar os critérios diagnósticos que foram utilizados para determinar os transtornos.

**FIGURA 1: Suicídio e transtornos mentais: distribuição dos diagnósticos em estudos com a população geral**



Fonte: Bertolote e Fleishmann, 2002.

A identificação das variáveis demográficas e dos ditos "grupos de risco" têm tido um papel importante para a avaliação na clínica e na gestão do risco de suicídio. Além disso, inúmeros estudos já conseguiram comprovar que países como Estados Unidos, Austrália, Inglaterra, Japão e Suécia, que investiram em planos de prevenção e controle do suicídio a partir destes dados, conseguiram diminuir drasticamente os índices nacionais de suicídio (BEAUTRAIS, 2006).

## **2.1. PANORAMA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL**

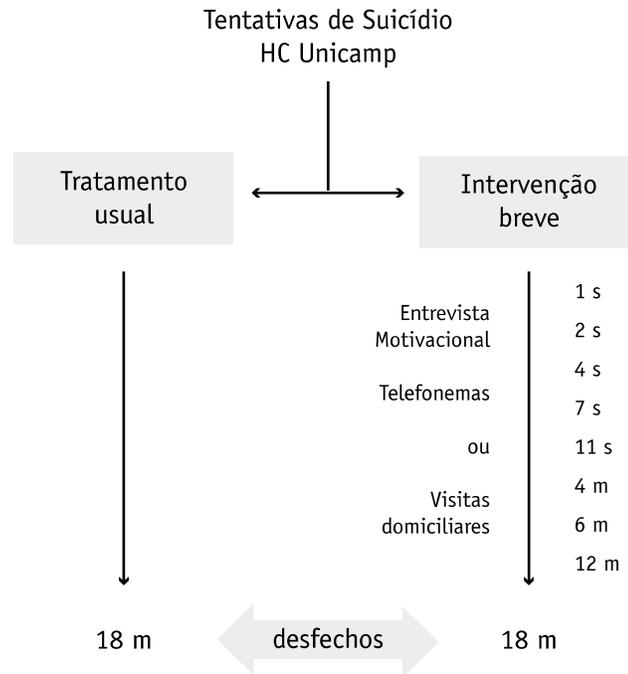
Como vimos anteriormente, em 1996, a OMS, baseada em estatísticas epidemiológicas de diferentes regiões e grupos étnicos, que apontavam para um aumento de 65% nos últimos 40 anos nas taxas de suicídio de jovens na faixa etária de 10 a 24 anos, classificou o suicídio como um grave problema de saúde pública em todo o mundo, e que demandava esforços no sentido da prevenção. Assim, em 1999, a entidade lançou mundialmente o Programa de Prevenção do Suicídio (SUPRE), com o objetivo de integrar as diferentes iniciativas para reduzir a morbidade e mortalidade devido ao comportamento suicida. Dentre os objetivos do programa SUPRE interessa, para nossa pesquisa, destacar que ele centra-se na informação e na conscientização, como forma de intervenção e abordagem do suicídio. Procura-se investir no aprimoramento das pesquisas científicas, na quebra do tabu em relação ao assunto, através do aumento do conhecimento sobre o suicídio e do apoio àqueles que têm ideias, experiências, ou que são familiares e amigos próximos de pessoas que se mataram (WHO, 1999).

No ano seguinte, foi apresentado o Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS), um inquérito epidemiológico seguido de uma estratégia de prevenção em dez países, incluindo o Brasil. Os outros países colaboradores foram China, Irã, Índia, Sri-Lanka, Estônia, África do Sul, Vietnã, Suécia e Austrália. Este tinha como objetivo a avaliação de estratégias de tratamento para tentativas de suicídio, uma pesquisa com pessoas que apresentavam comportamentos e ideias suicidas, e uma descrição dessa comunidade, com o objetivo de avaliar índices socioculturais. Para tanto, foi oferecido a cada grupo de pesquisa um documento com um protocolo a ser seguido por cada entrevistador. A metodologia consistia em

selecionar os sujeitos, após uma tentativa de suicídio atendida, em um pronto-socorro. Depois de receberem os cuidados referentes ao tratamento de seus ferimentos, os indivíduos passavam por uma entrevista com um profissional de psiquiatria ou de psicologia, e eram convidados a participar da pesquisa. Caso aceitasse, o sujeito passava então por um inquérito e era conduzido para um dos dois grupos da pesquisa. O grupo controle foi orientado para um tratamento dito usual, ou seja, encaminhado para os serviços de saúde responsáveis por esta modalidade de cuidado. O segundo grupo, por sua vez, passou por algumas etapas diferentes. Logo, na primeira entrevista recebeu informações práticas sobre o comportamento suicida (fatores protetores, fatores de risco, índices de suicídio na população e orientações de como procurar um serviço de saúde quando em risco de suicídio). A entrevista de aconselhamento visava motivar o indivíduo a iniciar um tratamento. Nas semanas seguintes, após a saída do hospital, cada sujeito do segundo grupo recebeu um telefonema (quando isso não era possível foi feita uma visita domiciliar) do pesquisador, que perguntava como a pessoa estava se sentindo, e que buscava motivá-la para que continuasse o tratamento. Os telefonemas persistiram por 18 meses, com intervalos cada vez mais espaçados. A proposta era testar se um telefonema poderia atuar como uma rede de apoio emocional de emergência para aqueles que se encontravam em risco (FLEISHMANN et al., 2008; BERTOLOTE et al., 2005).

Entre os anos de 2000 e 2004, o Laboratório de Saúde Mental e Medicina da UNICAMP, coordenado pelo Prof. Dr. Neury Botega, foi responsável pela aplicação deste inquérito e do modelo de intervenção breve posterior. Sua amostra constou de 120 pessoas. Após um ano e meio, uma entrevista motivacional e telefonemas com intervalos de semanas, foi possível observar a redução, em 10 vezes, do número de suicídios no Brasil. Podemos observar a estratégia e seus resultados no gráfico abaixo (Figura 2) (BOTEGA, SILVEIRA e MAURO, 2010).

**Figura 2: SUPRE-MISS fluxograma do estudo de intervenção breve**



(BOTEGA, 2010)

Importante notarmos as práticas infocomunicacionais que estão implícitas neste experimento da OMS. Estão presentes: a divulgação científica de dados sobre o suicídio; a orientação quanto aos direitos do usuário (onde ele deve buscar ajuda), além do uso de um dispositivo de comunicação - o telefone - como mediador da assistência.

Também em 2000, associado ao lançamento desta pesquisa multicêntrica, a OMS publicou uma série de manuais de prevenção de suicídio, todos traduzidos para o português, voltados para diferentes categorias profissionais. Em documentos específicos, foram contemplados clínicos gerais, profissionais de saúde em atenção primária, professores e educadores, agentes prisionais, e profissionais de mídia.

Apesar do esforço para dar um sentido, ou compreender este gesto e suas diferentes formas de aparecimento, ainda hoje, o autoextermínio permanece como um tema tabu em muitas culturas. Em conversações, fora do contexto de pessoas que possuem um engajamento particular com o tema, não é um assunto recebido de bom grado. O silêncio e a invisibilidade parecem ser a

norma, inclusive no Brasil. Basta observarmos que a participação ativa da sociedade civil aqui, é quase nula. Pesquisadores da área e poucos atores sociais estão comprometidos na produção, divulgação ou vulgarização de conhecimentos sobre o suicídio. Aquilo o que é escrito e falado sobre o tema, seja na mídia, na produção literária e em programas de entretenimento, constitui uma produção ainda muito desigual, com exceção de alguns trabalhos religiosos e informativos. Cabe destacar que o espiritismo kardecista no Brasil tem produzido uma literatura cinzenta significativa sobre a prevenção do suicídio, e suas diversas entidades participam ativamente, através de redes, da divulgação de dados científicos e de eventos que tratam do assunto (BTESHE et al., 2010).

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a aderir à iniciativa da OMS. Em 2005 instituiu um Grupo de Trabalho (GT) (BRASIL, Portaria no. 2.542/GM de 22 de dezembro de 2005)<sup>7</sup> para elaborar e implantar uma Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, que foi lançada no ano seguinte. Em 2006, houve uma mobilização para colocar em prática as Diretrizes Nacionais que foram instituídas. Assim, o GT lançou publicações (manual para profissionais de saúde mental, referências bibliográficas comentadas sobre suicídio, sobreviventes e família), realizou o I Seminário de Prevenção do Suicídio, e criou o Projeto ComViver de assistência aos familiares enlutados pelo suicídio.

Vale notar que, dentre as oito Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, pelo menos quatro estão diretamente associadas ao campo da informação e comunicação em saúde, a saber:

I - 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; II - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da **gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos**; III - 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 IV- **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

---

<sup>7</sup> Vale destacar que na lista de participante do Grupo de Trabalho dentre 12 pessoas, apenas um era realmente representante da sociedade civil, um representante da ONG Centro de Valorização da Vida (CVV). Todos os demais membros eram associados a algum grupo de pesquisa universitário ou representantes do governo. O que reafirma a nossa tese que no Brasil ainda não há participação ativa da população atingida por este agravo, seja nas discussões informais, muito menos na formulação de políticas e gestão do conhecimento.

da humanização. (BRASIL. Portaria no 1.876 de 14 de agosto de 2006.)

O que aponta para o papel estratégico da informação, comunicação e educação na concepção ampliada de saúde incitada pelo Sistema Único de Saúde. Entretanto, apesar de 2006 ter sido um ano fértil em produções e intervenções, somente oito anos depois do lançamento Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio as políticas públicas deste campo estão paralisadas. O GT se desfez, o Projeto ComViver foi interrompido em 2008, não houve uma segunda publicação dos manuais voltados para a informação e educação continuada, eles estão apenas disponíveis online. As principais iniciativas de prevenção, intervenção ou cuidado ainda concentram-se no seio das universidades e dos grandes centros de pesquisa (UNICAMP; UNB; PUC-RS; UFPB; PUC-SP; UFRJ; UERJ; FIOCRUZ) em alguns órgãos do governo, tais como: o setor de violência da Secretária de Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro, o SINITOX/FIOCRUZ que é uma base de dados colaborativa dedicada às intoxicações exógenas e outros programas de notificação de violência no Brasil. Há um esforço contínuo para que estes grupos se comuniquem mais e melhor.

No Brasil, no setor civil, encontramos somente o trabalho do CVV, fundado em 1961 por jovens associados a Federação Espírita do Estado de São Paulo que se interessaram pelo modelo de obra de caridade inglês chamado *The Samaritans*. Este modelo foi criado para dar apoio emocional fraterno, por telefone, às pessoas que estão em risco de suicídio, com o objetivo de auxiliá-las a adiar a decisão de colocar fim à própria vida (DOCKHORN e WERLANG, 2008). Atualmente, o CVV ampliou seu escopo de trabalho e, além de oferecer apoio emocional gratuito, por telefone em tempo integral (24horas), por meio de voluntários treinados, expandiu seu atendimento para o meio virtual (e-mail, chat). Mais recentemente, criou postos de atendimento presenciais. Existe também uma preocupação da ONG em divulgar informações sobre a prevenção do suicídio. No site brasileiro ([www.cvv.org.br](http://www.cvv.org.br)) encontra-se um folheto produzido pelo grupo disponível para download. Esta iniciativa de auxílio circunstancial é inestimável, principalmente no Brasil, onde existem pouquíssimos programas de assistência e cuidado emergencial às pessoas em risco de suicídio. Na pesquisa qualitativa "Abordando o suicídio na AP3&AP1 através do serviço de emergência psiquiátrica do CPRJ/SES", (CAAE n.º 0011.408.0.000-09), coordenada por Estellita-Lins (2009), observamos que ligar para 141, tem sido uma medida comumente adotada por usuários em casos de emergência de suicídio. Sabemos

que o CVV não pode, e nem deve ter um caráter substitutivo na rede de assistência em saúde mental, mas infelizmente, parece ser esta sua atual função.

As chamadas *crisis hotlines* são medidas adotadas mundialmente, e geralmente tem o papel importante de proporcionar uma escuta acolhedora de maneira ininterrupta, que pode ser decisiva em um momento de crise. As *hotlines* são recursos, por exemplo, bastante utilizados nos lugares (prédios, pontes ou espaços) conhecidos ou famosos por serem *hotspots* de suicídio. Assim, em um momento de crise, as pessoas teriam acesso por telefone a um interlocutor treinado para convencê-las a não se matarem (SEELEY, 1998).

Todavia, no Brasil, alguns problemas são facilmente identificados, e inclusive já foram discutidos em reuniões com representantes da ONG. Primeiro, os voluntários são pessoas que passam por um treinamento para acolher emocionalmente pessoas em risco, mas não temos qualquer informação ou dados sobre como eles se sentem após um plantão. Até onde sabemos não existe um apoio, ou atendimento psicológico, para estes voluntários que ficam expostos a um grande estresse e pressão. Há somente uma reunião mensal dos voluntários nos postos de atendimento para relatar questões administrativas e de treinamento. Segundo, existe uma orientação de que o CVV não pode e não deve encaminhar, ou mesmo orientar, a pessoa a procurar ajuda, mesmo nos serviços públicos de saúde mental. O argumento é que este encaminhamento fugiria do objetivo da instituição, que é primordialmente escutar e acolher de maneira fraternal as pessoas em crise. Ou seja, um dos principais centros de referência de apoio emocional por telefone à suicidas no Brasil, que provavelmente absorve grande parte das pessoas que estão em um momento de crise, não faz parte de uma rede de cuidados em saúde. Atua de maneira isolada. É paradoxal que ao mesmo tempo em que participem do planejamento de políticas públicas e da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (DOCKHORN e WERLANG, 2008), não reconheçam a importância da assistência pós-crise, do cuidado para além da informação.

Deparamo-nos aqui com um nó do nosso estudo, que é justamente este inter cruzamento entre a infocomunicação e a assistência em saúde mental. Nosso pressuposto é que as práticas infocomunicacionais fazem parte do cotidiano da assistência pública em saúde, e que não temos como vê-las ou tratá-las de formas separadas ou compartimentalizadas. O que está em questão é o conceito de cuidado integral, proposta defendida pelo SUS.

O cuidado não pode se resumir a um único tipo de tratamento, ele só pode ser efetivo se

houver interdisciplinaridade e interssetorialidade. Os serviços deveriam estar abertos e flexíveis a novas necessidades da população que buscam atendimento, evitando uma fragmentação do cuidado, burocratizado, que gera somente transferência de responsabilidades. Cuidar pressupõe um encontro interpessoal com o usuário, uma escuta atenta. É também uma atitude de se ocupar e se responsabilizar pelo sofrimento do outro. É saber exercer uma sabedoria prática, apoiada na tecnologia, sem se reduzir a ela. A interação e diálogos são essenciais para que aconteça a integralidade do cuidado, não só no interior de uma equipe, mas, sobretudo, entre os diferentes serviços de saúde (AYRES, 2004).

Em saúde mental, em especial no cuidado do comportamento suicida, nos deparamos com um desafio maior, que é o de fazer os novos modelos de atenção, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que foram criados na lógica do cuidado territorial, dialogarem com as emergências dos hospitais gerais, emergências psiquiátricas, e com a atenção básica. Os resultados preliminares da pesquisa coordenada por Estellita-Lins (2010) realizada em uma das emergências psiquiátricas do Rio de Janeiro confirmam que a rede de cuidados em saúde mental ainda é muito desarticulada. Frente a uma pessoa em risco iminente de suicídio, o Caps não se vê preparado para acolhê-la, e a encaminha ou para um ambulatório, ou para uma internação psiquiátrica. Nos casos das tentativas que chegam, principalmente, ao hospital geral, raramente a pessoa sai com algum encaminhamento para continuar seu tratamento em um serviço da atenção básica (ESTELLITA-LINS et al., 2010).

## **2.2. A VISADA DA SUICIDOLOGIA: UM CAMPO EM CONSTANTE RECONSTRUÇÃO**

A definição de suicídio, como ato, é muito mais complexa do que mera a descrição corriqueira "se matar". Ainda hoje, existe um grande debate repleto de divergências e instabilidades no campo da suicidologia acerca de nomenclaturas e ou classificações que abarquem o suicídio e suas manifestações correlatas (ameaças, tentativas, planos de morrer, etc.) (DE-LEO et al., 2006).

Para alguns autores, a intenção consciente de morrer, o grau de letalidade do meio utilizado, a existência prévia de um transtorno mental, constituem em muitos casos os traços distintivos da conduta suicida. Para outros, qualquer gesto que coloque em risco a vida da própria

pessoa, ainda que não vise diretamente à morte, ou o fim de uma situação insuportável, mas a dor ou a automutilação, poderia ser incluído neste espectro do suicídio, através do termo "comportamento suicida não-fatal" (LESTER, 2007). Percebe-se que a clássica definição de morte autoinfligida, provocada por um ato voluntário e intencional não é um consenso para os estudiosos do campo da saúde (DE-LEO et al., 2006).

Em meio a esta confusão de línguas, um aspecto que ganhou destaque é o fato da intencionalidade consciente ser ou não um fator determinante para uma definição. Nesse sentido, vale lembrar que o suicídio pode ser levado por um pensamento ou um gesto fortemente ambíguo entre o querer morrer, e o querer viver, de maneira diferente, ou seja, na maioria das vezes pode não ser um ato sustentado no livre-arbítrio. Não se trata de afirmar que todo ato suicida é não racional e não voluntário, mas que uma grande parcela de pessoas que sobreviveram relatam uma intenção de morrer vaga ou ambivalente (OMS, 2002a).

De todo modo, a determinação da intenção do ato, e a consciência de que este pode levar a morte, toca em outro ponto importante que é a distinção entre a tentativa voltada para "chamar a atenção" - seja para pedir ajuda ou agredir e culpar o outro - e a tentativa dita "verdadeira", que se tornou popular, inclusive, no meio médico. Por muito tempo, o grau de letalidade e o fato da pessoa anunciar ou não previamente sua intenção foram fatores suficientes para julgar se a tentativa mereceria ser "levada a sério". Frases como "pessoas que falam que vão se matar não se suicidam realmente, porque quem quer se matar o faz sem avisar", ou ainda, "quem quer se matar faz direito" são exemplos deste modo de compreensão ultrapassada e equivocada (CASSORLA, 1998b).

O que nos interessa destacar é que esta compreensão acerca das tentativas de suicídio deu margem para que muitas pessoas não fossem devidamente cuidadas, e até mesmo, estigmatizadas. Basta lembrarmos que diante de inúmeras tentativas a chance de que ocorra um erro de cálculo e a pessoa realmente morra, mesmo que este não seja seu objetivo primário, é muito maior. Hoje em suicidologia existe um enorme esforço para que esta compreensão que desvalorizou e estigmatizou as tentativas mal sucedidas seja modificada. Além disso, estudos retrospectivos mostram que entre, 75% e 90% das pessoas que cometeram suicídio, fizeram algum tipo de comunicação prévia de sua intenção a familiares ou amigos (WERLANG, 2000). As ameaças ou tentativas repetidas fracassadas de suicídio devem ser consideradas como um sinal importante de que algo não vai bem (CASSORLA, 1998b).

Tal mudança no olhar sobre as tentativas repetidas se deve, entre outros aspectos, ao fato de que os estudos epidemiológicos estimam que o número de tentativas de suicídio seja vinte vezes maior que o número de suicídios consumados na população geral (CHACHAMOVICH et al., 2009; BOTEGA et al., 2006). Cais et al. (2009), a partir de dados colhidos pela OMS, também ressaltam que 15 a 25% das pessoas que tentam se matar, tentarão de novo no ano seguinte, e 10% das pessoas que tentam o suicídio, matam-se realmente nos próximos dez anos. Isso aponta para o fato que uma única tentativa em seis meses é um fator preditivo forte de que o sujeito, sobretudo se permanecer sem cuidado, provavelmente repetirá o ato. Além disso, estima-se que a ideação suicida<sup>8</sup> é seis vezes mais frequente na população do que tentativas. E algumas variações maiores nestes dados dependem de alterações na qualidade dos registros. Isto significa que uma história prévia de tentativa de suicídio, e a presença de ideação suicida, são importantes fatores preditivos quando buscamos avaliar o risco de suicídio (OMS, 2002a; BORGES, WERLANG e COPATTI, 2008).

Por um lado, esses dados desmitificam que o grau de letalidade e a intencionalidade consciente do gesto seriam decisivos para determinar uma definição de uma tentativa de suicídio. E esta empreitada é essencial justamente porque volta à atenção dos pesquisadores e clínicos para um grupo de risco que por muito tempo permaneceu desassistido: aqueles que tentam se matar repetidamente.

Entretanto, é também inegável que os grandes estudos epidemiológicos já conseguiram identificar perfis bem específicos que caracterizam determinados grupos que fazem parte do espectro do comportamento suicida. Esta diferenciação é importante, pois permite uma abordagem clínica e até preventiva voltada para cada grupo identificado.

Percebeu-se, por exemplo, que repetidores que utilizam meios de alta letalidade têm um perfil distinto em termos de gênero e de transtorno psiquiátrico associado daqueles que cometeram suicídio. O primeiro grupo seria mais característico de mulheres como algum quadro ansioso, transtornos psicóticos associados a quadros de transtornos de humor e pouco apoio social, enquanto o segundo grupo, o de suicídio consumado, seria composto em sua maioria por

---

<sup>8</sup>Vale lembrar, conforme Silva et al. (2006), que "os estudos, em geral, definem ideação suicida das mais variadas formas: relato espontâneo ou resposta a diferentes questionamentos, que abrangem desde pensamentos de que a vida não vale a pena ser vivida até preocupações intensas, quase delirantes" (p.1840). Um obstáculo à definição da ideação suicida é justamente o fato de que só temos acesso à elas quando são faladas pela pessoa, isto é, só conhecemos a sua existência quando nos são diretamente comunicadas. É muito provável que exista um grupo de pessoas que sofre silenciosamente com ideias de se matar.

homens com transtornos psicóticos não afetivos (esquizofrenia, etc.) (BEAUTRAIS, 2001). Assim como, há uma discussão sobre se existe ou não uma tendência à progressão da ideação suicida à tentativa efetiva de suicídio, ou seja, se tratariam ou não de duas populações distintas. Silva et al. (2006) defendem que a "despeito de algumas descontinuidades, as diferenças etiológicas que se estabelecem entre suicídio, tentativa de suicídio e ideação poderiam ser mais de grau do que de tipo" (p.1942). Para outros autores, é importante diferenciar os quadros de automutilação e os comportamentos de risco (overdose por uso de drogas; acidentes constantes) das tentativas de suicídio leves ou graves, com o objetivo de proporcionar um cuidado mais direcionado para estas diferentes situações (LESTER, 2007; DE-LEO et al., 2006). Através destes dados, pôde-se também construir escalas para mensurar a intencionalidade (verificar a intensidade de pensamentos, planos concretos, existência de bilhetes, etc.), tendo como objetivo prever e intervir nos casos de tentativa de suicídio (BECK, SCHUYLER e HERMAN, 1974).

No entanto, todas estas hipóteses de perfis epidemiológicos e clínicos exigem a comunicação da intencionalidade, o que nos faz retornar para nosso problema inicial. O suicídio não é somente um gesto ou um ato, ele vem acompanhado de pensamentos, ideias e desejos que nem sempre podem ser falados ou explicitados. O silêncio ou a omissão sobre a verdadeira intenção após uma tentativa podem ocorrer por diversos motivos: empatia com o profissional de saúde, valores morais e ou religiosos, ou mesmo o desejo de repetir o ato e não ser impedido de fazê-lo (DE-LEO et al., 2006). Inúmeros estudos se debruçam sobre este fenômeno do "self-disclosure", uma vez que a possibilidade de comunicar estes sentimentos, percepções e desejos internos pode ser a chave para evitar o suicídio, um gesto sem retorno (GVION e APTER, 2012; ENCRENAZ et al., 2012; LEVI et al., 2008; HORESH e APTER, 2006).

Os aspectos mais evidentes deste debate sobre as dimensões infocomunicacionais implicadas nas estratégias de cuidado para o suicídio são a questão do tabu social, a importância da difusão da informação, a criação de dispositivos infocomunicacionais junto à população que incentivem a participação social e o treinamento dos profissionais de saúde para atuarem em situações de crise. Entretanto, as noções de comunicação e linguagem que estão implícitas aqui são muito mais complexas. O comportamento suicida traz à tona inúmeras facetas da comunicação, tais como: o silenciamento do tema devido à culpa e à vergonha; o isolamento social relacionado ao próprio transtorno mental que pode vir associado ao comportamento suicida; a enorme dificuldade em falar e compartilhar pensamentos (*self-disclosure*), mesmo com

pessoas próximas, por simplesmente serem ideias aterrorizantes; a tentativa de compreender *a posteriori* os sinais dados de que algo poderia acontecer; a função comunicativa das despedidas e dos bilhetes suicidas; a mensagem que é passada e reinterpretada por familiares e membros da comunidade e a tentativa de se matar e o suicídio serem 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). O filósofo Emmanuel Lévinas (1991) é outro autor que oferece uma 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 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 (LÉVINAS, 1991). A ideia de que a comunicação implica em intersubjetividade e no reconhecimento da alteridade atravessa de ponta a ponta a questão do suicídio.

### **2.2.1 O tabu, os problemas de notificação, as diferentes nomenclaturas: algumas implicações para as práticas infocomunicacionais**

Para a OMS, falar e divulgar abertamente os dados sobre suicídio não é somente visto como uma ação de intervenção em saúde, mas é recomendado como estratégia prioritária de cuidado. O papel das estratégias infocomunicacionais é central nos casos de familiares, ou pessoas com ideações suicidas, ou com histórico de tentativas de suicídio,

Os estudos sobre *self-disclosure*, ou seja, a atitude de verbalizar ideias, planos e pensamentos suicidas com outros, apontam, por exemplo, que existe uma maior facilidade em falar sobre isso com amigos, colegas ou pessoas importantes do círculo social do que com familiares ou profissionais de saúde. Se estes, como leigos, não sabem como agir, ou que fazer diante de uma ameaça de suicídio, podem carregar uma angústia e um fardo muito grande (OWENS et al., 2011). É necessário desmitificar que o falar sobre suicídio leva a pessoa a cometer este ato. Ao contrário, o fato de poder verbalizar estes pensamentos, sem ser julgado, faz

com que a pessoa se sinta acolhida, compreendida e que possa inclusive ser encorajada a procurar ajuda. Neste contexto, é também essencial conscientizar os profissionais de saúde sobre a importância de perguntar claramente sobre a presença de ideias, pensamentos ou planos de morrer para que uma boa avaliação possa ser feita. (WAYNE e FENTON, 2000).

A desinformação, o preconceito e o julgamento moral, que geralmente aparecem junto ao comportamento suicida, muitas vezes interferem na dinâmica da família e na rede social próxima. Evita-se falar do assunto mesmo entre os membros mais íntimos. Por ter uma conotação negativa, a família pode se sentir culpada por não ter conseguido evitar o ocorrido. Esta culpa desencadeia um sentimento de perseguição, que pode levar ao medo de ser julgado como responsável direto pelo gesto, ou ainda, a um recolhimento por serem constantemente vitimizados socialmente. Estas são estratégias para se defender do estigma, o que muitas vezes leva a um silenciamento da questão (ESTELLITA-LINS et al., 2012; SOUZA e RASIA, 2006).

Tudo isso faz com que estas pessoas se sintam excluídas socialmente, o que torna o sofrimento ainda maior. Sentimentos como vergonha, culpa, raiva, ansiedade, medo e impotência são descritos na literatura, como sendo comuns aos membros da família e amigos próximos de pessoas que tentaram ou que cometeram suicídio (OWENS et al., 2011; DENNEY, 2010; KRUGER e WERLANG, 2010; SOUZA e RASIA, 2006). Quando não existe um espaço, seja público ou privado, para que estes sentimentos possam ser falados, compartilhados e esclarecidos, o luto ou a elaboração deste ato se torna muito mais difícil. Vale lembrar que no texto "Luto e melancolia", 1917, Freud desenvolve uma teoria na qual o processo de luto implica no desligamento progressivo do objeto amoroso perdido e posterior substituição e preenchimento deste vazio, denominado reinvestimento (FREUD, 1917 [1998]). Em uma situação de morte violenta de um amigo ou parente através de um suicídio, o objeto de investimento amoroso é perdido bruscamente, inexplicavelmente, enigmaticamente. Quando não há possibilidade de ser feito um trabalho de substituição do objeto perdido, pode ocorrer uma identificação da pessoa com este objeto. Na identificação, o sentimento de raiva por ter sido abandonado que faz parte do luto e deveria ser dirigido ao outro, acaba sendo revertido para si mesmo. E assim, Freud ([1917] 1998) descreve a tênue linha que existe entre o luto e os sentimentos de menos valia que caracterizam as depressões. Em outras palavras, se não existe um lugar para a elaboração simbólica do suicídio, o processo de luto - de significação da perda e posterior reinvestimento, torna-se mais complicado, o que pode acarretar um processo de depressão. Inúmeros estudos

apontam que o trabalho de luto diante de um suicídio, por si só, tem aspectos mais complexos daquele que ocorre em outras perdas (LUTGEN, 2005; DESLAURIERS, 2003; CHAVAGNAT, 2005; HUON, 2005; ROGINSKI, 2005, ANDRIESSEN et al., 2007; SOUZA e RASIA, 2006).

Em uma pesquisa multicêntrica sobre os fatores que ajudam o processo de luto de familiares e amigos, Grad et al. (2004) encontraram duas variáveis importantes: disponibilidade para ajuda social (*social helpness*) e abertura na comunidade para falar sobre o assunto (*openess*). Ambas variáveis dependem claramente de um processo de desestigmatização do suicídio.

É interessante notar que o tabu sobre o suicídio se reflete também em atitudes despreparadas, e até discriminatórias, dos próprios profissionais de saúde. As equipes de saúde costumam reagir negativamente a pacientes suicidas, e tal ato muitas vezes provoca agressividade ou desprezo, já que ele é abordado como alguém que “brinca com a vida”, o que para uma equipe, que supostamente luta contra morte o tempo todo, torna-se uma afronta ao seu saber e fazer. Estas atitudes, que demonstram a falta de preparo de profissionais, atingirão o paciente, que dificilmente terá um atendimento adequado (ESTELLITA-LINS et al., 2012).

Estellita-Lins e colaboradores (2012), em uma pesquisa qualitativa numa emergência psiquiátrica no Rio de Janeiro, ressaltam três questões básicas que parecem explicar a dificuldade enfrentada pelo profissional de saúde para lidar com esta situação-limite:

1. a dificuldade em acolher pessoas que tentaram suicídio ou que falam em se matar, seja por desconhecimento da medicina/psicologia/suicidologia, por falta de treino ou por insegurança;
2. a ambiguidade do profissional para tratar abertamente a questão, sobretudo porque somos mortais e todos nós já pensamos no suicídio em algum momento de nossas vidas;
3. a internação psiquiátrica como única forma de encaminhamento para estas situações – para longe daqui’, para livrarem-se do problema, porque o suicídio e seu estigma são contagiosos, espalham uma sensação ruim e a responsabilidade assusta (ESTELLITA-LINS et al., 2012, p. 21).

Para acolher, respeitar, saber como fazer, não discriminar-estigmatizar, é preciso informação, conhecimento e experiência. Os profissionais necessitam de formação continuada, reciclagem e treinamentos especializados, para atuarem de forma resoluta nas situações de geradoras de sofrimento psíquico do indivíduo, da família e da comunidade. Quanto ao atendimento do paciente em risco de suicídio - representativo da emergência stricto sensu em psiquiatria - já existem protocolos bem estabelecidos de avaliação da ideação, intento e risco.

Estes instrumentos, mais robustos no caso das depressões, consideram o estado atual do paciente, qualidade da ideação, fatores de risco epidemiológico, resiliência, e fatores impeditivos. Entretanto, ainda não são reconhecidos por profissionais atuantes em emergências psiquiátricas e na atenção primária em saúde no Brasil. Torna-se prioritário investir na formação permanente dos psiquiatras para a detecção de casos de risco e ideação suicida na atenção primária e para a condução do atendimento emergencial posterior.

Outro ponto importante que parece perpassar a relação médico-paciente, e que vem sendo estudado, é a constante confusão que se dá na comunicação entre eles. É notório que a comunidade possui uma leitura do problema do suicídio que tende a ser desconhecida pelos profissionais de saúde, o que aumenta a desumanização da assistência, sua baixa efetividade e adesão. Os resultados não publicados da pesquisa qualitativa "Abordando o suicídio na AP3&AP1 através do serviço de emergência psiquiátrica do CPRJ/SES", já supracitada, empreendida no Rio de Janeiro e coordenada por Estellita-Lins, reafirmam isso e apontam para práticas desarticuladas das necessidades reais no cuidado e prevenção do suicídio em pacientes deprimidos atendidos, sobretudo, nas emergências (ESTELLITA-LINS et al., 2010). Nesses termos, o conceito de "competência em saúde" (*health literacy*) está sendo utilizado como guia para as pesquisas em "competência em saúde mental". Estas tem como pressuposto que o conhecimento e as crenças sobre os transtornos mentais de uma determinada comunidade poderiam auxiliar em seu reconhecimento, gestão e prevenção (JORM, 1997; 2000; 2006; OLIVEIRA, 2011).

Além da questão do treinamento profissional e da educação permanente, não podemos esquecer-nos de destacar a dificuldade real que existe em trabalhar diretamente com situações limites, como o suicídio, que leva o profissional de saúde a se questionar sobre sua capacidade de atuar diante de uma vivência negativa e violenta. Nos casos que em que ele já passou por alguma experiência parecida, esta situação de emergência traz à tona sentimentos de responsabilidade, culpa, fragilidade e denegação. Os profissionais de saúde, inclusive os emergencistas, ainda estão despreparados para agir em casos de emergência psiquiátrica, sobretudo, nos casos de ameaça de suicídio (ESTELLITA-LINS et al., 2012).

Fato que é preocupante, na medida em que inúmeros estudos apontam para um alto índice de pessoas que procuraram serviços de saúde, inclusive de saúde mental, até trinta dias antes do ato (WERNECK et al., 2006). Estes dados brasileiros confirmam o célebre estudo de Jurlink et al.

(2004) realizado no Canadá com idosos que cometeram suicídio. Em um estudo retrospectivo com duração de nove anos, os autores observaram que, em uma amostra de 1.354 pacientes, quase metade procurou um clínico na semana anterior ao suicídio. Ou seja, dados preocupantes e que ressaltam a necessidade de pensarmos em um atendimento mais efetivo a estas pessoas e a melhoria no que diz respeito ao treinamento dos profissionais de saúde para atuar em situações de emergência psiquiátrica, sobretudo porque este atendimento inicial pode ser capaz de determinar se o paciente irá ou não dar continuidade a um tratamento (ESTELLITA-LINS et al., 2012).

Melhorar a prevenção do suicídio exige uma maior compreensão de como e por que as pessoas decidem acabar com suas próprias vidas em diferentes contextos. Além disso, a descriminalização do suicídio permite que pessoas em dificuldades busquem ajuda, sejam adequadamente cuidadas, e participem ativamente da construção de novos conhecimentos sobre este tema. A ideia é que aqueles que buscam ajuda, ou que já são usuários de serviços de saúde mental, ou que se consideram em risco, precisam efetivamente ser compreendidos, acolhidos e escutados para além de qualquer rótulo estigmatizante (OMS, 2002a).

O suicídio não é “simplesmente” um tema médico, jurídico ou antropológico. É também um assunto político envolvendo a cidadania. Incentivar que pessoas que passaram por uma experiência tão radical, e que têm um olhar distinto desta realidade, possam participar ativamente da discussão sobre a implementação de políticas públicas de prevenção e de cuidado, que como vimos, estão novamente paralisadas no Brasil; ou testemunhar sobre suas vivências em relação ao tratamento, visando à melhoria do acesso aos centros de saúde; ou ainda tenham acesso livre e democrático às informações do campo: são direitos e deveres do cidadão que estão explícitos na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Na 8ª. Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, quando se afirmou a saúde como um direito de cidadania, surgiu o discurso, hoje amplamente reconhecido, do direito à informação, educação, e comunicação, como inerentes ao direito à saúde (BRASIL, 1986). Em 1992, na 9ª. CNS, comunicação, informação e educação, relacionadas ao processo de democratização do Estado, começaram a ser inseridas na perspectiva da ampliação da participação e controle social (BRASIL, 1993).

Não podemos esquecer, contudo, que necessariamente encontram-se entre as variáveis importantes a serem pensadas numa intervenção transcultural: os diferentes modos de se detectar e reportar as tentativas e suicídios; as maneiras que uma aliança terapêutica se estabelece entre indivíduos em risco; os papéis das diferentes religiões; o grau de aculturação; como os

sobreviventes podem ser atores sociais do campo, entre outros (WENDLER e MATTHEWS, 2006).

Um bom exemplo, sobre o papel das práticas informacionais cotidianas, construídas de forma compartilhada, no entendimento do processo de adoecimento, pode ser observado na produção de literatura cinzenta espírita sobre o suicídio. Sites kardecistas e editoras espíritas dedicam-se à divulgação de dados científicos mais recentes sobre suicídio e depressão. A constatação de que há vasta literatura kardecista sobre o suicídio, com enfoque na prevenção, nos inspira a reconhecer este tipo de produção cultural com considerável potencial de proteção. É irônico e paradoxal que a prevenção deste agravo no Brasil cresça em função de uma interpretação deste fenômeno a partir de uma cosmologia religiosa que pressupõe a reencarnação e uma releitura do *karma*, e de experiências de vidas passadas. Em outras palavras, a partir de uma leitura *a priori* não preventivista da prevenção (BTESHE et al., 2010).

Desse modo, é necessária uma mobilização social, política e cultural que chame a atenção da comunidade para a importância de redefinir suas concepções sobre o suicídio, libertando-o do ideário de que este assunto não deve ser falado publicamente. Vale lembrar que a socialização dos conhecimentos sobre o suicídio só pode ser feita de forma democrática, participativa e dialética. Para isso, é essencial levar em conta os significados dados pelo indivíduo ao lidar com este tipo de sofrimento, bem como a construção social criada em torno dele. É igualmente importante implicar a comunidade e considerar suas características próprias. Como nos lembra Grad et al. (2004),

uma longa sentença de estigmatização dos sobreviventes do suicídio parece ser universal. No entanto, parece haver diferentes razões para o estigma, por exemplo, enquanto as sanções religiosas têm desempenhado um papel importante em algumas culturas, as leis jurídicas têm sido mais central em outras. [...] O ato discriminatório vem se diferindo entre e dentro das culturas com o passar do tempo. Assim, em alguns países, observam-se tendências para desestigmatizar o suicídio e ver os sobreviventes mais como vítimas do que como responsáveis pelo suicídio. As razões por que isso aconteceu em algumas culturas e em outras não são, provavelmente, muito complexas (p.136).

Vale assinalar que o olhar para as pessoas que circundam um indivíduo que está em risco de suicídio, e ou que se matou, não é um assunto novo para o campo da suicidologia. Desde 1972, com o lançamento do livro de Cain, "Survivors of Suicide", houve uma preocupação em se debruçar sobre este grupo. Como veremos em detalhes ainda neste capítulo, Shneidman (1996)

ainda no início dos anos 70, retoma este debate através da expressão "sobreviventes-vítimas" e propõe uma estratégia de cuidado específica para eles, a posvenção. Atualmente, a posvenção baseia-se, sobretudo, no processo de descriminalização e quebra de tabus sobre o suicídio, ou seja, na abertura de espaços de fala que não somente acolham estas pessoas de forma cuidadosa, mas que as incluam como atores sociais do campo (ANDRIESSEN, 2009; FAUW e ANDRIESSEN, 2003; ANDRIESSEN et al., 2007). Neste sentido, o campo da infocomunicação parece ter um papel estratégico que é o de dar visibilidade a um grupo silenciado, contribuindo para que seja removido o estigma e a culpa que os acompanham (TADROS e JOLEY, 2001).

No Brasil temos poucos estudos que abordam o suicídio ou as representações sociais dadas a elas a partir do relato de sobreviventes. O modo como os indivíduos narram certas experiências de sentir-se mal, comunicam e negociam significados, pode colocar em perspectiva algumas dimensões de uma experiência compartilhada pouco conhecida (KLEINMAN, 1988). Além disso, conhecer as narrativas de pessoas que passaram por esta experiência pode contribuir com a construção coletiva do conhecimento e informar as práticas em saúde (MARTELETO e STOTZ, 2009). Um segundo momento ideal para o processo de desmistificação do suicídio seria a criação de programas de intervenção em cuidados de saúde, que combinassem a comunicação e a informação com as atividades locais comunitárias, envolvendo organizações voluntárias, escolas, meios de comunicação locais e instituições religiosas. Este trabalho em rede impõe uma busca por novos espaços para a difusão, apropriação e gestão do conhecimento. Conhecimento, entendido aqui, como "um produto social distribuído, dotado de valor e que pode ser apropriado de diferentes formas sempre transformáveis" (MARTELETO, 2012, p.243).

Outro ponto importante que atravessa as práticas infocomunicacionais no cuidado a este agravo é que os registros e taxas oficiais sobre os óbitos por suicídio, e sobre as tentativas, são incompletos e falhos. No Brasil devido aos problemas de notificação de casos de suicídio, sub-registro (quando os óbitos não são registrados) e ou subimputação (quando as causas do óbito não são corretamente preenchidas ou identificadas nos registros), estima-se que esse número seja 20% maior do que o oficial. De acordo com um levantamento de dados do Sistema de Informações de Mortalidade do Datasus, em 2008, foram notificados mais de 9 mil casos de suicídios naquele ano, o que corresponde a cerca de 25 mortes por dia. Em um intervalo de 10 anos (1998-2008), o total de suicídios aumentou em 33,5%, passando de 6.985 para 9.328 casos. No mesmo período, o aumento de casos de homicídio e óbitos por acidentes de trânsito foi de, respectivamente, 19,5%

e 26,5%. A título de ilustração, cabe citar que neste mesmo período os suicídios na região Nordeste duplicaram. Outras regiões que tiveram um aumento significativo nos suicídios - cerca de 88% - foram as regiões Norte e Centro-Oeste (WAISELFISZ, 2011).

Uma das possíveis explicações é que em nosso país, no caso de mortes por causas externas, o atestado de óbito usualmente apresenta apenas a natureza da lesão que levou ao óbito e não descreve como este ocorreu, o que dificulta a diferenciação entre acidente, homicídio e suicídio. Estes casos encaixam-se na categoria causas não-especificadas de mortes violentas (NE), o que representa 10% dos dados presentes na estatística nacional (Datusus). Com a finalidade de investigar este ponto, um estudo revisou com os Institutos de Medicina Legal, as Delegacias e as famílias dos falecidos, 320 óbitos ocorridos por causas externas. O resultado apontou que o número de suicídios era o dobro do previamente registrado, ou seja, estimou-se que 50% dos suicídios possam ter sido rotulados como acidentes ou homicídios (BOTEGA, 2010). Estas incertezas na determinação das causas certamente levam a uma falha das estatísticas.

Outra explicação para o sub-registro se deve ao fato de que os profissionais de saúde estão sujeitos a inúmeras pressões que podem influenciar diretamente suas avaliações, incluindo os preconceitos sociais e religiosos, bem como o impacto esperado de um veredito suicídio sobre a família da vítima. Em nome de aliviar a culpa e o sofrimento, ou facilitar o recebimento de seguros e a realização de ritos religiosos, não se notifica adequadamente esse agravo (DE-LEO et al., 2006). Além disso, quando não há uma evidência concreta, existe uma dificuldade real de determinar retrospectivamente a intenção daquele ato. Há situações, por exemplo, em que o próprio falecido encena uma situação para que o suicídio seja reconhecido como um acidente. A metodologia de autópsia psicológica, nestes casos, pode ser fundamental para fazer esta diferenciação, já que familiares e amigos são informantes privilegiados (WERLANG, 2000).

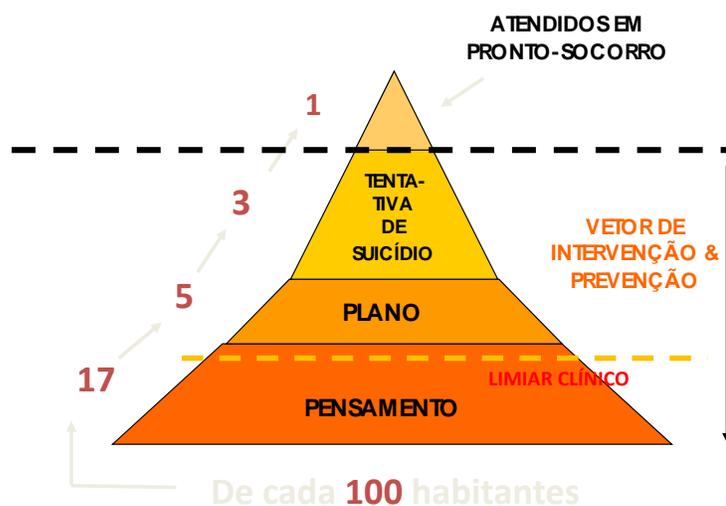
Quanto às tentativas de suicídio, o mesmo problema acima se apresenta associado ao fato de ser ainda mais difícil determinar a intencionalidade de alguns atos. Em geral, quando as tentativas não são suficientemente graves para necessitar de cuidados médicos, elas permanecem no anonimato. Quando são mais graves, e chegam às emergências dos hospitais gerais, a priori não existe a preocupação da equipe de saúde em investigar a intenção da lesão ou da intoxicação, mas somente a natureza delas. Mesmo quando a tentativa é reconhecida, os profissionais de saúde, evitam falar ou discutir sobre os impactos reais e devastadores do suicídio, o que leva a desinformação e ao preconceito (DE-LEO et al., 2006). Os relatos da família e de pessoas

próximas, por sua vez, costumam ser vagos e imprecisos e muitas vezes não condizem com o que está manifesto. É notório que existe também por parte da rede social imediata uma dificuldade de reconhecer e falar sobre a tentativa, o que dificulta o reconhecimento da intencionalidade e consequentemente a notificação (WERLANG, 2000).

Como supracitado, estima-se que o número de tentativas seja 10 vezes maior do que o de suicídios. "Não há, entretanto, em nenhum país, um registro de abrangência nacional de casos de tentativa de suicídio" (BOTEGA, p.13, 2010). A tentativa é também uma forma de violência, e como tal, desafia os saberes da área da saúde, uma vez que envolve questões sociais, culturais, religiosas, éticas e morais no âmbito da saúde. Existem evidências sugerindo que, em média, apenas cerca de 25% dos que tentam um ato suicida entram em contato com hospitais gerais públicos tradicionalmente lugares muito fidedignos para aferição de tentativas (WAISELFISZ, 2011). O primeiro estudo de base populacional (SUPRE-MISS), que investigou a dimensão das ideias, planos e tentativas, realizado na área urbana de Campinas, mostrou que de cada 100 habitantes, três relatam ter feito tentativas de suicídio ao longo da vida, mas somente um chegou a ser atendido em um pronto-socorro (Figura 3).

**Figura 3: Proporção comportamento suicida/atendidos no pronto-socorro**

Imagem cedida pelo Prof.Dr.Neury Botega, UNICAMP, adaptada pelo grupo de pesquisa, Estellita-Lins e cols



Todavia, chegar ao pronto-socorro e receber o primeiro atendimento, não implica necessariamente em um encaminhamento para serviços de saúde mental, onde a pessoa pode receber cuidados adequados. Sem cuidado e sem atenção, a maioria pode voltar a tentar se matar, simplesmente porque os fatores que podem ter levado a pessoa a tentar o suicídio permanecem presentes. Sabe-se que quando não há um tratamento continuado, uma tentativa de suicídio pregressa está fortemente associada com uma nova tentativa, principalmente nos seis meses subsequentes, assim como ao êxito letal ao longo da vida (BOTEGA et al., 2005; SEMINOTTI, PARANHOS e THIERS, 2006; BORGES, WERLANG e COPATTI, 2008). Esta evidência epidemiológica, por si só, já legitima nossa preocupação e interesse por ouvir as histórias das pessoas que passaram pela experiência do espectro suicida (ideação-plano-tentativa). Foi feito um plano? Alguém próximo foi comunicado da intenção suicida? Onde foram socorridos e por quem? Chegaram a algum hospital? Como foi o atendimento? Houve algum tipo de registro ou de notificação? Teve algum encaminhamento? São questões importantes para compreendermos o itinerário terapêutico, ou seja, o caminho feito na busca por cuidado, e também as práticas infocomunicacionais as quais ainda não temos respostas, uma vez que os casos registrados, como vimos na pesquisa de Botega et al. (2005) são apenas a ponta do iceberg.

Se não é fácil diferenciar um suicídio, da morte aparentemente acidental, ou de um homicídio, a questão da notificação dos dados e de informações confiáveis, se agrava quando existe uma enorme confusão entre os especialistas no que diz respeito ao uso de terminologias. Como vimos, o suicídio introduz as dimensões intrapsíquica, interpessoal e social, dando forma a uma combinatória plurifatorial ímpar, o que dificulta que se chegue a um consenso sobre classificações e nomenclaturas. Entretanto, algumas propostas já estão sendo adotadas, visando facilitar o diálogo entre estudiosos e atores sociais do campo.

Cassorla (1998a), no centenário da publicação do estudo de Durkheim, a partir de uma perspectiva psicanalítica destacou que as pesquisas clínicas com suicidas, mostram que muitas vezes a morte é vista, não como uma finalidade em si, mas apenas como algo acessório que levaria ao término de um sofrimento insuportável, ou até mesmo à mudança de uma situação. Sendo assim, no que diz respeito aos dados comunicados sobre suicídio que temos acesso,

1) não podemos afirmar, com certeza, que atos suicidas são resultantes de uma busca (consciente ou não) da morte; 2) muitos atos que não terminam em morte têm componentes ligados a fantasias suicidas. (p.28)

Nesta mesma direção, encontramos as metáforas utilizadas para descrever o gesto de abreviar a própria vida que aparecem nos relatos de suicidas colhidos por pesquisas qualitativas e ou clínicas. Dentre elas, destacam-se: querer sumir; dormir para sempre; acabar com a dor; desaparecer; descansar; querer sentir algo diferente; pedir para Deus tirar-lhe a vida ou não querer sentir nada. Observa-se, claramente, não só representações de morte como também de vida. Estas expressões não dizem respeito ao fenômeno em si, mas são significados compartilhados por um determinado grupo para contar a experiência vivida. Histórias sobre o vivido que de antemão dificultam qualquer ensaio de delimitar o suicídio, seja como objeto de estudo, de intervenção ou de prevenção (LESTER, 2007).

A experiência do suicídio, e suas várias facetas, são muito importantes. Elas se revelam densas, complexas, muito ambivalentes e abertas para outras experiências onde o processo de adoecimento precisa ser compreendido e contextualizado. Neste sentido é preciso investigar em profundidade esta experiência. Tarefa que se mostra possível através do estudo de narrativas elicitadas.

Diante desta complexidade, na literatura científica observa-se um questionamento interessante sobre os critérios e terminologias utilizados para descrever o suicídio. A questão que se coloca é que esta experiência inclui uma enorme gama de cognições e comportamentos de intensidades diversas, ao mesmo tempo em que traz consigo fatores das mais variadas naturezas (MELEIRO et al., 1995). Há aqueles que desistem de se matar antes de uma tentativa, saem ilesos e jamais falam sobre isso. Outros que são tomados abruptamente por pensamentos de morte, e permanecem num embate silencioso interno. Existe ainda um grupo de pessoas que permanece planejando cada detalhe de seu ato por meses. Enfim, como entendê-los? Estariam todos no mesmo rol?

Foi sugerida uma série de termos que tentam abarcar estas diferenças (parasuicídio<sup>9</sup>, comportamento suicida não-fatal, gesto suicida, conduta ou crise suicida, etc.), com o objetivo de facilitar não somente as pesquisas multicêntricas e transculturais, como também o próprio processo de notificação (mortalidade X morbidade) e de novas formas de cuidados (prevenção;

---

<sup>9</sup>O termo parasuicídio foi sugerido por Kreitman et al. em 1969, numa carta para o British Journal of Psychiatry, visando destacar que não era possível identificar a intencionalidade em todas as tentativas de suicídio. A inserção do prefixo "para" que tem o significado de "ao lado" possibilitaria incluir neste rol de experiências as pessoas que tentaram morrer, mas que os profissionais de saúde não conseguiam determinar a intencionalidade deste ato.

posvenção<sup>10</sup>) (DE-LEO et al., 2006).

Como ilustração, para Cassorla (2004) é importante definir a intencionalidade e a letalidade a para a abordagem clínica do paciente. O autor propõe uma “escala” para avaliação do comportamento suicida que iria num *continuum* crescente: 1) ‘falar de suicídio’ (plano verbal) 2) ideia ou pensamento suicida (ato existe virtualmente); 3) ameaça suicida (anúncio seu ato); 4) gesto suicida; 5) tentativa de suicídio ambivalente; 6) tentativa de suicídio deliberada; 7) suicídio propriamente dito (exitoso ou completo).

Ainda existe uma enorme discordância entre os comentadores e pesquisadores do campo (LESTER, 2007). Esta discussão não está resolvida, e nem pretendemos esgotá-la aqui. Numa área interdisciplinar, como a suicidologia, os problemas de terminologia trazem consigo inúmeros problemas de indexação das informações. Não se trata de ignorar o desafio que é lidar com a dimensão de complexidade implicada no suicídio e nas manifestações suicidas, mas antes de pactuar um modelo compreensivo que possibilite avançar as pesquisas da área e a clínica (DE-LEO et al., 2006).

Uma forma de superar este obstáculo semântico e conceitual foi a introdução da nomenclatura **comportamento suicida**. Nessa perspectiva, o **suicídio** é uma das dimensões do comportamento suicida que inclui um *continuum* de comportamentos que vão desde **ideação suicida (pensamentos, ideias e desejo de se matar)**, passando por **ameaças, planos, tentativas de suicídio** até o **desfecho, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo** desse ato (MANN et al., 1999; BOTEGA et al., 2005). Como temos como objetivo valorizar as experiências vividas, ou seja, sem nos preocuparmos a priori com a intencionalidade do ato, deixando que esta definição seja dada ou referida por aqueles que passaram por este episódio, este modelo do *continuum* nos parece o mais oportuno para adotarmos para esta pesquisa.

Essa definição ampla ajuda a conceituar o comportamento suicida através de um *continuum*: começando com pensamentos de auto-destruição, estendendo-se às ameaças, gestos suicidas, tentativas de suicídio e,

---

<sup>10</sup> O termo *postvention* ou "posvenção" foi proposto por Shneidman em 1969, com o objetivo de chamar a atenção para a necessidade de pensar um cuidado específico para os familiares e amigos enlutados pelo suicídio de alguém próximo. Preocupado com os efeitos psicológicos de uma morte traumática nas pessoas mais próximas, o autor propôs este termo como uma combinação de "prevenção" e "intervenção". Atualmente, o termo posvenção, que descreve todos os tipos de intervenções que podem acontecer associadas ao aparecimento do comportamento suicida, é largamente adotado pelo campo da suicidologia (DYREGROV, 2011).

finalmente, suicídio. Esses comportamentos, juntamente se estendem amplamente e se sobrepõem (BOTEGA et al., 2005, p.46).

Este modelo é frequentemente utilizado para explicar como os transtornos de humor, sobretudo, as depressões, que aparecem muitas vezes associadas ao comportamento suicida. Este se situa a partir da progressão, ou do agravamento de sintomas e sinais depressivos. Assim, num dos extremos teríamos a ideação suicida, e no outro, o suicídio propriamente dito, com os planos e as tentativas de suicídio entre estes. A despeito de cada uma destas categorias serem heterogêneas entre si, seria possível observar a presença de uma gradiente de gravidade.

Nosso interesse por estes sintomas se dá, pois, como vimos, as depressões representam uma ampla parcela dos transtornos mentais associados ao comportamento suicida (BOTEGA et al., 2006; SILVA et al., 2006; GILI-PLANAS et al., 2001; GOLDNEY et al., 2003; LONNQVIST, 2000). Cabe ressaltar que nas esquizofrenias e nos transtornos de personalidade, a impulsividade é tida como um fator distintivo para o ato suicida, o que faria pensarmos este ato diferentemente. Embora exista uma importante discussão sobre depressão pós-psicótica (DE HERT; MCKENZIE; PEUSKENS, 2001; WAYNE e FENTON, 2000), o fator impulsividade parece colocar em cheque algumas fragilidades deste modelo do *continuum* do comportamento suicida. Por exemplo, muitos suicídios de jovens portadores de esquizofrenia se tornam imprevisíveis, podendo ocorrer a qualquer momento devido a sua produção delirante. É muito mais complexo antever quando e como esse ato pode vir à tona no cenário psicótico (ESTELLITA-LINS, OLIVEIRA, COUTINHO, 2006; DE HERT; MCKENZIE; PEUSKENS, 2001; WAYNE e FENTON, 2000). Pessoas com transtorno de personalidade *borderline*, que possuem pouca tolerância para frustração e que reagem a uma situação inesperada de estresse com violência e agressão, também se encontram nesse grupo, no qual a imprevisibilidade parece ser a marca registrada dos suicídios. (GVION e APTER, 2012).

Logo, o modelo do *continuum* crescente (ideação-plano-tentativa-ato), mesmo que aponte para a sobreposição destes comportamentos, é somente uma das maneiras possíveis de compreensão do comportamento suicida. E que como destacamos parece se encaixar bem na compreensão da associação entre depressões e o ato suicida. Obviamente, existem outros modelos híbridos ou mesclados, que se propõe a detalhar de maneira mais minuciosa cada pensamento ou cognição que fazem parte deste comportamento. Um bom exemplo é o modelo proposto por De-Leo et al. (2006), que adotam a ideia de que o comportamento suicida pode

evoluir por diferentes caminhos afora o *continuum*. Sugere, assim, uma nomenclatura mais detalhada e completa quanto à intenção, o grau de letalidade (gravidade) e a presença ou não de danos físicos. Igualmente encontramos tentativas de modelagem epidemiológica do desfecho suicídio, que não serão discutidas aqui, por fugir ao escopo da pesquisa. (WITTE et al., 2006; GALFALVY, OQUENDO e MANN, 2008). Vale também destacar que na última versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-V (APA, 2011) aparece pela primeira vez a classificação "Transtorno do Comportamento Suicida". Uma leitura muito distinta daquela que adotamos, por isso não utilizaremos em nossa pesquisa. Como dito acima, o modelo do *continuum* do comportamento suicida é apenas uma maneira possível de compreender determinados fenômenos desta experiência.

### **2.2.2. Dor psíquica, desesperança e sensação de não poder ser ajudado: como vivências e crenças associadas ao comportamento suicida.**

Embora os estudos epidemiológicos possam apontar para os fatores mais prováveis de estarem envolvidos no comportamento suicida, eles não se propõem aprofundar os significados dados por essas pessoas para fazê-lo. Por outro lado, as experiências narradas são capazes de explicitar a motivação para o comportamento suicida e como este é vivido, portanto, pode fornecer outra compreensão do suicídio afora a identificação de um transtorno mental associado (SHNEIDMAN, 1996; FLAMENBAUM, 2009; FITZPATRICK, 2011).

É curioso percebermos que Shneidman, que segundo Leenaars (2010) pode ser considerado o pai da suicidologia moderna, interessa-se primordialmente por desenvolver e aprofundar uma compreensão individual, ou psicológica como ele a nomeia, do fenômeno do suicídio através da análise de bilhetes de suicidas, autópsias psicológicas e intervenções de posvenção nas comunidades. A maioria de seus estudos esteve voltada para entender os significados atribuídos ao suicídio, assim como auxiliar as pessoas a darem um sentido as diferentes facetas deste fenômeno (LEENAARS, 2010). Ou ainda, nas palavras do próprio Shneidman (1996):

As implicações deste ponto de vista psicológico são bastante extensas. Por um lado, isso significa que o nosso melhor caminho para o entendimento

suicídio não é através do estudo da estrutura do cérebro, nem o estudo de estatísticas sociais, nem o estudo de doenças mentais, mas diretamente através do estudo das emoções humanas descritas em inglês, nas palavras da pessoa suicida. (p.6)

Ao dar voz para as pessoas que haviam cometido suicídio ou que estavam perto destas pessoas, Shneidman acaba por inaugurar no campo da suicidologia uma nova maneira de investigar este fenômeno. Aliás, método muito semelhante ao da pesquisa qualitativa. É claro que naquele momento já existiam compreensões advindas do campo da psicologia e da psicanálise sobre o suicídio. A novidade foi justamente fazer estes campos conversarem com a suicidologia. Assim, suas contribuições para o campo foram numerosas. Shneidman foi um dos fundadores de um dos primeiros periódicos científicos da área, "*Suicide and Life-Threatening Behavior*". Além de ser reconhecido como quem cunhou o termo "autópsia psicológica" em 1958 para se referir a metodologia de entrevista criada em 1930 por Zilboorg, que visava investigar as mortes equívocas após a realização da autópsia médico-legal. Chama a atenção que entre as questões a serem investigadas pela autópsia era se a família precisava de ajuda. E, de fato, ele é apontado como um dos primeiros pesquisadores a assinalar para a importância de olharmos para os sobreviventes e de criarmos estratégias de cuidado específicas para eles (posvenção) (LEENAARS, 2010).

Com efeito, a sua produção científica e sua clínica abriram caminhos para um campo que ele considerava até então estagnado. Por exemplo, o verbete sobre suicídio que escreveu para a Enciclopédia Britânica, em 1973, tornou-se notório. De acordo com Leenaars (2010) já nos anos 70, Shneidman decidiu não falar do suicídio somente através de dados estatísticos, mas surpreendeu ao fazer uma descrição, um *potpourri*, de todas as ideias e concepções que estavam sendo debatidas sobre o fenômeno. Como podemos ver num recorte do verbete abaixo, trata-se de uma descrição qualitativa, quiçá, fenomenológica do suicídio.

O suicídio não é uma doença (embora haja quem pense assim) [...] Em geral, é provavelmente correto dizer que o suicídio envolve sempre a lógica de um indivíduo torturado e encapsulado em um estado interior, de uma emoção intolerável. Além disso, essa mistura de pensamento restrito e angústia insuportável é fundida com a consciência individual e a psicodinâmica inconsciente (de ódio, de dependência, de esperança, etc.), ele vive dentro de um contexto social e cultural, que impõe vários graus de restrição ou de facilitação do ato suicida (SHNEIDMAN, 1973 apud LEENAARS, 2010).

É justamente essa "emoção intolerável", descrita no verbete da Enciclopédia Britânica em 1973, que foi o modelo que ele adotou para explicar o suicídio. Em uma revisão realizada, em 1993, de todo o seu trabalho produzido, Shneidman afirma que o traço distintivo daqueles que se suicidavam era a descrição de uma dor psíquica intolerável (*psychache*). Esta dor psíquica quando associada à uma perturbação (distorção cognitiva, por exemplo) e à uma pressão (externa do ambiente ou interna) levaria ao comportamento suicida. As emoções mais comuns que apareciam associadas a esta dor psíquica seriam a desesperança (*hopelessness*) e a sensação de que não existe saída (*helplessness*). Os outros estados emocionais negativos (desespero, angústia, raiva, vergonha, solidão, culpa, humilhação) que também pode acompanhar o *continuum* do comportamento suicida seriam periféricos a tríade: dor, perturbação e pressão. Neste panorama, o suicídio é entendido pelo indivíduo como a única solução para acabar com uma situação insuportável. Para o autor, o gesto suicida está relacionado aos diferentes limites individuais que as pessoas possuem para tolerar uma dor psicológica duradoura (LEENAARS, 2010; SHNEIDMAN, 1996; FLAMENBAUM, 2009). A importância de Shneidman para nosso estudo não está na criação de mais um modelo de compreensão do suicídio, mas no fato de ter ousado mergulhar nos discursos individuais das famílias através das autópsias psicológicas, dos significados dados pelos suicidados através da análise de cartas de despedida e dos sobreviventes de tentativas pela escuta clínica.

Foi nos anos 70 que se reafirmou o conceito de desesperança, ou perda de esperança, como associado ao comportamento suicida. Aaron Beck, e seus interlocutores, foram responsáveis por esta retomada (WERLANG, 2000). Desde os anos 60, Beck interessava-se por estudar e construir um modelo cognitivo de compreensão da depressão. Segundo Beck (1967), as pessoas deprimidas se veem como ineficazes e por isso internalizam facilmente culpa por todo e qualquer problema pessoal e não conseguem enxergar uma saída a longo prazo. O terceiro pilar desse modelo é justamente a desesperança, ou seja, uma crença pessimista de que nada vai dar certo, ou seja, que o fracasso é uma consequência inevitável de todos os seus planos e que todos os seus problemas são insolúveis. Este modelo proposto ficou conhecido como a tríade negativa da depressão ou tríade negativa de Beck.

Posteriormente, Beck notou que seus pacientes deprimidos com desejos suicidas relatavam em sua maioria crenças de que não podiam ser ajudados (*helplessness*), pois estavam

em uma situação sem esperança (*hopelessness*), unidas ao desejo de escapar desta situação sem saída. Seus estudos clínicos, com uso da escala para mesurar a desesperança (*Beck Hopelessness Scale- BHS*)<sup>11</sup> que desenvolvera com seu grupo de pesquisa em 1974, apontaram que a desesperança era assim uma das principais crenças associada à intenção suicida (BECK, BROWN e STEER, 1989). Vale ressaltar que Beck e seus colegas, no artigo que apresentam a validação da escala, assinalam que as afirmações que compõe este instrumento são baseadas em relatos clínicos de atitudes negativas verbalizadas por pacientes em consultas. Ou seja, a escala foi construída a partir da descrição dos seus pacientes acerca das vivências de desesperança. Dentre as afirmações que constam na Escala de Desesperança que descrevem este fenômeno podemos destacar: "eu não consigo me imaginar daqui a 10 anos"; "meu futuro me parece negro"; "eu não acho que vou conseguir aquilo que realmente quero"; "é muito improvável que eu vá conseguir o que eu realmente quero no futuro"; "não tem porque eu tentar conseguir alguma coisa que eu realmente quero porque eu provavelmente não vou consegui-la" (BECK et al., 1974).

Anos mais tarde, Beck afirma que a presença da desesperança era mais importante para explicar a ideação suicida do que os sintomas depressivos em si (BECK et al., 1993). E inúmeros estudos reafirmaram a estreita relação entre a desesperança e a ideação suicida (HANNA et al., 2011; BOTEAGA et al., 2005). Estudos mais recentes encontraram que pacientes deprimidos que possuem esta crença negativa tem uma tendência maior para a intenção suicida do que pacientes com quadros de depressão sem esta característica (FLAMENBAUM, 2009). Assim, a desesperança aparece como um traço diferencial que aumentaria o risco para a ideação suicida. Vale lembrar que a desesperança nem sempre está presente nos quadros depressivos e também pode acompanhar outros transtornos (BECK et al., 1993).

Dor psíquica, desesperança, sensação de estar sem saída são, até hoje, significantes muito comuns aos relatos de sobreviventes, o que nos parece ser importante para compreendermos a experiência do comportamento suicida (LEVI et al., 2008; GVION e APTER, 2012). Os estudos que se dedicam a análise temática de bilhetes de suicidas também destacam que estes conteúdos são recorrentes e que podem indicar um caminho para as intervenções de cuidado (O'CONNOR, SHEEHY e O'CONNOR, 1999; SILVA, 1992).

---

<sup>11</sup> A Escala de Desesperança de Beck é uma série de 20 afirmações que são redigidas na primeira pessoa. O indivíduo classifica cada afirmação como verdadeira ou falsa, avaliando os seus próprios sentimentos (BECK et al., 1974).

Sentimentos como dor psíquica, desesperança e sensação de estar sem saída são recorrentes nos relatos de suicidas e pessoas que sobreviveram a uma tentativa. Por outro lado, vivências de culpa, vergonha, raiva, impotência e angústia são comuns aos discursos da rede social próxima. Como discutimos o suicídio não é um ato individual, mas interpessoal. É um evento devastador para os indivíduos, famílias e comunidades e os efeitos destes comportamentos, tanto da tentativa como da morte provocada, são inegáveis (BERMAN, JOBES e SILVERMAN, 2006). Se esta é uma experiência intersubjetiva, e o apoio social, a dinâmica da família, o papel de amigos, colegas e representantes religiosos podem ser identificados como fatores protetores para a crise suicida, cabe investigar em profundidade as práticas infocomunicacionais que perpassam esta rede. Faremos uma apresentação do panorama sobre os estudos de rede em saúde mental no Brasil e apontaremos para os estudos sobre apoio social e saúde mental. Aprofundaremos também a comunicação que se dá entre as pessoas com comportamento suicida e as pessoas que lhe são próximas.

### **3. REDES SOCIAIS E SUA ASSOCIAÇÃO COM A SAÚDE MENTAL: ORA PROTEÇÃO, ORA RISCO**

Neste capítulo, nos propusemos a resgatar as especificidades do novo modelo de atenção psicossocial, 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. Cabe observar que a lógica das redes sociais não aparece explicitamente nos documentos e textos canônicos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Num segundo momento, adentraremos o debate sobre a associação entre os laços sociais e saúde mental, apontando para os diferentes impasses e propostas de como compreender esta complexa relação. Por fim, nos dedicaremos a desenvolver alguns pontos cegos, com os quais nos deparamos, quando optamos por refazer este percurso no âmbito dos estudos sobre depressão e suicídio.

Pensar no cuidado, na lógica da atenção psicossocial, é estar atento para a diversidade social, histórica e cultural local. Não há como pensar a construção da atenção em saúde mental, tecida como estratégia ideal de rede em cuidados, sem pensar no tempo e no lugar em que esta se constitui. O território é assim entendido como espaço de pertencimento, de laço e engajamento, para além de um limite geográfico.

Seguindo esta tradição, Rotelli (1990) destaca que o grande desafio da reforma psiquiátrica é construir o cuidado a partir de espaços quase nulos de trocas, transformando-os em espaços terapêuticos de produção de autonomia e de laços sociais. As novas práticas em saúde mental comprometem-se com a (re)construção ou preservação das redes sócio-relacionais dos sujeitos, ou seja, com a manutenção de seu poder contratual que muitas vezes é perdido devido ao sofrimento psíquico (SARACENO, 2001).

A estratégia de atenção psicossocial foi capaz de colocar a saúde mental no contexto da saúde coletiva, compreendendo que o processo saúde-doença se situa na fronteira entre o individual e o coletivo. Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira,

na medida em que deixamos de nos ocupar da doença e nos ocupamos dos sujeitos, o tratamento e a instituição do cuidado deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornar-se um ocupar-se cotidiano do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, do sair, da organização de uma atividade conjunta (AMARANTE, 1999, p.50).

Há assim uma valorização dos vínculos estabelecidos socialmente para o processo terapêutico, rompendo com a clássica associação do campo da psiquiatria entre cuidado e isolamento. A adoção da ideia de que o tratamento do usuário seja adstrito ao seu próprio território deu margem para um maior engajamento dos familiares e cuidadores. A implicação no tratamento, e a responsabilidade na divisão cotidiana do cuidado, passaram a ser negociadas entre os diferentes atores sociais até então não inscritos no campo biomédico.

A premissa é que o processo de reabilitação possa também, articular a rede de apoio comunitário em conjunto com os serviços de saúde. Isto é, seja capaz de construir vínculos com a comunidade, a família e outras pessoas reconhecidas como importantes, que ofereçam apoio nas diversas situações do cotidiano (SARACENO, 2001). Na teoria, esta estratégia possibilitaria um espaço de troca de saberes e informações, além de fornecer um suporte que auxiliaria a equipe de saúde a ampliar seu trabalho. A participação ativa do usuário implicaria numa maior democratização da informação e no seu reconhecimento como sujeito no processo do cuidado com a saúde.

Todavia, é notadamente reconhecido que ainda não existem serviços territoriais na comunidade suficientes e disponíveis para dar conta da demanda de portadores de transtorno mental e seus cuidadores com efetividade. Fato que dificulta a inclusão da rede social primária como protagonista nas diferentes estratégias de cuidado e no suposto papel de parceira das equipes de saúde (SILVA, 2009; GONÇALVEZ, 2001). A lógica predominante ainda é aquela, na qual, o cuidador é mero informante das alterações apresentadas pelo paciente, sendo orientado a seguir passivamente todas as prescrições da equipe de saúde.

Existe ainda uma enorme dificuldade no diálogo entre familiares, cuidadores e equipe de saúde, especialmente no que diz respeito aos modelos de compreensão daquilo que está sendo vivido e as práticas de cuidado (RANDEMARK et al., 2004). A inserção da família e usuários no cotidiano da assistência, um dos pilares da reforma, ameaça e questiona formas cristalizadas de agir que traduzem visões enraizadas sobre o adoecimento mental. Esta confusão de línguas acaba gerando conflitos e atitudes discriminatórias, que em última instância apenas apontam para a rede primária como resistente ao tratamento, sem problematizar a grande mudança que este novo modelo de cuidado pressupõe (MACIEL et al., 2009). De acordo com Cavalheri (2010),

para a abordagem destas questões têm sido sugeridas intervenções familiares, por meio de ações educacionais de caráter informativo, de ampliação de recursos emocionais de enfrentamento e de habilidades para intervir em situações particulares, além da desconstrução das representações preconceituosas, acerca da doença mental. Cabe, por conseguinte, papel de relevância aos serviços de Saúde Mental para acolher e prepará-las na ampliação de suas capacidades (p.52).

Nesse cenário permeado por contradições um dos focos atuais de preocupação do projeto da reforma é justamente compreender como estas transformações estão repercutindo na vida dos cuidadores próximos, considerando as mudanças a que ficam sujeitos quando precisam absorver responsabilidades de um cuidar que é deslocado para o próprio ambiente doméstico. Novas demandas e exigências foram criadas sem que eles tenham sido instrumentalizados para atendê-las (CAVALHERI, 2010; MEDEIROS, 2007). Não por acaso 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 ressignificação 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.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde o acesso aos serviços públicos locais ainda é restrito, uma investigação sobre a articulação entre as redes sociais primárias no âmbito da saúde mental mostra-se pertinente. Estas são com frequência, a única possibilidade de ajuda e solidariedade com que determinados grupos podem contar, além de ser o único suporte para ajudar a aliviar as cargas da vida cotidiana. Este apoio favorece não somente o sentimento de pertencer a um grupo social, como também desempenha um importante papel de mediação na construção de um saber compartilhado sobre o adoecimento mental, e até mesmo na troca de informações sobre a oferta de diferentes serviços e cuidados (MOLINA, 2005). Diante da doença mental, situação que põe em risco a experiência cotidiana e que exige sistemas interpretativos para reintegrá-la, a informação serve para escolher, para viver e, mais ainda, para simplesmente ser.

Sustentamos que o acesso às dimensões informacionais presentes nestas redes é um passo estratégico para o entendimento dos diferentes saberes sociais produzidos sobre o cuidado em saúde mental. Como veremos adiante, isto implica em reconhecer e investigar a particularidade do estigma da doença mental, e o processo de desestruturação social que pode ser resultante, tanto de uma longa carreira como doente mental, como também de um momento de crise psíquica que impede e prejudica seu poder contratual.

Reconhecemos nas contribuições da teoria de redes sociais um horizonte teórico profícuo para a compreensão do domínio de trocas complexas, que os sujeitos participam muitas vezes sem perceber, e que perpassam a experiência de adoecimento mental. Sobretudo, no panorama das novas estratégias de cuidado propostas pela reforma psiquiátrica no Brasil que valorizam as práticas em seus contextos sociais.

Atualmente o termo “rede social” tem sido utilizado preferencialmente como sinônimo de redes colaborativas e interativas, limitando-o aos espaços virtuais de interação e às tecnologias de informação. Contudo, como se sabe, o conceito de redes sociais compõe um conjunto de métodos, conceitos e teorias, que possuem origens disciplinares e epistemológicas distintas (sociologia, psicologia, comunicação, antropologia, etc.), mas que conservam alguns princípios análogos<sup>12</sup>. De um modo geral, a ideia que denota a metáfora de redes é de teias interdependentes que formam um tecido em comum. Imagem representada desde a Antiguidade, como elos que não somente ligam os seres humanos entre si, mas que por serem interdependentes também limitam sua autonomia (LAULAN, 2005).

Marteletto (2007) reconhece que o conceito de rede social pode ser entendido como um “conceito transversal” a distintos domínios disciplinares, ou seja, como um “conceito-viajante” que muda de acordo com os diferentes cenários que atravessa sem, contudo, perder a sua identidade. Esta perspectiva teórica exprime que a definição e a transgressão da definição de um conceito podem coabitá-lo sem se anularem mutuamente. É justamente esta contradição que caracteriza a sua transversalidade.

Por ser um termo transversal, para este trabalho adotaremos a perspectiva de que os estudos de redes sociais compreendem a investigação de fenômenos sociais, de interações e

---

<sup>12</sup>Para entender a discussão sobre três possíveis abordagens da noção de rede social (metafórica, analítica e tecnológica) ver revisão feita por Acioli (2007).

trocas nas sociedades complexas a partir de um olhar para as relações sociais, prática que surge nas Ciências Sociais no início do século XX.

Em linhas gerais, os estudos de redes sociais permitiram a construção de uma compreensão inovadora da sociedade, que ultrapassa os princípios tradicionais, nos quais o elo social é visto como algo que se estabelece em função dos papéis instituídos e das funções que lhes correspondem. De forma diferente, o conceito de redes sociais leva a uma compreensão da sociedade a partir dos vínculos relacionais entre os indivíduos, os quais reforçariam suas capacidades de atuação, compartilhamento, aprendizagem, captação de recursos e mobilização (MARTELETO, 2010, p.28).

A premissa que adotaremos para este estudo é que a narração deste campo de relações torna-se importante, na medida em que permite conhecer os contínuos fluxos de trocas entre os atores que estão diferentemente situados dentro de uma rede. Ao assinalarmos estas interações reconhecemos que as posições dos atores nas redes não são estanques, mas interdependentes de outros atores e de suas posições (MARTELETO, 2010). Isso implica em refutar uma leitura das redes sociais que dedica pouca atenção aos aspectos dinâmicos, que pode levar a um achatamento dos significados das relações. Os elos sociais não são simétricos, muito menos equivalentes.

Assim, as formas como as relações se dão não são apenas uma via para a investigação dos fatos a serem estudados, mas o próprio objeto a ser examinado. Trata-se de uma visada qualitativa<sup>13</sup>, compreensiva<sup>14</sup> 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, e que em última instância podem informar a construção coletiva de um saber.

---

<sup>13</sup> Cabe assinalar que a abordagem qualitativa leva em conta o universo de significado dos atores. Verificam as atitudes, crenças, valores que os padrões de relacionamento produzem no contexto em que se desenvolvem. A abordagem quantitativa, por seu turno, destaca a objetividade das relações e permite o mapeamento do fluxo da informação, os padrões de comunicação e a percepção de indivíduos importantes nesses processos, através das medidas de padrões de relacionamento e das inter-relações dos atores em uma configuração de rede (MARTELETO e TOMAÉL, 2005).

<sup>14</sup> Mercklé (2004) identifica pelo menos duas abordagens possíveis: a abordagem “compreensiva”, apoiada sobre a análise das redes egocêntricas, herdadas da tradição antropológica; e uma abordagem “explicativa”, às vezes tentada pelo estruturalismo, apoiada na análise das redes completas, resultante da tradição sociométrica e encarnada na “análise estrutural” anglo-saxônica.

Tal empreendimento, mesmo dentro dos limites assinalados, tem suas dificuldades. Uma delas se refere a levar em conta que no campo da saúde o conceito de rede social é polissêmico e permite vários enfoques, que vão desde os estudos sobre apoio social até aqueles que se debruçam sobre a gestão de políticas sociais <sup>15</sup> (STOTZ, 2009).

Além disso, observa-se que grande parte da produção científica brasileira se foca no conceito de rede social como um aliado no processo de desinstitucionalização, dando ênfase às ações que visam estimular a inserção dos usuários em redes de trocas e inclusão, reconhecendo o valor da rede tanto para o tratamento quanto para a construção de políticas públicas neste setor. Estas iniciativas visam identificar quais fatores podem contribuir para a ativação de redes sociais (BARROS e MÂNGIA, 2007; MÂNGIA E MURAMOTO, 2007) e avaliar quais redes informais e de serviços estão sendo acessadas no adoecimento mental (LOFEGO et al., 2009; SILVEIRA et al., 2009). Os raros trabalhos que se dedicam à análise qualitativa das trocas sociais como um espaço de compartilhamento de informações, ou que investigam a compreensão de como o transtorno mental se incorpora no cotidiano (FONTES, 2007; RABELO et al., 1999), ainda são restritos ao campo da reabilitação. Pouco ou quase nada se discute sobre o papel desempenhado pelas redes sociais de proteção e promoção de saúde mental.

Nossa hipótese é que esta produção científica que negligencia certas dimensões interativas das redes sociais apenas reflete os modelos que monopolizam as ações no campo da saúde mental no Brasil. É inegável que ainda hoje os esforços, tanto dos profissionais de saúde como dos gestores, são voltados na maioria das vezes para o cuidado daqueles que já apresentam ou apresentaram transtornos mentais. Prevenir a evolução das enfermidades e fornecer apoio e reabilitação para minimizar a morbidade e maximizar a qualidade de vida depois de uma doença mental representa o modelo de cuidado predominante. A desinstitucionalização valorizada pela luta anti-manicomial acabou por traduzir os anseios dos profissionais da área em reinserir as pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica na sociedade, e devolver-lhes a cidadania por tanto tempo negada. Apesar da existência de um discurso que destaca a importância da promoção de saúde mental, esse tema ainda não é reconhecido como questão estratégica para o avanço das políticas públicas brasileiras. Os debates sobre as práticas específicas para a

---

<sup>15</sup> Stotz (2009) através de uma busca livre realizada em 2007 no periódico *Cadernos de Saúde Pública* destaca pelo menos cinco temas abordados por trabalhos nacionais sobre redes sociais e saúde: apoio social; solidariedade; focalização de políticas públicas; gestão de políticas e articulação de interesses; compromisso social.

prevenção primária, e a construção de espaços promocionais de saúde nesse campo, são recentes. Talvez a exceção esteja situada em ações do Programa da Saúde da Família/SUS e da Atenção Básica que, a partir do contato direto com a comunidade, visariam ajudar a mesma a se organizar em busca de melhores condições de vida e saúde diante dos processos que ali interferem.

Outro tema predominante é o papel das redes sociais no percurso assistencial, nas escolhas dos diferentes tratamentos, no modo como as pessoas reconhecem o processo de cura, ou seja, no itinerário terapêutico que percorrem durante a experiência de doença. Para Rabelo et al. (1999), estes estudos tomam apenas as características das redes como estruturais das escolhas do indivíduo, achatando-as. A hipótese da autora é que a replicação do modelo em que redes mais interconectadas (densas) exercem mais pressão informal sobre seus membros para que apoiem uns aos outros, deixa de lado os processos de reconfiguração da rede e ignora as ambiguidades tão comuns aos elos sociais íntimos. "A existência de um alto grau de interconexão em uma rede social não implica necessariamente em um consenso acerca do problema" (p.114).

A crítica desta autora vai à direção dos estudos que apontam para a força dos laços fracos, ou seja, das relações mais superficiais no entendimento da enfermidade. O estudo de Granovetter (1973) tornou-se um clássico para a compreensão da dinâmica das redes sociais, ao apontar para a importância da mobilidade dos laços fracos, que em determinadas situações permitiria uma ampliação necessária da rede social. Seu artigo 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.

Nas pesquisas nacionais que abordam o tema da depressão e do suicídio, as investigações sobre o papel da família, suporte e apoio social e espaços de interação ganharam relevo nos últimos dez anos. Nestes casos, a rede social aparece, ora como um fator de proteção e importante suporte à proposta terapêutica, ora como foco da própria assistência e política pública, uma vez que pode se encontrar em risco diante dessa experiência. Vale lembrar que os laços sociais não possuem somente um potencial saudável, a influência social também pode restringir um comportamento saudável, e até mesmo incentivar comportamentos de risco, tal como o tabagismo (SMITH e CHRISTAKIS, 2008). Neste panorama, estudos se debruçam sobre os efeitos deletérios da ausência de apoio social diante de eventos estressantes (FONSECA et al.; 2010); sobre a ressonância dos transtornos depressivos e da tentativa de suicídio nas pessoas do convívio

social (SILVA e COSTA, 2010); e ainda sobre a função protetora da rede social para o ato suicida (PRIETO e TAVARES, 2005; GASPARI, 2002; CASSORLA e SMEKE, 1994).

É inegável que nos estudos sobre depressão e suicídio existe um reconhecimento de que as redes sociais se constituem como espaço potencial de trocas materiais e afetivas no qual as pessoas encontram suporte e apoio social (FONSECA et al., 2010), entretanto o foco ainda é na construção de dados epidemiológicos através da validação de inquéritos e instrumentos clínicos, na identificação de fatores de risco e protetores e nas constatações estatísticas dos efeitos do apoio social com o intuito de construir intervenções assistenciais. Encontra-se no artigo de Silva e Costa (2010) uma proposta mais clara de destacar as funções qualitativas das redes sociais na intervenção em crises como nas tentativas de suicídio. Entretanto, os autores apenas mapeiam alguns pontos, já levantados pelos estudos epidemiológicos, sem se aprofundarem nas especificidades desta experiência.

Neste panorama, duas dimensões da produção científica nacional chamaram nossa atenção: primeiramente, o fato de o apoio social ser a temática predominante, que aparece ora como fator protetor ora como fator de risco para a saúde mental. A segunda característica foi a inexistência de um debate formal<sup>16</sup> sobre o papel das redes sociais informais na construção de um saber compartilhado sobre depressão e tentativa de suicídio.

### **3.1. APOIO E SUPORTE SOCIAL COMO PROPRIEDADES DA REDE SOCIAL**

Antes de prosseguirmos, é indispensável sublinharmos a diferenciação conceitual existente entre rede social e apoio ou suporte social. Apesar dos apelos sobre a importância de não se confundir o conceito de rede social com a noção de apoio ou suporte social, parece ainda não haver uma concordância na literatura sobre essa distinção. Smith e Christakis (2008), ao revisarem os estudos de rede social e saúde, observam que na literatura científica raramente esta distinção é mantida, sendo estes conceitos utilizados de maneira arbitrária. Para os autores, o

---

<sup>16</sup> Com exceção de dois trabalhos: o artigo *Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental* de Silva (2009) e o projeto de pesquisa do Instituto de Psiquiatria do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), *Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário*, coordenado pelo Prof. Dr. Octavio Serpa Junior. Vale destacar que ambos os trabalhos versam sobre desinstitucionalização, informação e produção de conhecimento em saúde mental.

suporte social, que é sinônimo de apoio, é somente um dos mecanismos básicos através do qual a rede social pode afetar a saúde de seus atores.

O estudo de redes sociais deve ser diferenciado – pois em certo sentido é mais amplo – do estudo do suporte social. Além disso, a distinção conceitual é importante porque as redes têm propriedades emergentes que não podem ser explicadas por suas partes constituintes pois não estão presentes em partes (Watts, 2004). A compreensão de tais propriedades implica em olhar para o grupo e suas interligações de uma só vez (p. 407-408).

Encontramos em Bantman (2004) uma definição análoga que nos parece bastante útil. Para ele, o 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. Interessante percebermos que a definição de apoio não está relacionada somente com sua função afetiva, mas também com o seu papel de prover conhecimento e informações.

Outro efeito do apoio social que o define, destacado por Valla (1999), é a capacidade que o suporte tem de criar ou proporcionar uma sensação de coerência e controle da vida, o que favorece o empoderamento e a circulação das informações produzidas na própria sociedade. Isto porque os modos, como os saberes e experiências são compartilhados estão intimamente ligados ao sentimento de pertencimento social. Nesse sentido,

apoio social se define como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para o recipiente, como também para quem oferece apoio, dessa forma permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas (Valla, 1999, p.10).

De modo análogo à Valla, Fontes (2007) sublinha que este "conjunto de provisões instrumentais ou expressivas, reais ou percebidas" (p.92) está intimamente ligado ao fenômeno do dom ou da dádiva, ou seja, de uma manifestação de solidariedade e de abertura para cuidar das pessoas que escapa aos recursos do mercado e do Estado, mas que se dá através de uma lógica própria, e de maneira autônoma nas práticas cotidianas de sociabilidade.

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

A associação entre apoio social e saúde mental não é nova. Esta hipótese foi estabelecida por inúmeros estudos que propuseram diferentes modelos explicativos ao longo dos últimos 40 anos. Modelos que estão em constante rearranjo (KAWACHI e BERKMAN, 2001).

Como vimos no capítulo anterior, encontramos já em 1897, no célebre estudo de Durkheim, “O Suicídio: Estudo Sociológico”, a postulação de uma estreita relação entre suicídio e desagregação social. É através da análise de um ato tido como individual que expressa a dissolução dos laços sociais, que o sociólogo se propõe a entender os elos que levam os homens a se associarem. Ao postular que as transformações advindas do mundo social moderno poderiam levar a um estado de anomia, ou seja, de perda de identidade e falta de objetivos, Durkheim ([1897] 2007) ressalta que a integração social promove um sentido de significado e propósito para a vida. Mais do que apontar para os fatores extra-individuais que regulavam as taxas de suicídio, o trabalho de Durkheim inaugura um campo de estudo sobre a relação existente entre a inclusão nas várias instituições sociais e o bem-estar psicológico. Nosso intuito é assinalar seu pioneirismo ao se aproximar de temas como a anomia, que depois serão retomados pelos teóricos que se debruçam sobre as redes sociais e sua associação com a saúde.

Se, Durkheim abriu caminho para este debate, todavia foi somente entre a década de 70 e de 80 que houve um redirecionamento desta preocupação com as relações interpessoais e seus efeitos na saúde e no bem-estar do indivíduo. Redescoberta que se manifestou através de um crescimento exponencial de pesquisas científicas, principalmente norte-americanas sobre os efeitos do apoio e suporte social. Os estudos empíricos de Cobb (1976), Cassel (1976), KAWACHI e Berkman (2001) que se propuseram a relacionar os efeitos da rede social com a taxa de mortalidade são apontados como precursores desta linhagem que discute os efeitos do estresse sobre a saúde (SMITH e CHRISTAKIS, 2008).

Apesar de os mecanismos através dos quais o apoio social interfere na saúde ainda não tenham sido totalmente esclarecidos, evidências provenientes de diferentes metodologias de pesquisa (experimentos de laboratório com animais e ou humanos, inquéritos epidemiológicos

longitudinais e retrospectivos, pesquisas qualitativas ecológicas e comportamentais, etc.) ressaltam que a estrutura social pode ser uma potente fonte de estresse ou desorganização psíquica (SMITH e CHRISTAKIS, 2008).

Nesse sentido, encontramos uma vasta literatura que se questiona sobre os efeitos do suporte social de: reduzir a morbidade e a mortalidade através do efeito tampão que este exerce sobre o sistema imunológico (COBB, 1976; CASSEL, 1976); diminuir os sintomas depressivos e ansiosos (PANZARELLA et al., 2006; DALGARD, 2006), e até amortecer os efeitos de uma situação potencialmente traumática para a saúde, uma vez que incrementa a capacidade das pessoas em lidarem com situações limites (COSTA e LUDEMIR, 2005). Em resumo, podemos dividir a produção sobre a relação entre bem-estar mental e apoio social em duas teorias:

A primeira refere-se a fato de que o apoio social afetaria diretamente a saúde mental; a segunda, ao fato de que o apoio social funcionaria como mediador do estresse, modificando o seu efeito, ou seja, o indivíduo que contasse com alto nível de apoio social reagiria mais positivamente às situações estressantes se comparado a outros que não dispusessem deste tipo de recurso (COSTA e LUDEMIR, 2005, p. 74).

No entanto, autores como Kawacki e Berkman (2001) e Lin (1984; 1999) ressaltam que os dois modelos supracitados partem de uma perspectiva egocêntrica, isto é, tentam compreender apenas como um indivíduo percebe a estrutura e função das redes que imediatamente o cercam. Os autores chamam a atenção para o fato de que a função de apoio de uma rede está embutida dentro de um conjunto amplo de trocas sociais que por vezes ultrapassam uma visão solipsista. Nesse cenário, os estudos do grupo de Lin ficaram célebres por tentarem retomar a associação entre suporte social e humor depressivo de maneira diferente. A noção de que os laços egocêntricos de um indivíduo são contingências das características estruturais de sua rede social é uma das ideias-chave desta teoria, que incorpora a noção de capital social<sup>17</sup>, utilizando-a para explicar as diferentes maneiras que o apoio social atua na incidência e prevalência de transtornos mentais (MCKENZIE et al., 2002).

---

<sup>17</sup>Nos estudos de rede, de acordo com Marteleto e De Oliveira e Silva (2004), a noção de capital social é compreendida como um *quantum* social, ou seja, um recurso da comunidade construído pelas suas redes de relações que determina a posição que cada indivíduo ocupa no interior de um grupo social.

Lin et al. (1999) levantam a hipótese que três camadas que estão aninhadas e que se estendem para fora do ego, compõem uma estrutura das relações sociais. A camada mais externa estaria relacionada ao sentimento de pertencimento (*belongingness*) e ao capital social; a camada intermediária estaria associada a criação de laços sociais (*bonding*); e a camada mais interna aos elos de ligação mais íntimos (*binding*). Nesse sentido, os autores jogam luz sobre a estrutura das relações sociais que se estabelecem durante o adoecimento mental, com o objetivo de reforçar as diferentes funções que o apoio social pode ter. Com o intuito de fazer uma síntese destas funções, os autores propõem três grandes dimensões: 1. suporte percebido *versus* suporte real; 2. suporte instrumental *versus* suporte emocional; 3. suporte disponível no cotidiano *versus* suporte em situações de crise<sup>18</sup>. Para os autores, com frequência os estudos sobre suporte social e saúde se focam em apenas uma destas funções. De maneira inédita, eles propõem um modelo de análise do apoio social na qual as três dimensões estão diretamente correlacionadas, mas atuam de maneira distinta na saúde mental. Dentre os resultados apontados, nos interessa destacar um em especial. Os autores 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 (Lin et al., 1999).

Independentemente da teoria escolhida para explicar este elo, o suporte ou apoio social é um tema de interesse para o âmbito da saúde mental. Por um lado, encontramos inúmeros estudos que assinalam que os portadores de transtorno mental são mais propensos a se isolarem socialmente, seja como efeito do estigma, ou como resultado de sua própria condição psíquica. Fato que os levaria a ter uma rede social menor (PANZARELLA et al., 2006; CARON et al., 1998). Por outro lado, o apoio social – seja como presença em situações de crise, troca de informações, ou envolvimento comunitário – é fortemente reconhecido como um fator psicossocial que influencia na capacidade de enfrentar situações adversas e na adesão ao tratamento em saúde mental (PESCOSOLIDO, 1998; MCKENZIE et al., 2002; JONES et al., 2009).

---

<sup>18</sup> Segundo Lin et al. (1999), esta última função do apoio social, de estar disponível em momentos de crise até então foi pouco estudada. Não existem ainda conclusões robustas sobre o tema. Os autores apontam, entretanto, para o fato que tanto o suporte percebido como o suporte real parece ter grande influência numa situação de crise.

Redes sociais menores, menos relacionamentos íntimos, e menor adequação percebida de apoio social têm sido relacionados a sintomas depressivos. No entanto, os desafios de estabelecer uma relação causal com os laços sociais são geralmente maiores para a saúde mental. [...] Mesmo com um desenho de estudo longitudinal, é muito difícil distinguir entre a falta de laços sociais como um antecedente, ou como um concomitante de sofrimento psíquico. Por exemplo, é plausível que certos traços de personalidade, como introversão, estão associados tanto a falta de participação na rede social e a ocorrência de sintomas depressivos (KAWACKI e BERKMAN, 2001, p 458).

Assim, 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. Para Beck et al. (1979), os indivíduos deprimidos apresentam uma tríade de cognições negativas sobre o mundo ("o mundo é injusto"), o futuro ("futuro é impossível") e o self ("eu sou inútil"). Assim, tendem a olhar para os acontecimentos cotidianos de forma pessimista. Muitas vezes as trocas sociais tornam-se insuportáveis, fazendo com que a pessoa se recolha. A desesperança e a baixa tolerância aos estímulos exteriores acabam por reafirmar uma experiência de solidão e incompreensão, o que em última instância desgastam as relações sociais e de trabalho (DYER e KREITMAN, 1984). Um estudo transcultural apontou que o estigma vivido na experiência de depressão está em geral "associado à sensação de não-aceitação, do medo de ser visto como louco, da sensação de incapacidade ao ser exigido, à sexualidade". (MOREIRA e TELLES, 2008, p.240), isto é, às situações em que as trocas intersubjetivas se encontram em risco. Eu excluo o outro, o outro me exclui.

Aqui importa ressaltar que

um suporte social empobrecido é reconhecido tanto como fator de risco como consequência da depressão. Uma associação inversa entre suporte social e depressão já está bem documentada e aponta que o suporte social e a depressão se influenciam reciprocamente (PANZARELLA et al., 2006, p.308).

Esta constatação, de que há uma influência mútua entre suporte social e os casos de depressão e de tentativas de suicídio, coloca em suspenso as investigações que se focam nas redes

sociais destas pessoas somente com o intuito de apreender os efeitos de contágio direto ou do enfraquecimento da função de suporte social. Na tentativa de abarcar o efeito da estrutura das redes sociais na busca por ajuda médica, muitos estudos acabam por ignorar o fato de que diante de um problema mental redes são criadas, reafirmadas e destruídas à medida que assumem uma nova configuração. A compreensão da experiência destas relações e a forma como elas são percebidas pelos indivíduos acometidos, seja através de instrumentos qualitativos ou de sua conjugação com métodos quantitativos, tem se mostrado um caminho de pesquisa muito mais importante.

É preciso lembrar também, que o 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 ocorrer tanto na presença como na ausência de outras pessoas.

Se "suspeitamos que o apoio social pode promover tanto uma sensação de auto-eficácia e auto-estima como desabilitar, reforçando a dependência, portanto, pode ter efeitos mistos" (KAWACKI e BERKMAN, 2001, p.461), cremos que um dos aspectos fundamentais a ser estudado é como a experiência do *continuum*, depressão - ideação - plano - ato suicida, é transformada em uma realidade socialmente reconhecida, dotada de significados que são comunicados e legitimados. O que está em pauta é justamente uma análise dos processos que mediatizam a interpretação do vivido, a articulação desta experiência e a maneira como ela é exprimida socialmente.

### **3.2. A REDE SOCIAL COMO SOBREVIVENTE AO SUICÍDIO**

Apesar de Durkheim já ter apontado em 1897 para a coesão social como um fator que levaria ao suicídio e ter deixado um legado nas pesquisas de ciências sociais sobre o tema, em suicidologia o papel da rede social e do apoio social ganhou destaque nos últimos somente nos últimos 30 anos. Assim, encontramos desde os estudos que se debruçam sobre os efeitos que a família exerce sobre a determinação da conduta suicida (QIN, AGERBO e MORTENSEN, 2003; BELLASALMA e OLIVEIRA, 2002; KRÜGER e WERLANG, 2010) até aqueles que investigam os processos de luto e reorganização que ela sofre (DYREGROV e DYREGROV, 2005; AGERBO, 2005; BAILLEY, KRAL e DUNHAM, 1999; CURRIER, HOLLAND e

NEIMEYER, 2006; CEREL, JORDAN e DUBERSTEIN, 2008). Evidentemente, o grupo mais estudado no campo da suicidologia ainda é o dos familiares (laços fortes). Namorados, amigos, vizinhos e pessoas da comunidade (laços fracos) que muitas vezes são os principais confidentes das pessoas com comportamento suicida e que acompanham de perto esta experiência são geralmente esquecidos ou deixados de lado. E muitas vezes a participação desta rede social de proximidade pode ser essencial, basta lembrar que decisões de procurar ajuda, podem muitas vezes, depender destas relações vistas usualmente como mais casuais ou informais (BARTON, HIRSCH e LOVEJOY, 2013; OWENS et al., 2011).

No Brasil já encontramos algumas pesquisas que se dedicaram a compreender esta dinâmica no interior da família ou da rede de apoio (GASPARI e BOTEAGA, 2002; SOUZA e RASIA, 2006; SILVA, 1984; CASSORLA, 2004; KRÜGER e WERLANG, 2010). Contudo, em uma revisão bibliográfica das publicações brasileiras sobre suicídio e intervenção em crise, entre os anos de 1994 e 2004, os autores destacaram que somente 4,2% do total dos artigos encontrados eram voltados para a descrição de intervenções com a família e a rede social próxima (SEMINOTTI, PARANHOS e THIERS, 2006). O levantamento bibliográfico realizado pelo Ministério da Saúde, em 2006, reafirma o achado do estudo supracitado: a produção científica brasileira sobre o impacto do suicídio no grupo social próximo ainda é pequena quando comparada com os outros temas da suicidologia (BRASIL, 2006). Há o reconhecimento da importância de escutar, acolher e criar estratégias de cuidado para este grupo específico, mas muito pouco foi feito no Brasil.

Várias hipóteses podem explicar esta dificuldade ou falta de atenção com aqueles são afetados pelo comportamento suicida no Brasil. Primeiro, o comportamento suicida é tão impactante que os profissionais podem estar mais preocupados em cuidar do indivíduo diretamente atingido do que de seu grupo social. Parece também existir um maior investimento em planejar estratégias macro de intervenção para a prevenção do suicídio, ou seja, mais voltadas para a comunidade do que para um grupo familiar individual. Uma terceira e última dificuldade pode se dever ao fato de que, geralmente, o próprio grupo familiar após um suicídio se fecha em si mesmo. Não procurar ajuda, ou não quer participar de estudos, não quer falar sobre o assunto, seja por culpa ou medo do que o fato se repita com outros membros ("contágio" <sup>19</sup>) ou ainda

---

<sup>19</sup> A noção de contágio do suicídio, ou seja, que falar sobre o assunto pode levar a pessoa a se matar surge a partir do fenômeno nomeado em suicidologia de "Efeito Werther". A publicação em 1774, da obra de Goethe, "Os

temor de ser rejeitado socialmente (SEMINOTTI, PARANHOS e THIERS, 2006). Como destacamos anteriormente, o interesse e o cuidado com a rede social depende da capacidade da sociedade de falar abertamente sobre o tema (*openness*) e propiciar espaços públicos e privados que acolham estas pessoas (GRAD et al., 2004).

Para complexificar ainda mais este quadro, inúmeros estudos apontam que cerca de 69% dos suicidas fizeram algum tipo de comunicação sobre seus intentos suicidas para parentes ou amigos. De acordo com Lester (2004) isso implicaria em pensarmos na hipótese de que existe uma negação daquilo que é verbalizado e de que algo pode realmente acontecer. Primeiro, porque em nossa cultura ainda existe o mito de que quem se mata não avisa antes. Segundo, existe uma dificuldade, principalmente dos pais em relação aos seus filhos adolescentes, em reconhecer os sinais de crise psíquica que geralmente são aparentes. Podemos acrescentar às hipóteses de Lester (2004), o fato de que atualmente existe um descrédito acerca dos processos depressivos e consequentemente dos intentos suicidas.

Comportamentos que deveriam ser mais bem investigados. Na pesquisa qualitativa desenvolvida em uma emergência psiquiátrica no Rio de Janeiro acerca da experiência do suicídio, Estellita-Lins et al. (2012) propõem que uma hipótese para compreender esta "negação" apontada por Lester ou silêncio diante de algo que está ali evidente. A experiência de se matar pode ser tão familiar a estas pessoas da rede social que falar sobre ela é muitas vezes aterrorizante e paralisante. Eles se encontram imersos nesta experiência, e verbalizar ou conversar sobre o intento suicídio com a pessoa que está ali sofrendo e ainda procurar ajuda implicaria numa atitude de responsabilização. Pois bem, se reconhecer o outro com suas limitações e diferenças e mesmo assim se responsabilizar por ele, ou se colocar ao seu dispor, é para Lévinas (1991) um dos pontos importantes da comunicação, podemos afirmar que algo no processo de comunicar uma urgência psíquica e um sofrimento falha aí neste momento de crise.

Se, por um lado, há um esforço para identificar estas comunicações que não puderam ser ouvidas com o intuito de se aproximar das relações que se dão no momento anterior ao ato; por outro, o anúncio destes dados cria uma culpabilização das pessoas que sobreviveram a esta

---

Sofrimentos do Jovem Werther", supostamente levou jovens amantes a cometerem suicídio em imitação (THORSON e OBERG, 2003). Entretanto, hoje, sabe-se que a questão do comportamento de imitação não se resume a falar abertamente sobre o assunto, mas a maneira que o tema é representado nos meios de comunicação.

experiência. Cabe lembrar que os dados colhidos de maneira retrospectiva nem sempre podem ser escutados e transformados em estatísticas, pois podem ser uma tentativa *a posteriori* de encontrar pistas para explicar um ato tão radical que deixou um vazio simbólico. Ser expectador do comportamento suicida ou de um suicídio consumado, mais do que provocar a angústia, pode engendrar uma incerteza insuportável, típica de um encontro traumático. Se o que acontece não é minimamente assimilável e não consegue ser elaborado em seus desdobramentos, desaba o que, habitualmente, sustenta as relações: a possibilidade da escritura de uma história. Logo, o movimento de contar e recontar o ocorrido, assim como rever os detalhes de uma cena podem ser tentativas de compreendê-los, ou seja, de colocar em palavras aquele ato inominável, circunscrevendo-o simbolicamente a partir de pistas, sinais e memórias lembrados *a posteriori* (BTESHE, 2008).

Em resposta ao artigo de Lester (2004) que discute esse suposto processo de negação das pistas dadas anteriores ao gesto suicida, Michel (2005), que se identifica no início de sua carta resposta como psiquiatra de uma universidade, lembra que reconhecer os sinais de risco é uma tarefa difícil inclusive para um profissional de saúde, e saber como agir após reconhecer o risco de suicídio é um trabalho mais árduo ainda. Assim, para este autor assinalar apenas, que a grande maioria de familiares e amigos pode ter ignorado os sinais que impediriam este desastre, não ajudaria a compreender outras questões do momento de crise que seriam tão ou mais importantes para a evitação do ato. "Por que tantas pessoas que estão em risco não procuram ajuda profissional? Por que tantas pessoas abandonam o tratamento no meio? Por que tantas pessoas se matam, apesar de estar em tratamento?" (p.36). São perguntas que Michel (2005) faz e que, de fato, apontam para aspectos importantes do agir em um momento de crise. Primeiro este autor destaca a dificuldade dos profissionais de saúde, que supostamente, foram treinados para lidar com esta situação limite, de reconhecer e agir diante de uma ameaça ou risco de suicídio. E, como discutimos neste capítulo, este realmente é um nó da assistência aos casos de crise suicida. Segundo, se para os profissionais de saúde é uma situação que desperta medo, impotência, para as pessoas da rede social diretamente ou indiretamente envolvidas na situação, que além de supostamente serem leigas, também tem laços afetivos com a pessoa em risco, a dificuldade para escutar um pedido de ajuda e agir diante disto é muito maior.

No final de sua carta, Michel se identifica como profissional de saúde e sobrevivente: seu filho adolescente se suicidou. Ele avisou aos pais e estava em tratamento. 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; 2. o debate entre um profissional de saúde reconhecido do campo, David Lester, e um sobrevivente, Konrad Michel. Ou seja, olharemos para a participação social e para o ativismo dos sobreviventes, uma vez que este último apesar de ser psiquiatra, também fala do lugar de pai de um suicidado, numa discussão interna de uma revista científica da área.

O termo "sobrevivente de um suicídio" certamente tem um duplo sentido, o que tende a causar certa confusão. Pode ser entendido como aquele que sobreviveu a uma tentativa, ou ainda, se referir aquele que está enlutado por um suicídio. Entretanto, nos últimos anos, no campo da suicidologia este termo vem sendo utilizado principalmente para falar das 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).

Como nos apontam Berman, Jobes e Silverman (2006) se identificar com esta identidade de sobrevivente trata-se de uma escolha individual. Alguns jamais saberão que existe essa terminologia e outros se negarão a utilizá-la. Mas, ser um sobrevivente não é uma opção que lhe foi dada. Qualquer pessoa que testemunhe um ato tão agressivo como o suicídio de outro, pode ser um sobrevivente. Para os autores, o fato de a pessoa poder se identificar neste lugar é o primeiro passo importante para que qualquer intervenção de cuidado possa ser feita. Usualmente, como vimos, a família nuclear (pais e irmãos) são os mais diretamente atingidos. Isto é um fato. (ANDRIESSEN, 2009; DYREGROV e DYREGROV, 2005). Entretanto, parentes e amigos próximos também relatam um processo intenso de sofrimento. Às vezes não é tão claro identificar outros sobreviventes aquele ato: pode ser, por exemplo, um colega da escola de um adolescente que se matou e que seu sofrimento poderá passar despercebido, pois ele não faz parte da rede social imediata (BERMAN, JOBES e SILVERMAN, 2006).

Andriessen (2009), em uma revisão sobre os suportes envolvidos na posvenção, vai além nesta discussão e aponta que os sobreviventes não têm necessariamente um laço afetivo ou de proximidade com o suicidado. Esta noção abarca também pessoas que têm sua vida diretamente modificada de maneira negativa por este gesto. Um condutor do metrô que atropela uma pessoa que se jogou nos trilhos, pode ser tão atingido por esta experiência como alguém da família. Um

profissional de saúde que acompanhou o caso e não conseguiu evitar o suicídio também pode ser um sobrevivente. Por outro lado, alguns familiares se dizem claramente aliviados diante do suicídio de um parente que os ameaçou por anos e simplesmente aceitam esta perda. Ter um parentesco não implica em ter um laço afetivo de qualidade. Ou seja, ainda não temos dados suficientes para afirmar que ser exposto a uma situação de suicídio necessariamente teria um efeito negativo sobre as pessoas (JORDAN e MCMENAMY, 2004; ANDRIESSEN, 2009). Nem para ratificar a hipótese de que ter laços afetivos com o falecido também seria por si só um fator determinante (ANDRIESSEN, 2009). Além disso, já existem os estudos sobre a resiliência no processo de luto, ou seja, sobre a capacidade de passar por situações potencialmente traumáticas e encontrar novas saídas mesmo diante de perdas radicais (BERMAN, JOBES e SILVERMAN, 2006). Neste contexto, a relação de parentesco, a qualidade do laço, a dinâmica familiar e o tempo que transcorre após o suicídio parecem ser características importantes a serem estudadas neste processo de elaboração da perda, mas não são determinantes.

Como, então, identificar um sobrevivente? Seria através de um mecanismo de autodenominação, isto é, a pessoa que se identifica como tal? Trata-se de uma decisão clínica? Ou ainda, se daria através da aplicação de uma escala que meça o impacto da perda? Como saber que pessoas precisarão de ajuda após um suicídio? (ANDRIESSEN, 2009)

O autor propõe, então, três aspectos que seriam marcantes para integrar uma definição do que é ser sobrevivente de um suicídio: "refere-se ao comportamento de outra pessoa (e não a sua própria tentativa de suicídio), com posterior morte e a ausência desta pessoa, e impacto subsequente sobre as pessoas restantes" (ANDRIESSEN, 2009, p.43). Não existe concordância sobre esta definição até porque ela deixaria de fora os grupos que são atingidos coletivamente, como por exemplo, uma turma de colegas da escola de um adolescente que se suicidou ou pessoas que frequentam juntas a mesma igreja. Grupos sociais também podem ser sobreviventes, e merecem uma assistência específica (BERMAN, JOBES e SILVERMAN, 2006). Outra crítica que podemos fazer a esta definição é que ela também não incluiria pessoas da rede social que tem suas vidas modificadas por outros aspectos do comportamento suicida, tal como ameaças e tentativas de suicídio. Cabe lembrar que conviver em um ambiente em que o risco iminente é uma constante, pode ser uma vivência traumática. Pessoas que presenciam tentativas de suicídio, mesmo que esta seja mal sucedida ou que socorreram parentes ou amigos, relatam experiências tão traumáticas quanto à morte consumada. Em um treinamento para a prevenção do suicídio com

seguranças de uma universidade, que apesar de serem contratados para proteger o patrimônio, eram as pessoas que diretamente socorriam e muitas vezes impediam as tentativas de suicídio que aconteciam no campus universitário, podemos claramente ver os efeitos negativos desta experiência. E o que era para ser uma aula em um curso de treinamento, em como agir em uma situação de risco de suicídio, acabou se tornando uma catarse coletiva. Cada um tinha uma história para contar e mesmo aquelas nas quais suas atuações tinham evitado a morte de uma pessoa eram descritas como trágicas e marcantes. E como efeitos negativos foram relatados: uso de álcool após o acontecimento para esquecê-lo, insônia, irritabilidade, sentimento de impotência e incompreensão do fato e pedido de afastamento do trabalho.

Este é apenas um exemplo para ilustrar nossa hipótese de que ter a vida modificada ou impactada não se restringe aos casos de suicídio consumados, mas também inclui aqueles que vivenciam o *continuum* do comportamento suicida. Adotaremos, portanto, 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.**

Este efeito na vida das pessoas que sobrevivem podem incluir sentimentos de responsabilização, vergonha, rejeição, auto-acusação, estigma social, isolamento e ainda a experiência de sentir envolvido diretamente na decisão do suicídio (ANDRIESSEN, 2005; ANDRISSSEN et al., 2007). Há ainda os relatos de dores físicas, insônia, aparecimento de sintomas depressivos e uso excessivo de álcool. Sobreviventes parecem ter um risco elevado para sintomas somáticos, transtornos mentais comuns, e em casos mais drásticos uma maior tendência a repetição do comportamento suicida (JORDAN e MCMENAMY, 2004).

Nos últimos 40 anos, inúmeros estudos se dedicaram a estudar as características e particularidades do processo de perda e luto dos sobreviventes do suicídio consumado, tendo como pressuposto que este processo seria completamente diferente de outras perdas também violentas e inesperadas, como por exemplo, por acidente ou por homicídio. Segundo estudiosos, este processo seria mais complexo e com maior risco de desencadear quadros de estresse psicológico e crise existenciais associadas à dificuldades sociais (BAILLEY, KRAL e DUHAM, 1999; CEREL, JORDAN e DUBERSTEIN, 2008; QIN, AGERBO e MORTENSEN, 2003; DYREGROV, NORDANGER e DYREGROV, 2003; JORDAN, 2001). Entretanto, ainda hoje,

não existe um consenso sobre este tema. Inclusive, a ideia de que o processo de luto por suicídio poderia ser associado a um luto patológico foi progressivamente abandonada (ANDRIESSEN, 2005, 2009; BERMAN, JOBES e SILVERMAN, 2006). Vale destacar, contudo, que existe um consenso que o luto de uma criança diante do suicídio de um dos pais é uma situação muito peculiar que exige uma atenção maior do que o usual. Não iremos discutir os motivos desta argumentação, pois foge ao escopo de nossa pesquisa, mas basta lembrarmos que o repertório de linguagem de uma criança é muito menor, o que certamente torna seu processo de elaboração e de significação de uma perda parental muito distinto (BERMAN, JOBES e SILVERMAN, 2006).

Para autores como Andriessen (2009; 2005), Jordan (2001) e Dyregrov (2011) as diferenças são mais qualitativas e temáticas do que em relação à gravidade. Estas reflexões sobre aquilo que torna este processo único comparado a outras formas de luto são importantes, pois implica em distinções também na assistência e no cuidado dos sobreviventes de uma morte por suicídio.

Conforme Andriessen (2009; 2005), o traço distintivo do luto pelo suicídio talvez seja o sentimento de responsabilidade direta naquele ato violento e a luta que se segue para permanecer vivo e encontrar um novo sentido na vida. Jordan (2001) chama a atenção para outra temática recorrente que é a busca incessante de uma explicação, de uma significação para aquele ato. E assim como Andriessen (2009; 2005), Jordan (2001) ressalta o fato dos sobreviventes do suicídio experimentarem, mais do que outros grupos, um sentimento de responsabilidade, quiçá culpa, pela morte. Ainda de acordo com o autor, isto levaria a relatos mais frequentes de sentimentos de rejeição, abandono e raiva em relação ao falecido. Além disso, o processo de luto de um suicídio poderia ser mais complicado devido à reação da comunidade em que vive. Os sobreviventes parecem experimentar situações de isolamento social e estigma, sendo vistos geralmente de maneira mais negativa do que outros enlutados. Existe também o relato de autoestigma, ou seja, os sobreviventes se afastam propositalmente e não costumam procurar apoio social. Dyregrov (2011), por sua vez, reafirma o papel destas variáveis culturais para que o processo de luto se dê. Os sistemas sociais de crenças, as expectativas, os valores e normas que regem as relações sociais influenciam diretamente a forma como os sobreviventes vivem e significam a perda pelo suicídio. Ou seja, o processo de luto de um suicídio depende também diretamente de como o círculo social compreende o ocorrido, se existe um acolhimento, uma culpabilização dos sobreviventes ou se o assunto é simplesmente silenciado.

Como vimos o interesse pelos sobreviventes surge já nos anos 60, com a metodologia de investigação de autópsia psicológica desenvolvida pela equipe do Centro de Prevenção do Suicídio de Los Angeles chefiada por Shneidman. Preocupado com o efeito dos suicídios sobre as famílias e amigos é ele quem propõe pela primeira vez atividades ou intervenções, nomeadas de posvenção, voltadas especialmente para essas pessoas enlutadas, com o objetivo de facilitar a recuperação, e prevenir futuros efeitos negativos, incluindo o comportamento suicida. Neste panorama, a assistência e o cuidado dos sobreviventes após uma tentativa ou suicídio estão intimamente associados à prevenção de saúde mental e de novos casos de suicídio (ANDRIESSEN, 2009).

Nos últimos 15 anos o interesse pelos sobreviventes e por propor novas abordagens, settings e atividades de posvenção cresceram consideravelmente, inclusive com a participação ativa dos sobreviventes em movimentos sociais que contribuem diretamente para os estudos científicos e assistência em posvenção (BERMAN, JOBES e SILVERMAN, 2006). Desde então, inúmeras técnicas vêm sendo pensadas e testadas em pesquisas empíricas. 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). Cada modelo tem um objetivo e é pensado para diferentes grupos, podendo ser utilizado concomitantemente. Por exemplo: um sobrevivente pode frequentar um grupo de apoio e fazer psicoterapia ao mesmo tempo.

A modalidade de grupos de apoio à sobreviventes parecem estar na base da criação da posvenção. De acordo com Berman, Jobes e Silverman (2006), os primeiros grupos datam de 1977 a 1980. Duas pessoas importantes para o início deste movimento, que surgiu nos Estados Unidos, foram Iris Bolton e La Rita Archibald, duas sobreviventes que se interessaram por criar um grupo de ajuda para outras pessoas que haviam passado pela mesma experiência que elas. Um dos debates sobre a função destes grupos de apoio é a necessidade ou não de ter um profissional especializado presente na equipe. O grupo de apoio promovido no Centro de Prevenção do Suicídio, já no final dos anos 70, coordenado por Shneidman era co-liderado por um terapeuta e um sobrevivente. Entretanto, esta rivalidade entre aqueles que defendem que os grupos de apoio devem ser somente compostos por pessoas que viveram a experiência de perda por suicídio e

outros que entendem ser importante a presença de um profissional de saúde que possa também co-orientar ainda é recorrente.

Independente da formação dos grupos de apoio sabe-se que a criação de um espaço livre e gratuito de fala e de escuta permite que os sobreviventes:

1. Possam se identificar com outros na mesma situação e se ajudar mutuamente;
2. Saiam e retornem ao grupo sem serem julgados, tendo aquele espaço como um lugar seguro de referência, dinâmica bem diferente de um grupo psicoterápico onde há uma obrigatoriedade de permanência;
3. Criem laços que possam fomentar que participem ativamente das políticas públicas voltadas para a assistência e prevenção do suicídio.

Dyregrov (2011) ao se debruçar, a partir de uma perspectiva fenomenológica, sob os estudos que relatam como os sobreviventes gostariam de serem cuidados ou esperariam como atenção após um suicídio, aponta que o suporte dos pares, ou seja, de pessoas que passaram por uma situação semelhante é reconhecido como uma intervenção importante na medida em que permite um espaço de acolhimento do sofrimento e da tristeza da perda sem ser julgado moralmente.

É mais fácil para as pessoas enlutadas por suicídio permitir-se rir e se divertir na presença de outros enlutados, sem o risco de ser mal compreendido. O tempo que passam juntos é experimentado como um *time out*, porque ali podem ser eles mesmos, não precisam esconder sua tristeza e continuamente lutar para se recompor e ou fingir. Entre seus pares, os enlutados recebem a confirmação de que suas reações e pensamentos são normais e naturais. Eles também podem expressar pensamentos e sentimentos em seus próprios termos e não precisam esconder "o pior" - já que outro enlutado "pode ouvi-lo". (DYREGROV, 2011, p.313)

E, de fato, nos últimos 30 anos, cresceu consideravelmente a busca ativa de ajuda em grupos de apoio. Em um levantamento feito em 2003 pela *American Association of Suicidology* (AAS), em associação com a *International Association for Suicide Prevention* (IASP), para a criação de uma listagem dos grupos de apoio para sobreviventes do suicídio em seu site, foram identificados a existência de aproximadamente 350 grupos na América do Norte e 200 na Europa. Estes números apontam para a hipótese de que nestes lugares os sobreviventes estão menos silenciosos ou silenciados pelo tabu do suicídio. (BERMAN, JOBES e SILVERMAN, 2006).

Uma segunda modalidade de cuidado aos sobreviventes é composta por psicoterapias.

Dyregrov (2011) aponta que em uma pesquisa realizada em 2002 a assistência de um profissional de saúde é um dos cuidados mais esperados. No entanto, parece haver inúmeros motivos ou explicações para o fato de que os sobreviventes raramente acionam ou procuram uma assistência clínica profissional. Uma hipótese é a dificuldade do sobrevivente de assumir e procurar ajuda profissional, ou seja, dar um primeiro passo. Quando esta ajuda é oferecida e incentivada pela rede social parece existir uma melhor resposta. Outra possível explicação é que a relação do sobrevivente com o sistema de saúde mental já está desgastada, pois acompanhou a história pregressa da pessoa que se matou (DYREGROV, 2011). De acordo com Berman, Jobes e Silverman (2006), estudos apontam que existe uma resistência dos sobreviventes em procurar um psicoterapeuta, seja psicólogo ou psiquiatra, pois mais da metade destes relata que o falecido passou por algum tipo de tratamento psicoterápico que supostamente falhou. Após um suicídio, existem descrições sobre a desconfiança quanto à eficácia do método, além do sentimento de raiva e culpabilização generalizada em relação aos profissionais de saúde mental que não conseguiram "salvar" a pessoa amada. Um terceiro motivo encontrado por McMenemy et al. (2008), em um estudo piloto, para explicar o porquê destas pessoas sofrerem tanto em silêncio, se deve ao fato de estarem deprimidas ou simplesmente não terem acesso à informação sobre os cuidados existentes em posvenção.

Os poucos sobreviventes que chegam a um psicoterapeuta, na maioria das vezes, encontram um profissional despreparado para lidar com as temáticas específicas do luto por suicídio. Como vimos alguns temas, como: estigma social, rejeição, sensação de abandono e responsabilização pelo ato, são característicos e recorrentes desta perda. E, por isso, merecem uma abordagem clínica cuidadosa e distinta. Jordan e McMenemy (2004), em uma extensa revisão da literatura sobre posvenção, destacam, por exemplo, que alguns estudos já apontam que o modelo psicoterápico clássico de breve duração parece não ter bons resultados terapêuticos para os enlutados por um suicídio. Seria necessário mais tempo, um maior número de sessões, e atenderia somente as necessidades de uma pequena parcela de sobreviventes que supostamente teriam desenvolvido algum distúrbio psiquiátrico. Todavia, os autores concluem sua revisão afirmando que não existem evidências científicas suficientes que comprovem a eficácia da psicoterapia como modelo de posvenção (JORDAN e MCMENAMY, 2004). Apesar de todas estas vicissitudes, é inegável a função da terapia para que o sobrevivente possa minimamente contar a sua versão da história, falar de seus sentimentos, ter insights e poder reconstruir fatos

que possam ajudá-lo a compreender sua perda e voltar a investir afetivamente no mundo (BERMAN, JOBES e SILVERMAN, 2006).

As intervenções psicossociais nas comunidades após um suicídio ou em instituições que suicídios são recorrentes, por sua vez, é um modelo bastante utilizado e que tem sua eficácia reconhecida. Escolas, universidades, empresas e até comunidades religiosas são locais que se beneficiam desta modalidade de posvenção. Protocolos de intervenção já foram estabelecidos pela AAS (BERMAN, JOBES e SILVERMAN, 2006). Entre os passos comuns aos diferentes protocolos, encontram-se: ter um plano de ação bem estabelecido (o que fazer numa situação de risco de suicídio? comunicar um responsável? qual serviço acionar em situação de risco ou de morte? etc.); selecionar e treinar uma equipe que atuará na situação de risco (quem ficará responsável por cada passo a ser tomado); disseminar informações úteis e claras (importante desmitificar e retirar qualquer tentativa de glamurizar o ato) sobre o suicídio para todos que fazem parte daquela comunidade, grupo ou instituição; oferecer intervenções de grupo para os sobreviventes e expectadores do ocorrido que frequentam aquele espaço (amigos, colegas de classe ou de trabalho, colegas de missa) para que possam falar abertamente do ocorrido; incentivar os familiares e parentes do falecido a procurar ajuda especializada e se possível nomear alguém para acompanhá-los por telefone; nos casos em que a mídia quiser reportar o suicídio é importante ter alguém treinado para responder as perguntas de maneira adequada. Fica claro que o foco é falar abertamente do ocorrido, identificar possíveis sobreviventes, dar suporte a eles e oferecer orientações confiáveis de como agir, onde procurar ajuda, etc. (BERMAN, JOBES e SILVERMAN, 2006).

Seguindo esta mesma trilha, na qual a infocomunicação tem um papel central, encontramos ainda os treinamentos para os profissionais que se encontram na linha de frente da assistência ao suicídio: bombeiros, emergencistas, seguranças dos locais, médicos peritos, enfermeiros, representantes religiosos (padres, pastores, rabinos). Por ser uma situação geralmente violenta e que gera comoção, eles devem estar preparados para atuarem de maneira a acolher a família. Este momento inicial para os sobreviventes é de choque. Se as primeiras pessoas a chegarem ao local tiverem contato com a família, não souberem o quão multifacetado é o suicídio, a sua multicausalidade, o processo de luto dos sobreviventes, etc., provavelmente elas agirão de um modo frio ou comovido demais. Relatos de sobreviventes sobre a falta de tato neste primeiro contato fez com que se prestasse atenção especial a este grupo. Inclusive porque eles

também podem entrar para a lista de sobreviventes em uma ação de socorro malsucedida, por exemplo (BERMAN, JOBES e SILVERMAN, 2006).

Uma preocupação que é comum as quatro modalidades de posvenção descritas é a de respeitar as diferentes necessidades de cada grupo social atendido. As diferenças culturais, uma vez que estão presentes no processo de significação da perda, devem ser levadas em conta em qualquer proposta de intervenção. Em cada sociedade os enlutados atribuem significados únicos a um suicídio, e, conseqüentemente, têm percepções distintas sobre a ajuda que esperam receber (DYREGROV, 2011; ANDRIESSEN et al., 2007; BERMAN, JOBES e SILVERMAN, 2006). O ideal seria prover diferentes modelos de cuidado que possam atender demandas distintas que surgem após uma morte violenta. É necessário, por exemplo, atenção aos voluntários e cuidadores que acolhem os sobreviventes. Como nos lembra Grad et al. (2004),

Uma gama de programas e serviços de apoio foram desenvolvidos nos últimos anos para atender as diversas necessidades das pessoas enlutadas por suicídio. No entanto, em geral, sabemos pouco sobre a qualidade dos serviços prestados, as habilidades necessárias para dar apoio, ou o impacto pessoal de voluntários ou funcionários de fornecer esse apoio (p.138).

Assim, é relevante que pesquisas empíricas possam avaliar a qualidade e a eficácia dessas atividades aplicadas nas mais diversas culturas, com o intuito de compreender as nuances deste processo de luto e de possíveis intervenções que ainda não foram capturadas pelas pesquisas e pela clínica. A assistência pode ser uma valiosa fonte de informação que auxilia a compreender como as pessoas enlutadas agem e se recuperam (ANDRIESSEN et al., 2007). Escutar e acolher os sobreviventes e incentivar sua participação ativa na posvenção é uma maneira não só de conhecer de perto suas experiências, mas fazer com que se impliquem na construção compartilhada de um conhecimento sobre o suicídio.

Chegamos, por fim, ao segundo ponto de nossa discussão acerca dos sobreviventes: 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). Vale notar que o movimento dos sobreviventes já surge no final dos anos 70 em diálogo com a produção acadêmica científica.

Em 1980, Iris Bolton, sobrevivente que já trabalhava com grupos de apoio, fez sua apresentação de trabalho na Conferência Anual da Associação Americana de Suicidologia (AAS). O movimento cresceu de tal maneira que três anos depois, em outra Conferência da AAS, surgiu a proposta de criação de um comitê de sobreviventes. O comitê composto por Bolt, Archibald e outros, tinha como proposta trazer à tona as questões relacionadas àqueles que sobreviviam a um suicídio de um ente querido, além de lutar pelos seus direitos. Em 1989, Bolt foi eleita para o grupo de diretores da AAS. Neste mesmo ano, o comitê conseguiu convencer celebridades sobreviventes do suicídio a falarem abertamente sobre o assunto, o que ganhou destaque na mídia. Um fundo para financiar as pesquisas relacionadas à prevenção do suicídio foi também criado neste mesmo ano com assessoria do comitê de sobreviventes. Em 1993 foi publicada a primeira *newsletter* da AAS voltada somente para sobreviventes chamada *Surviving*. E em 1996, a família Weyrauch, que se identifica como sobrevivente, funda a primeira grande rede ativista de prevenção ao suicídio: SPAN (*Suicide Prevention Advocacy Network*). Deste momento em diante o movimento dos sobreviventes ganhou força não apenas no interior da academia científica, mas como mobilizadores da sociedade civil. Campanhas de prevenção e informação foram feitas e outros grupos ativistas surgiram (CUTCLIFFE e BALL, 2009; BERMAN, JOBES e SILVERMAN, 2006). Se, o ativismo surge nos Estados Unidos, já observamos movimentos na Europa, Austrália e nos países onde as estratégias de prevenção estão mais avançadas. Não é por acaso que a Associação Internacional de Prevenção ao Suicídio (IASP) também abriu um espaço de interlocução em seu congresso.

E foi justamente no XXV Congresso Mundial da IASP realizado no Uruguai que conhecemos em uma apresentação o trabalho do pesquisador australiano e sobrevivente Mic Eales. Ele havia tentado o suicídio duas vezes até o dia que seu irmão se matou. Como sobrevivente da morte do irmão, Eales encontrou na arte uma maneira de expressar a seguinte pergunta: "O que é ser suicida?". Desde então se dedica a estudar a interseção entre a suicidologia e a arte. Atualmente, faz doutorado em artes visuais com o tema narrativas artísticas sobre o suicídio na *Southern Cross University*, e é membro do grupo de pesquisa "FACES etno-culturais do comportamento suicida", coordenado pela Profa. Dra. Erminia Colluci na Universidade de Melbourne. Como ele testemunha abaixo, em um trabalho apresentado em 2011, a linha entre o estudo da narrativa de primeira pessoa e a sua experiência pessoal com suicídio é muito tênue. No entanto, como sobrevivente e pesquisador, aposta que sua história pode contribuir não somente

para a transformação do silêncio existente em torno do tema, mas para a pesquisa científica através de workshops que promove com sobreviventes.

Eu estudo e pesquiso o suicídio, ouvindo histórias que são narrativas de vozes originais. Minha abordagem é reinterpretar essas histórias como obras, instalações ou peças, através do emprego de estratégias que são profundamente reflexivas. Às vezes eu trabalho em cooperação diretamente com outros, ajudando-os a expressar as suas experiências vividas com o suicídio, em outras eu crio as obras de arte a partir destas narrativas e utilizo um processo mais interpretativo. Ao lançar mão da minha própria experiência íntima de suicídio, ao lado dos relatos de outros, sou capaz de criar expressões simbólicas e metafóricas dos fenômenos de suicídio a partir de uma enorme variedade de perspectivas sócio-culturais (EALES, 2011, p.3).

Talvez por encontrar-se numa posição entre o papel de pesquisador e de sobrevivente seu trabalho também reflete esta ambiguidade existente na tentativa de fazer a arte e a suicidologia, um campo originalmente composto por pesquisas quantitativas, conversarem entre si. Ele relata todas estas dificuldades do processo interdisciplinar, inclusive com o comitê de ética em pesquisa, sejam em suas apresentações orais nos congressos, vídeo-arte e instalações. Interessante destacar que Eales vê os congressos, conferências, reuniões científicas e universidades como lugares potenciais para expor seu trabalho, com o intuito de fomentar a discussão (EALES, 2011).

Como Eales outros sobreviventes se tornaram pesquisadores. Ao mesmo tempo em que os sobreviventes contribuem ativamente para o desenvolvimento da suicidologia, trouxeram para a academia a questão de como integrá-los as normas do campo científico. Afinal, existe uma linguagem própria com normas estabelecidas e compartilhadas entre os pesquisadores. Mais do que dialogar com a produção científica este grupo está inserido nela. Em um artigo para a “Crisis”, um dos principais periódicos do campo, Cutcliffe e Ball (2009) abordam estas colaborações e alianças e apontam que vivemos atualmente para um momento de reconciliação e reciprocidade entre os estudiosos do campo e os sobreviventes. É notório que a participação de pessoas que inicialmente são vistas como estranhas ao espaço acadêmico gera controvérsias e confusões de língua. 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. O fato é que estas alianças são cada vez mais comuns e mudanças já são reconhecidas.

Ao integrar os sobreviventes aos grupos ou equipes de investigação interdisciplinar, o foco das questões de investigação se desloca de cima para baixo (o pesquisador) para de baixo para cima (o sobrevivente) e questões de pesquisa e/ou propostas de re-pesquisa acabam incluindo ambos os tipos de perguntas (CUTCLIFFE e BALL, 2009, p. 209).

Neste contexto de ativismo e cuidados, uma pergunta permaneceu em suspenso. Onde estão os "verdadeiros" sobreviventes? Aqueles que sobreviveram a uma tentativa? Ou os que convivem anos com um humor depressivo e ideias constantes de se matar? Ou ainda, os que planejam em detalhes sua própria morte? Qualitativamente sabemos pouco sobre a experiência deles. Como se sentem? Como veem a tentativa de suicídio pregressa? E o suicídio ainda é uma opção? Falaram sobre isso com alguém? Com quem? Tiveram algum atendimento ou cuidado? Onde?

### **3.3. COMO FALAR DE PRODUÇÃO COMPARTILHADA DE CONHECIMENTO DE UM TEMA QUE É SILENCIADO/SILENCIOSO ENTRE OS ATORES DA REDE?**

Embora o movimento da reforma psiquiátrica seja fundado justamente no cruzamento entre as redes sociais informais com as redes ancoradas na sociedade civil (ONGs e associações), não localizamos trabalhos nacionais que se dediquem ao estudo das redes sociais secundárias, ou seja, àquelas que se formam por grupos ou instituições que defendem interesses comuns relativos ao cuidado de pessoas que tentaram suicídio ou que passaram por um episódio depressivo.

Sabemos que existe uma rica discussão sobre o a função das redes sociais como promotoras de empoderamento. A participação em associações e grupos possibilita aos portadores de transtornos mentais atuarem nas várias dimensões de sua saúde, desde a interferência sobre as próprias condições individuais de saúde, até as condições de funcionamento e atendimento dos serviços de saúde (ANDRADE e VAITZMAN, 2002; FONTES, 2007). Os laços fracos são reconhecidos como relevantes para a promoção do bem-estar psicológico, uma vez que fornecem um senso de pertencimento e identidade social geral.

Contudo, numa busca sobre pesquisas qualitativas que investigam a experiência vivida na depressão, na tentativa de suicídio ou nos efeitos de um suicídio, são raros os trabalhos que se dediquem a compreender este diálogo, o fenômeno da solidariedade ou troca interpessoal, que se manifesta neste campo de sociabilidade particular<sup>20</sup>. Owens et al. (2011) ao discutirem o papel da rede social primária em uma pesquisa qualitativa apontam para a dificuldade em agir diante de algo tão angustiante tal como o anúncio da intenção de tirar a própria vida.

Nos estudos da suicidologia, é inegável que há um reconhecimento de que o apoio social possibilita a reconstrução de novas redes sociais quando numa situação de crise, e que estes recursos por terem uma lógica própria não podem ser simplesmente substituídos por instrumentos do Estado (FONTES, 2007).

Por outro lado, sabemos que atentar contra a própria vida é uma temática que, por ser um tabu social, moral e religioso, ainda desafia os campos de conhecimento, inclusive o próprio campo da saúde mental. A possibilidade de interromper a vida é uma ideia que pode ser comum a todo ser humano em um momento de sofrimento. Como Freud ([1915]1998) nos lembra vida e morte são indissociáveis, produzindo efeitos uma sobre a outra. Apesar de parecer óbvio ser a morte o resultado da vida e que cada um deve à natureza uma morte, essa compreensão não se dá tão claramente. Ao contrário, a tendência é de negá-la, silenciá-la, colocá-la de lado. Não temos um saber ou uma representação sobre a morte. Nada sabemos sobre ela, nem mesmo no inconsciente temos registro da morte. Entretanto, quando este ato é bem sucedido ou não, coloca em destaque o fim da esperança que existe em relação a um possível redirecionamento da vida em seu porvir. Ou seja, é apenas através da morte ou ameaça de morte de um outro com o qual se tem ligação que o tema se introduz como possível de ser pensado (FREUD, [1915] 1998). É, portanto justificável a dificuldade na compreensão deste evento, o que contribui para o silenciamento sobre a questão. Isso remonta a séculos e é carregado de preconceitos e censuras frente ao outro, a si mesmo e ao social. O que está em questão é o impasse entre a não-

---

<sup>20</sup>Encontramos alguns artigos nacionais sobre temas que circundam a experiência de depressão (sentimento de solidão, como se dá a recuperação, adesão ao tratamento, busca de informação, efeitos sobre os cuidadores, visão dos profissionais de saúde), entretanto quase sempre do ponto de vista de um indivíduo que foi acometido ou de seus familiares. No que diz respeito ao suicídio, na literatura estrangeira, destacam-se as narrativas de parentes, sobre uma tentativa ou a um suicídio, e a percepção de profissionais de saúde e da comunidade leiga. As narrativas de indivíduos que realmente sobreviveram a uma tentativa ou que relatam a experiência de ideação suicida é recente (encontramos somente seis artigos estrangeiros).

representabilidade da morte no inconsciente e a necessidade urgente de ser pensada, falada, discutida (ESTELLITA et al., 2010).

Sobre esse silenciamento, Lester e Walker (2006) assinalam que diferente de outros portadores de transtornos mentais, as pessoas que tentaram se matar independente da suposta causalidade raramente se reúnem em grupos ou associações afins, não obstante os esforços para que elas participem tanto da construção de conhecimento sobre esse fenômeno como do cuidado às outras pessoas. Apenas familiares e amigos, que se identificam como sobreviventes ao ato suicida atuam ativamente na sociedade civil. Os autores sugerem que tal isolamento é na verdade efeito de uma ação silenciadora da própria rede social que não suporta encarar o ato de colocar fim a própria vida.

Por que aqueles que tentaram suicídio não participam dos esforços para prevenir o suicídio? Afinal, aqueles que experienciaram outros problemas, sejam médicos (tal como deficientes físicos) ou psiquiátricos (tal como os esquizofrênicos) formam seus próprios grupos com o intuito de pressionar a sociedade por melhor cuidado. A resposta pode estar na própria sociedade, nós estigmatizamos aqueles que tentaram se matar! (LESTER e WALKER, 2006, p. 147)

Arriscaríamos afirmar que outra explicação plausível, e que se sobrepõem ao estigma social, é que diante de uma situação de crise, o esquecimento se impõe. Seria ingênuo se não mencionarmos também os efeitos negativos do momento histórico que vivemos. Atualmente, os transtornos depressivos são fortemente questionados tanto pela psicanálise, como pelo discurso contra a medicalização que se espalha de maneira fervorosa nas diferentes mídias. Pululam os artigos e trabalhos científicos que questionam se a "epidemia" do humor depressivo não seria somente efeito de uma organização da sociedade na qual o indivíduo não tem mais o direito de sofrer ou de se isolar por um período de tempo. Importa esclarecer que o presente trabalho não é prioritariamente um estudo sobre os efeitos sociais nos quadros depressivos, mas antes refletir sobre os aspectos interacionais que se dão nesta experiência de adoecimento.

Se, o intercâmbio, o fluxo, o uso e a apropriação de informações dependem da capacidade de indivíduos, grupos e organizações de se associarem para o compartilhamento e a mobilização coletiva em redes sociais, como se dá o processo de trocas interpessoais frente ao ato suicida? Ato que a priori quer ser escamoteado, que não é falado? Ao partirmos do pressuposto que

trabalhar a noção de redes implica em trabalhar de forma articulada com a ideia de informação em saúde mental, entendida como processo de troca permanente (MARTELETO, 2007), torna-se claro a inexistência de um debate aberto sobre as "zonas de mediação" que estão presentes no comportamento suicida. Como estes indivíduos formam e mantêm seus elos sociais? Os processos de produção e organização da informação e suas mediações para alcançar a apropriação e o uso efetivo dos conhecimentos produzidos socialmente por este grupo ainda é um tema obscuro.

Nesse panorama, a compreensão sobre como as pessoas, que tentaram suicídio associado a um quadro de depressão, interagem e vivenciam suas relações se mostra importante, na medida em que tal conhecimento torna possível uma aproximação sobre os processos positivos de inclusão ou mais negativos que podem vulnerabiliza-las. Essas configurações de enfrentamento de uma situação limite são contingentes e não determinam as ações dos indivíduos de forma homogênea, contudo emergem de um campo de possibilidades histórica e culturalmente definidas que se expressam em seu contexto relacional.

Procurou-se aqui mapear e percorrer os estudos sobre redes sociais, apoio e saúde mental, apontando para algumas questões e dúvidas que surgem quando pensamos nos casos de tentativas de suicídio. Para responder estas questões, observaremos as narrativas dos próprios atores sociais, com o intuito de recuperar esta experiência do *continuum* (depressão - ideação - plano - tentativa) em sua fluidez e contradição.

## 4. NARRATIVAS E SAÚDE

### 4.1 SOBRE A VIRADA NARRATIVA

É sabido que vivemos de narrativas: somos constituídos pelas histórias que nos precedem e que criamos sobre nós mesmos. Inventamos e constituímos um ego através da escrita e da criação de histórias. Captamos constantemente informações sensoriais (imagens, sons, sensações, etc.) que percebemos e catalogamos para, a seguir, organizá-los em histórias. Narrar é uma forma básica de atividade linguística. É um tipo próprio da comunicação cotidiana. O ato de contar ou escrever histórias faz parte da experiência humana. De fato, é na e pela linguagem que o homem se constitui como sujeito. De mais a mais, a narrativa, como uma maneira de compartilhar experiências, sempre esteve viva na construção da história da humanidade. Pinturas rupestres e decorativas, narrativas míticas, contos infantis, ou outras formas de representações simbólicas do vivido, atestam sua longevidade (BENEDETTO et al., 2010; GUBRIUM e HOLSTEIN, 2008).

Encontra-se na célebre citação de Roland Barthes (1977), uma síntese sobre a importante função que as narrativas ocupam na construção da vida social:

Inumeráveis são as narrativas do mundo. Há em primeiro lugar uma variedade prodigiosa de gêneros, distribuídos entre substâncias diferentes, como se toda matéria fosse boa para que o homem lhe confiasse suas narrativas: a narrativa pode ser sustentada pela linguagem articulada, oral ou escrita, pela imagem, fixa ou móvel, pelo gesto ou pela mistura ordenada de todas essas substâncias; está presente no mito, na lenda (...) na pintura, no vitral, no cinema, nas histórias em quadrinhos, nas notícias, nas conversações. Além disso, sob essas formas quase infinitas, a narrativa está presente em todos os tempos, em todos os lugares, em todas as sociedades (...) Sem se preocupar com a divisão entre a boa e má literatura, a narrativa é internacional, transhistórica, transcultural: a narrativa está aí, como a vida. (BARTHES, 1977, p.79)

E, justamente por ser um gênero tão heterogêneo e onipresente em nosso cotidiano, que usualmente não fazemos uma nítida distinção entre o contar ou escrever uma história, por um lado, e o ouvir, catalogar e analisar o corpus de narrativas, por outro. Esta diferença, aparentemente fortuita, trata de um salto qualitativo importante nos estudos das narrativas. Não se trata simplesmente de um interesse maior por um novo objeto de investigação, mas, também, de uma mudança no que se refere ao modo de compreender o ato de contar uma história para alguém (GUBRIUM e HOLSTEIN, 2008).

Podem-se assinalar dois marcos nos estudos das análises narrativas literárias, que ressaltaram esta diferenciação e que influenciaram diretamente outras disciplinas, tais como a História, as Ciências Sociais e Humanas (MUNGIOLI, 2002). O primeiro momento é caracterizado pelo interesse dos estudiosos literários pela interpretação (exegese) dos textos narrativos sagrados (Bíblia, *Talmud* e Corão), com o intuito de extrair o conteúdo original que foi ali redigido. Na exegese a busca é pela verdade explícita ou implícita naquela narrativa sagrada (CZARNIAWSKA, 2004).

Um segundo acontecimento importante, e que geralmente é citado como na gênese dos estudos contemporâneos sobre a análise narrativa, foram as propostas ousadas do estudo literário formalista russo. Os formalistas russos propuseram um conjunto de interpretações e práticas voltado para o estudo sistemático das estruturas das narrativas (escritas e orais), que tinha como objetivo entender como elas se organizavam internamente. Parte-se, assim, de uma perspectiva onde se busca não somente o conteúdo do texto, mas atenta-se para os elementos que o constituem como o texto foi construído, organizado e significado. Este não foi um movimento uniforme, sendo composto por diversos teóricos que divergiam quanto à metodologia (CZARNIAWSKA, 2004).

O trabalho de Vladimir Propp, de 1928, somente foi reconhecido, dentro e fora das teorias literárias, quando sua análise minuciosa sobre a estrutura subjacente aos contos populares russos foi traduzida para o francês e para o inglês praticamente 40 anos depois de sua primeira publicação. Ainda que os formalistas russos possam ter ficado apartados do debate literário com outros continentes por causa diferença da língua, sem dúvida, eles abriram novas áreas de investigação sobre as narrativas, e influenciaram diretamente, por exemplo: a ascensão do círculo linguístico de Praga, o pós-formalismo de Mikhail Bakhtin e análise formal da sintaxe narrativa inaugurada por Labov (CZARNIAWSKA, 2004).

Não iremos percorrer cada um destes autores, pois além de suas teorias e metodologias se diferirem, elas fogem ao escopo de nossa pesquisa. Apenas vale destacar que uma das grandes contribuições veio do movimento da sociolinguística americana, nos anos 60, representada por William Labov. Os estudos sobre os efeitos das forças sociais sobre os vários estratos da língua (fonológicos, morfológicos, sintáticos e semânticos) fugiam ao modelo do estruturalismo francês, hegemônico na Linguística (LABOV, 1972). Ao propor um novo sistema para analisar estruturalmente a linguagem utilizada pelas pessoas na vida cotidiana, Labov (1972) acaba por

focalizar seu estudo no uso da língua de um ponto de vista social. A análise estrutural das narrativas cotidianas surge através de seus estudos sobre o exercício da língua em determinadas estratificações sociais. Ele se interessou, por exemplo, pela linguagem falada nos guetos de Nova Iorque e as variações existentes destas falas. Um dos méritos de Labov foi justamente ressaltar como os estudos da linguagem usada no dia-a-dia, das narrativas cotidianas, poderiam ser úteis para compreender os efeitos da comunicação da fala.

Em resumo, Labov (1972) teria buscado analisar duas propriedades universais das narrativas: a propriedade formal que corresponderia ao nível de referência dos acontecimentos e a propriedade funcional que estaria relacionada à avaliação pessoal do narrador, seus interesses e seus motivos. Esta diferenciação foi importante, sobretudo para o trabalho de teóricos como Haverlock e Bruner, que se dedicaram a estudar como o plano da consciência (conhecimento, pensamento, sentimento) se faz presente nas propriedades funcionais das narrativas (HANKE, 2005). É, portanto, inegável que os estudos sobre as estruturas que compõem as narrativas inauguram um novo campo de debate, não somente na linguística, mas em outras disciplinas como na História, Sociologia e Psicologia (BARTHES, 1977).

Este interesse crescente pelo 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). Vale lembrar que a virada narrativa na sociologia aconteceu em paralelo com a virada linguística (*linguistic turn*) da filosofia, ou seja, com um maior interesse pela linguagem como um agente estruturador. Mas, foi somente nos últimos 30 anos, que as ciências humanas e da saúde fizeram da narrativa uma teorização e um instrumento para se contar o cotidiano, traçar uma história, construir uma memória coletiva, assim como relatar uma história individual. De acordo com Czarniawska (2004), uma explicação para a adoção desta abordagem por diferentes disciplinas se deu, pois:

ela é útil para pensar na narrativa decretada como a forma mais comum da vida social. Esta não precisa ser uma afirmação ontológica, a vida pode ou não ser uma narrativa promulgada, mas concebê-la como tal, fornece uma rica fonte de insight (p.3).

Isso implica em pensarmos que as narrativas são um modelo privilegiado de entramos em contato não somente com a experiência de adoecimento, mas com aquilo que foi vivido em

situações extremas de violência. Mesmo uma experiência do comportamento suicídio que é um assunto tabu, não falado, não promulgado socialmente tem a potencialidade de ser transformada em narrativa.

A virada narrativa é assim marcada por um interesse epistemológico e metodológico. Percebeu-se ali um terreno fértil para as ciências sociais, humanas e, inclusive, mais recentemente para a medicina social. A pesquisa qualitativa se apropria das narrativas como um meio de compreender aspectos da experiência humana ainda não aprofundados pelas pesquisas quantitativas. São estas nuances das diferenças individuais e culturais que se refletem, por exemplo, na decisão de comunicar ou não um intento suicida para um amigo ou familiar.

Existe uma enorme gama de ideias e compreensões possíveis da narrativa. Nas ciências sociais, por exemplo, campo no qual a narrativa tornou-se indissociável do método etnográfico, pode-se identificar pelo menos três usos diferentes da narrativa para a pesquisa, a saber: com propósito exploratório de conhecer profundamente pequenas amostras de grupos pouco conhecidos ou com estilos de vida muito específicos e assim chegar a novas questões de pesquisa; ou com o único objetivo de conhecer os aspectos formais das histórias contadas ou escritas por um grupo (modelos herdeiros direto de Propp); ou ainda como uma maneira de realimentar através de histórias coletivas os conhecimentos individuais já existentes (GUBRIUM e HOLSTEIN, 2008).

Neste panorama e tendo em vista os objetivos de nosso estudo, destacaremos dois teóricos, cujas obras, ambas produzidas nos anos 80, vão ao encontro de nossa hipótese de trabalho: os estudos da narração como processo cognitivo-social realizado por Jerome Bruner; e a investigação de Paul Ricoeur sobre o tempo e a narração.

Bruner (2002) é um teórico da psicologia americano que dedicou grande parte de sua obra ao estudo dos modos de pensamento e expressão que engendram e são engendradas no ato de narrar. O autor se debruça sobre o processo interno cognitivo que estaria ligado a capacidade de organizar e comunicar uma experiência de forma narrativa, que ele nomeia de pensamento narrativo. O modo narrativo de conhecimento, ou seja, a construção de realidades narrativas é simultaneamente parte de a experiência pessoal de todo ser humano (fala interior) e da construção da realidade (fala exterior). É por meio de histórias que o indivíduo se conhece e conhece o outro, tendo a atividade cognitiva um papel importante na interação social. Ao apontar para a hipótese de que o ser humano constrói uma identidade para si e se relaciona com outros a partir de um

processo narrativo de pensamento e de expressão, Bruner (2002) acredita que a própria construção de uma cultura humana viável só se torna possível porque dispomos de narrativas que servem para interrelacionar significados e ações. O autor, portanto, ressalta que é a partir do contexto de necessidade imediata que são construídos mundos possíveis e uma identidade pessoal, como uma maneira de organizar aquilo que é vivido. Vale destacar que Bruner (2002) está o tempo todo pautado por uma noção de intersubjetividade, na qual não apenas as histórias que contamos, inclusive sobre nós mesmos, mas as narrativas contadas por outros nos influenciam continuamente. Uma contribuição importante que podemos tomar emprestada de Bruner para compreendermos a construção de narrativas como um meio de expressão da experiência de adoecimento/sofrimento é a ideia de que estamos todos inseridos em um mundo narrativo, que é dinâmico, e que se transforma na relação com os outros e na urgência de atender às necessidades imediatas. Logo, as produções de narrativas da experiência vivida do comportamento suicida, situação de urgência que geralmente deixa um vazio simbólico, poderiam ser também entendidas como um caminho para que a pessoa possa recriar uma identidade para si, recontar sua história de outra maneira.

No mesmo período o filósofo francês Paul Ricoeur, influenciado por seus estudos anteriores sobre o existencialismo, a fenomenologia, a psicanálise e a hermenêutica, também se interessou por investigar a dimensão temporal presente nas narrativas e o efeito do processo de narração na construção das pessoas.

Aristóteles é identificado, por Ricoeur (1983) como um dos primeiros pensadores a se debruçar sobre o estudo das estruturas narrativas, ao apresentar quais seriam as características das artes poéticas (narração e drama) (RICOEUR,1983). É a partir de uma leitura da "Poética" de Aristóteles, que ele desenvolverá toda sua teoria sobre a narrativa. A noção aristotélica de *mimese*, ou seja, imitação ou representação da realidade, que pressupõe uma atividade criadora, é central para a teoria de Ricoeur. Em outras palavras, a *mimese* ou representação da ação não é uma simples cópia dela, uma vez que no fazer humano os atos de imitar, de representar ou de agenciar implicam sempre em produzir algo novo, criar algo diferente. A *mimese* possui, portanto, ao mesmo tempo, uma função de ruptura com o real e de ligação entre o mundo da cultura não figurado e construção poética. O trabalho de Ricoeur foi deslocar um tema essencial da estética da filosofia, *mimese*, com o intuito de deslocar a criação e a obra para mais perto da narrativa.

É justamente o entendimento da representação narrativa ou da tessitura da trama como uma abertura para a ficção que perpassa toda a obra de Ricoeur. O processo narrativo tem um caráter dinâmico. Sua hipótese é que 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. Para o autor, a narração não é somente contar uma história para outras pessoas, mas leva a uma compreensão de nós mesmos numa dimensão temporal.

Para o autor, a construção de uma narrativa é marcada por três momentos: o ponto de partida é algo existente mas ainda não figurado (pré-narrativo); o segundo momento, no qual se dá a atividade construtora ou criadora da narrativa (figuração) é descrito como um processo de mediação entre eventos individuais e uma história que é contada como um todo, ou seja, como um trabalho de composição de elementos heterogêneos (agentes, intenções, circunstâncias, meios e fins) em um fio condutor para a história; no terceiro momento se encontra o expectador/ leitor que reconfigura a narrativa. Interessante notarmos que neste processo de construção da narrativa, tanto o narrador como o leitor, podem recriar a narrativa. Trata-se de um processo compartilhado.

Antes de adentrarmos mais detalhadamente a relação entre o gênero narrativo e seu aparecimento no campo da saúde, cabe ressaltar uma das principais características da narrativa: trata-se da compreensão que a narrativa é sempre um discurso contextualizado, dinâmico e aberto. Característica que a define e que a perpassa nas duas abordagens que apresentamos. Basta lembrarmos que sua construção é sempre realizada *a posteriori* pelo indivíduo quando ele faz uma referência, oral ou escrita a uma série de ações ou acontecimentos situados no passado, sejam esses reais ou ficcionais, e pelo ouvinte que a reinterpreta. O narrador nunca coincide no tempo e no espaço com o sujeito da ação. Assim, ela transcende tempo e espaço, como uma referência a algo que não está presente no momento ou como representação de algo imaginado (BRUNER, 2002; RICOEUR, 1983).

Para a pesquisa qualitativa em saúde, o que ganha relevo não é a transparência ou a veracidade dos fatos, mas o estilo dos relatos e as relações sociais estabelecidas pelo ato de narrar, ou seja, como os fatos vividos foram contados ou para quem foram narrados. Trata-se, antes de sair de uma posição ingênua e destacar que

narrativas não são simplesmente reflexos da experiência, nem tampouco

uma descrição completamente livre. Não vale tudo quando se trata de contar uma experiência. Mas antes, as narrativas incluem o interjogo entre a experiência, as práticas de contar histórias, os recursos de descrição, os objetivos em questão, as audiências e os ambientes que condicionam o ato de contar uma história (GUBRIUM e HOLSTEIN, 2008, p.250)

Esse dinamismo e a não pretensão de ser um retrato fiel da realidade contrastam muito com os ideais positivistas que fundaram o método científico e a racionalidade biomédica. Talvez por este motivo e por ter que abrir mão de um ideal de construção de leis gerais aplicáveis, que o campo da saúde tenha demorado tanto tempo para adotar a narrativa não como um acessório para reafirmar seu modelo, mas como um caminho de compreensão da experiência de adoecimento e até como modalidade terapêutica.

#### **4.2. NARRATIVA E SAÚDE: ENTRE A ANAMNESE, A TERAPÊUTICA E A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO**

Como vimos com Barthes (1977) o ato de contar uma história faz parte da vida social, logo não causa surpresa que as narrativas dos pacientes sempre estiveram presentes de alguma maneira na medicina enquanto disciplina. 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.

Pedir para o paciente contar em detalhes a história de sua doença e do aparecimento dos sintomas; fazê-lo falar sobre si; discutir com ele e sua família os significados dados à doença e as implicações da escolha de um tratamento; ou ainda construir e relatar um caso clínico em supervisão: são práticas que se dão no terreno da linguagem (simbolização, comunicação, interpretação).

É notório, contudo, que tensões entre as evidências científicas que compõem a construção de uma nosologia, ou classificação das doenças, e as interpretações e percepções do paciente e seus familiares sobre o processo saúde-doença, atravessam de ponta a ponta a construção do

saber e da prática médica. Se, por um lado, nos dias de hoje, existe um reconhecimento dos pacientes como importantes "contadores de suas histórias", ou seja, como tendo não só a necessidade de falar sobre seu sofrimento com o intuito de organizar suas vivências, mas como passíveis de explicá-lo a partir de percepções e fatos; é também inegável que por muito tempo, a prática clínica herdeira da biomedicina viu a história narrada pelo paciente apenas como uma maneira de entender e ordenar os eventos que acompanhavam a trajetória da doença, através da coleta sistemáticas desses dados – a anamnese (ESTELLITA-LINS, 2012).

Sabe-se que tradicionalmente o campo biomédico entendeu as interpretações culturais ou histórias pessoais como acessórias, ou até dispensáveis, ao diagnóstico. Foucault (2004) é um dos autores que ressalta que a clínica médica nasce quando o discurso médico se torna um discurso científico sobre a doença, ou seja, que se empenha por se encaixar no modelo do método científico. Neste contexto de valorização da racionalidade médica científica, a anamnese, uma entrevista previamente esquematizada que visa coletar dados do paciente, associada ao exame físico cuidadoso, era essencial para a formulação diagnóstica e para o estabelecimento das condutas médicas. Um dos pontos da anamnese que mais se aproxima de um relato narrativo é nomeado de história da doença atual (HDA). Neste, o médico deve colher o relato do paciente ou de sua família, de preferência em ordem cronológica, dos problemas que o levaram procurar auxílio médico. Deve constar o modo como os problemas do paciente começaram, como se desenvolveram, os sintomas que apareceram e os tratamentos feitos. A lógica implícita neste modelo médico de ouvir a narrativa do paciente é a de que ele informa, e o médico organiza as informações de modo a atender os critérios da semiologia médica. Como ressalta Estellita-Lins (2012) "o corpo foi espacializado pela semiótica da lesão, a história da doença atual e patológica progressa se orienta de acordo com a verdade da anatomopatologia" (p.75)

Assim, no processo de investigação da doença, o interesse pelas informações dadas pelos pacientes ou o conteúdo leigo narrado nas consultas é visto apenas como dados concretos que podem ou não legitimar objetivamente o conhecimento médico e a hipótese diagnóstica (HYDEN, 1997). O que está em relevo é uma escuta seletiva a priori, na qual o médico tem como premissa que alguns sinais são essenciais e definidores de uma doença, enquanto outros são secundários para um diagnóstico objetivo e racional. Ou seja, ele só retém os dados que ressoam no discurso médico científico.

Médicos da virada do século em diante foram inclinados a tratar os relatos de seus pacientes com ceticismo considerável. O olhar clínico da profissão médica estava voltado para o mundo interior do corpo dos pacientes. Como os pacientes falavam de seus males, sintomas e problemas era considerado um pálido reflexo da linguagem dos órgãos e tecidos e suas alterações patológicas. E, no entanto, os médicos tiveram que depender desses relatos, a fim de investigar e diagnosticar a doença (HYDEN, 1997).

Assim, as narrativas de pacientes e familiares tinham somente o papel de informar a investigação clínica da doença. Se, por um lado, é no séc. XIX que a clínica médica se fortaleceu com inúmeras descobertas, fruto de observações cuidadosas e da instrumentalização do médico, e o processo diagnóstico evoluiu para os critérios anatomoclínico e fisiopatológico, por outro, neste mesmo momento encontram-se indicações do uso da narrativa como uma prática terapêutica médica. Já nos escritos de Freud, nos deparamos com inúmeras passagens que apontam para esta direção.

Vindo de uma tradição médica científica, Freud já nos primeiros ensaios que escreve sobre seu atendimento psicoterapêutico com pacientes histéricas, ele já aponta para um estilo de narrativa do paciente diferente daquele que estava acostumado a escutar. E ainda se questiona que não se trata de uma escolha sua pessoal por este formato, mas que os relatos dos processos mentais em muito se assemelhavam a contos, narrativas.

Nem sempre fui psicoterapeuta. Como outros neuropatologistas, fui preparado para empregar diagnósticos locais e prognósticos, e ainda me causa estranheza que os relatos de casos que escrevo pareçam conto se que (...) falta-lhes a marca de seriedade da ciência. Tenho de consolar-me com a reflexão de que a natureza do assunto é evidentemente a responsável por isso, e não qualquer preferência minha. A verdade é que o diagnóstico local e as reações elétricas não levam a parte alguma no estudo da histeria, ao passo que uma descrição pormenorizada dos processos mentais, como as que estamos acostumados a encontrar nas obras dos escritores imaginativos, me permite, com o emprego de algumas fórmulas psicológicas, obter pelo menos alguma espécie de compreensão sobre o curso dessa afecção (BREUER e FREUD, [1895] 1988, p. 83-84).

E de fato, fazer o paciente falar de si, contar sua história mesmo que numa linguagem figurativa, tida pouco científica, atravessou de ponta a ponta a construção da psicanálise como teoria e prática.

As referências à importância da função narrativa e mesmo da literatura em sua obra são inúmeras. O próprio Freud era admirador da escrita. Sua autoanálise foi toda redigida e por toda sua vida correspondeu-se através de cartas com colegas e interlocutores. Além disso, destacou as obras de inúmeros escritores literários como Sófocles, Virgílio, Goethe e Shakespeare para balizar suas hipóteses teóricas e práticas. Existe um claro intercâmbio entre a narrativa literária e sua obra, o que acaba se refletindo no modo de escrita escolhido por Freud. O único prêmio que ele ganhou durante toda a sua vida na Alemanha, foi o Prêmio Goethe de literatura pelo conjunto de sua obra em 1930 (GAY, 1989).

Como destaca Souza (2003), em 1904, Freud ao mencionar os efeitos da sugestão determinados pela transferência na relação médico-paciente, afirma que fazer o paciente falar é uma das mais antigas formas de terapêutica em medicina. Ou ainda, ao defender em 1915 a "cura pela palavra", Freud aponta para o "poder mágico" que as palavras possuem de suscitar afetos, e chama a atenção para a importância das palavras trocadas entre o analista e seu paciente para o efeito terapêutico daquele encontro.

Outro célebre momento que Freud se refere ao dinamismo dos relatos feitos pelos pacientes em análise, encontra-se no texto: "Construções em análise" (1937). Neste artigo já tardio em sua obra, ao discorrer sobre o processo analítico, Freud aponta para a possibilidade do sujeito de se apropriar e ressignificar sua história de vida. A história contada pelo sujeito, no espaço de análise, através da fala endereçada ao psicanalista, desde que haja escuta, pode se reordenar ou se reescrever. O método da psicanálise freudiana se funda justamente nesta fala endereçada para o psicanalista que cria uma possibilidade de construir uma narrativa de si, fundada originalmente numa trama de narrativas herdadas (FREUD [1937]1988). Com a teoria e prática psicanalítica proposta por Freud, e depois relida por seus discípulos Jacques Lacan, Melanie Klein e Donald Winnicott, entre outros, a atividade narrativa ganha um status de função terapêutica, mesmo que compreendida de diferentes maneiras em cada teorização (SCHAFER, 1992). Interessa-nos sublinhar que a narrativa como apropriada pela psicanálise ilumina outra dimensão que nem sempre pode ser considerada na redução científica. O que está em questão é tratar os sintomas *versus* a descobrir a verdade científica sobre a doença.

Se, nos anos 30 já existem estudos em etnomedicina que visam compreender a associação entre cultura e saúde, em diferentes sociedades a partir da aplicação da etnologia; é somente a partir dos anos 60 que houve um crescente interesse por tentar compreender, através de

narrativas, os diferentes sistemas de saúde e os processos de saúde-doença. Todavia, inicialmente, estes pesquisadores não estavam interessados no ato de narrar, mas no conteúdo leigo que poderia ser extraído daquilo que era relatado. Por muito tempo, as investigações sócio-antropológicas visaram apenas compreender o universo sociocultural do doente, com o intuito de intervir e retirar este obstáculo que desfavorecia a efetividade dos programas e práticas terapêuticas (HYDEN, 1997).

Os primeiros estudos sobre os processos pelos quais escolhem, avaliam e aderem ou não a determinados tipos de tratamento surgem, portanto neste contexto, nos anos 60. No âmbito da saúde mental, Mechanic é reconhecido como um dos pioneiros nas pesquisas acerca de como os pacientes buscam ajuda e fazem uso dos serviços de saúde mental influenciados pela sua rede social. Ao propor o conceito de *illness behaviour*, ele sugere que estas escolhas são orientadas por como as pessoas reconhecem sua doença. Dentre os aspectos que influenciariam este trajeto estariam: a visibilidade do sintoma; a tolerância ao sofrimento; a percepção de gravidade; necessidade de negação; outras formas de compreender o mal-estar; etc. O mérito de Mechanic está justamente no reconhecimento de que a procura de ajuda e o uso dos serviços de saúde mental estão diretamente associados ao modo como as pessoas e sua rede social percebem a doença. Não se trataria, portanto, de uma escolha aleatória, mas resultante de fatores e mudanças sociais (MCALPINE e BOYER, 2006).

Nessa abordagem, os processos culturais não eram reconhecidos como mediadores das representações e comportamentos em saúde. Ou seja, não havia ainda o reconhecimento que a narratividade representava uma maneira de dar sentido, ordenar e criar uma experiência de doença (HYDEN, 1997) Inclusive, no âmbito da saúde mental, que supostamente deveria valorizar a dimensão simbólica inerente ao sofrimento psíquico, os fatores culturais foram, por muito tempo, relegados a um segundo plano e considerados como epifenômenos de uma dimensão biológica (KLEINMAN, 1988). Na ausência de marcadores biológicos que sustentem uma semiologia médica, a psiquiatria ainda procura se apoiar na epidemiologia clínica e na busca da construção de um corpo anatomopatológico para si (ESTELLITA-LINS, 2012; KLEINMAN, 1988).

Somente em 1977, inspirados pela diferenciação entre duas dimensões da doença, proposta por Eisenberg, *illness* (enfermidade) e *disease* (patologia)<sup>21</sup>, ou seja, quando o foco de interesse passa da doença para o sofrimento, que acompanha o processo de adoecimento e se modifica de acordo com os contextos sociais, que as narrativas de pacientes e familiares se tornam tão importantes quanto as narrativas biomédicas. Como veremos na seção a seguir, é a partir da percepção que "uma de nossas mais poderosas formas para expressar o sofrimento e experiências relacionadas com o sofrimento é a narrativa" (HYDEN, 1997, p. 49), e que esta foge ao escopo da racionalidade biomédica prevalente na época, que os cientistas sociais envolvidos na investigação da biomedicina, doença e sofrimento puderam incluí-la em suas pesquisas.

Hyden (1997) ao fazer um levantamento bibliográfico de como narrativa e enfermidade foram representadas no período de 10 anos num dos principais periódicos de sociologia médica, "Sociology of Health and Illness", aponta para transformações importantes deste campo. A primeira delas diz respeito ao fato de que ao longo dos anos a narrativa foi abordada e compreendida de maneiras distintas a partir de três facetas: tematicamente, metodologicamente, teoricamente. O interesse por este tema ganha corpo nos anos 80, contudo os estudos ainda são voltados para a prática médica e a experiência dos médicos e profissionais de saúde do que para a experiência dos pacientes ou usuários. Inicialmente o foco eram os relatos dos médicos sobre casos clínicos, nos quais os pacientes eram vistos como textos a serem lidos. Nos anos 80, com o estudo de Bury (1982) sobre como os pacientes portadores de doenças crônicas passavam quase sempre por uma ruptura em sua experiência de vida, sendo levados necessariamente a uma reorganização não somente em suas relações sociais, mas em suas identidades, a ênfase recaiu sobre os estudos do self, construção de identidade e narrativas. Outro aspecto importante, destacado por Bury (1982), que influenciou diretamente a sociologia médica dos anos 80, foi o valor terapêutico de contar para outra pessoa as mudanças forçadas por uma doença crônica que causariam um rompimento ou uma fratura na história de vida do paciente. Para o autor, o ato de narrar é comparado a uma amarração de fios soltos da história. O livro de Kleinman (1988), sobre as narrativas de doença, também influenciou a literatura produzida na época. No final dos anos 80, autores já o citavam como referência para mostrar como as narrativas não apenas ajudavam

---

<sup>21</sup>Não pretendo, aqui, defender o melhor uso nem a terminologia mais adequada. Até porque parece ainda não haver uma concordância quanto á tradução destes termos para a língua portuguesa, sendo utilizados de maneira arbitrária também nos estudos do campo da saúde. O importante é destacar esta nova compreensão do processo saúde-doença como uma experiência e não como um "fato" ou uma "coisa".

aos pacientes a darem um sentido o seu sofrimento pessoal, mas também possibilitava que esta pessoa pudesse articular sua experiência pessoal e coletiva do discurso médico.

Quanto às mudanças teóricas ocorridas na literatura Hyden (1997) percebe que a narrativa inicialmente aparece apenas como uma maneira dos médicos construírem conhecimento para que melhorassem sua prática clínica ou sua relação com o paciente. O foco teórico não era as narrativas, mas elas ocupavam um lugar periférico. Com a nova compreensão, proposta por Bury (1982), Kleinman (1988) e outros, de que o conceito de narrativa é capaz de representar e refletir as experiências da doença na vida cotidiana, o próprio conceito vira foco de estudo.

Em termos metodológicos pode-se observar um crescente interesse para as narrativas não só individuais do paciente ou do médico, mas também de sua rede social. Esse deslocamento se dá na medida em que se percebe que as narrativas individuais são influenciadas pelo meio social, são dinâmicas, e que há uma interação entre o narrador e o ouvinte. Começa-se a pensar sobre as questões éticas no uso metodológico de narrativas como meio de investigação (HYDEN, 1997).

Com o intuito de apreender as diferentes formas que narrativa e doença foram estudadas na sociologia médica, Hyden (1997) também propõe três tipologias para esta associação baseadas em como narrador, narrativa e doença se interrelacionam. São elas: doença como narrativa; narrativa sobre a doença, narrativa como doença.

A doença como narrativa (*illness as narrative*) pode ser vista como herdeira do modelo adotado por Kleinman (1988). Para ele a narrativa de sofrimento é a história que o paciente conta, e seus familiares e amigos recontam para dar coerência aquilo que ocorre diante de uma situação dolorosa. Nesse sentido, a narrativa não é somente uma representação ou simbolização do sofrimento, mais do que isso, ela contribui diretamente em como os sintomas e o sofrimento são vivenciados.

Um segundo modelo adotado é o de narrativa sobre a doença (*narrative about illness*). Este é mais comum nos estudos que utilizam as narrativas de profissionais de saúde sobre o processo de adoecimento, com o intuito de produzir conhecimento sobre um tema específico. Esta forma de compreender a narrativa é muito comum, por exemplo, na exposição de casos clínicos. Outra forma que este modelo aparece é no uso de narrativas de pacientes sobre seu adoecimento como um instrumento de ensino. Inúmeros pesquisadores defendem que quanto mais familiar com as narrativas dos pacientes sobre uma determinada doença o médico estiver, com mais facilidade ele fará um diagnóstico correto. Esta modalidade é atualmente bastante

valorizada na educação médica, pois aproximaria o aluno das questões subjetivas que geralmente são apagadas pela racionalidade biomédica (HYDEN, 1997).

O atual movimento da Medicina Baseada em Narrativas (MBN), inclusive, poderia se encaixar nesta segunda tipologia. A MBN surge a partir de diversas críticas ao fazer médico atual, como: o distanciamento da relação médico-paciente resultante da biomedicina, herdeira direta de uma leitura funcionalista centrada no entendimento do adoecimento como um fenômeno individual; a atenção dispensada exclusivamente ao estado fisiológico, o que teria levado a um empobrecimento da função cuidadora da medicina, etc. (BENEDETTO et al., 2010) Neste contexto, por um lado, os profissionais de saúde se questionam acerca da baixa adesão dos pacientes aos tratamentos, por outro, os pacientes se queixam do distanciamento e frieza desses. Segundo Benedetto et al. (2010), a MBN é uma maneira de reaproximar os profissionais de saúde da história de seus pacientes. Para Souza (2003), a MBN uma valorização da fala dos indivíduos em seu contexto em associação ao conhecimento médico. Não se trata de uma proposta de exclusão das evidências científicas, mas de contextualizar estas evidências, a partir da história de vida dos pacientes, no momento de fazer uma hipótese diagnóstica.

A última tipologia reconhecida por Hyden (1997) é nomeada de narrativa como doença (*narrative as illness*). Mas, raro esta modalidade reflete aqueles casos nos quais os pacientes apresentam alguma condição mórbida que os impedem de utilizar seus recursos cognitivos para articular passado e presente, e em última instância, de contar uma história. Por exemplo: nos casos de amnésia, síndrome de Korsakow ou qualquer outra deficiência cerebral.

Nesse contexto, o autor afirma que

a narrativa é uma das diversas formas culturais disponíveis que usamos para transmitir, expressar ou formular a nossa experiência de doença e de sofrimento. É também um meio para a transmissão de experiências culturais. Esta avaliação de com os estudos científicos sociais e estudos biomédicos, realizados durante os últimos dez a quinze anos, fizeram uso do conceito de narrativa indica que há grande variedade de tipos de narrativas, e da mesma forma, as narrativas podem ter funções muito divergentes entre si (HYDEN, 1997, p.64)

O artigo de Hyden (1997) ficou notório não somente pela revisão de literatura, mas por ter criado novas tipologias e categorias para compreender a relação narrativa e doença. Dentre estas é importante destacar as diferentes funções que a narrativa de experiência de sofrimento pode exercer: 1. criar algum enquadramento para um sofrimento, posicionando-o no tempo e no espaço

e abrir um lugar para ele na biografia do paciente; 2. possibilitar a criação de uma nova identidade, diante da quebra na história de vida causada por uma doença crônica, ou seja, de reconstruir uma história; 3. dar significados e sentidos que ajudem a pessoa a explicar e entender seu sofrimento e ou adoecimento; 4. ser usada apenas como uma estratégia de poder ou de justificativa para uma situação (p.ex. um divórcio); 5. transformar a experiência individual em uma experiência coletiva.

Como podemos observar a narrativa sempre esteve presente em diferentes momentos da história da medicina e ocupou lugares bem distintos. Mesmo que ainda tenha um estatuto ambíguo na relação médico-paciente, os temas da humanização dos cuidados médicos e da revalorização da fala do paciente e de seus familiares, tão em voga atualmente, tocam justamente nesta questão de repensar os aspectos éticos e epistemológicos do cuidado em saúde. Sobretudo para a transmissão e formação dos profissionais que atuam nesta área. Se observarmos cuidadosamente a crescente luta pelo reconhecimento ao direito à palavra, e participação dos pacientes aprovadas por medidas legislativas, percebe-se um anúncio da importância das histórias pessoais, dos dados singulares, dos saberes do senso comum, não somente como dados que podem guiar as práticas de cuidado, mas que são passíveis de serem utilizados nas metodologias qualitativas de pesquisa com o intuito de realimentar os conhecimentos da área (SOUZA, 2003).

### **4.3. NARRATIVA COMO EXPRESSÃO E TRANSFORMAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE SOFRIMENTO**

A posição a qual nos alinhamos é herdeira, sobretudo dos trabalhos inaugurados na antropologia médica e psiquiatria transcultural por Arthur Kleinman, Byron Good e Allan Young nos anos 80. Como veremos adiante, é apenas com a fundação da antropologia médica, herdeira direta das proposições teóricas da antropologia interpretativa, que finalmente ocorre a valorização da dimensão contextual na abordagem dos problemas de saúde.

Antes de adentrarmos a história da fundação da antropologia médica, vale lembrar que o modelo relacional de Canguilhem (1943[1978]) já adiantava as hipóteses de estratificação e multiplicidade de representações envolvidas na compreensão de saúde, que como veremos também estarão presentes no embasamento das teorizações sobre a experiência de adoecimento que ganhou corpo na América do Norte no final dos anos 60. Inclusive, a expressão experiência

de doença já aparece literalmente em Canguilhem, apesar de não termos notícia que Kleinman e seus colaboradores foram influenciados por ele.

Canguilhem (1943[1978]) dá uma importante contribuição acerca das fronteiras entre o normal e o patológico. Ele retoma a concepção hegemônica da medicina no século XIX acerca das relações entre o normal e o patológico, que compreendia os fenômenos patológicos como variações de intensidade, para mais ou para menos, de seus correlatos fisiológicos ou normais.

Neste modelo, o normal é aquilo que aparece frequentemente, que está na média. O autor examina as ambiguidades desta concepção quantitativa. E sua análise se detém nisto como um princípio denominado de Broussais, que permitiu uma ruptura com um modo de pensar as doenças, eminentemente, classificatório e essencialista. Assim, destaca os apontamentos de Leriche sobre a incidência individual no processo de estabelecimento dos limites entre a saúde e a doença e examina alguns conceitos fundamentais que compõem o campo da medicina, tais como: anormal, anomalia, norma, cura e patologia. O que nos interessa é a hipótese de Canguilhem (1943[1978]) de que o fato patológico só pode ser compreendido como uma alteração do fato normal. Neste contexto, 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. A doença faz parte da experiência do ser vivente. Ele cria a noção de "normatividade biológica", ou seja, de "uma margem de tolerância às infidelidades do meio" (p.159), para definir a saúde como abertura às transformações que são inerentes à vida. Um fenômeno só pode ser descrito como patológico quando existe uma incapacidade de tolerar as variações do meio, quando há uma normatividade inferior que não tolera desvios ou que não consegue se transformar em outra norma. Neste sentido, o normal e o patológico são qualitativamente distintos e opostos, mas não contraditórios nem contrários. Sua teoria permite que o doente seja aquele que descreva a sua doença, uma vez que se trata de sua experiência. Ele procura o médico quando se sente doente.

Canguilhem (1943[1978]) inclusive já chama a atenção para o fato de que uma variação mais normativa em um meio pode ser menos normativa em outro. Sobre os processos de saúde-doença, o autor afirma que

o fato patológico só pode ser apreendido como tal – isto é, como alteração do estado normal – ao nível da totalidade orgânica; e, em se tratando do homem, ao nível da totalidade individual consciente, em que a doença torna-se uma espécie de mal. Ser doente é, realmente, para o homem, viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra (CANGUILHEM, [1943] 1978, p. 64)

Em outro artigo, escrito trinta e cinco anos depois do livro supracitado, Canguilhem (2005) utiliza o conceito de "normatividade biológica" para discutir as diferentes noções de cura implícitas na relação médico-paciente. Ele parte da ideia de que a cura quase sempre é entendida como um reencontro com um bem-estar perdido, um retorno a um estado de ordem anterior. Canguilhem (2005) lembra, contudo que uma vez que se está vivo é normal ficar doente e se recuperar. E mais, que a doença e a cura muitas vezes independem dos recursos da medicina, pois se inscrevem nos limites das regulações biológicas. Cabe notar que a leitura vitalista do autor não se associa a uma ideia de autocura em detrimento da medicina, ao contrário ele critica duramente o psicologismo do processo de saúde-doença e a vulgarização da ideia de que o paciente é médico de si mesmo.

Canguilhem já nos anos 40 na França apontou para o fato de que a doença dependia de como o indivíduo a representava, e mais que esta derivaria de sua incapacidade de instituir novas regulações para novas exigências ou situações impostas pelo meio ambiente. Ou seja, o patológico não existe em si, pois só pode ser avaliado em uma relação. Talcott Parsons, grande sociólogo funcionalista americano e um dos fundadores da sociologia médica, nos anos 50, retoma este mesmo tema, a influência do meio social na representação da doença, mas por outro viés.

Apesar de propor algumas leituras sobre o processo de adoecimento bastante controversas, Parsons foi quem cunhou o termo *sick role* que virou referência para os demais trabalhos. (SEGALL, 1976). Na leitura de Parsons, o adoecimento causa uma espécie de desvio no ambiente social, uma vez que o doente deixa de ser produtivo e passa a ocupar outro papel na comunidade. É justamente sobre este papel social, de ser doente ou estar doente, que Parsons se dedica a discutir (SEGALL, 1976). Quando uma pessoa se encontra doente a sociedade lhe dá privilégios, mas também lhe impõe obrigações. O indivíduo ganha, por exemplo, o direito de não trabalhar, de ser cuidado por alguém e ser reconhecido como uma vítima do adoecimento e não ser responsabilizado por ele. Como obrigação exigida pelo meio social, é esperado daquele que se encontra doente procurar ajuda médica especializada e não se contentar com esta condição dita temporária. Cabe a ele buscar ajuda para se recuperar o mais rápido possível. Aqui já podemos encontrar algumas considerações importantes sobre como o processo de adoecimento era visto socialmente. O doente era aquele que visto como vulnerável, portanto, mais fácil de ser

manipulado pelo poder médico. Alguém que deveria ser protegido pela comunidade, mas destituído de suas funções, o que representaria uma ameaça ao funcionamento social. Inúmeras discussões sobre o *sick role* no processo de adoecimento se seguiram ao trabalho de Parsons. A questão da vulnerabilidade, de como o portador de uma doença crônica é visto na sociedade, sobre os direitos de trabalhar e ser independente mesmo estando numa condição de sofrimento, etc. Mas, a principal contribuição de Parsons é o fato de que estar doente não implica somente numa condição física, mas também em aderir a um papel que a sociedade impõe ao doente. Neste sentido, a experiência de doença seria regida pelo meio social, o que poderia implicar em estigma e morte social (SEGALL, 1976).

É somente com a corrente interpretativa da antropologia médica que ganha força o aporte teórico e metodológico para a análise de como os fatores socioculturais poderiam influenciar no campo da saúde. Estes trabalhos, nos quais Kleinman e Good são reconhecidos como principais representantes, destacam a importância da mediação cultural para acessar o processo saúde-doença, seja ele orgânico ou psicológico. Para os autores, o adoecimento é sempre interpretado e vivido de maneiras diferentes pelo doente, pela família e pelos profissionais de saúde. O modelo nosológico ocidental é apenas um dos "modelos explicativos" possíveis (KLEINMAN & GOOD, 1985).

Este grupo de pesquisadores acaba por propor novos conceitos que influenciaram não somente o campo da antropologia médica, mas o próprio agir em saúde (ALMEIDA FILHO, 2001). Isto porque suas hipóteses de pesquisa passam a envolver tanto o 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 (HYDEN, 1997).

A discussão sobre a experiência de adoecimento ganha força nos anos 80, a princípio interessada nas pessoas que viviam com doenças crônicas e nos efeitos sobre a identidade do paciente. Estes assinalavam a importância de olharmos para formas de organização no cotidiano e construção simbólica em torno desse fenômeno complexo, que é a saúde/doença/cuidado, dentro dos grupos de inserção dos indivíduos. Como Bury (1982) já havia notado uma doença crônica exige uma reorganização da história de vida da pessoa. Kleinman segue este mesmo caminho ao

afirmar que nenhuma outra experiência exige uma reorganização tão grande de aspectos centrais (identidade, relações interpessoais; como compreende a morte, etc.) da vida de uma pessoa do que ser portadora de uma doença crônica.

Para explicar sua teoria, Kleinman (1988) retoma a diferenciação proposta por Eisenberg em 1977, entre *illness*, *disease* e *sickness*. *Illness* se refere à experiência de estar doente, como o indivíduo e sua rede social percebem, vivem e reagem frente aos sintomas de sua doença. *Disease* é como os profissionais de saúde, especialmente o médico, interpretam e compreendem a doença através de sua bagagem clínica e de treinamentos especializados calcados na racionalidade biomédica. A noção de *sickness* estaria mais associada ao contexto macrossocial, a uma desordem em seu sentido genérico.

Ao recapitular esta diferenciação Kleinman (1988) aponta para os conflitos que podem ocorrer na clínica quando um médico, através de sua visão paternalista, vê o indivíduo portador de doença crônica como alguém vulnerável, como um objeto a ser cuidado. E desconsidera, que alguns indivíduos, principalmente aqueles que já vivem com a doença há muitos anos, já construíram uma história para compreender a sua doença que nada tem a ver com o modelo médico. O autor assinala que a experiência de adoecimento está profundamente ligada no mundo social e, portanto, sofre diretamente a influência das estruturas e processos que constituem este mundo onde o indivíduo vive. Daí a importância em compreender o conteúdo social da cronicidade, ou seja, como a experiência de adoecimento se faz aparente, como se dão os processos de significação dela, qual a influência de aspectos psicológicos e sociais na determinação desta experiência.

(...) a experiência de adoecimento é sempre moldada culturalmente. Paradoxal quanto possa parecer, existem maneiras normais de estar doente (formas que a nossa sociedade vê como apropriadas) assim como existem maneiras anômalas. Mas, as expectativas convencionais sobre o adoecimento são alteradas a partir de negociações em diferentes situações sociais e particularmente nas redes de relações (KLEINMAN, 1988, p.5)

Neste sentido, Kleinman (1988) afirma que o cuidado ao paciente crônico deve sempre incluir o paciente e quando possível sua rede social próxima. O autor inclusive se preocupa em alertar a classe médica para que sejam feitas mudanças na educação, com o intuito de fazer o discurso médico dialogar com as narrativas de experiência de adoecimento na clínica e assim enfrentar as dificuldades de comunicação que seriam tão comuns entre médicos e paciente.

Nesse panorama, o conceito de “experiência de adoecimento” (*illness experience*) refere-se à forma como os indivíduos se colocam diante uma dada situação de doença, em um processo intersubjetivo de construção de significados. Tal visão parte do pressuposto que o processo saúde-doença-cuidado só pode ser entendido quando associado ao modo de vida da pessoa e ao seu universo social e cultural. Isto implica em compreender todos os modos de pensar e de agir ligados à este processo como culturalmente percebidos e interpretados. Com essa manobra, Kleinman (1988) acaba por expandir esta noção para a dimensão do sofrimento. Trata-se agora não apenas de compreender o adoecimento através de uma narrativa, mas a própria “experiência de sofrimento” (*illness suffering*).

A narrativa de doença é uma história que a pessoa conta, e seus cuidadores (re)contam, para dar coerência aos distintos eventos e a um período longo de sofrimento [...] As narrativas pessoais não refletem somente a experiência de doença, mas contribui com a experiência dos sintomas e com o sofrimento (KLEINMAN, 1988, p. 49)

Sabe-se que o processo de adoecimento é um processo que rompe com saberes e pressupostos da vida cotidiana, levando o indivíduo a procurar respostas para seu mal-estar. Decorre daí, o interesse científico por investigar os diferentes modelos de tratamento e cura e os trajetos percorridos pelos indivíduos até chegarem aos serviços de saúde. Nos anos 80, Kleinman e Good retomam esta questão já utilizando o conceito de “itinerário terapêutico”, ou seja, um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para lidar com sentimento de mal-estar. As contribuições dos trabalhos etnográficos desenvolvidos na década de 1970, já apontavam para os aspectos interativos implicados nos processos de escolha por um determinado tratamento. A proposta era investigar a conexão entre as escolhas realizadas pelos indivíduos e o seu suporte social.

A perspectiva que foca em redes sociais propõe que a busca de ajuda para doenças psiquiátricas não é totalmente explicada por características individuais ou predisponentes, capacidade e ou fatores de risco. Exceto em casos raros, a busca de atendimento e de tratamento é resultado da interação social, ao invés, de ser uma ação individual (MCALPINE e BOYER, 2006, p. 369).

O ineditismo da leitura de Kleinman (1980) localiza-se, portanto, na proposta de que todas as ações de cuidado em saúde são respostas organizadas pela interação de três diferentes

setores (profissional, *folk*, popular) e que compõem um "sistema de cuidados em saúde" (KLEINMAN, 1980). Cada dimensão tem suas normas e crenças e legitimam diferentes alternativas terapêuticas.

O setor popular inclui a cultura leiga, popular, não-profissional, as crenças e valores familiares, que se expressam, por exemplo, nas recomendações da rede social de como escolher um tratamento e até na automedicação. É justamente neste setor onde a experiência de adoecimento começa a ganhar sentido. É a partir das interpretações e significados ali compartilhados que o sujeito é levado buscar ajuda ou não, pois este movimento depende dele reconhecer que algo não está bem ou que ele está sofrendo. Se o indivíduo vive em uma comunidade onde não há espaço para o reconhecimento de seu sofrimento ou mesmo existe a aceitação de sua condição de doente não existe uma razão para procurar um sistema de saúde fora dali.

O setor *folk* se refere aos cuidados alternativos, religiosos, espirituais ou de autoajuda. Já o setor profissional envolve todas as práticas médicas ou de cuidado em saúde reconhecidas cientificamente. É interessante notarmos que Kleinman (1980) ressalta que este sistema de cuidados se inter cruzam e geralmente para os indivíduos que buscam ajuda estes setores não são excludentes.

Esta rede de interações é cotidianamente negociada e utilizada pelos indivíduos para interpretar o vivido, articular a experiência, e exprimi-la de forma socialmente aceita. Mais do que identificar quais recursos estão disponíveis na comunidade e quais são utilizados pelas pessoas que vivenciam a experiência do adoecimento, o itinerário terapêutico reflete compreender os significados que permeiam o processo de escolha do cuidado. Os autores chamam a atenção para a importância da dimensão popular, uma vez que concentra grande parte dos saberes que são utilizados cotidianamente. É daí que surgem as primeiras dúvidas que podem levar o indivíduo a buscar ajuda, portanto, orientam o ingresso num itinerário terapêutico (KLEINMAN e GOOD, 1985).

Vale destacar que existe uma diferença entre a noção de *health seeking behavior*, ou seja, o comportamento de busca tratamento e uso dos serviços de saúde e os estudos sobre itinerários terapêuticos (*therapeutic itineraries*). Ambas as noções são distintas, mas estão intimamente ligadas. O itinerário terapêutico ou o caminho feito na busca de tratamentos em diferentes sistemas de cuidado depende justamente do comportamento do indivíduo. A expressão *health*

*seeking behavior* vem sendo inclusive retomada junto ao conceito de capital social para explicar os diferentes usos dos serviços de saúde e de “práticas informacionais”, a partir de uma perspectiva dinâmica e interacional. Em suicidologia, por exemplo, o termo *health seeking behavior* é utilizado para compreender a busca por ajuda nas tentativas repetidas de se matar. Observou-se que este comportamento não está necessariamente ligado ao grau de letalidade do meio utilizado nem a severidade do intento suicida e sim a elementos culturais e sociais que permeiam a busca por ajuda (MILNER e DE LEO, 2010; CEDEREKE e ÖJEHAGEN, 2007).

De acordo com Rabelo *et al.* (1999), a leitura de Kleinman dá margem para uma predominância das representações sobre a própria experiência, o que implica em negligenciar a mobilidade do campo de ação. Propondo uma leitura fenomenológica do itinerário terapêutico, os autores ressaltam que o mundo se apresenta ao sujeito como um campo de prática, antes mesmo de se constituir como objeto de conhecimento. Portanto, uma saída seria entendê-lo como resultado de processos não lineares, marcados por contradições, ambiguidades, e incertezas na elaboração de definições sobre a doença, tratamento e cura. Vale lembrar que não se trata de valorizar as percepções subjetivas em detrimento de um entendimento orgânico do processo de adoecimento, mas repensá-las como duas dimensões importantes de um mesmo fenômeno.

Por fim, seguindo a tradição antropológica-existencial, encontramos em Serpa Junior *et al.* (2007) um outro modo de retomar a experiência e narrativa de adoecimento mental através de uma abordagem, que os autores denominam de psicopatologia da primeira e da segunda pessoa, que lida com os fenômenos ao invés dos sintomas.

Enquanto os primeiros [sintomas] são concebidos como remetendo a algum tipo de disfunção médica e, apreendidos objetivamente pelo clínico, esvaziando de importância a dimensão subjetiva do paciente, tomado como simples fornecedor de dados semiológicos, os *fenômenos* manifestam uma forma experiencial global do paciente, entendida como expressão de um tipo particular de relação consigo mesmo, com a alteridade e com o mundo. (p.211)

Neste modelo, que preza pela subjetividade do vivido, podem-se reconhecer dois tipos sujeitos: sujeito experiencial e o sujeito narrativo. O sujeito experiencial estaria associado à perspectiva de primeira pessoa, isto é, a uma vivência pré-reflexiva, crua, sem objetividade nem intersubjetividade, uma realidade experiencial imediata. O sujeito narrativo, por sua vez, tem sua identidade construída não apenas no campo da narrativa, como através dela. Já pode-se reconhecer aqui um movimento de reconhecimento ou reflexão. "Este processo acompanha toda a

trajetória de vida do sujeito no decorrer do tempo e procura oferecer um relato que dê conta de suas origens, desenvolvimento e destino" (SERPA JUNIOR *et al.*, 2007, p.214).

Esta discussão é retomada em outro artigo, no qual os autores apontam para importância de apreender o "sujeito narrativo corporificado", ou seja, aquele que se encontra na interseção entre a experiência e a narrativa. Neste modelo de narrativa de primeira e segunda pessoa, proposto pelos autores:

Articulam-se elementos que vão desde a experiência vivida corporalmente ancorada (experiência), passando pelo conjunto de recursos simbólicos culturalmente disponíveis (científico, filosóficos, espirituais, tecnológicos) que podem lhe conferir algum sentido (narrativas), chegando aos discursos sobre o seu transtorno mental – classificações diagnósticas (conhecimento), estigma - que impactam o sujeito (SERPA JUNIOR *et al.*, 2009, p. 25)

Vale lembrar que a experiência para ser minimamente compartilhada deve ser comunicada a um expectador, se trata assim de um relato que perpassa as três dimensões: experiencial (primeira pessoa), narrativa (segunda pessoa) e a de um observador externo (terceira pessoa).

Em suma, pretendo adotar a leitura de que o ato de narrar uma experiência não é somente um relato estático do ocorrido. Narrar oferece a oportunidade de ligar, associar e negociar sentidos perdidos no decorrer daquela experiência. Trata-se de um enquadre temporal que tem a potencialidade de recriar uma interrelação entre episódios ou eventos antes desconectados ou mesmo de construir uma nova versão. A proposta é que as narrativas de sofrimento/adoecimento podem criar um contexto temporal perdido, dando sentidos que se encaixam, mesmo que provisoriamente, na trajetória de vida daquele indivíduo (SCHAEFER, 1992; HYDEN, 1997).

Outra dimensão importante do ato de narrar uma experiência de sofrimento é justamente o pressuposto de que o ouvinte é também parte daquele ato.

A ideia de autoria da narrativa é, portanto, equívoca. Tanto pelo inacabamento narrativo da vida quanto pela coexistência de histórias de vida emaranhadas. Como propõe Ricœur (1990), ao construir a narrativa de sua existência o sujeito produz o relato de uma vida do qual ele não é o autor quanto à existência e se faz o co-autor quanto ao sentido. (SERPA JUNIOR *et al.*, 2009, p.26)

A atividade de narrar, ou contar uma história, é uma construção conjunta, que pressupõe o endereçamento para um outro, mesmo que ele seja imaginário. A narrativa é também uma reunião de diversas histórias: que criamos, escutamos e herdamos. Logo, trabalhar com a análise de narrativas, metodologia escolhida para este estudo, pressupõe compreender a experiência do comportamento suicida em seu contexto, ou seja, como uma situação simultaneamente individual e coletiva.

#### **4.4. APONTAMENTOS PARA AS NARRATIVAS DE PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE MENTAL**

Fica claro que nosso processo investigativo está diante de novos desafios teóricos e metodológicos que se colocaram quando a complexidade do problema convidou para um diálogo entre e além das disciplinas. Assim, um aprofundamento nas diferentes construtos teóricos e filosóficos sobre a narrativa enquanto metodologia qualitativa de investigação de situações extremas nos pareceu um interessante caminho a ser percorrido. Como resultado, propomos aqui três categorias, intimamente imbricadas, que permeiam o debate sobre o uso da narrativa como instrumento da pesquisa qualitativa: a. possibilidade de reconstrução identitária; b. reconhecimento da alteridade e compartilhamento da experiência vivida; c. sobre o ato de narrar e a ilusão de reencontrar uma verdade.

##### **a. Possibilidade de reconstrução identitária**

O ato de narrar uma experiência não é somente um relato estático do ocorrido. Narrar oferece a oportunidade de ligar, associar e negociar sentidos perdidos no decorrer daquela experiência. Trata-se de um enquadre temporal que tem a potencialidade de recriar uma inter-relação entre episódios ou eventos antes desconectados ou mesmo de construir uma nova versão. Nesse sentido, a compreensão proposta por autores como Schaefer (1992) e Hyden (1997) é que as narrativas de sofrimento/adoecimento/situações extremas podem construir um contexto temporal perdido, criando sentidos que se encaixam, mesmo que provisoriamente, na trajetória de vida daquele indivíduo. Ainda nessa categoria de reflexividade e construção identitária, encontramos os trabalhos de Cyrulnik (2010; 2011), Tisseron (2007), Lani-Bayle e Milet (2012).

Cada autor, a sua maneira, ressalta a estreita relação entre o ato de narrar a posteriori uma experiência dolorosa e a capacidade de resiliência do ser humano. Em termos didáticos, os autores entendem a resiliência como uma atitude ou força que cada ser humano possui, em diferentes graus, para negociar com as rupturas da vida e as arrumações internas que daí resultam. Apontam, assim, para a narrativa como um valioso instrumento que aposta na possibilidade do ser humano de simbolizar *a posteriori* algo que ameaça violentamente romper o equilíbrio da vida física ou psíquica. Em suma, o ato de narrar, situação essencialmente comunicativa, é reconhecido como um recurso metodológico potencialmente transformador para o narrador no sentido de recriar a sua experiência vivida.

Nesta mesma direção, encontra-se no artigo de Diniz (2008), sobre os desafios éticos da pesquisa qualitativa em saúde no Brasil, uma importante citação:

Há um extenso debate ético sobre possíveis implicações emocionais de pesquisas qualitativas com técnicas de entrevistas abertas sobre temas com forte conotação afetiva para as participantes, como doenças crônicas, violência sexual, infertilidade ou luto. No exercício de transpor a matriz de riscos e benefícios das Ciências Biomédicas para as Ciências Humanas, a imputação de possíveis riscos emocionais pelas entrevistas abertas é o parecer mais comum recebido por pesquisadoras ao terem seus projetos avaliados pelos comitês de ética em pesquisa. Se for verdade que há chances de que a entrevista desencadeie fortes sentimentos, é também possível reconhecer o caráter

quase terapêutico da cena etnográfica para muitas pessoas (p.420).

Ricoeur (1983), autor clássico dos estudos da narrativa, ao retomar a perspectiva hermenêutica, também aponta para esta importante função da narrativa como mediadora entre a ação e a linguagem. A função narrativa tem, assim, a característica de ser uma síntese não fechada de um tempo objetivo e de um tempo vivido. Para o autor, é a partir de três momentos distintos (tempo prefigurado; tempo configurado; tempo reconfigurado) do ato de narrar que a experiência humana (tempo vivido) pode se inscrever numa temporalidade aprofundada, dando uma significação a ação. O sentido não tem significado prévio aprisionado à experiência, mas é efeito imprevisível de um encontro de alteridades, pois só ocorre numa situação de comunicação e está fadado às vicissitudes da recriação permanente. Logo, se, existe um laço indissociável entre

a experiência e a sua elaboração na condição narrativa, o ouvinte também é parte daquele ato. Dessa maneira, passamos a nossa segunda categoria: o ato de narrar implica necessariamente no reconhecimento do outro.

### **b. Reconhecimento da alteridade e compartilhamento da experiência vivida**

A experiência para ser minimamente compartilhada deve ser comunicada a um expectador, trata-se assim de um relato que perpassa três dimensões: experiencial (primeira pessoa), narrativa (segunda pessoa) e a de um observador externo (terceira pessoa). O ato de narrar implica em uma história de construção conjunta de sentido entre o narrador e o ouvinte. O próprio pesquisador recompõe a trajetória do narrador de forma organizada (SERPA JUNIOR *et al.*, 2009).

Contar uma história para outra pessoa, é também um exercício de articular o visível e o invisível, o aparente e escondido de maneira a fazer transparecer suas interações. Dessa maneira, cria-se a possibilidade de dividir com terceiros, uma experiência que é simultaneamente individual e social, dando visibilidade a temas tabus para a sociedade (morte, aborto, suicídio, etc.). Em 1937, Freud já assinalava que o ato de contar sua história como um meio de constituição do sujeito, ou seja, como um facilitador do processo de construção de si que, por sua vez, traz consigo a releitura das relações de alteridade, ou seja, do reconhecimento das diferenças do outro (FREUD,[1996] 1937).

Cabe, contudo, assinalar que os processos de produção e organização da informação e suas mediações para alcançar a apropriação e o uso efetivo dos conhecimentos produzidos socialmente, especialmente de temas tabus, através de narrativas espontâneas ainda é um tema pouco explorado, apesar do discurso que preza pela participação social como um instrumento que fortalece a cidadania e minimiza desigualdades sociais. Para além da preocupação em como transformar estes dados em um saber a ser compartilhado, existe um alarde quanto às questões éticas e morais envolvidas na divulgação de assuntos, antes tidos como invisíveis ou privados. Existe uma clara preocupação na produção científica dos domínios da comunicação e da informação em como abordar estes temas de maneira ética e qual o propósito de se "fazer falar" e produzir conhecimento a partir de narrativas pessoais. Por exemplo, como dar visibilidade na mídia a um importante tema da saúde sem cairmos no engodo de construir um discurso normativo de transparência e de verdade? O debate sobre visibilidade X invisibilidade de temas tabus

(suicídio, morte) na chamada "sociedade da informação" ainda prevalece como assunto favorito (FLOREA e RABATEL, 2011; FRYDMAN e FILS-TRÈVES, 2012; LA DECOUVERTÉ, 2005). Discussões a parte, é inegável que cada vez mais as narrativas pessoais de adoecimento/sofrimento/ situações extremas são abordadas pela mídia e ganham um espaço enorme nas redes sociais virtuais. Assim, nos questionamos se estas narrativas não seriam importantes para construção de um conhecimento compartilhado acerca das tentativas de suicídio, uma vez que necessariamente envolvem considerar a presença do outro na organização do discurso.

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

Se, como vimos acima, o ato de narrar permite a reconstrução da experiência vivida, que depende da presença de um terceiro para sua organização, isto implica em afirmarmos que o conhecimento do vivido não está amarrado a ideia de verdade científica. A construção da narrativa é sempre realizada *a posteriori* pelo indivíduo ou pelo pesquisador no momento em que produz um relato oral. Basta lembrarmos que o narrador nunca coincide no tempo e no espaço com o sujeito da ação.

Diante deste desafio, o conceito de experiência, em fenomenologia, nos parece ser uma boa maneira de compreender o papel da narrativa e como a noção de realidade do vivido muda de configuração. De maneira geral, a noção de experiência refere-se à forma como os indivíduos se colocam diante uma dada situação, em um processo intersubjetivo de construção de significados. Desta maneira, a abordagem através das narrativas deve precaver-se da ilusão de transparência do real, sem que com isso haja uma desvalorização do ato de narrar. A narrativa representa uma cadeia de inter-relações que apesar de ser flexível é também animada por intenções e motivações que se estabelecem em determinadas posições sociais. Para a pesquisa qualitativa, o que ganha relevo não é a transparência ou a veracidade dos fatos, mas o estilo dos relatos e as relações sociais estabelecidas pelo ato de narrar, ou seja, como os fatos vividos foram contados ou para quem foram narrados (FITZPATRICK, 2011). Em suma, o conhecimento gerado pela narrativa da experiência vivida não está amarrado a ideia de verdade científica (BRUNER, 1996).

Minha proposta é retomar as contribuições teóricas supracitadas, para 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, em torno do comportamento suicida. Em outras palavras, queremos

investigar como a trajetória ideação suicida - planejamento - tentativa - ato suicida foi vivida, visando compreender com se dá a interlocução entre os diferentes atores envolvidos. E mais, visamos 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.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1. QUESTÕES ÉTICAS PRELIMINARES

Este estudo é um desdobramento da pesquisa qualitativa "Prevenção, educação e promoção de saúde no risco de suicídio: abordando o suicídio na AP3 & AP1, através do serviço de emergência psiquiátrica do CPRJ/SES", a qual teve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Politécnica Joaquim Venâncio para entrevistar pacientes, familiares e profissionais de saúde em uma emergência psiquiátrica no Rio de Janeiro (CAAE n.º 0011.408.0.000-09). Os temas que foram aprofundados nesta pesquisa já foram abordados com outros sujeitos em grupos focais e entrevistas semi-estruturadas, dos quais participamos ativamente. Contudo, por ser uma pesquisa autônoma que utilizou um novo instrumento de coleta, a entrevista semiestruturada McGill MINI Narrativa de Adoecimento (MINI) (**ANEXO I**), e recrutou novos sujeitos foi necessária uma nova aprovação do CEP da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (**CAAE no.01176013.9.0000.5241**).

Tivemos o cuidado de preservar a confidencialidade de todos os sujeitos. Apenas eu e o Prof. Dr. Carlos Estellita-Lins, orientador desta tese, tivemos acesso aos dados pessoais que possibilitam identificá-los, encontrando-se o material sob a guarda do laboratório Licts do ICICT em arquivos digitais com cópias de back-up cifradas de modo sigiloso. Aplicamos os mesmos modelos da pesquisa maior, supracitada, acerca de como agir para encorajar os entrevistados a falarem de um tema difícil, o que garantiu o mínimo de conforto e segurança para que as pessoas pudessem se exprimir. Entre as medidas de cuidado e atenção dirigidas para qualquer participante, encontraram-se: protocolos individuais; detalhados e longos de explicação dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**ANEXO II**); privacidade; sigilo; consideração direta de impressão clínica pré e pós-coleta de dados; dedicação do entrevistador à percepção de qualquer desconforto dos participantes e a possibilidade de retirar-se a qualquer momento. Embora qualitativa, com alcance sociológico e não-clínico, a pesquisa se pautou em nossa capacidade e treinamento prévio em lidar com situações clínicas intercorrentes, dispositivo que assegurou a continuidade e segurança dos sujeitos entrevistados.

Logo, em relação ao cuidado com possíveis riscos, foram previstas medidas para o atendimento a situações ocorridas, não apenas no momento de realização das entrevistas, mas de assistência para situações de crise, desconforto, ou estresse psíquico que viessem a se configurar

após a coleta de dados. Fornecemos telefones de contato pessoais e institucionais, já incluídos nos TCLE.

Realizamos a pesquisa sem a utilização de sujeitos vulneráveis. Alinhamo-nos aos que entendem que os “pacientes”, como também acompanhantes, familiares não se encontram diminuídos ou impedidos em sua capacidade de tomar decisões. Pacientes em coma, com prejuízo do campo da consciência (desorientação espaço-temporal: geralmente síndromes organocerebrais), ou padecendo de ansiedade intensa, ataques de pânico, ou intoxicação encontram-se sempre incapacitados na autodeterminação e especialmente na escolha de participação em uma pesquisa – geralmente constituindo os chamados grupos vulneráveis em um *setting* psiquiátrico adulto. Devemos sempre evitar o preconceito de que pacientes psiquiátricos são essencialmente diferentes de pessoas enfermas (ZOBOLI e FRACOLLI, 2001). Uma enorme tradição de pesquisa com estes sujeitos, que abarca *clinical trials*, tem sido realizada no Brasil e no mundo, incluindo o estudo sistemático do suicídio mesmo com pacientes sob risco pronunciado, como é o caso da investigação acerca de instrumentos clínicos de avaliação de risco. (BECK, 1979; BEER, 1992; BELL, 2007; BULLARD, 1993; COCHRANE-BRINK, 2000; EMMA PRESTON, 2005; HOLDEN, 2005; KESSLER, 2008).

Efetivamente, para a pesquisa-mãe, aprovada pelo CEP da EPJV, realizamos um levantamento bibliográfico sobre “*pesquisas qualitativas análogas na literatura especializada sem qualquer prejuízo aos sujeitos participantes, inclusive em emergências*”. É importante mencionar alguns estudos bastante representativos, face ao potencial de risco implicado, que foram todos submetidos e aprovados por seus respectivos comitês. Em um estudo de adolescentes e adultos de 15 a 25 anos com entrevista semi-estruturada investigando qualquer pensamento ou expressão suicida em 253 jovens utilizando o instrumento ATTS (RODRIGUEZ, 2006) composto por perguntas diretas acerca do suicídio, não se identificou agravos à saúde em função da metodologia utilizada. Chan *et al.* (2009) estudaram o comportamento suicida em adolescentes através de inúmeras perguntas adaptadas a partir de vários instrumentos, dirigidas para projeto explícito de se matar, atualmente ou nos últimos 12 meses. Esta pesquisa arregimentou aproximadamente 3000 jovens, N muito expressivo, sem que houvesse preocupação com repercussão das circunstâncias de coleta de dados. Outras investigações qualitativas com desenho similar de coleta podem ser percebidas na literatura (BERGMANS, 2009; EMSLIE ET AL., 2007; OWENS, 1994; 2005; STRIKE, 2006).

Assim, consideramos que além dos possíveis prejuízos, há benefícios diretos associados à participação na pesquisa para os sujeitos envolvidos pois tratando-se de uma investigação que envolve a experiência da tentativa de suicídio, a busca por ajuda e o modo como a rede de apoio participou deste momento, os resultados irão auxiliar na renovação, aprimoramento e transformação das práticas de assistência ao paciente de urgência.

Outro aspecto ético digno de reflexão vem a ser o estigma e os tabus mesclados de preconceito ligados aos enunciados sobre pensamento em suicídio. Há consenso de que é preciso que profissionais de saúde busquem a transformação deste tipo de interdito socialmente pactuado, e que possam promover saúde ensejando discussão aberta e despojada do tema (WHO, 2002). A autonomia supõe aceitar o tema em questão existindo a possibilidade legítima e resguardada pela técnica da entrevista de aceitar um participante que prefere ficar calado, assim como de observar graus de constrangimento que tornem o experimento inválido e necessariamente interrompido.

O suicídio não é um assunto privado, embora sua experiência seja absolutamente singular. O estudo em questão busca dialetizar ambas as dimensões com respeito pelo sofrimento, mas com absoluto compromisso com a importância de revelar esta experiência, e dar voz a este regime de enunciados suprimidos e ocultos. 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.

## **5.2. PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE MENTAL E O INSTRUMENTO MCGILL ENTREVISTA NARRATIVA DE ADOECIMENTO (MINI)**

A pesquisa qualitativa tem sido cada vez mais reconhecida como uma importante ferramenta que permite aos pesquisadores a compreensão global de realidades pouco conhecidas, de difícil acesso, e ou de situações extremas (CASTAIGNOS-LEBLOND, 2000). Dentre os métodos qualitativos, nos últimos anos, tem ganhado relevo o uso de fontes primárias de dados, sobretudo aquelas expressas em materiais biográficos ou autobiográficos, ou seja, que buscam os pontos de interseção entre a experiência individual e a história coletiva. Existe uma enorme gama de ideias e compreensões possíveis deste método de coleta nas mais diferentes disciplinas (Letras, Educação, Sociologia, Comunicação, Saúde, etc.).

É interessante notarmos que, diferentemente do que previa Walter Benjamin (1983), ao apontar uma possível e irremediável crise da faculdade de intercambiar experiências e para o desaparecimento do tempo de escuta, as narrativas de vida têm cada vez mais interessado aos mais diversos setores da sociedade, sendo utilizadas inclusive como objeto de controle (SALMON, 2007). Não iremos adentrar essa complexa discussão sobre a função do "fazer falar" e "dizer a verdade" na modernidade, ou seja, sobre a valorização do discurso como uma tecnologia e uma estratégia de dominação, explicitada por Foucault (1999), pois foge aos limites deste trabalho. Gostaríamos apenas de assinalar que atravessamos um momento em que existe uma inquietante proliferação do falar sobre si, ou do narrar uma experiência pessoal publicamente (SALMON, 2007; BRETON, 2003).

Nesse contexto, para alcançar seus objetivos, este estudo trabalhou com narrativas. O olhar para as experiências individuais buscou elucidar como os indivíduos reorientam suas vidas em situações que implicaram modificações ou rupturas em suas histórias. Foi adotada a concepção de que as opções das pessoas, embora singulares, constroem-se em interação com a sua rede social e especialmente com o grupo com quem compartilha crenças e práticas (HYDEN, 1997). A narrativa funciona como uma forma de mediação, entre o individual e o social, que permite não somente a interpretação, como a compreensão do comportamento suicida vivido. Fitzpatrick (2011) defende que as representações subjetivas do comportamento suicida podem e devem alimentar os novos achados da suicidologia. Sobre as possíveis contribuições do uso da narrativa nas pesquisas qualitativas em suicidologia, o autor ressalta que

As maneiras como as pessoas interpretam suas vidas e agem de acordo com seus autoconceitos e orientações de valores, possibilitam aos pesquisadores e clínicos terem insights importantes sobre a forma como diferentes eventos de vida e autoconceitos interagem com as manifestações do comportamento suicida. Ao mesmo tempo, o comportamento suicida na forma de suicídio consumado também cria um vazio na história de vida de uma pessoa, e aqueles deixados para trás procuram preenchê-lo. A narrativa fornece um meio para responder a esse vazio. Portanto, a segunda maneira que o campo de investigação narrativa pode auxiliar os pesquisadores é como um meio de analisar os discursos cultural-normativos mais amplos em que o comportamento suicida está situado (FITZPATRICK, 2011, p. 32. Tradução minha.)

Falar sobre algum acontecimento que deixou um vazio simbólico ou uma marca traumática, ainda mais de um tema silenciado socialmente como o suicídio, além de permitir a

construção de novos sentidos para o vivido, também nos dá a oportunidade de compreender os significados compartilhados por determinado grupo social. Como discutimos no capítulo anterior, o ato de contar uma história, principalmente de situações extremas de violência ou agressão, tem o potencial de benéfico, catártico, quiçá terapêutico, devido à revelação ou *self-disclosure* da experiência vivida (HYDEN, 1997; PETITMENGIN, 2006; CYRULNIK, 2010). Esse fenômeno foi também observado na pesquisa-mãe, no qual foram realizados grupos focais e entrevistas com 200 sujeitos sem tensão ou estresse em torno do tema suicídio.

Se "suspeitamos que o apoio social pode promover tanto uma sensação de auto-eficácia e auto-estima como desabilitar, reforçando a dependência, portanto, pode ter efeitos mistos" (KAWACKI e BERKMAN, 2001, p.461), cremos que um dos aspectos fundamentais estudado é como a experiência do *continuum* depressão - ideação - plano - tentativa suicida é transformada em uma realidade socialmente reconhecida, dotada de significados que são comunicados e legitimados. O que está em pauta é justamente uma análise dos processos que mediatizam a interpretação do vivido, a articulação dessa experiência e a maneira como ela é expressa socialmente.

Como ferramenta metodológica elegemos a **McGill MINI Narrativa de Adoecimento (MINI)** "um protocolo semi-estruturado de entrevista qualitativa desenhado para elicitare narrativas de adoecimento nas pesquisas em saúde" (GROLEAU et al., 2006, p.671), desenvolvido pelo grupo de pesquisa em Psiquiatria Social e Transcultural da Universidade *Mc Gill* localizada em Montreal, Canadá. Esse grupo, fundado em 1981, é notório por suas pesquisas qualitativas no campo da psiquiatria transcultural e por dialogarem e contribuírem diretamente com a antropologia médica interpretativa. Cabe destacar que este modelo de entrevista narrativa foi traduzido para português e adaptado para o Brasil<sup>22</sup> pelo grupo do Instituto de Psiquiatria da UFRJ liderado pelos Profs. Drs. Erotildes Leal e Octavio Serpa em 2007.

A MINI foi projetada para ser uma ferramenta útil para pesquisas no campo da saúde realizada por qualquer disciplina, não apenas pela psiquiatria, desde que o objetivo do estudo seja compreender ou investigar o comportamento em saúde, ou a experiência de adoecimento e seus significados atribuídos, ligados a qualquer problema, condição ou evento de saúde de indivíduos

---

<sup>22</sup> Versão reconhecida pela Universidade McGill e disponível no site para download.  
<http://www.mcgill.ca/tcpsych/research/cmhru/mini>

e/ou grupos. Por possibilitar a produção de narrativas complexas, a MINI tem o potencial de estimular a troca de dados entre diferentes disciplinas e realimentar os dados gerados pelas pesquisas quantitativas (GROLEAU et al., 2006).

Como vimos anteriormente, a investigação sobre o comportamento em saúde pode ser realizada a partir de inúmeras abordagens sociológicas, psicológicas e até através de métodos quantitativos. É válido, portanto, destacar que a MINI foi construída e testada em um contexto epistemológico, disciplinar e teórico bem definido, e tem a seguinte hipótese central: as narrativas produzidas são um bom meio de examinar as maneiras como os indivíduos dão sentido a sua experiência de adoecimento/sofrimento dentro de um panorama sócio-histórico. No artigo de apresentação da escala, Groleau et al. (2006) identificam-se como influenciados por uma perspectiva construtivista da pesquisa qualitativa. Nesta leitura, o processo de construção de sentidos presente em uma narrativa tem sempre uma dinâmica interna psicológica (o papel cognitivo dos processos de memória e das emoções) e uma dinâmica externa social (posições sociais, seu uso para a comunicação, influência retórica, etc.). Nesse sentido, a MINI não visa a reproduzir uma fotografia de uma experiência de adoecimento, pois *a priori* todo relato é dinâmico, complexo e contraditório.

De acordo com Groleau et al. (2006) foi justamente a favor de fazer aparecer estas contradições – próprias à experiência humana, incluindo, assim, o adoecimento – que Allan Young propôs dois novos modelos de compreensão do vivido. O pesquisador, em 1981, criticou o fato de que os discursos leigos acerca do adoecimento, divulgados pelas disciplinas de psicologia da saúde e antropologia médica, pareciam estar sendo construídos através de esquemas lógicos e coerentes organizados em torno somente de atribuições causais. Essas abordagens das narrativas de adoecimento ignorariam outras camadas da experiência, afinal todo discurso é complexo, tem incoerências e inconsistências. Nesse contexto, Young abordou um modelo explicativo e causal de representação do vivido, mas propôs dois outros modelos de compreensão da experiência que poderiam aparecer nas narrativas: o modelo complexo-cadeia (menos organizado) e o modelo dos protótipos. O primeiro refere-se às narrativas organizadas somente em termos de sequência de eventos temporais que geralmente são mais livres. O segundo modelo sugerido por Young incluiria as narrativas organizadas a partir das experiências prévias, de membros de sua família ou pessoas que serviram de exemplo para a significação da experiência em questão. Como veremos adiante, a MINI é construída em cima dessa teorização de Young, na

qual a experiência de adoecimento poderia ser compreendida nas narrativas através desses 3 modos de construção da representação. Eles coexistem numa narrativa, mas não são estáveis. São, entretanto, através de um roteiro semi-estruturado, passíveis de serem identificados e separados, tendo como objetivo interpretá-los e codificá-los posteriormente.

Os autores defendem o modelo semi-estruturado para colher os relatos de experiência, pois aumenta a capacidade de comparação sistemática entre as narrativas produzidas. Diferentemente, portanto, do modelo de entrevista de história de vida que geralmente é composto somente por perguntas abertas, a MINI tem perguntas abertas (que permitem ao entrevistado contar livremente sua história) e perguntas semi-estruturadas (que permitem a comparação sistemática das narrativas). Existe uma preocupação em seguir o roteiro, composto por 5 seções e 46 perguntas, pois é a partir deste que o entrevistado é convidado a falar de um tema que a princípio ele não abordaria espontaneamente (GROLEAU et al., 2006).

Para a aplicação desta ferramenta realizamos uma busca na literatura sobre os diferentes usos em culturas distintas. Além de ter participado de um treinamento para pesquisadores, em 2012, para capacitação no uso do instrumento em questão. A primeira versão dessa entrevista data de 1996 e foi proposta como um método de investigar a experiência de adoecimento dos indivíduos em um estudo de comunidade, a busca de ajuda, os sintomas não explicados medicamente e a utilização de serviços de saúde mental. Allan Young realizou 120 entrevistas em comunidades etíopes e nos serviços de atenção primária de saúde em Israel (GROLEAU et al., 2006). O modelo atual que é a quarta versão adaptada e foi nomeada pelo grupo de pesquisa de "versão genérica". Até chegar a essa forma o instrumento foi testado em outras duas grandes pesquisas transculturais. Uma investigou a adesão ao tratamento e o atraso na sala de emergência através dos relatos de pacientes que sofreram pela primeira vez um infarto do miocárdio (GROLEAU et al., 2010) e outra que se dedicou a compreender os comportamentos e sistemas de atribuição de sentido através das narrativas de pacientes com hiperemese gravídica (GROLEAU et al., 2006). Hoje já encontramos 18 estudos listados que utilizaram a MINI como ferramenta metodológica nas mais diversos lugares: Nepal, Brasil, Portugal, África, Noruega, China e Canadá. Originalmente projetada em inglês, já foi adaptada e traduzida para 8 línguas: albanês, francês, lugandês, norueguês, nepalês, português, sami, espanhol e tibetano.

O instrumento em questão elicitava narrativas retrospectivas, ou seja, referentes a experiências passadas. Ainda assim, ele abre possibilidades para o porvir, ao abordar sintomas

esperados, preocupações com o que estar por vir ou antecipação de eventos. Os autores, inclusive, sugerem a inclusão de perguntas adicionais no final da entrevista que ajudem a explicitação de questões não abordadas pela MINI.

Em resumo, a MINI 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).

De acordo com Leal *et al.* (2012),

A entrevista McGill MINI é uma entrevista semi-estruturada, qualitativa, que possibilita a produção de narrativas sobre a experiência de adoecimento ligadas a qualquer problema, condição ou evento de saúde, incluindo sintomas, conjunto dos sintomas, síndromes, diagnósticos biomédicos ou rótulos populares, e os sentidos associados a estas experiências. Dependendo da pergunta da pesquisa, a entrevista McGill MINI poderá ser utilizada para se conhecer a experiência de adoecimento de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos, para comparar experiências individuais, para conhecer os aspectos culturais compartilhados num conjunto de indivíduos, conhecer categorias de comportamentos da saúde ou modos de narrar de certos grupos culturais (p.5).

A MINI, no entanto, não é uma entrevista clínica, na medida em que o entrevistador deve se colocar numa posição de neófito, que produz um lugar para o relato do outro. A experiência que interessa é a relatada pelo narrador, de forma que o conhecimento prévio e expectativas acerca de diagnósticos pouco acrescentam e/ou são necessários à realização da entrevista. Reconhece-se, porém, a necessidade de treinamento por parte daqueles que aplicarão o instrumento em termos de estudo da base teórica e epistemológica e técnica, ao tempo em que se trata de temas íntimos e mesmo até então não pensados pelo sujeito acerca de sua condição de sofrimento. Assim, pode ter uma duração de em média 2 (três) horas e, no caso desta pesquisa,

deve ser aplicada inteira. Caso perceba cansaço do entrevistado, remarcar a entrevista para outro dia. É importante explicitar para o entrevistado o tema da conversa, de forma que o foco da pesquisa e como os sintomas, doença, síndrome ou evento sejam falados e compartilhados. Da mesma forma, prestar a atenção para a diferença social e cultural entre entrevistado e entrevistador; e para a posição que o entrevistador se coloca, são também aspectos fundamentais.

O roteiro é composto por 46 (quarenta e seis) perguntas e, no caso deste estudo, foi aplicada inteira, na medida em que a MINI é composta por três seções e duas suplementares. As seções correspondem aos objetivos supracitados, de forma que a primeira contempla o sintoma e a experiência inicial de doença organizada a partir da contiguidade dos eventos; a segunda aborda os protótipos relacionados a problemas de saúde com base na experiência prévia do entrevistado; o terceiro trata dos modelos explicativos, atribuições causais, expectativas concernentes ao tratamento, curso e prognóstico; e os dois últimos referem-se, respectivamente, aos serviços e respostas aos tratamentos propostos e ao impacto sobre a vida.

A entrevista MINI termina com uma pergunta aberta. A ideia é que haja algum tipo de fechamento ao processo de narrativa. Se o entrevistador perceber algum incômodo, é importante falar algo que possa favorecer isso. Explicar como será dado o *feedback* sobre os resultados da pesquisa, etc. Por fim, cabe ressaltar que 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. Outros aspectos desta ferramenta que nos parecem bastante pertinentes para esta pesquisa, tratam da abordagem das representações populares que serviram de modelo para a significação da experiência do adoecimento em questão presente na seção 2, além do interesse pelo percurso feito na busca por ajuda que aparece na seção 4 e do impacto na vida das pessoas que compõe a seção 5. Nesse sentido, a MINI mostra-se como a ferramenta para colher narrativas de adoecimento/sofrimento mais completa e que mais se aproxima dos nossos objetivos.

Cabe ressaltar que ela foi usada das mais diferentes maneiras e com grupos distintos. Como vimos, os pesquisadores que propuseram esta escala valorizam seu uso diferenciado, desde que os objetivos da pesquisa estejam em conformidade com as perguntas propostas pela MINI. 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. Dentre as 18 pesquisas que utilizaram a MINI como instrumento de coleta de dados, uma se assemelha a nossa em termos de desenho. Trata-se de um estudo no Nepal por Craig, Chase e Lama em 2010. A amostra deles também foi bastante variada. Eles entrevistaram voluntários e negociaram antes do início da entrevista qual seria o problema de saúde abordado. Eles apontaram ainda, para a potencialidade que este instrumento possui para borrar as fronteiras entre a experiência individual e coletiva.

### 5.3. AMOSTRA

Optamos por utilizar uma amostragem randomizada, uma vez que se tratava 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. Essa intermediação para construção de uma amostra foi essencial. 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, ou de uma emergência psiquiátrica, nos levaria a uma experiência que necessariamente já teria sido capturada pelo discurso e pelo diagnóstico 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 (ideias, planos ou tentativas).

A ideia inicial era identificar um primeiro grupo de pessoas que viveram de alguma maneira o comportamento suicida, e pedir que nos colocasse em contato com alguém de sua rede social próxima. Entretanto, não conseguimos construir a amostra desta maneira. Os motivos serão discutidos na seção em que relataremos as dificuldades encontradas na realização da pesquisa de campo, e na discussão dos resultados. Podemos adiantar ainda que, na questão da comunicação entre estes dois grupos, apareceu como claramente complicada, perpassada por silêncio, segredos, vergonha e medo. Logo, cabe destacar que entrevistamos sobreviventes que não necessariamente estavam ligados àqueles do primeiro grupo.

A justificativa para abordar estes dois grupos se dá na medida em que o objetivo central do projeto é compreender, do ponto de vista da experiência vivida, como se dão as trocas interpessoais e de infocomunicacionais no momento em que se desenrola o *continuum* ideação-plano - tentativa- suicídio consumado.

Dentre os critérios de exclusão podemos destacar aqueles com deficiência mental incapazes de fazer sua própria decisão. Pessoas em crise, em risco de suicídio, ou fragilizadas por uma perda por suicídio muito recente, também foram descartados da amostra e, quando necessário, foram devidamente orientadas para buscar assistência. Pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, ou com características de transtorno de personalidade, por sabermos que têm experiências com suicídio, muito distintas daquelas descritas pelo modelo do *continuum* do comportamento suicida, também não entraram na amostra. Quanto à faixa etária, optamos por entrevistar maiores de 18 anos, que não precisassem da autorização de um responsável, apesar dos adolescentes serem representativos nos dados sobre suicídio no Brasil. Não houve qualquer restrição quanto ao sexo ou ao perfil socioeconômico. Todavia, os quatro primeiros sujeitos que se voluntariaram a participar do estudo eram de classe média e eram usuários de planos de saúde. Para que a amostra não ficasse enviesada, nos preocupamos em também recrutar sujeitos usuários do sistema público de saúde. No final, a amostra constou de sete sujeitos usuários de serviços de saúde suplementares (convênios ou particulares) e seis usuários do SUS.

No total foram entrevistados onze sujeitos. Seis relataram terem vivido alguma manifestação do *continuum* do comportamento suicida (ideias, planos ou tentativas) 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. Podemos observar mais claramente esta identificação dupla, assim como alguns dados demográficos (idade, sexo, qualidade do laço, tempo decorrido), no quadro apresentado nos resultados.

Para a delimitação do tamanho de amostra, tomou-se como base o critério de saturação utilizado na literatura para coleta de informações a partir do instrumento MINI (Craig *et al.*, 2010). A saturação da amostra é verificada quando os dados começam a apresentar reiteraões ou redundâncias, tornando desnecessária a continuação da coleta de informações.

#### **5.4. DELINEAMENTO DA PESQUISA**

No tempo 1 confirmou-se a partir de contato telefônico a disponibilidade de sujeitos que anteriormente se identificaram para um informante: ou como tendo passado pela experiência do *continuum* ideação-plano-tentativa, ou que tiveram suas vidas impactadas pelo suicídio consumado ou tentativa.

No tempo 2 foram realizadas as entrevistas. Por ter optado por utilizar a técnica narrativa, que pressupõe um tempo maior com o sujeito, foi oferecida uma infraestrutura com tempo, espaço e suficiente acesso e conforto para realização das entrevistas. Caso o sujeito não estivesse disponível para ir ao local sugerido para a entrevista me ofereci para ir ao local de sua escolha. Cabe lembrar que os sujeitos não tiveram quaisquer despesas e não receberam dinheiro por participar do estudo. Todas as entrevistas foram gravadas digitalmente com o consentimento livre e esclarecido do entrevistado, que assinou o TCLE antes do início da entrevista de acordo com resolução 196/96 e uma autorização para uso de voz (**ANEXO III**).

No tempo 3 as narrativas foram transcritas por um profissional e posteriormente todas foram revisadas para o processo de análise dos dados.

#### **5.5. ANÁLISE DOS DADOS**

A análise se deu através de repetidas leituras das transcrições, escuta das gravações e análise de notas do diário de campo. Os nomes dos entrevistados não apareceram em qualquer momento da análise, pois foram identificados no momento da entrevista por uma letra e um número. Para a codificação do material colhido foram retomados os estudos qualitativos sobre a experiência de suicídio, encontrados na busca bibliográfica, com o intuito de nos guiar sobre os achados da produção científica. Para guiar a análise, aprofundamos o estudo do método antropológico-fenomenológico, utilizado para as narrativas de elicitação de primeira e segunda pessoa (SERPA JUNIOR et al., 2009; CAMPOS e FURTADO, 2008; SERPA JR et al., 2007; PETITMENGIN, 2006). Utilizamos também o banco de dados (transcrições e codificações de entrevistas e grupos focais, além de diários de campo) da pesquisa-mãe. Retomamos o material, com o intuito de cotejar as narrativas colhidas, realimentando o procedimento metodológico.

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.

Na primeira etapa da análise qualitativa buscamos compreender a estrutura que guia o discurso de cada participante, individualmente e coletivamente, de forma a identificar aspectos relevantes no processo de sofrimento.

A codificação do material colhido a partir do relato dos pacientes foi baseada no quadro teórico vigente (estudos anteriores sobre a experiência de adoecimento, narrativa e comportamento suicida). O cotejamento dos códigos com excertos discursivos e citações objetiva asseguraram a confiabilidade e a validade do processo de codificação das narrativas.

Os códigos temáticos foram agrupados em categorias heurísticas iniciais privilegiando tipos (ação, emoção, comportamento, pensamento) ou função (causas e consequências de algum evento). O conteúdo das narrativas foi examinado em dois eixos. O primeiro eixo consistiu em uma “análise vertical” no interior da narrativa de cada participante, que busca consistência local para o modo com que se usam os termos. O segundo eixo compreendeu uma análise coletiva com todo o elenco de participantes, cujo caráter “horizontal” consistiu em comparar conceitos ou categorias entre diversos indivíduos. O crivo analítico foi construído a partir do conjunto de códigos e categorias originais dos cinco blocos da entrevista original assim como de um elenco de categorias relacionadas com o comportamento suicida. Fazendo uma análise dedutiva, examinamos a categorização obtida nos resultados preliminares, buscando consolidar categorias e estruturas hegemônicas na amostra estudada. Idiosincrasias ou exceções das entrevistas foram úteis para detectar distinções em relação aos elementos comuns compartilhados que consolidam categorias.

## **5.6. NOTAS ETNOGRÁFICAS ACERCA DAS DIFICULDADES E DOS DESAFIOS ENCONTRADOS NA PESQUISA DE CAMPO**

Por ser um relato etnográfico da pesquisa de campo, optei por esta ser a única seção da tese a ser escrita em primeira pessoa. Ele é fruto de minhas anotações em um de diário de campo que foi atualizado durante os cinco meses que estive em campo: desde o primeiro dia em que falei com os informantes em potenciais sobre a pesquisa, até o último dia de entrevista. Tudo foi anotado.

A dificuldade inicial encontrada foi, pensar junto com meu orientador, como recrutar os entrevistados de maneira aleatória, sem a necessariamente de recorrer aos colegas psiquiatras ou psicólogos ou à serviços da saúde mental. Sem dúvida seria muito mais fácil conseguir sujeitos a partir de especialistas, ou de um espaço hospitalar. Mas, o objetivo era recolher narrativas, as mais diversas possíveis, sobre a experiência do comportamento suicida. A primeira providência, então, foi falar para amigos e colegas de minha rede social, que eu estava iniciando a pesquisa de campo e que gostaria de entrevistar pessoas ou que se identificassem como tendo sua vida modificada por um suicídio (consumado ou tentativa) ou que tivessem tido alguma ideia de morrer, feito planos concretos, ou tentado se matar.

O primeiro trabalho foi o de explicar para pessoas leigas, qual era o propósito da pesquisa e o porquê de colocar junto pessoas com vivências supostamente tão diferentes. Ou seja, ultrapassar a notória barreira dos mitos que giram em torno do tema suicídio. Perdi a conta de quantas vezes escutei: "mas que tema mais desagradável você escolheu, hein?"; "eu conheço uma pessoa, mas não me sinto a vontade para falar com ela sobre isso"; "tenho certeza que ela não vai aceitar falar sobre isso assim sem te conhecer"; "eu conheço uma pessoa que diz que tentou se matar, mas a tentativa dela nem foi tão grave, avisou às pessoas, esta não entra na sua pesquisa, né?"; "ah, mas quem nunca pensou em se matar, sumir, querer fugir diante de uma situação de estresse?". E por aí foi. Ao rever retrospectivamente minhas anotações do diário de campo, creio que já nesse processo de recrutamento que durou até um mês antes da entrega da tese algum tipo de ação de divulgação sobre o tema foi realizada. Percebi claramente uma enorme curiosidade das pessoas sobre o assunto, apesar da grande maioria não querer se envolver diretamente, nem como informante.

Fiz algumas tentativas frustradas de entrar em contato direto com pessoas indicadas e percebi logo neste processo inicial a importância do informante intermediar o primeiro contato, ou seja, não bastava simplesmente me passar um contato. Era preciso que o informante conversasse com o sujeito em potencial sobre o que se tratava a pesquisa, garantisse que a participação seria anônima, e que nem ele como informante teria acesso aos dados da pesquisa.

O fato de ser uma pesquisa associada à Fiocruz sem dúvida contribuiu para que alguns sujeitos aceitassem contar suas histórias. Atribuo isso a boa reputação da instituição.

O processo de recrutamento desde o primeiro contato do informante com a pessoa até a marcação da entrevista durou em média duas semanas e exigiram alguns telefonemas ou *e-mails*

para combinar o local, explicar os objetivos, garantir o anonimato, etc. A despeito de ter sido dada a opção de serem entrevistados em suas residências, nenhum dos sujeitos aceitou. Pelo menos quatro, por telefone, explicaram que não se sentiriam a vontade de falar sobre suicídio perto da família, ou porque a própria casa trazia lembranças ruins do ocorrido.

Quase todos chegaram, já contando suas histórias, tive que pedir que esperassem para que eu explicasse o TCLE e ligasse o gravador. Talvez este protocolo inicial possa ter cortado algumas histórias espontâneas, que apareceriam sem ao menos eu ter feito a pergunta inicial da entrevista.

As primeiras quatro entrevistas foram muito cansativas, e apesar de já estar familiarizada com o instrumento, e ter aplicado ele em um treinamento anterior, foi complicado encontrar o tom certo. Por vezes, me encontrei repetindo a mesma pergunta, interrompendo a narrativa, perdendo algo importante, pois tinha desligado o gravador, ou ainda, querendo acolher ou falar alguma coisa que fugia do formato da entrevista em momentos mais críticos e sofridos das narrativas. Como fazia um relato no diário de campo, logo após o término das entrevistas, e compartilhava semanalmente minhas impressões e dificuldades com meu orientador, e colegas do grupo de pesquisa, foi possível pensar em maneiras ou estratégias para lidar com aquilo que me inquietava. Nesse meio tempo reli o artigo original sobre a MINI umas três vezes. E a indicação dos autores, de que por se tratar de uma entrevista qualitativa poderiam ser incluídas novas perguntas, desde que estivessem associadas aos objetivos da pesquisa, me deu uma maior segurança e liberdade para realizar as demais entrevistas.

Nos cinco meses de recrutamento me encontrei em algumas situações inesperadas. Pessoas próximas, as quais eu jamais havia visto falar sobre o assunto, relataram ter uma história próxima de suicídio, apesar de não quererem falar em um *setting* de entrevista sobre isso. Um sujeito me relatou que chegou em casa e falou sobre a entrevista e alguns segredos familiares foram revelados. O que por sua vez levou o informante, que indicou este sujeito e que também era da família, me cobrar o porquê de não ter falado sobre isso com ele, apesar de estar ciente da questão do sigilo, etc. Os informantes geralmente pediam algum retorno se a pessoa indicada tinha ou não ido a entrevista, ou me ligavam comentando algo que o próprio sujeito falou sobre a entrevista. Todas as vezes evoquei o CEP e a confidencialidade como justificativa para não dar detalhes que pudessem comprometer as pessoas envolvidas. Mas, o que me chamou mais a minha atenção foi o fato de que desde o primeiro contato com os sujeitos uma das pré-condições era que

eu pudesse garantir a total confidencialidade, mas após a realização da entrevista, com exceção de dois sujeitos, os demais deram algum retorno para os informantes sobre a experiência de falar sobre suicídio. Ou seja, espontaneamente houve um movimento de *self-disclosure* para a família e amigos. Uma das hipóteses era o receio de que pudessem sofrer algum tipo de discriminação.

Duas pessoas que foram contatadas e inicialmente aceitaram dar entrevista desistiram de contar suas histórias. Por acaso dois sobreviventes. Tive também contato direto com duas pessoas que descartei já no primeiro contato a hipótese de entrevistar, pois se encontravam em claro risco de suicídio. Uma delas eu acompanhei o desenrolar do caso, pois me pediu ajuda diretamente apesar de já estar em tratamento psiquiátrico. E de fato ela fez uma tentativa nesse meio tempo. Em conjunto com meu orientador, e com a autorização dela, avisamos pessoalmente a gravidade do quadro para o marido, orientamos e supervisionamos a busca de ajuda com urgência (internação). A outra pessoa tinha acabado de sair de uma internação em um hospital geral após uma tentativa grave, orientei onde deveria buscar tratamento.

Por fim, vale destacar que apesar de trabalhar com o tema diretamente há seis anos, ter participado ativamente da pesquisa-mãe em um hospital de emergência psiquiátrica, e já ter tido experiência clínica com casos de suicídio, fazer algumas entrevistas foi bastante doloroso para mim. Esta experiência trouxe à tona questões sobre o formato da narrativa de primeira pessoa e o quanto ela propicia que o entrevistador se aproxime da experiência de sofrimento do entrevistado. Foi um período que me senti mais cansada mentalmente e fisicamente do que o normal. E, ao final de cinco meses, percebo que tenho aproximadamente 23 horas de gravação de áudio de pessoas contando suas experiências mais íntimas sobre um fenômeno ao mesmo tempo tão estranho e tão familiar a todos nós.

## 6. RESULTADOS

No total foram entrevistados onze sujeitos entre 29 e 65 anos. Quanto ao gênero, a amostra contou com seis mulheres e cinco homens. Seis relataram terem vivido alguma manifestação do *continuum* do comportamento suicida (ideia, plano, ou tentativa), sendo que todos relataram sinais ou sintomas associados a algum transtorno de humor (depressão e transtorno bipolar) previamente diagnosticado por um profissional ou não. Dois entrevistados deste grupo jamais tiveram uma consulta psiquiátrica, apesar de relatarem um intenso sofrimento psíquico. Sete se identificaram como sobreviventes, ou seja, que tiveram suas vidas impactadas de alguma maneira ou por um suicídio consumado ou por tentativas de pessoas de sua rede social. É importante destacar que duas pessoas se encaixaram nos dois grupos: se identificaram como sobreviventes e também contaram ideias de se matar, planos, e tentativas anteriores.

O meio mais utilizado nas sete tentativas narradas foi a intoxicação por medicamento psicotrópico, ou seja, tentativa de baixa letalidade. Werneck et al. (2006), em uma pesquisa realizada a partir das fichas de notificação de tentativas de suicídio de um hospital geral, alertam que no Brasil a taxa de intoxicação por drogas psicoativas (psicotrópicos) é alta em relação à outros países, só perdendo para o chumbinho. Botega et al. (2004) reafirmam que a overdose de medicamentos psicoativos, ou o veneno, são os principais meios utilizados por tentadores de suicídio de classe social baixa, principalmente mulheres jovens. Apesar da intoxicação por drogas psicoativas ser um meio de baixa letalidade, ou seja, que tem menor probabilidade de levar a pessoa à morte, este quadro é preocupante quando sabemos que tentativas anteriores é o principal fator de risco para o suicídio. É urgente um maior controle de prescrição e de dispensação destes medicamentos. Vale notar que os entrevistados que relataram as tentativas com psicotrópicos conseguiram os medicamentos de forma regular com seus médicos, psiquiatras ou neurologistas. Apenas dois relataram que, além dos remédios receitados pelos médicos, tinham maneiras alternativas de comprá-los. Uma pessoa contou que a amiga, que frequentava três psiquiatras diferentes, distribuía os remédios entre os amigos. E o outro entrevistado disse saber quais farmácias vendem esses medicamentos sem prescrição médica.

Apenas três entrevistados não se encaixaram neste perfil de tentativa de baixa letalidade: uma sobreviveu a um envenenamento por chumbinho; outro colocou fogo em si mesmo; e uma terceira, em tentativas anteriores ao seu suicídio, tentou ser atropelada e saltar de uma ponte, mas em ambas as situações foram socorridas. Apenas dois relataram ideias suicidas constantes, que

são mais frequentes no período da noite, mas nunca tentaram se matar. Ambos já tinham feitos planos detalhados: intoxicação por medicamento e cortar os pulsos verticalmente. Aqui podemos perceber que os dois entrevistados percorreram o *continuum* depressão - ideação - plano. Apesar da discussão existente que aponta para a ideação como um fenômeno que não necessariamente evolui para um gesto suicida, ainda assim eles também constituem um grupo a ser observado com cuidado. A ideação constante gera ansiedade e medo de que a ideia se concretize, o que agrava ainda mais o quadro (SILVA et al., 2006).

Os quatro suicídios consumados foram com meios de alta letalidade: uma entrevistada ateou fogo em si, outra morreu por defenestração do sétimo andar, e duas outras mortes foram provocadas por arma de fogo. Quanto ao acesso aos meios, todos relataram certa facilidade de acesso, inclusive aqueles que se mataram por arma de fogo. Dado que condiz com a literatura (WERNECK et al., 2006). Nossa amostra contou apenas com dois profissionais de saúde, que entrariam no grupo de risco por terem acesso facilitado a psicotrópicos. No entanto, ambos eram sobreviventes. Vale lembrar que dificultar o acesso aos meios é uma das intervenções previstas pela OMS na prevenção do suicídio. Isto porque o gesto suicida, como vimos, é associado a uma situação marcada pelo desespero, impulsividade e ambiguidade. Se existir uma maior dificuldade no acesso aos meios, maior é a probabilidade da pessoa desistir da ideia, ou poder ser cuidada a tempo.

De acordo com um levantamento realizado a partir dos dados do DATASUS de 1980 a 2006, no Brasil, os meios de suicídio variam de acordo com as regiões geográficas, mas em geral mais os utilizados são enforcamento, armas de fogo, outros meios e envenenamento. Estes dados estão associados ao suicídio consumado (LOVISI et al., 2009). Como nos lembra Botega et al. (2006), temos poucos dados confiáveis sobre as tentativas, uma vez que estas pessoas raramente chegam aos serviços de saúde e quando chegam estes casos não são investigados, muito menos notificados.

Em relação aos laços dos sobreviventes dos sete apenas uma era amiga, os demais eram parentes. Todos relatam laços fortes, ou seja, conviviam com a pessoa. Contudo, como veremos abaixo, na discussão do código comunicação da intencionalidade, os laços fracos prevalecem como pessoas de referência tanto para busca de ajuda como para *self-disclosure*.

É importante destacar que não tínhamos a pretensão de trabalharmos com uma amostra representativa do todo, pois nossa pesquisa qualitativa, realizada com amostra por bola-de-neve,

visou à busca de narrativas de sofrimento, os itinerários terapêuticos e os diálogos com a rede social.

**FIGURA 4:**

**TABELA DE DADOS DEMOGRÁFICOS**

A → comportamento suicida = tentativa, ideação, plano  
B → sobrevivente = rede social

	Ident.	Idade	Categoria	Meio	Parentesco/ Laço	Sexo
1	B1	48	tentativas anteriores suicídio consumado	colocou fogo em si mesma	sobrinha	F
2	A1	29	ideação plano	intoxicação por medicamentos psicotrópicos		M
3	B2	31	tentativa	intoxicação por medicamentos psicotrópicos	irmão	M
4	B3	65	tentativa	intoxicação por medicamentos psicotrópicos	pai	M
5	A2	33	ideação e tentativa	intoxicação por medicamentos psicotrópicos		F
6	B4	29	ideações suicídio consumado	defenestração	amiga	F
7	B5	36	depressão plano suicídio consumado	arma de fogo	irmão	M
8	A3	35	depressão tentativas plano	envenenamento por produtos de limpeza e chumbinho		F
9	A4/B6	53	1. plano suicídio consumado  2. plano tentativa  3. ideação suicida	1 arma de fogo  2. Intoxicação por medicamentos	irmã	F
10	A5	35	depressão ideação plano	Cortar os pulsos verticalmente e colocar em água quente		M
11	A6/B7	37	1.tentativa grave  2. dor crônica/ depressão ideação, planos e tentativas	1. colocou fogo em si mesmo 2. intoxicação por medicamentos usados para controlar dor	irmã	F

Nas seções que seguem baseadas na estrutura da MINI são destacadas cinco grandes categorias de análise: na primeira, "sobre a experiência: o suicídio em cena" apresentaremos uma análise sobre a estrutura das narrativas de cadeia de eventos e o efeito provocado nos entrevistados por este modelo de perguntas. Na segunda seção, "sobre a infocomunicação na rede social", são abordados os temas comuns associados ao diálogo que ocorre entre os diferentes atores que compõem a rede social. Na terceira seção

são ressaltados os modelos comuns explicativos e protótipos contidos nas narrativas de sobreviventes e de pessoas que vivenciaram o comportamento suicida. Na quarta seção, "itinerários terapêuticos", examinaremos os diferentes caminhos trilhados na busca de ajuda ou cuidado. O foco da última seção, "impactos sobre a vida", é em como esta experiência de sofrimento teve efeitos em suas vidas, especialmente no que diz respeito às questões de mudanças e a ao estigma social.

### **6.1. SOBRE A EXPERIÊNCIA: O SUICÍDIO EM CENA**

Seguindo as seções da MINI, o primeiro ponto que chama a atenção é o fato de que o primeiro bloco de perguntas (Narrativa sobre a experiência inicial), por ser propositalmente mais livre, suscitou relatos mais detalhados e densos das situações de sofrimento. Estas histórias saltam aos olhos por serem descritas como uma "cena de cinema", "como uma fotografia", ou que "aquilo não parecia ser real". Pequenos detalhes são lembrados, mas quase sempre seguidos de expressões como: "eu não lembro, parece que está meio apagado" ou "agora eu não vou lembrar com precisão"; "pelo menos na minha memória a coisa ficou de escanteio"; "depois eu não lembro o que aconteceu"; "E aí, nesse período tudo ficou fragmentado assim"; "bem, a primeira vez que eu me lembro mesmo, eu me lembro de um evento, não lembro exatamente das causas, talvez falando eu lembre".

Parece existir uma lembrança nítida de momentos-chave: o que aconteceu no dia; como as pessoas encontraram o corpo; a lembrança daqueles que tentaram, mas sobreviveram; e dos que acompanharam as tentativas de perto. Esta recordação veio quase sempre seguida de *gaps*, buracos na história. E diante da pergunta da MINI que incentiva a aprofundar a narrativa, "mas e aí o que aconteceu?", aconteceu frequentemente uma repetição do relato, porém enriquecida com novos detalhes. Vale lembrar que Groleau et al. (2006) afirmam que esta primeira seção tem o propósito de permitir a produção de representações da condição de sofrimento menos estruturadas, que como vimos na descrição do instrumento é nomeada de pensamentos complexos em cadeia.

Vale destacar que a MINI foi construída a princípio para uma experiência de doença crônica descrita em primeira pessoa por alguém. Utilizamos o instrumento, em outra direção, com o intuito de testar a hipótese do estudo. Alguns relatos 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, faça parte de experiência de sofrimento dos sobreviventes.

### **Cena 1: O irmão morto com sua própria arma**

Nesta cena relatada abaixo podemos observar claramente a descrição de pequenos detalhes, apesar de este suicídio ter ocorrido há nove anos. Para falar de sua experiência inicial com suicídio o entrevistado começou se apresentando para contextualizar o porquê de ter uma coleção de armas em sua casa. Ao longo da narrativa seu interesse pelas armas de fogo, que era compartilhado com este irmão, foi sendo esclarecido. A escolha do meio certamente não foi arbitrária. Tinha a ver com a história de vida deles. Nessa descrição já temos também algumas evidências sobre a dificuldade, por um lado, de comunicação do intento, uma vez que o irmão perguntou o que ele procurava, e por outro, uma negação de que aquilo poderia acontecer. B5 relata que este armário era reservado para guardar a coleção de armas, o irmão, que estava muito deprimido e não era muito sociável, havia feito uma grande reunião com os amigos dias antes do suicídio. Como vimos a comunicação entre familiares, mesmo diante de sinais que apontem para um risco, fica bastante comprometida. Pois se ver diante de uma situação de risco de suicídio, implica em falar sobre isso, e tomar alguma ação no sentido de evitar uma tragédia.

*"Eu sou advogado, mas eu fazia tiro esportivo, eh. Esporte de playboy. Mergulhava no domingo e atirava no sábado, entendeu? Aí, então, eu sempre tive arma, mas eu sempre deixei guardado, bem guardado, por causa disso. Depois, eu relaxei. Eu deixei-a. Eu tinha um revólver que ficava carregado, porque eu confiava mais no revólver do que na pistola, entendeu? Porque a gente morava no primeiro andar, o apartamento era muito grande, as pessoas podiam olhar, e dizer: "Ah, é milionário... não sei quê..". Então, esse dia, eu fui dormir tarde, eu me lembro que eu eu tinha acabado de pegar no sono, quando você tá naquele início de sono, eu ouvi ele entrando no meu quarto e procurando alguma coisa. Isso devia ser o quê? Umhas quatro horas da manhã... Eu falei: "- Pô, Bernardo, posso te ajudar em alguma coisa?" E ele disse: "- Não, não, volta a dormir". E eu ouvi uma porta bater, que a porta do meu quarto era um pouco maior que essa sala e dividido entre escritório, e tinha uma estante, um sofá-cama. Então, ele bateu a porta do móvel, que era da estante, até aí tudo bem. Quando foi umas 15 pras 6h, eu ouvi o primeiro estampido de tiro, acordei assustado, mas o meu quarto ficava aqui, a porta do quarto do meu irmão ficava imediatamente à minha direita, eu corri pra esquerda porque eu achei que fosse alguma coisa na rua... Fui ver na janela da sala. Quando eu estou janela da sala, eu ouvi o segundo estampido, aí que eu soube donde é que veio. Quando eu corri pro quarto do Bernardo, o quarto tava trancado, mas, pô apesar de ele ter trancado o quarto, ele deixou a chave na fechadura, do lado de fora também. Deixou uma chave por dentro, trancou por dentro, e deixou uma chave por fora. Acho até por segurança, de repente, se eu entrasse no meio e acontecesse alguma coisa. Bom, quando eu entrei, ele tinha dado... realmente, ele botou a arma na boca e disparou, então, ele já tava, já tava morto. Eu olhei na hora, ele já tava morto... A primeira coisa que eu fiz foi tirar a arma da mão dele." (B5)*

## Cena 2: Lembranças do chumbinho

A cena abaixo, por sua vez, é um relato do momento em que a entrevistada concretizou uma de suas tentativas. Coincidentemente ou não, no dia do aniversário de sua mãe, que é justamente a primeira pessoa que a socorre. Sua descrição também é repleta de pequenos detalhes que descrevem esta experiência de envenenamento com nojo. Ela conta se lembrar de estar caída no meio da rua como um porco, que exalava secreções por todos os orifícios do corpo. Ao longo da entrevista foram sendo revelados detalhes importantes desta história, como por exemplo, a ideia de colocar o chumbinho nas cápsulas de outro remédio para facilitar a ingestão, ela diz ter copiado de uma história que ouviu de uma colega. Num claro processo imitativo, ela repete exatamente os mesmos passos. A ambivalência em relação à morte também se encontra presente nesse relato, ela não achou que o efeito do chumbinho fosse acontecer tão rápido a ponto de não dar tempo dela se arrepender. É interessante destacar que A3 tem uma história de tentativas com meios de alta letalidade que vem desde sua infância. Nenhuma, contudo, tão contundente como esta que ela descreve como um ponto de virada em sua vida. Apesar das sequelas físicas que ficaram devido a este envenenamento, ela descreve esta experiência como tendo sido fundamental, pois acarretou mudanças concretas na sua relação com a mãe, com amigos e com seus filhos. Uma repetidora que quando se encontra na experiência de quase morte, ela ficou em coma por alguns dias, afirma não mais pensar na possibilidade de se matar. Ou seja, que foge completamente do perfil traçado pela epidemiologia. Um detalhe importante é que ela não passou por nenhum tratamento psicológico ou psiquiátrico após este evento, mas se associou a uma igreja que possui um espaço de aconselhamento. Enfim, o efeito desta experiência foi justamente de trazer mudanças positivas em sua vida.

*"E, eu peguei as cápsulas do antidepressivo, nunca mais esqueci o nome, abri e botei chumbinho dentro, dia oito de abril. E meu filho a minha mãe pegou na minha casa. Ela veio de manhã, abriu o salão e levou meu filho lá pra casa, o meu menorzinho, que era muito perto do salão. Eu tinha dado uma faxina na minha casa, pra ninguém depois que eu morresse achasse que eu era porca, entendeu? Olha a mente de uma pessoa completamente louca? Eu dei faxina na casa. Depois peguei meu outro filho, escondi as cápsulas cheias de chumbinho. Arrumei ele pra escola, minutos antes, eu me arrumei. Minutos antes de sair de casa eu tomei as cápsulas. É como daqui ali na esquina que eu tinha que andar pra ir até o salão. Aí eu pensei: vou correr pra deixar o meu filho lá, porque eu não quero que ninguém me salve. Mas foi muito rápido. A cápsula estourou muito rápido. As cápsulas! Porque tinha um vidro de chumbinho ali. Foi tudo muito rápido. E que eu cheguei no salão e falei: "- Toma o João", eu já não tava bem. Já não falava direito. Já sentia minha língua dormente. Desmaiei. Desmaiei. Foi muito rápido. Não deu tempo nem de me arrepender. Nossa foi horrível. A pior sensação que você pode ter é essa. Assim, o suicídio é, a tentativa de suicídio eu não sei explicar, não sei se eu vou saber explicar pras pessoas como foi. A tentativa de suicídio é como quando você quer fugir, você rouba, e você é pego roubando. A tentativa de suicídio é a pior das covardias, então você sente aquilo antes de morrer. Você não morre sem os minutinhos, sem aquele filme que passa na sua cabeça, não adianta. Então eu fiquei com tanta vergonha, tanta vergonha, quando eu tentei. Quando eu me vi ali caindo porque, por todos os buracos do meu corpo*

*saiam sei lá o que, secreções. E eu sempre fui muito bonita, tava bonita, tava bem arrumada, um aplique lindo no cabelo. E ao mesmo tempo eu tava nojenta caída no chão. Porque assim, toda aquela beleza, toda aquela coisa, tudo aquilo tava ali jogado pior do que um bicho porco, pior que um porco, porque você imagina, saindo secreção pelo ânus, pela boca." (A3)*

### **Cena 3: Memórias infantis sobre suicídio**

Esta cena é bem peculiar, pois se trata da memória infantil de uma pessoa que hoje tem 51 anos. Uma história trágica, o irmão de 18 anos deu um tiro na cabeça enquanto segurava a mão dela, que marca toda a trajetória de vida da família. Outro irmão tenta suicídio dez anos depois, e ela relata ter ideação constante. Apesar de ser muito religiosa não vê o suicídio como um pecado, pois parece ter se tornado um lugar comum na história da família. Todos sofrem por amor. E se matar por amor é uma ideia aceitável nesta dinâmica. Estas histórias eram segredos familiares não falados abertamente na família. Cheguei até ela a partir de outra pessoa entrevistada, conhecido da família, que tinha ouvido algum boato. Entrei em contato com ela a partir de outro familiar que não conhecia esta história, mas que aceitou intermediar o contato, pois achava que ela poderia se enquadrar no grupo de pessoas deprimidas. O familiar estava certo. Um fato interessante foi que, após a entrevista, os segredos familiares foram revelados pela própria, apesar da outra irmã se recusar a falar sobre isso. Sua participação na pesquisa teve um efeito positivo não só de *self-disclosure*, uma vez que os familiares ficaram mais atentos a ela, como talvez de abrir um espaço de compreensão diferente do ato de suicídio que não fosse de pura repetição. Cabe prestar atenção que ela inicia seu relato com a lembrança de uma gaiola de passarinho e uma bananada. A bananada ela lembra, em outro momento da entrevista, que o irmão deu de presente para ela instantes antes de se matar. A gaiola vazia pode informar vários sentimentos dele ou simplesmente ser lida como uma simples gaiola, pois como nos lembra Freud, "às vezes um charuto é só um charuto". O importante é que este detalhe marcou sua experiência, pois retornou algumas outras vezes na narrativa.

*"Bem, eu lembro que ele entrou em casa com uma gaiola ... uma gaiola de passarinho e, era, a noite. Não. Devia tá anoitecendo já, ele entrou com uma gaiola e tava com bananada também. Ai tomou banho, jantou, depois foi em direção ao quarto e me pegou no colo, e a minha mãe entrou no outro quarto. Eu tinha acho uns seis anos. Ai ele comigo no colo, a minha mãe no quarto do lado, ele se virou pra minha mãe e falou que só tinha ido ali pra se despedir. Ai a minha mãe falou: "- Você vai viajar?. Nisso ele me botou no colo, quando a minha mãe vem saindo do quarto ele dispara o revólver na cabeça. Só eu que vi porque eu fiquei parada no quarto olhando. Ai ele caiu, o quarto ficou cheio de sangue, totalmente tomado de sangue. E ele deitado lá no chão. Ai minha mãe começou a gritar. Lembro que me levantaram pra olhar no caixão. Ele tava com algodão no nariz"(A5)*

Situações de extrema violência podem causar um sentimento de desrealização ou criar um vazio simbólico (CYRULNIK, 2010), talvez por este motivo pequenos detalhes da cena ganhem um relevo enorme na narrativa. São elementos que podem ajudar no processo de reconstrução de uma história para si.

*"Ela pegou álcool, jogou nela, parece que bebeu, e tava sozinha em casa. Aí tomou e jogou o fósforo, aí só daqui pra cima assim que queimou ela" (B1)*

*"A janela de onde ela se jogou ainda estava aberta" (B4)*

*"Ele estava vestido com as roupas do meu avô e ouvia a música "The end" do "The doors" repetidamente" (B5)*

*"Me ligaram pedindo os documentos dela e eu sabia que algo tinha acontecido" (B4)*

Os recortes narrativos acima apresentados apontam justamente para os detalhes que marcaram esta experiência. Vale lembrar que a narrativa é um trabalho de contar o passado, de lembrar, e de reconstrução de uma memória (RICOUER, 1983). Não nos interessa ir atrás da história verdadeira, mas de como ela foi assimilada, compreendida e compartilhada socialmente. Parece-nos que ao narrar, mais livremente, existe um trabalho de juntar os fios soltos da história, mesmo que ainda soe confuso e fora de ordem. Algumas vezes escutei dos entrevistados expressões como: "você não deve estar entendendo nada"; "daqui a pouco isso fica mais claro"; "eu não sei se consigo te explicar como você quer". Existiu uma expectativa, por parte deles, de contar uma história com início, meio e fim, entretanto nem sempre isso foi possível.

Dez entrevistas começaram com as narrativas destas cenas. E ao longo dos demais blocos estes vazios ou não-ditos foram sendo revelados, dando maior coerência aos relatos. Nesse contexto, algumas transcrições se tornam incompreensíveis, caso sejam recortadas em blocos, mesmo seguindo a estrutura da MINI. Pareceu não haver uma linearidade nas narrativas independentemente da classe social ou da formação escolar, ou seja, da capacidade da pessoa se expressar com clareza. De onze pessoas apenas três conseguiram traçar uma história linear (com início, meio e fim). Aparentemente eram aqueles que lidam melhor com o ocorrido; dois estavam em tratamento psicoterápico (psicanálise e hipnose) e uma não. Entretanto, esta última entrevistada está escrevendo um livro sobre sua experiência; exercício que talvez explique seu discurso mais organizado. Cabe ressaltar que esta fragmentação da narrativa aconteceu não só com aqueles que passaram pelo comportamento suicida, mas também nos relatos dos sobreviventes.

Não encontramos qualquer artigo na literatura sobre suicídio que aponte para isto, o mais próximo que chegamos desta temática é a questão de uma situação quando vivida como traumática ser sentida como paralisante, pode causar uma sensação de desrealização e criar estes *gaps* na história (CYRULNIK, 2010). Vale lembrar, contudo, que Fitzpatrick (2011) aponta que as narrativas em situações de suicídio, quando utilizadas como metodologia, teriam o potencial de preencher este vazio. Cyrulnik (2010; 2011) e Layne-Bayle e Milet (2012) quando discutem sobre a função de resiliência em situações estressoras, também apontam para a narrativa oral e escrita como um recurso para restaurar e organizar a história de vida. É justamente o caráter dinâmico das narrativas apontado por Bruner (2002) e Ricoeur (1983) que possibilita que este método crie um enquadre para a história. Não iremos aqui discutir a psicopatologia do trauma ou de estresse pós-traumático, pois o que nos interessa destacar é que era um claro trabalho de rememoração e construção de novas versões da história para si e para os outros (CYRULNIK, 2010; SCHAFER, 1992). Ainda relacionado à estrutura das narrativas, houve uma repetição nos relatos dos mesmos acontecimentos, tornando-as por vezes monótonas. Poderia ser a repetição uma maneira de compreender aquilo que aconteceu? Uma hipótese a ser investigada é se uma história lacunar e anedótica pode funcionar como tipo de narrativa sobre a experiência de suicídio. O suicídio é um ato tão radical, obscuro, e que leva a tantos questionamentos pessoais, relacionados a dinâmicas sociais, que dificulta, e muito, sua representabilidade-figurabilidade. E apesar disso, é um tema comum na literatura, nos roteiros de cinema, nas óperas, e que aparece de maneira absolutamente cristalina. As narrativas de experiência parecem apontar justamente para o oposto. Esta dificuldade de representar e figurar o comportamento suicida são um tema recorrente nas discussões sobre as campanhas de prevenção, uma vez que existe uma preocupação que as informações ali contidas possam ressoar na experiência destas pessoas. O que parece ser um trabalho ainda bastante complicado, mas estratégico, a ser desenvolvido.

Outro aspecto que aponta para a hipótese de que a narrativa pode atuar para determinadas pessoas nestas situações de violência como um recurso terapêutico (KLEINMAN, 1988) foi que algum momento de surpresa ("nossa nunca tinha pensado nisso"), *self-disclosure* (HORESH e APTER, 2006; ENCRENAZ et al., 2012) ou comparação com um setting terapêutico ficou patente em todas as entrevistas. A MINI por elicitare narrativas profundas e explorar aspectos da experiência que vão além das explicações causais parece levar a um *self-disclosure* mesmo de temas tabus. Uma pessoa me relatou dias depois da entrevista que conversou pela primeira vez com alguns membros da família sobre o histórico familiar de suicídio (três irmãos). Sabe-se que este movimento de falar abertamente sobre o tema, inclusive porque ela também tinha ideação suicida, fez com que a pessoa não se sentisse só e pudesse começar a falar com as pessoas de sua rede social imediata. São exemplos deste tipo de enunciado:

*"Eu tô me sentindo meio culpado de estar te fazendo de minha terapeuta um pouco, sabe" (A1)*

*"Você atende no consultório? tem Unimed?" (B5)*

*"Pô tá algo que talvez eu me interesse e tal. E, você tem razão. Eu fiquei um pouco curioso" (B2)*

*"E essa foi uma história muito cabulosa assim pra mim, que eu não costumo contar, porque teve uma relação direta comigo" (B2)*

*"Eu não costumo contar porque é muito pessoal, eu fico assim sempre com muito receio" (B2)*

*"Eu não falei nem isso pra ninguém" (A1)*

Revelar segredos, fazer associações até então não pensadas faz parte do processo narrativo. A experiência quando relatada está em movimento e quando existe uma relação de empatia entre entrevistador e entrevistado este trabalho interno de organização da memória, ou do pensamento narrativo (BRUNER, 1992), parece ser facilitado. Groleau et al. (2006) quando apresentam a MINI chamam a atenção justamente para a importância de haver uma empatia entre entrevistador e entrevistado. Afinal, como vimos, a história é contada para cada expectador de diferentes maneiras (RICOEUR, 1983). Trata-se de uma relação que se dá ali no aqui e agora. Quanto à comparação com uma terapia, vale lembrar que a entrevistadora apesar de se identificar como pesquisadora da Fiocruz é psicóloga e de alguma maneira isso pode ter influenciado a percepção dos entrevistados. Alguns entrevistados claramente perguntaram qual era a minha formação, geralmente no meio ou no final da entrevista.

## **6.2. SOBRE A INFOCOMUNICAÇÃO NA REDE SOCIAL**

Sobre a comunicação que acontece na rede social, sete pessoas revelaram que falaram do intento suicida para amigos, namorado, médico, colegas de trabalho e até o porteiro do prédio. Ou seja, para pessoas que não faziam parte de sua rede social parental. O que confirma os achados da pesquisa qualitativa de Grad et al. (2004), é comum revelar o intento, a ideiação ou o plano para pessoas que não são tão próximas, ou seja, com as quais temos laços fracos, conforme vimos no capítulo de discussão sobre redes sociais. Os autores, contudo, não aprofundam esta discussão, pois estão mais focados em debater as dificuldades de comunicação no interior da família.

Uma hipótese nossa é que por serem laços mais dinâmicos e menos estruturados (menos densos), talvez permitam a revelação de uma situação de fragilidade. Apesar do risco de ser estigmatizado, contar esta experiência para pessoas que você convive, mas que não irão necessariamente se desesperar ou negar, esta seria uma vivência mais leve. E se houver um afastamento ou negação é muito mais fácil lidar com esta frustração. Falar sobre o intento com familiares pode soar como uma agressão, uma ameaça a estrutura da família.

*"É, em termos de relações com pessoas, então, em algum momento, que eu não me lembro bem como, eu não sei eu comentei de forma, talvez tenha parecido pra mim, talvez brincadeira ou talvez sério, eu não sei, porque na época eu não levei isso muito a sério. Mas eu comentei com um amigo muito próximo meu que talvez eventualmente eu me matasse, né? Falando assim hoje a lembrança que eu tenho não é uma lembrança muito pesada, porque eu não consigo exatamente me lembrar das circunstâncias que eu falei isso. Mas eu sei que um ou dois dias depois esse meu amigo, que parece ter levado muito a sério, ou que talvez tenha percebido algo no meu modo de falar ou de agir que ele achou diferente, ele comentou com a minha família". (A5) 1*

*"- Você nunca falou sobre isso com ninguém?"*

*- Não. Nunca falei. Só falo lá no meu trabalho" (A4)*

*"Ela falava pra mim: “- Tô pensando em coisas muito mórbidas, tô pensando coisas muito mórbidas, muito pesadas. E eu quero parar de pensar essas coisas, mas eu não consigo”. (B4)*

Assim como os familiares, as pessoas parecem não saber o que fazer com esta informação. E aqui falamos de informação, não como um conhecimento dado, mas como uma experiência vivida que quando compartilhada ganha outro lugar. Falar sobre um pensamento, um plano, uma ideia, ou seja, sobre algo que só a pessoa vive, implica num processo de comunicação. Uma vez comunicado o intento de suicídio, ele vira uma informação compartilhada. Aí está a importância dos planos de prevenção incentivar que as pessoas falem sobre isto de maneira aberta, e não tenham medo de perguntar. Uma vez comunicado o intento, há a possibilidade de que algo possa ser feito para ajudar esta pessoa, mesmo que ela não esteja convencida, conscientemente, de que precisa de cuidado.

Geralmente as pessoas da rede social ficam na dúvida entre ficar em silêncio, trair a confiança do confidente, e ajudá-lo, o que implicaria em perguntar sobre o assunto, que como vimos causa certo mal-estar. De alguma forma o ouvinte se sente responsabilizado por saber o que está acontecendo.

*"A gente saiu com ela na rua e, naquele momento que a gente – isso foi doido, porque,... Eu acho que o suicídio sempre pairou – porque quando a gente saiu com ela esse dia pra comer, eu lembro da Joana virar pra mim e falou “cara, eu acho que a gente está fazendo uma merda, porque ela pode se tacar na frente de um carro!”... “-Você não tem essa impressão de que ela pode se tacar na frente de um carro?”... E realmente, assim,... E ela não tinha falado nada. Mas eu acho que isso já pairava ali. Sobre aquela situação. Eu tinha visto ela três dias antes de se... E ela falava,... Falava. Umass coisas que acho que tem a ver. Acho não, tem muito a ver. Acho que ela tentava dizer que ia se matar... Ela falava “to pensando em coisas muito mórbidas”. “Tô pensando coisas muito mórbidas, muito pesadas”... “Eu falei, eu falei... Besteira, lógico. Eu falei que eu acho que eu nunca – sei lá, eu não sei porquê, eu... Eu afastava*

*a ideia, sei lá, pra me proteger, pra proteger ela,... Eu falava,... Primeiro que eu perguntava “que coisas mórbidas?” ela “não, eu não posso te falar”... E aí eu falava “não,... Por que você está pensando isso? Você tem que”,... Aí eu falava, que eu acho que não ajudava" (B4)*

Ou ainda, quando não ficam impactados, assumem um papel de cuidado alternativo: dão conselhos, ligam para saber como a pessoa está se sentindo, se colocam a disposição para ajudar, ou simplesmente, estão sempre por perto e aceitam escutá-los sem julgar suas intenções. Em três narrativas de pessoas que apresentaram o comportamento suicida isso ficou muito claro: formou-se uma rede espontânea de apoio social que não incluía membros da família. Isto apareceu principalmente no último bloco da MINI que se refere ao impacto sobre a vida da pessoa, e que recursos ela lançou mão para enfrentar a situação. Estes "amigos" que escutaram e que receberam a pessoa de volta ao convívio social, sem julgar, brigar, ou pedir esclarecimentos são reconhecidos como pessoas importantes para a recuperação. Isto diz respeito ao sentimento de estar integrado a uma comunidade, de fazer parte de algo. Sentimentos enfatizados como um dos fatores protetores a conduta suicida (OMS, 2002a).

*"Porque eu entrei num desespero, poxa, é que você não viu. Eu perdi três quilos. Emagreci. Perdi três quilos. Porque eu não dormia direito, agora graças a Deus, eu estou dormindo melhor. A menina que trabalha na portaria de onde eu moro, ela me viu, ela falou: “- Ih, você não está bem”. Com ela eu conversei. Ela disse: “- Olha eu estou aqui até cinco horas da manhã”. Eu acordava, porque eu perdia o sono, me arrumava pra trabalhar e ficava lá na portaria com ela."(A4)*

Jorm (1997; 2000; 2006) ao apresentar um protocolo de primeiros-socorros de como as pessoas, leigas ou não, devem agir diante de um indivíduo em risco de suicídio ressalta a recomendação de permanecer junto da pessoa. Não somente para evitar o suicídio, mas porque a presença de outro, numa posição compreensiva, cria uma sensação de integração, mesmo que momentânea. Encontramos aqui uma pista sobre a função do apoio social em situações de crise que merece atenção das estratégias de prevenção, pois talvez possa ser emulada.

Outro código importante se refere ao estigma e aceitação. Falar abertamente sobre um tema, que ainda é para muitos um tabu social, religioso e moral, implica no risco de ser estigmatizado. E o preconceito, por sua vez, leva a um isolamento maior do que a pessoa já se encontra. Se não existe um espaço para que a pessoa possa falar abertamente sobre seu sofrimento, há um efeito de ‘panela de

pressão'. Diante do afastamento das pessoas, a ideia de se matar persiste, mas em segredo. Como buscar ajuda ou mesmo acreditar que existe uma solução, uma saída, se o comportamento social tende a negação? É como jogar poeira para debaixo do tapete.

*"Tem pessoas que quando você fala sobre isso começam a manter uma distância cada vez maior até desaparecer, né? E os amigos de fato não continuam a falar do mesmo jeito basicamente. É isso assim, quando você acha que pode contar com algumas pessoas e vê que na verdade não pode, você fica com certa desconfiança em termos de falar sobre o que você tá passando. Não vai ajudar. Não ajuda. Você fala, fala, fala, corrente assim, fala cada vez mais e fica na mesma, as pessoas se afastam. São estas as consequências, que é melhor não falar. Não falar nada." (A5)*

Se, o afastamento dos amigos é descrito como uma experiência de frustração, a omissão familiar diante daquilo que está ali presentificado causa incômodo, e reforça o sentimento de solidão, desesperança, de estar sem saída (SCHNEIDMAN, 1996). Na narrativa abaixo desde a tentativa de suicídio da entrevistada, até durante todo o tratamento de desintoxicação de drogas, a mãe jamais esteve presente. Mesmo sendo convocada pelos médicos para participar do tratamento ela se negava a ir. A situação se agravou de tal maneira que a mãe parou de frequentar reuniões de família para não ter que conviver com a filha. E não por acaso a tentativa de suicídio teve como explicação poupar a mãe de mais sofrimento.

*"E todo mundo [os amigos] começou ficar muito preocupado, né? Porque todo mundo soube do episódio [tentativa de suicídio]. E todo mundo começou a falar: "- Cara, você tem que se tratar, sabe, você tem que ...". E aí, um amigo meu começou a frequentar o NA de Ipanema e ele parou. Ele conseguiu parar. E aí ele me levou a primeira vez lá pra ingressar. Mas eu sou de uma família que as coisas são muito não ditas, sabe?" (A2)*

De sete pessoas que comunicaram seu intento, apenas três tiveram algum desdobramento em direção a uma ação de cuidado; o namorado de uma entrevistada a levou ao psiquiatra e falou com a família; o outro o amigo alertou a família por duas vezes; e a outra, os amigos comunicaram a mãe. Entretanto, mesmo alertadas, duas famílias não conseguiram agir no sentido de buscar ajuda ou informação. Apenas uma chamou um psiquiatra, mas se recusou a internar a filha. Duas semanas depois a filha, em acompanhamento psiquiátrico ambulatorial, se matou. A única dupla da mesma rede social que conseguimos entrevistar foi o pai, que denegou ou omitiu a tentativa da filha, mesmo sabendo que já havíamos entrevistado seu outro filho, e que, portanto, já sabíamos da história. Uma entrevistada, que não

buscou ajuda, foi levada pelo amigo ao NA após uma tentativa de suicídio. A família soube do ocorrido, e a solução encontrada foi mandá-la para casa de parentes no interior do Estado. A mãe de outra entrevistada fez questão de afirmar que o suicídio tinha sido um incidente, apesar de todos os indícios apontarem para o ato. A jovem já havia anunciado para os amigos, para seu médico - estava em tratamento psiquiátrico- e estava obcecada pelo diário de Silvia Plath. Foi recomendada uma internação para a filha, a qual a mãe se recusou a fazer. A mãe muito religiosa ignorou as orientações do psiquiatra, levou ela de volta para sua casa, e obrigava-a a ir, todo dia, em grupos de orações. Foram apenas duas semanas até o suicídio e diariamente a jovem relatava para sua amiga por telefone ter "pensamentos mórbidos, muito ruins". E no enterro a mãe diz para a amiga que a filha deixou uma carta e um diário dos últimos dias, mas que jamais mostraria para alguém. Esses dados que nos fazem retomar o estudo de Lester (2004) sobre a negação ou aceitação parental, como sendo um comportamento comum diante da comunicação do intento suicida. Grad et al. (2004) também encontraram dificuldades de comunicação no interior da família: dos membros falarem do assunto entre si, de procurarem ajuda fora do espaço familiar e de reconhecerem os sinais de que a pessoa não está bem.

Quando a experiência do suicídio vem precedida de uma grande crise psíquica aparente, como no caso descrito abaixo, que faz barulho e desarruma todos que estão em volta parece haver uma mobilização maior. E talvez um desejo de calar esse sofrimento. O que vai ao encontro de um dos códigos encontrados na pesquisa-mãe: a emergência é aquilo que berra. Os deprimidos geralmente passam despercebidos.

*“Aí a gente chamou a mãe dela,... Também a gente ligou pra uma amiga que tinha me conhecido, pra Fernanda, tinha casado com um psicólogo, falou pra gente levar pro Pinel... E aí foi muito, sei lá, forte pra gente essa ideia,... “- Po mas ela pode estar só num dia ruim...”. A gente vai levar pro Pinel – a gente morava na frente do Pinel – mas, acabou não fazendo isso, chamou a mãe dela que chamou um psiquiatra, já veio com um psiquiatra, que deu remédio pra ela dormir”(B4)*

Diante da descrença da família e do medo do que aquela revelação pode acarretar existe também um movimento de denegação da própria pessoa que está sofrendo. A falta de informação sobre como se dá o tratamento para ideação suicida é patente no relato abaixo. A fantasia de que a família faria algo ruim, caso ele contasse sua experiência de sofrimento, fez com que o entrevistado buscasse durante dez anos ajuda sozinho nos mais diversos lugares e sempre negasse em casa qualquer problema. Não obstante o fato dele não conseguir estudar, trabalhar e ficar o dia todo isolado em casa. E dos pais arcarem com todos os custos dos inúmeros tratamentos que ele fez. É o "segredo do polichinelo", todo mundo sabe, mas ninguém quer ver. Assim, reina a aceitação. Impossível não retomarmos mais uma vez a hipótese de

Lester (2004) que, como vimos, causou tanta controvérsia entre os sobreviventes, de que os pais de jovens costumam oscilar entre a negação e a aceitação diante de sinais de sofrimento tão claros.

*"Até porque se eu dissesse, não, na real, eu vou me matar agora. O que eles iam fazer? Eles... Vinha aquela imagem na minha cabeça: vão me colocar numa camisa de força, vou ser internado, algo ruim vai acontecer, né. Algo ruim, que tipo, eu vou ser privado da minha liberdade e vou continuar sofrendo, né. Então, eu falei, não, não que não pensava em me matar. O eu acho que o mais curioso da história, é, é essa ironia, que basta você falar, não, não, não. E é verdade. Pronto. Basta desaparecer que todo mundo fica tranquilo ..." (A5)*

Nenhum sobrevivente relatou surpresa com o acontecido, fosse a tentativa ou o suicídio, mas todos se esforçaram por criar teorias para explicar aquilo (ENCRENAZ et al., 2012). E contaram que a rede social de proximidade tinha as mais diversas explicações, que muitas vezes não condiziam com o ocorrido. Se, por um lado, fala-se pouco no espaço interno familiar, os amigos, vizinhos e conhecidos falam, especulam, pedem esclarecimentos, se preocupam, dão conselhos e até brigam. No entanto, este falar sobre o que aconteceu segue somente até semana seguinte, depois o silêncio familiar parece também se refletir na rede social. As causas dadas para este silenciamento foram: falta coragem, timidez, descrédito, medo de também serem punidas (tabu moral, social e religioso), negação e mal-estar com o tema.

*"Eu acho que ninguém tem muita coragem de falar sobre o suicídio mesmo.. É por causa das crenças que a maioria das pessoas tem em espiritualidade, punição, em pecado,... Em agradecer pela vida, e tudo mais, suicídio é um pecado, é um crime." (A1)*

O silêncio ou negação do comportamento suicida também apareceu no relato sobre os profissionais de saúde. Na pesquisa-mãe observamos que os profissionais de saúde, que trabalhavam em uma emergência psiquiátrica, tinham mais dificuldade de falar sobre o tema suicídio do que os próprios usuários e familiares. Alguns justificavam este mal-estar devido às questões éticas e ao medo de ser processado pela família. Uma pergunta do roteiro da pesquisa-mãe que, quando era feita para os médicos, causava inquietação era: "você já pensou em se matar?" O suicídio toca justamente na questão da onipotência do saber médico. Logo, se o profissional não sabe como agir, mesmo que desconfiado de que a pessoa possa estar planejando se matar, geralmente deixa o assunto intocado. Foram poucos os médicos

que disseram perguntar claramente para seus pacientes se eles pensavam em se matar. Gesto que faz toda a diferença, pois implica num reconhecimento do sofrimento do outro. E no espaço da emergência, logo após uma tentativa é um momento-chave para que haja um encaminhamento. Se o médico que atende ignora este fato, ele acabou de perder uma oportunidade de fazer a pessoa falar sobre o assunto e, quem sabe, seguir o tratamento indicado (ESTELLITA-LINS et al., 2012).

*"A médica [do pronto-socorro] não perguntou sobre a tentativa. Até porque eu não sei se ela entendeu que era uma tentativa, achou que tinha sido um acidente" (A1)*

Os indivíduos que vivenciam esta experiência e ou que vivem a perda, o público em geral e profissionais de saúde, muitas vezes lutam ora para entender este comportamento complexo, ora para silenciá-lo. Contudo, sabemos que por ainda ser um tema tabu, a dor e a sensação de incompreensão e impotência ficam quase sempre concentradas, quiçá sufocadas, dentro da família e da rede social. Pesquisas sobre a reação familiar diante do comportamento suicida (tentativa ou suicídio consumado) destacam que familiares e amigos também oscilam entre o olhar para o ocorrido visando buscar pistas a posteriori que possam explicá-lo (SHNEIDMAN, 1961) ou simplesmente ignoram e se retraem num movimento de negação (LESTER, 2004).

Outra discussão importante sobre comunicação são os bilhetes deixados após um suicídio. Existe uma célebre discussão em suicidologia se o suicídio seria ou não uma forma de comunicação (HJELMELAND et al., 2008; LESTER, 2001; HJELMELAND et al., 2002; FARBERON e SHNEIDMAN, 1961). Não há um consenso sobre o tema, contudo existe uma tendência a ver os repetidores, ou seja, aqueles que tentam se matar repetidamente como querendo comunicar que algo não vai bem, seja por meio de autoagressão ou para agredir o outro diretamente. Expressões como *cry for help* (FARBERON e SHNEIDMAN, 1961) e grito de socorro (CASSORLA, 1984) são utilizadas para se referir a esta forma de comunicar um sofrimento. Contudo, não temos como afirmar que toda tentativa é um pedido ou uma demanda de ajuda, pois, como discutimos no primeiro capítulo, pode ser um ato de desistência, de desespero. Os bilhetes ou recados são necessariamente uma forma de comunicação com este mundo. E vale lembrar que hoje as pessoas já utilizam blogs e mensagens de celular para esse ritual. A pessoa se faz presente mesmo depois de morta. Sua voz ainda é ouvida, lida. (SILVA, 1992; BTESHE et al., 2009). No entanto, nem sempre os bilhetes são de despedida. Existem temas diferentes. Em todos os quatro relatos de suicídio consumado de nossa amostra, os falecidos fizeram alguma última comunicação. Uma mandou uma mensagem para o namorado afirmando seu amor eterno por ele. Uma menina pediu

ajuda em seu blog na véspera do suicídio e deixou carta e diário que a mãe jamais deixou outras pessoas lerem. Um rapaz se despediu pessoalmente da ex-noiva culpando-a pelo ocorrido, se despediu da mãe avisando que tudo ficaria bem e em seguida se matou na frente da irmã mais nova depois de dar-lhe um beijo na mão. Outro rapaz deixou uma carta em moldes jurídicos, com testamento anexado, para que seu suicídio não fosse confundido com um assassinato ou acidente. Todos falaram através de bilhetes ou até pessoalmente. É importante lembrar que o bilhete ou qualquer outra forma de anúncio permite que o morto fique vivo, mesmo através de histórias (O'CONNOR, SHEEHY e O'CONNOR, 1999; SILVA, 1992).

*"Ele só falou que ela tinha mandado uma mensagem e mais nada. Tipo uma despedida, mas, não era assim como que se ela fosse se matar... Só falava que amava ele, que se um dia eles não tivessem mais juntos, mas podia lembrar muito que ela era ainda era muito apaixonada, e tal, essas coisas" (B1)*

O bilhete 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.

*"E ainda deixou uma carta com uma frase que, se ele ainda tivesse vivo, eu matava ele, dizendo assim: não procurem entender. Eu falei, porra, então não deixava carta. Tu vai deixar um negócio, explica, pelo menos. Aí, eu ia ver se eu trazia, mas, como tá guardado com minha mãe a xerox, aí, eu falei assim, não, é, minha mãe nem sabe, que a original tá no inquérito, eu não tirei cópia pra mim, a minha mãe quis, eu achei mórbido (...)Aí, ele deixou lá, com várias orientações, que não sei quê, coisa e tal, mas sem especificar o porquê que tinha feito. Aí na carta é que eu acabei descobrindo, na carta de suicídio, que ele, ele falou que parou também algumas vezes o tratamento, que ele achou que estava dando muito prejuízo."(B5)*

A divulgação de informações sobre o comportamento suicida, a depressão e o suicídio é descrita como desigual. As mais diversas fontes são citadas: livros ("Suicídio: modos de usar"; "livro Durkheim"; "Nietzsche"; "Goethe"; "A história da morte do Ocidente"); programa do fantástico sobre ansiedade; Grupos de internet (para deprimidos, que incitam o suicídio); comunidade no *facebook* que também incita o suicídio; filmes ("Amour"; "Os Excêntricos Tenenbaums"; "O Último Samurai"; "Garota Interrompida"). Cabe abrir um parêntese para destacar que nossa amostra por ter sido construída através de bola-de-neve constou com pessoas com os mais variados níveis sociais e de educação. No entanto, mesmo as pessoas mais humildes citaram Durkheim e Nietzsche, que parecem estar associado a ao tema

suicídio no senso comum. Esses dados são diferentes daqueles que encontramos na pesquisa-mãe, na qual a população era em sua grande maioria composta de pessoas de baixa renda. Os meios de obter informação citados na outra pesquisa foram: consulta com o médico; folder; programa da TV Globo; anúncio em revista da Avon, etc. Livros e filmes não ocuparam um lugar de destaque na pesquisa-mãe.

Por um lado, nenhum sobrevivente citou qualquer modo de procurar informação e não pareceu ver nisto uma saída que pudesse lhe ajudar num momento difícil, nem no que diz respeito a busca de tratamento para si ou para os outros. Por outro lado, existe uma clara curiosidade e busca de informações, sobretudo das pessoas que passaram pelo comportamento suicida. Um dado da pesquisa-mãe que nos chamou a atenção era o pedido constante dos usuários de informações e campanhas para os familiares. Talvez este pedido dos usuários esteja relacionado ao suposto desinteresse da rede social parental, que após o ocorrido tende a se calar e não procurar informações concretas a respeito do acontecido. A versão é construída pela família internamente, a partir de suas memórias e parece dispensar uma comunicação com o mundo externo.

É curioso, todavia, que o interesse dos entrevistados que passaram pelo comportamento suicida 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 que abordamos no capítulo sobre suicídio. Desde que a obra de Goethe foi lançada em 1774 e houve uma onda de suicídios entre jovens, a suicidologia vem se dedicando a estudar este fenômeno de "contágio" nomeado *Efeito Werther*. O que as pesquisas ressaltam é que a maneira como o ato é apresentado é que influencia uma pessoa que já está fragilizada. Por exemplo: se o suicídio é figurado com glamour, somente associado na mídia às pessoas célebres, e justificado como uma saída possível: pode ter algum efeito sobre pessoas em crise iminente (THORSON e OBERG, 2003). Interessante vermos que, realmente, as pessoas em crise procuram estes modelos. Pelo menos três entrevistados afirmaram que quando a pessoa está em crise, ou decidida a se matar, o papel da informação é nulo. Mas, se pensarmos que existe esta procura por semelhantes neste momento, um modelo de intervenção que funcionaria bem para estes casos seria o grupo de apoio. Numa avaliação que Jordan e McMenemy (2004) fizeram sobre as diferentes modalidades de posvenção, apontaram para o grupo de autoajuda, que com ou sem um profissional de saúde, seria, até então, o método mais eficaz, e que talvez funcionasse também, com pessoas que vivem o comportamento suicida, como sugeriu uma das entrevistadas.

Outro fenômeno relacionado aos meios de comunicação que apareceu, foi o da utilização de grupos de discussão na internet. Contudo, eram grupos que incitavam o suicídio. Nenhum grupo citado era de autoajuda. Os entrevistados citaram este espaço como tendo uma função de encontrar pessoas que passam pela mesma situação. E relatam que alguns amigos do grupo se suicidaram. Uma questão que podemos levantar, e que apareceu no discurso de três entrevistados, é o fato de que, por vezes, procuramos

pessoas parecidas conosco para estabelecermos laços; fenômeno estudado em rede social e chamado de homofilia. Em um estudo inédito sobre redes sociais e depressão, Rosenquist et al., 2010, estudaram como os sintomas depressivos se espalhavam entre a rede social através de laços, ou seja, como se houvesse um fenômeno de "contaminação". O fenômeno de homofilia foi observado principalmente em mulheres com quadros de depressão, o que é curioso, uma vez que, como discutimos anteriormente, o isolamento social é uma característica importante do quadro depressivo. Parece haver um fenômeno de homofilia, ou seja, busca de pares entre as pessoas que tem comportamentos suicidas através da internet. Contudo, estes pares não são descritos como fonte de apoio, mas como pessoas que reafirmam aquele comportamento.

*"Parece que eu gosto mais das pessoas quando elas estão em momentos limite, assim. Quando se demonstram mais as fragilidades, a dor... Sabe?" (A2)*

De onze pessoas, apenas duas, ao ler o TCLE reclamaram, pois queriam ser identificadas na pesquisa por motivos distintos. Estas pessoas recusaram o anonimato. Um sobrevivente que disse não ter vergonha, nem problema em falar publicamente do suicídio do irmão. E outro que fez uma tentativa grave, com chumbinho, e gostaria de se ver como um exemplo de ter passado pela experiência. Apesar dos pedidos tive que explicar que a regra do CEP é que ninguém fosse identificado. Os outros nove entrevistados reafirmaram que não gostariam de ser identificados. Cabe ressaltar, que ambos disseram querer ajudar publicamente outras pessoas, e por isto gostariam que seus nomes aparecessem na pesquisa. É interessante que ambos, por motivos diferentes, relatam um desejo de contar sua história e de saber dados sobre suicídio, o que aponta para um potencial de ativismo importante. Infelizmente, não temos notícia no Brasil de associações ativistas as quais os dois poderiam se agregar. Como vimos, estas associações tem um papel essencial na prevenção do suicídio, uma vez que além de acompanhar e cobrar mudanças nas políticas públicas, elas também são espaços de socialização para os sobreviventes (ANDRADE e VAITZMAN, 2002; FONTES, 2007).

### **6.3. Sobre causas, explicações e modelos**

As explicações causais mais recorrentes para as tentativas e suicídio consumado foram: morreu por amor; tinha algum problema mental anterior (bipolar; deprimido; uso de drogas; questões relacionadas à auto-imagem e sexualidade, ansiedade); teve uma crise existencial; não suportou mudanças no status financeiro e de trabalho; passou por mudança de regime político; descobriu que tinha uma doença grave; medo de ficar sozinha; morte do cachorro da família uma semana antes; sofreu violência e abuso infantil.

Ou seja, todas as explicações eram relacionadas a perdas recentes concretas e mudanças drásticas, o que está em conformidade com os fatores de risco descritos pela suicidologia (OMS, 2002a).

*"Eu acho que, eu acho que mais do que a convivência afetiva que eu tive, eu acho que a maior explicação de tudo, além da violência, das violências, foi a falta. Eu não tive mãe pra me explicar. Eu não tive mãe pra sentar comigo. Tudo que eu aprendi foi na marra, desde pequenininha. Uma palavra feia, mas é verdade, foi um luto. E da falta de apoio. Eu tive filho muito cedo, entendeu. Aquele filhinho pequenininho que chora, da vontade tacar ele longe, .... sabe. Você foi criada assim, mas não vai criar assim. Nunca tive carinho, hoje eu tenho, mas eu não tinha. Eu não conhecia carinho. Se você chegasse perto de mim, passasse a mão no meu rosto, eu pensava que você ia me bater. Então, eu acho que mais assim foi a falta de amor." (A3)*

A questão da associação do comportamento suicida com transtorno mental ficou bastante evidente, apesar de não termos recrutado os sujeitos em um serviço de saúde. E, realmente, sete pessoas que se identificaram como tendo vivido ou passado pelo *continuum* comportamento suicida, relataram algum diagnóstico prévio (depressão, transtorno de ansiedade, transtorno bipolar, uso de drogas). Os que não contaram sobre um diagnóstico, ao menos, utilizaram inúmeras metáforas que remetiam a dor psíquica, desesperança e sensação de estar sem saída, descritas por Shneidman (1996) e Beck (1989), e como associadas ao comportamento suicida. Entre elas, podemos destacar: "angústia muito grande"; "já não conseguia aguentar mais a barra"; "uma explosão de sofrimento"; "sempre, sempre Sofri"; "completamente assim arrasado", "destroçado"; "assim de cara para o 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 é que eu achava? Assim, eu tô numa situação que não tem absolutamente saída nenhuma pra mim, não vai melhorar"; "parece que sou um lixo".

No entanto, percebemos uma dificuldade em aceitar um diagnóstico psiquiátrico. Pelo menos três entrevistados citaram uma lista de transtornos mentais diferentes com os quais não se identificavam, e que os fizeram mudar algumas vezes de psiquiatra. Dois usuários de drogas relataram ter depressão associada ao quadro. E outras duas pessoas se autodenominaram deprimidas. Outros dois entrevistados reconheceram seu sofrimento, falavam dele claramente, mas não acreditavam que a medicina ou a psicologia poderia ajudar. O sofrimento era explicado em termos espirituais. Ou por *karma* ou porque Deus achava que a pessoa seria forte o suficiente para suportar a dor, isto é, como uma prova divina.

Apesar de quase todos relatarem algum caso ou de depressão ou de suicídio na família, apenas quatro afirmaram acreditar que poderia ter alguma relação com o que ocorreu. Em termos de modelo encontramos três situações bem diferentes. Um entrevistado, quando o psiquiatra falou que ele poderia ser *borderline*, se desesperou ao lembrar-se da personagem de Winona Rider no filme *Garota Interrompida*,

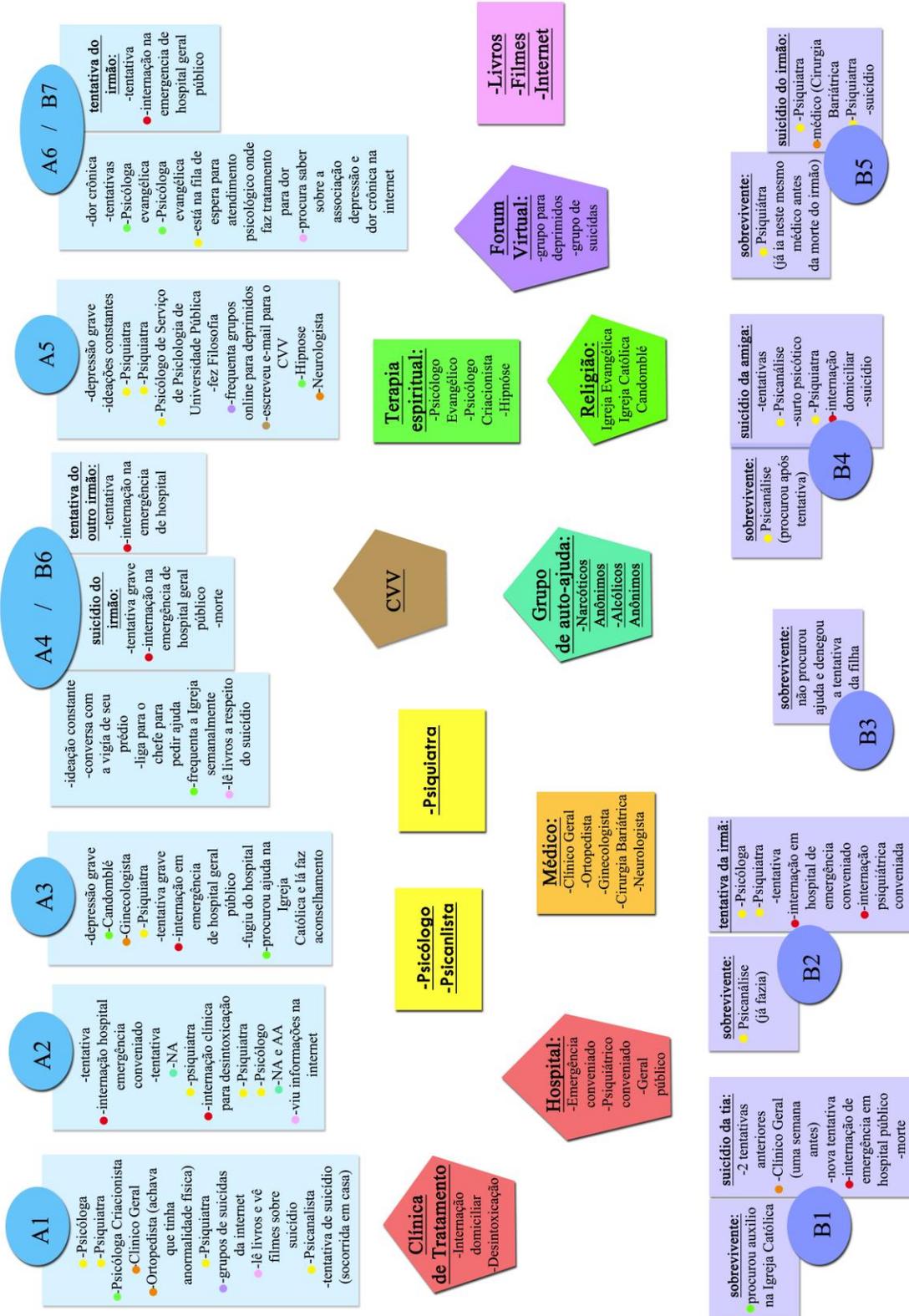
na qual ela é descrita como sem caráter e não sente culpa. Ele relata que ficou desesperado de pensar que poderia ser assim. Outro entrevistado vivia uma situação no mínimo estranha: ao mesmo tempo em que a família negava seu sofrimento, contava para ele uma história de que quando ele era pequeno, ele era a única pessoa da família que conversava com a tia avó "maluca", atualmente já falecida. E que todos familiares viam uma semelhança entre eles. Uma maneira singular de falar dentro da família sobre a ideia suicida do entrevistado era comparando-o com o único parente reconhecido como "maluco". O terceiro caso, ao qual nos referimos na análise, trata de uma família religiosa, mas na qual a tentativa de suicídio por amor é aceitável. Um irmão se mata no dia do casamento da ex-noiva, o outro irmão tenta se matar após um término de namoro, e a entrevistada relata ideia suicida após o ex-noivo não querer mais falar com ela. O modelo "se matar por amor" perpassa toda a família.

Por fim, duas entrevistadas afirmaram que foram problemas na infância (abandono, violência sexual e física, falta de amor, ignorância, pobreza), sobretudo, referente aos pais, como explicação para suas experiências de adoecimento e de sofrimento.

#### **6.4. ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS**

Quanto à busca de ajuda e ao itinerário terapêutico, caminho percorrido entre diferentes modelos de cuidado (KLEINMAN, 1988), que podem ser feitos desde a companhia da porteira do prédio da madrugada, passando pelo "terapeuta" da igreja até o profissional de saúde especializado, observamos situações muito distintas entre si, que independiam da classe social. Por isso, optamos por descrever não só o caminho percorrido pelos sobreviventes, mas também aqueles daqueles acompanharam. Comentaremos algumas semelhanças e pontos que reafirmam a literatura sobre a busca de cuidado para os sobreviventes, e para o comportamento suicida. Como podemos observar no mapa abaixo (**Figura 5: Mapa de itinerários terapêuticos**).

Ao fazermos este mapa, decidimos colocar no meio em destaque os serviços ou auxílios citados, pois nos suscitaram algumas questões: todos poderiam ter feito qualquer destes caminhos? Pode haver caminhos que impedem ou excluem outros? Como destacar os melhores para a prevenção? Que vivências estão associadas a eles? Não conseguiremos responder aqui a todos estes questionamentos, mas são possíveis caminhos de pesquisas a serem explorados.



Grande parte das tentativas quando necessitaram de um auxílio médico foram atendidas em hospitais gerais públicos. Apenas dois foram para hospitais gerais conveniados. Destes apenas uma foi encaminhada para internação psiquiátrica. Ou demais não relataram qualquer tipo de encaminhamento. Como afirma Estellita-Lins et al. (2012) a rede de saúde não está preparada para atender os casos de tentativa de suicídio. Não só porque não está articulada. Há o descuido dos profissionais de saúde, ou por não ter formação médica adequada, ou por estarem despreparados em como atuar em uma situação de emergência com risco de suicídio. Outra situação bastante comum é o relato de tentativas repetidas que por não serem graves são omitidas, não são comunicadas. Como discutimos acima, histórias de denegação no interior da rede social parental parecem ser frequentes. As tentativas se tornam um segredo familiar, e nada é feito a respeito. Interessante notarmos que os repetidores são aqueles que passam por médicos de diferentes especialidades e não são devidamente encaminhados. Apenas uma entrevistada foi encaminhada para um psiquiatra pela ginecologista que percebeu, sem ela contar seu intento, de que havia algo errado e ligou para a mãe para alertá-la. A mãe conversou com ela, mas não conseguiu convencê-la a começar um tratamento. A ambivalência em relação ao papel da família na busca de cuidado foi muito patente.

*"A família é uma coisa mista. Porque, bom, de uma forma geral, te dão apoio assim, quanto a questão médica, né? Mas assim, eu sinto que a minha família tinha mais uma cobrança assim, pra que eu saísse daquilo ali, do que qualquer coisa que me ajudasse. Minha família, eu não sinto que tenham me ajudado nesse aspecto. Assim, não senti nenhum grande apoio deles."*

Outro ponto importante do itinerário terapêutico foi o fato de que duas pessoas consultaram um médico generalista semanas antes da tentativa. Uma estava em tratamento psiquiátrico, a outra pessoa que faleceu não tinha feito qualquer assistência psi apesar de ter um histórico de duas tentativas anteriores. Quanto aos caminhos percorridos pelos sobreviventes, houve apenas uma pessoa que mencionou algo parecido com uma posvenção. Apenas esta sobrevivente procurou uma terapia após o ocorrido. Os demais ficaram sem qualquer assistência médica. Nenhum procurou grupo de ajuda mútua. Esta modalidade de acolhimento só foi citada por uma entrevistada, que questionou o porquê de não existir grupos de pessoas que tentaram suicídio. Ela era usuária de drogas e encontrou nos grupos de autoajuda assistência e um espaço de integração social e também informativo. É interessante notar que o estigma parece ser um obstáculo para que estas pessoas se identifiquem como terem vivenciado o comportamento suicida e se unam em grupos. De fato, parece não haver lugar na sociedade para a construção de uma identidade "sou suicida" ou "tentei o suicídio" como existe para os usuários de drogas, ou para outros portadores de transtornos mentais, por exemplo. Identidade que facilitaria um movimento de intervenção e participação

social (LESTER e WALKER, 2006). Eles simplesmente não aparecem. O anonimato ainda é a regra.

Estranhamente, apenas um entrevistado citou o CVV como forma de buscar ajuda. Ele mandou um e-mail que não foi respondido. E disse se ressentir de não ter ao menos recebido uma mensagem de resposta automática. Relatou ainda que não ligou, pois está mais habituado a usar a internet. Não achamos que este relato possa ser representativo, pois como comentamos anteriormente no Brasil o CVV tem um papel estratégico ainda que desarticulado da rede de cuidados em saúde. O que salta aos olhos nesse relato é a forma como a falta de resposta da instituição em um momento de crise se tornou na história deste entrevistado uma marca importante interpretada como desinteresse do mundo por ele e um total descuido. A ponto de no final da entrevista ele relatar aquilo que mais doeu ao contar sua história foi lembrar que o CVV não havia o respondido.

Os relatos das pessoas que tentaram, e foram atendidas nos hospitais gerais, são os piores possíveis, mas vão ao encontro do que observamos na pesquisa-mãe. A equipe de saúde não sabe como lidar com os suicidas, não segue um protocolo e não tem qualquer treinamento (ESTELLITA-LINS et al., 2010). Foram citadas situações em que o médico chorou muito junto com a família, o que os incomodou; que enfermeiro criou vínculo afetivo com a entrevistada (a beijava) e sempre a questionava porque ela tinha feito aquilo; que profissionais se questionaram sobre a gravidade do suicídio em frente a família; e até agressão física, no caso de uma gestante que havia tentado se matar.

*"No hospital só a menina que cuidava dela que falava assim, que os médicos falavam "- Nunca vi uma coisa dessa". Falavam assim: "- A pessoa se queimar e queimar por dentro". Só falaram é isso." (B1)*

*"Porque é eu tinha um enfermeiro, eu acho que ele queria até me namorar, esse enfermeiro, que ele se preocupou muito com a minha vida. Todos os dias ele ia lá me dava beijo, eu toda horrorosa, meu Deus, toda fedorenta, lá jogada, porque eu não podia sair dali pra nada, ali mesmo era banho que ele me dava" (A3)*

*"Os médicos que estavam de plantão puxaram ela pelo cabelo. "- Vamos lá, vamos mudar de maca" aí pegaram o cabelo e puxaram. Assim, é justamente quem a gente esperaria que talvez tivesse um pouco mais de... Puxaram ela pelo cabelo? Outras pessoas puxaram ela também, não arrastaram ela mas, cara, pra quê? Por que razão? Não tem razão nenhuma praquilo. E não foi só isso, assim. Tinha, tiveram outras coisas. Sabe? Ela estava agitada, de fato estava, nervosa... Na hora – tinha uma coisa muito ambígua, assim; achando que... O medo de perder o bebê – essa era a preocupação principal – "- Vou perder o meu bebê, vou perder o meu bebê" e tal...(B2)*

Além de um relato inacreditável, no qual a entrevistada conta ter sido incentivada pela enfermeira a fugir do hospital, após uma tentativa grave por envenenamento por chumbinho, para desocupar um leito da enfermaria. Ao ser impedida de sair por um segurança do hospital, pois não tinha o papel da alta, um deputado que fazia campanha no local se dispôs a assinar o documento da alta?! E como podemos observar nas descrições dos itinerários, nenhuma destas pessoas foi encaminhada para dar continuidade ao tratamento. Ou seja, o hospital geral é a porta de entrada principal destes casos, mas está totalmente desarticulado da rede de atenção básica (ESTELLITA-LINS et al., 2010).

A religião e a fé, contudo, parecem ocupar um lugar mais importante do que o espaço hospitalar tanto para as pessoas que passaram pelo comportamento suicida como para aqueles que sobreviveram. É um lugar de referência na hora de buscar ajuda. Religiões como catolicismo, candomblé, espiritismo, santo daime e evangélica foram citadas. Contudo, nem todas as pessoas se sentiram acolhidas nesta procura. Duas relataram que quando pediram ajuda se sentiram "cobradas" a realizarem tarefas para pagar por aquilo que estavam passando e decidiram não retornar.

*"Mas por eu ser espírita eu fui até a pessoa, que na época era até minha mãe espiritual, e cheguei lá, e foi uma decepção muito grande, porque ninguém tá nem aí pra você. Não importa se é espírita, ninguém tá nem aí. E ela simplesmente começou a falar que eu precisava fazer coisas, que não sei o que, e eu achei aquilo o cúmulo do absurdo. Você vai ter que fazer isso, aquilo, que não sei o que, fazer as obrigações assim, que não sei o que. Eu falei: "- Olha, eu não vou fazer nada. Avisa a não sei quem aí, se eu tenho uma dívida, não é com eles. Eu não vou pagar nada. Eu tô doente, eu tô passando mal". (Eu achei aquilo demais da conta.) "- Eu tô doente. Eu tô passando um momento que nem eu sei qual é. Não tô me entendendo. Ninguém está me suportando. E vocês veem pra cá me dizer que eu tenho que fazer coisas." (A3)*

Pelo menos cinco pessoas indicam a religião como sendo uma boa saída para o comportamento suicida. É curioso que apenas uma pessoa mencionou o fato do suicídio ser visto com culpabilização e apontou para isso como sendo um fator que contribuiu para o suicídio da amiga que frequentava com a mãe uma igreja associada a *Opus Dei*.

*"A mãe que, começou a levar ela em grupo de oração, começou a levar ela coisa de igreja,... "Ah acho que ela está se sentindo bem", enfim, sabe? Tinha sido três anos atrás o grande motivo da briga de sempre das duas, a Maria me fala sempre que "- Ah, eu perdi minha mãe pra Jesus, eu odeio Jesus!"... Eu ouvi ela falar isso algumas vezes, sabe... E a mãe dela pegou, ela estava frágil,... Sei lá como ela estava se sentindo... E ficou levando pro grupo de oração, e tal. Acho que fez muito mal pra ela..."(B4)*

Todas as outras identificarão a religião como um espaço de aceitação, acolhimento, integração e interação social. E fé e espiritualidade como força para enfrentar os momentos de desespero. Dados que vão ao encontro dos estudos de Durkheim (1897) que destaca como as diferentes religiões podem ter um caráter protetor ou até incentivar o suicídio. Nos discursos dos entrevistados, o espaço de convivência proporcionado pela religião era apontado como mais importante do que a cosmologia em si. No relato abaixo vemos como uma figura importante religiosa pode atuar dentro da prevenção do suicídio, seja informando ou até encaminhando para serviços de saúde (OMS, 2006).

*"O padre falou de um livro [sobre suicídio]. Eu estou querendo ler esse livro. Ele estava falando de alguém que se matou e que frequentava a igreja. Chamaram ele, esse rapaz ele estava..., tinha tomado algum remédio e foi pro hospital e voltou e estava se recuperando. E o que aconteceu, chamaram o padre pra conversar com ele. O que que ele estava explicando na igreja, que a pessoa quando tá afastada de Deus, muitas vezes não adianta um mentor, alguém ajudá-lo, porque ele está tão fraco que ele vai tentar de qualquer jeito. Então, ele estava falando isso. Ai foi quando ele falou que esse rapaz se matou de qualquer jeito, independente dele ter ido lá. Ele estava contando que era interessante quem quisesse ler, ai eu me interessei". (A4)*

Outro código importante é que 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, como podemos ver nos dois relatos abaixo. Até a psicanálise foi citada como uma doutrina que estimulava a fé e ajudava a seguir em frente.

*"Eu fiquei assim... Porque ela era muito próxima de mim, eu, no início eu fiquei, até pra eu dormir eu ficava assim – só que eu ficava pensando nela, não fiquei pensando assim, porque eu não a vi no caixão nem nada, o estado dela no hospital nem nada. Pra eu dormir foi difícil... Eu ficava pensando nela, mas eu sempre rezo pra ela... Aí agora está bem. Assim, sempre que eu passo na igreja, sempre rezo..." (B1)*

*"Ah, eu acho que outra pessoa já teria se suicidado. Eu moro sozinha. Eu acordo, eu já acordei de madrugada em desespero, chorando. Eu boto o meu joelho no chão, olho pro céu e falo:"- Senhor toma conta de mim" e fico chamando por Deus." ( A4)*

Uma narrativa importante foi contada por um irmão, que mesmo sendo ateu, começou a acompanhar a irmã todo domingo na missa para que ela pudesse frequentar um grupo social da igreja católica. Ele relata que fez isso durante meses, mas não surtiu o efeito de acolhimento que ele esperava. Ele cogitou inclusive o fato das pessoas terem algum tipo de preconceito em relação a ela, uma vez que ela aparenta ter um comportamento estranho socialmente.

## 6.5. IMPACTOS SOBRE A VIDA

Todos relataram algum impacto negativo ou de mudança em suas vidas, após um suicídio ou terem passado pelo comportamento suicida, o que confirmou nossa hipótese de que ambos os grupos são sobreviventes do suicídio, ou melhor, desta experiência. Uma metáfora que nos parece bastante pertinente é a de um *tsunami*, que destrói tudo, e exige um trabalho intenso de reconstrução e reinvestimento. Foram contadas vivências como: medo de voltar a ter ideação, ou ficar deprimido novamente; questionamentos sobre o sentido e os limites da vida; sentimento de culpa; mudanças concretas na relação afetiva entre as pessoas que tentaram e sobreviveram e sua família; depressão; relação complicada com o trabalho, uma vez que é visto como perda de tempo; mudança de casa; mudança de país, término de relacionamentos amorosos; escolha da profissão (psiquiatra); descoberta da fé; etc. Inúmeros estudos se dedicam a investigar os efeitos sobre a pessoa e sua rede social, e os relatos apontam para esta direção. Existe um tempo de luto necessário para que as pessoas possam elaborar uma situação de perda, ou de violência, para poderem fazer novos investimentos.

Três pessoas relataram um período de medo constante de que outras pessoas próximas repetissem o ato como uma espécie de contágio. O que os levava também a questionar a imprevisibilidade da vida e a irremediável finitude do ser humano.

*"E aquilo mexeu muito. Mexeu muito com a gente, com o grupo de alguma maneira,... Ele não era tão próximo, tão amigo, mas mexeu muito com a gente. E a gente também ficou muito preocupado, eu lembro que na época a gente ficou muito preocupado, achando que o outro irmão gêmeo podia vir a cometer suicídio também. Coisa meio boba de achar que gêmeo faz tudo igual. Que, porque um se matou o outro também ia se matar, sabe... Então,... Eu lembro de uma preocupação estranha com esse outro amigo e que a gente queria confortar ele por causa do que tinha acontecido com o irmão, mas ele tava com um pouco de medo, receio e tal. Com a possibilidade dele também não estar bem, dele vir a deprimir e acabar acontecendo alguma coisa" (B2)*

Outro efeito que apareceu em todas as entrevistas com sobreviventes foi o relato de sintomas físicos após o suicídio. Tais como: insônia, dor de cabeça, não conseguir comer, até um caso de depressão. Apesar disso, ninguém procurou ajuda.

*Então a gente foi do IML direto pra cova. Aí eu cheguei em casa, porque, quando eu vivo essas situações de muito estresse, eu fico a mil, aí quando eu chego em casa, eu desligo, eu durmo, já cheguei a dormir mais de 24 h, entendeu. Aí foi aquele começo, entendeu? Tipo, no começo, eu estava no... a ficha caiu, ao mesmo tempo não caiu porque eu briguei com ele vendo que ele estava morto (B5)*

No entanto, as mudanças também puderam ser lidas como positivas, o que assinala a capacidade de resiliência, ou seja, de passar por uma situação potencialmente traumática, mas conseguir encontrar novos modos de viver (CYRULNIK, 2010; TISSERON, 2007). Uma entrevistada que sobreviveu a uma tentativa grave, viu nisto uma possibilidade de transformação. Uma segunda chance. Outro entrevistado já estava na faculdade de medicina e após o suicídio de um amigo decidiu se aproximar da psiquiatria como uma maneira de entender o ocorrido. Cabe lembrar que poucos estudos se dedicaram a estudar a associação entre suicídio e resiliência, um livro recente de Cyrulnik (2011) sobre o suicídio de crianças é o que temos de mais próximo deste campo ainda inexplorado.

*"Depois desse suicídio eu arrumei um gringo, que até hoje é maravilhoso comigo, é apaixonadíssimo por mim, vou me casar. Olha quanta coisa aconteceu que eu ia deixar de viver. Tenho meu salão, que é mais bonito que o outro, mas chique, sabe. Consegui fazer curso de aprimorar mais ainda, ainda tô fazendo, tô aprendendo, coisa que eu nunca imaginei que eu fosse botar a mão e dar certo, entendeu. Tem tanta coisa que se realiza depois, que você, se eu tivesse pensado antes, né, como eu ia economizar no chumbinho, no meu figadozinho, num monte de coisa." (A3)*

*Mas, eu tinha medo da minha curiosidade, sabe; pela coisa do suicídio, pela coisa da morte, pela coisa do cara tirar a própria vida e tal. Então, eu acho que pode ter influenciado sim na escolha pela psiquiatria." (B2).*

Algumas pessoas falaram nunca terem prestado atenção em casos de suicídio, até o momento que passaram perto desta experiência, e que depois disto começaram a notar que o fenômeno é mais comum do que imaginavam. Está ali presente na mídia, na literatura, no cotidiano, mas o tempo inteiro as pessoas

evitam se confrontar com este problema. Podemos dizer que um dos efeitos do comportamento suicida é trazer o assunto à tona. Ele ganha visibilidade.

Por fim, para descrever a questão do estigma e da discriminação foram usadas expressões como: preconceito; traumatizante; confusão, revolta, fúria e raiva. Todos os entrevistados que relataram ter vivido o comportamento suicida afirmaram terem passado por alguma situação de preconceito: ou foram questionados ou insultados. As pessoas em geral não conseguem compreender esta vivência. Encontramos resultado semelhante na pesquisa-mãe. Inclusive quatro adjetivos que foram citados nesta última que se referiam as pessoas com depressão ou que tentaram suicídio, se repetiram nesta pesquisa: covarde, corajoso, vagabundo e preguiçoso.

*"É... Que vão pagar, de maneira e outra. E também colocam a situação assim: "você está sendo muito egoísta". Essa uma coisa que eu também ouço muito. Eu já ouvi.*

*Mais, "como você foi capaz? Você não tem vergonha?" (A1)*

*"Você estava com fogo no rabo. Isso é falta de piru. E outros falavam assim, está louca? Chumbinho mata ratinho, não mata ratazana velha não. E já outro que dizia é, pô amiga, por que que você não me procurou? (A3)*

Estas crenças sociais negativas ainda são dominantes. E, muitas vezes, levam os indivíduos a omitirem o acontecido de outras pessoas de fora de sua rede social (ESTELLITA-LINS et al., 2012). O silêncio e/ou a negação só aumentam ainda mais o risco para outras pessoas que se encontram em crise. Basta lembrarmos do conceito de *openess* que Grad et al. (2004) abordam para falar da necessidade urgente de lutarmos pela abertura de um espaço de conversação sobre o suicídio (e outros temas tabus) na sociedade, posicionamento que possibilitaria consequentemente o acolhimento das pessoas que sofrem em silêncio.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar o tema suicídio poderia ter nos levado a inúmeros caminhos de pesquisa. E de fato, durante os seis anos que nos dedicamos a estudar este fenômeno, percorremos os mais estranhos e diferentes espaços. A experiência etnográfica, de participar de uma pesquisa de campo e de fazer falar sobre o assunto nos mais diferentes lugares e instituições (emergências, colégios, universidades, hospitais, atenção básica, mídia, etc.) perpassa de ponta a ponta a construção desta tese. 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 (re)apropriada nos diferentes espaços sociais.

De repente, nos vimos no intercruzamento de disciplinas completamente distintas e o maior desafio foi fazê-las dialogar entre si. Os campos da informação e da comunicação no Brasil ainda são apartados. O termo "práticas infocomunicacionais" que adotamos para esta pesquisa é fruto de debates na França, e aprofundado por Marteleto (2007) no Brasil. Trata-se de indagações sobre as interseções necessárias para a construção de um campo dialógico que aborde a complexidade dos processos de informação e comunicação. Nossa proposta de pesquisa foi justamente trazer o campo da saúde mental, mais especificamente a suicidologia, para esta arena. E o aporte teórico escolhido para mediar o estudo destas fronteiras foi o da fenomenologia, ou seja, o estudo da experiência vivida, daquilo que se mostra.

Assim, inicialmente nos dedicamos a aprofundar no vasto campo da suicidologia, que se encontra em constante reconstrução, e neste contexto, alguns pontos serviram de base para nossa pesquisa. Abordamos como o suicídio foi de objeto de estudo para diferentes disciplinas. Apontamos para a falta de investimentos no Brasil no que diz respeito às políticas de prevenção do suicídio, além da total desarticulação e despreparo da rede de assistência à saúde para lidar com tal acontecimento. Por outro lado, encontramos vários centros de pesquisa no país que se dedicam a estudar diferentes facetas do suicídio. Com o intuito de nos aproximarmos da experiência de ideação suicida, plano, tentativa e do ato em si, optamos por escolher um dos vários modelos de compreensão para este fenômeno: o do *continuum* do comportamento suicida. Modelo que foi bastante útil para a compreensão dos estados depressivos associados a essa

vivência, como também nos auxiliou a alcançar as descrições fenomenológicas sobre a dor psíquica, desesperança e sensação de estar sem saída.

Nossa hipótese de trabalho, que surgiu a partir de algumas interrogações iniciais da pesquisa-mãe, é que parece ser mais comum ou mais fácil relatar o intento suicida ou mesmo pedir ajuda para pessoas que são de fora da família. Como vimos, é recorrente o pedido dos usuários de serviços de saúde mental para que as informações sobre depressão e suicídio sejam voltadas para a família e não para eles. Uma fala que se repetiu foi: "nós sabemos o que sentimos, o que pensamos, mas quem está do lado de fora não compreende". Esta experiência é assim descrita como solitária, ou seja, que não possui espaço para ser compartilhada, especialmente no interior da família. Os relatos de diálogos sobre como estes sujeitos acometidos se sentem quase sempre incluía o vizinho, o colega, o rapaz do bar, o pastor, enfim pessoas comuns que faziam parte de seu cotidiano. Nesse contexto, os estudos de rede social que visam entender a qualidade dos laços e como estes interferem no processo de infocomunicação foi uma vertente interessante a ser explorada. E de fato, inúmeros estudos já se dedicam a estudar os efeitos das relações estabelecidas entre as pessoas no comportamento em saúde: seja na busca de cuidado e até numa repetição ou "contágio" de sintomas ou sinais de adoecimento mental.

Encontramos também na suicidologia este questionamento, uma vez que o comportamento suicida implica necessariamente numa relação intersubjetiva. Pode até ser descrito como um ato individual, mas tem efeitos coletivos. É falado, informado, silenciado ou escamoteado por alguém, pode ser um gesto voltado para outro, etc. Existe uma rede social necessariamente implicada nesta situação. E vale lembrar que é um acontecimento que geralmente vem acompanhado de sentimentos de violência e de agressão, que levam a questionamentos existenciais. Uma descoberta interessante foi o movimento de sobreviventes do suicídio e o fato deles não incluírem entre eles as pessoas que sobreviveram as tentativas. Os sobreviventes falam e muito. São ativistas da causa e com razão. Mas, e este outro grupo que também sobreviveu? Encontramos apenas um artigo que discute a inércia, ou silenciamento deles. Lester e Walker (2006) já questionavam o porquê de haver um movimento crescente de ativismo das redes sociais enquanto as pessoas que viviam o comportamento sofriam caladas. E a hipótese dos autores, como vimos, é justamente que, de maneira geral, não existe uma abertura na sociedade para que estas pessoas falem sobre suas experiências. Não existem grupos, nem

movimentos, nem associações. No Brasil isto fica ainda mais nítido, quando percebemos que até nas emergências dos hospitais gerais ou psiquiátricos o suicídio é um tabu social.

Para que pudéssemos entender como se dá o diálogo entre este grupo e sua rede social (parental e de proximidade) achamos que o melhor caminho seria ouvirmos suas experiências. E a MINI, entrevista semi-estruturada voltada para elicitare narrativas de experiência de adoecimento, foi um instrumento bastante oportuno. A dificuldade inicial que encontramos foi como justificar a inserção da rede social na amostra, uma vez que ela era somente testemunha de um processo de adoecimento. Foi a discussão de Kleinman (1988) que amplia a noção de adoecimento para sofrimento, que nos embasou teoricamente para que pudéssemos prosseguir com a pesquisa. Afinal, os sobreviventes se identificavam como tendo vivido algum efeito de mudança diante do sofrimento testemunhado. Outra justificativa que encontramos foi o fato da MINI ter sido desenhada para abarcar não somente experiências individuais de adoecimentos, mas coletivas. Lidamos justamente com esse processo coletivo de sofrimento que nem sempre é compartilhado. Por abordar narrativas por associação temporal, explicações causais, itinerário terapêutico e o impacto social, a MINI estimula a produção de narrativas bastante complexas e com muitas nuances. As entrevistas duraram em média duas horas. Uma dificuldade encontrada foi diante destas histórias tão pessoais e ricas em detalhes, recortar e analisar os dados que condiziam com o objetivo da pesquisa. Certamente as onze entrevistas colhidas podem ser analisadas através de outros olhares, sendo esta uma das vantagens do uso da entrevista MINI. Outro ponto positivo foi o fato de poder perceber, durante o processo narrativo, o movimento dos entrevistados de: ter insights, construir novas hipóteses, recontar suas histórias, relembrar de detalhes esquecidos etc. Nossa experiência na aplicação deste instrumento apontou para seu potencial terapêutico, que proporcionou uma oportunidade para que a história pudesse ser reescrita. Alguns entrevistados falaram sobre isso literalmente no final da entrevista. Vale lembrar que nossa amostra foi constituída de pessoas que viveram ou vivem uma situação potencialmente traumática e na qual a oportunidade de narrar a experiência ganha uma outra dimensão.

Na análise dos resultados, vimos que existe uma maior facilidade de 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: elas podem mediar o diálogo com a família, que foi descrito como ambíguo; levar a pessoa a buscar ajuda; ou se fazer presente como escuta. Esta última

função, de se fazer presente sem julgar ou 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 pelos entrevistados como locais de apoio e integração social que criam o sentimento de fazer parte de algo maior. Ou seja, 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.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, S. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. Informação & Informação, v.12, n.esp, p.1-12. 2007.

AGERBO, E. Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: A gender specific study. . Journal of Epidemiology & Community Health, v.59, n.5, p.407-412. 2005.

ALMEIDA FILHO, N. Para uma teoria geral da saúde: anotações epistemológicas e antropológicas preliminares. . Cad. Saúde Pública, v.17, n.4, p.753-770. 2001.

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. (Ed.). Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, 1999. p.47-56.

ANDRADE, G. R. B. D.;VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v.7, n.4, p.925-934. 2002.

ANDRIESSEN, K. A Reflection on “Suicide Survivor” - Letter to the Editors. Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.26, n.1, p.38-39. 2005.

ANDRIESSEN, K. Can Postvention Be Prevention? Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.30, n.1, p.43-47. 2009.

ANDRIESSEN, K. et al. Current Understandings of Suicide Survivor Issues: Research, Practice, and Plans: Report of the 1st International Suicide Postvention Seminar, September 8, 2006, Portoroz, Slovenia. Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.28, n.4, p.211-213. 2007.

ANDRIESSEN, K. et al. Current Understandings of Suicide Survivor Issues: Research, Practice, and Plans: Report of the 1st International Suicide Postvention Seminar, September 8, 2006, Portoroz, Slovenia. Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.28, n.4, p.211-213. 2007.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade, v.13, n.3, p.16-29. 2004.

BAILLEY, S. E. et al. Survivors of suicide do grieve differently: Empirical support for a common sense proposition. Suicide and Life-Threatening Behavior, v.29, n.3, p.256-271. 1999.

BANTMAN, P. Réseaux et psychiatrie: réflexions sur l'utilisation du terme de réseau dans le champ médico-social. VST n. 81, p.25-29. 2004.

BARROS, J. D. O.; MÂNGIA, E. F. Rede social e atenção às pessoas com transtornos mentais: novo desafio para os serviços de saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.18, n.3, set./dez., p.135-142. 2007.

BARTHES, R. Introduction to the Structural Analysis of Narratives. In: BARTHES, R. (Ed.). Image-Music-Text London: Fontana, 1977.

BARTON, A. L. et al. Peer Response to Messages of Distress Do Sex and Content Matter? 34, v.3, n.183-191. 2013.

BEAUTRAIS, A. Suicide prevention strategies 2006. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH), v.5, n.1. 2006.

BEAUTRAIS, A. Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? Psychological Medicine, v.31, p.837-845. 2001.

BECK, A. T. Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 1967.

BECK, A. T. et al. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 47, n. 2, p. 343-352. 1979.

BECK, A. T. et al. Development of suicidal intents scales. In: BECK, A. T. *et al.* (Ed.). The prediction of suicide. Philadelphia: Charles Press, p.45-56. 1974.

BECK, A. T. et al. Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation, and Clinical Diagnosis of Depression. Suicide and Life-Threatening Behavior, v.23, n.2, p.139-145. 1993.

BECK, A. T. et al. Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v.57, n.2, p.309-310. 1989.

BELLASALMA, A. C. M.; OLIVEIRA, M. L. F. Família e tentativa de suicídio com agentes químicos: um estudo em Maringá (PR). Fam, saúde e desenv, v.4, n.2, p.125-133. 2002.

BENEDETTO, M. A. C. D. et al. ERA UMA VEZ: NARRATIVAS EM MEDICINA. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos, v.3, n.1, p.19-25. 2010.

BERMAN, A. L. et al. Survivors of suicide and postvention. In: BERMAN, A. L. *et al.* (Ed.). Adolescent Suicide: Assessment and Intervention. Washington: APA Editions, 2006.

BERTOLETE, J. et al. Suicide and mental disorders: Do we know enough? British Journal of Psychiatry, v.183, p.382-383. 2004.

BERTOLETE, J. et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. Psychological Medicine, v.35, p.1457-1465. 2005.

BERTOLOTE, J.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World Psychiatry, v.1, n.3, p.181-185. 2002.

BILL, B. et al. Attempted Suicide Related Posttraumatic Stress Disorder in Depression – An Exploratory Study. Suicidology Online, v.3, p.138-144. 2012.

BORGES, V. R. et al. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. Barbarói, n.28, p.109-123. 2008.

BOTEGA, N. Comportamento suicida em números. Debates: Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria, v.2 n.1. 2010.

BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. Psico: Revista Eletrônica PUC-RS, v.37, n.3, p.213-220. 2006.

BOTEGA, N. J. et al. Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. Rev Bras Psiquiatr, v.27, n.1, p.45-53. 2005.

BOTEGA, N. J. et al. Telefonemas na Crise: Percursos, Desafios na Prevenção do Suicídio. Porto Alegre: ArtMed. 2010.

BOURDIEU, Pierre. L'illusion biographique. Actes de la recherche en sciences sociales, v.62/63, n.L'illusion biographique, juin, 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de prevenção ao suicídio. Portaria N2 2.542/GM. Brasília, DF, de 22 de Dezembro de 2005. Disponível em Link: Portaria Nº 2.542/GM de 22 de dezembro de 2005. Acesso em 20 de junho de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de prevenção ao suicídio. Portaria N.1.876. Brasília, DF, de 14 de agosto de 2006. Publicação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Disponível em Link: Portaria Nº 1.876/GM de 14 de agosto de 2006. Acesso em 20 de junho de 2009.

BRASIL. Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Ministério da Saúde. Brasília. 1987

BRASIL. Relatório Final da 8a. Conferência Nacional de Saúde. DF, Brasília. 1986

BRASIL. Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde. DF, Brasília. 1993

BRETON, P. Éloge de la Parole. Paris: La Découverte, 2003.

BREUER, J.;FREUD, S. Estudos sobre a Histeria. (1895). In: FREUD, S. (Ed.). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v.II, 1988.

BRONISCH, T. Depression and suicide behavior (Letter to the Editors). Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.24, p.179-180. 2003.

BRUNER, E. Ethnography as narrative. In: TURNER, V.; BRUNER, E. (Ed.). The anthropology of experience. Chicago: Illinois University Press, 1986. p. 139-155.

BRUNER, J. Realidade mental, mundos possíveis. Porto Alegre: Artes Médica. 2002

BTESHE, M. et al. Suicídio na literatura religiosa: o kardecismo como fonte bibliográfica privilegiada. RECIIS R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde, v.4, n.3, Set, p.37-50. 2010.

BTESHE, M. O CUIDADO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL E A PSICANÁLISE: UMA INTERSEÇÃO POSSÍVEL. (Mestre em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2008.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. Sociology of Health and Illness, v.4, p.167-182. 1982.

CAIS, C. F. S. et al. Factors associated with repeated suicide attempt: preliminary results of the WHO Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior (SUPRE-MISS). Crisis, v.30, p.73-78. 2009.

CAMPOS, R. T. O.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Revista de Saúde Pública, v.42, p.1090-1096. 2008.

CANGUILHEM, G. É possível uma pedagogia da cura? In: (Ed.). Escritos sobre a Medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p.49-70. 2005.

CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico. (1943). Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1978.

CANGUILHEM, G. Sociologia - Le cause del suicidio. Recensione all'opera del sociologo Maurice Halbwachs "Les causes du suicide". Storicamente, v.3. 1931; 2007.

CARON, J. et al. Components of Social Support and Quality of Life in Severely Mentally Ill, Low Income Individuals and a General Population Group. Community Mental Health Journal, v.34, n.5, October. 1998.

CASSEL, J. The contribution of the Social Environment to Host Resistance. American Journal of Epidemiology, 104, p.107-123. 1976.

CASSORLA, R. M. S. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. Cadernos de Saúde Pública, v.14, p.28-30. 1998a.

CASSORLA, R. M. S. Do Suicídio: Estudos brasileiros. Campinas: Papirus. 1998b

CASSORLA, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, B. S. G.;

BOTEGA, N. J. (Ed.). Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CASSORLA, R. M. S.;SMEKE, E. L. M. Autodestruição Humana. Cad. Saúde Públ., v.10 n.1, p.61-73. 1994.

CASTAIGNOS-LEBLOND, F. Formation et transmission intergénérationnelles de la mémoire de situations extrêmes: contribution au récit de vie comme art formateur de l'existence. Thèse de doctorat : Sciences de l'éducation : Tours : 2000.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jan-fev; 63(1), v.63, n.1, p.51-57. 2010.

CEDEREKE, M.;OJEHAGEN, A. Formal and informal help during the year after a suicide attempt: a one-year follow-up. Int J Soc Psychiatry., v.53, n.5, p.419-429. 2007.

CEREL, J. et al. The Impact of Suicide on the Family. Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.29, n.1, p.38-44. 2008.

CHACHAMOVICH, E. et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? Rev Bras Psiquiatr., v.31, n.1, p.18-25. 2009.

CHAVAGNAT, J. J. Les risques de dépression grave lors du deuil après suicide. Etudes sur la mort, v.1, n.127, p.59-67. 2005.

CLÉRO, J-P. L'expérience. Paris: Ellipses, 2003.

COBB, S. Social Support as a Moderator of Life Stress. Psychosomatic Medicine, v.38, n.5, September-October. 1976.

CONWELL, Y. et al. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. . American Journal of Psychiatry, v.153, p.1001-1008. 1996.

COSTA, A. G. D.;LUDEMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.21, n.1, p.73-79. 2005.

CURRIER, J. M. et al. Sense-Making, Grief, and the Experience of Violent Loss: Toward a Mediatonal Model. Death Studies, v.30, n.5, p.403-428. 2006.

CUTCLIFFE, J.;BALL, B. Suicide Survivors and the Suicidology Academe. Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.30, n.4, p.208-214. 2009.

CYRULNIK, B. Mourir de dire: la honte. Paris: Odile Jacob, 2010.

CYRULNIK, B. Quand un enfant se donne la mort: attachements et sociétés. Paris: Odile Jacob, 2011.

CZARNIAWSKA, B. The 'Narrative Turn' in Social Studies. In: CZARNIAWSKA, B. (Ed.). Narratives in Social Science Research. New York: SAGE Publications, 2004.

DALGARD, O. S. et al. Negative life events, social support and gender difference in depression: A multinational community survey with data from the ODIN study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, v.41, p.444-451. 2006.

DE HERT, M. et al. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. Schizophrenia Research, v.47, p.127-134. 2001.

DE-LEO, D. et al. Definitions of Suicidal Behavior Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study. Crisis, v.27, n.1, p.4-15. 2006.

DENNEY, J. T. Family and Household Formations and Suicide in the United States. Journal of Marriage and Family, v.72, p.202-213. 2010.

DESLAURIERS, G. DEUIL ET SUICIDE. L'Esprit du temps: Études sur la mort, n.123, p.83-92. 2003.

DINIZ, D. Ética na pesquisa em ciências humanas - novos desafios. Ciência & Saúde Coletiva, v.13, n.2, p.417-426. 2008.

DOCKHORN, C. N. D. B. F. O.;WERLANG, B. S. G. Programa CVV: Prevenção do suicídio no contexto das hotlines e do voluntariado. Revista Textos & Contextos, v.7, n.2, p.183-198. 2008.

DURKHEIM, É. Le suicide. Paris: PUF. 2007

DYER, J. A.;KREITMAN, N. Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. The British Journal of Psychiatry, v.144, p.127-133. 1984.

DYREGROV, K. et al. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. Death Stud., v.27, n.2, p.143-165. 2003.

DYREGROV, K. What Do We Know About Needs for Help After Suicide in Different Parts of the World? A Phenomenological Perspective. Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.32, n.6, p.310-318. 2011.

DYREGROV, K.;DYREGROV, A. Siblings after suicide – “The forgotten bereaved”. Suicide and Life-Threatening Behavior, v.35, n.6, p.714-724. 2005.

EALLES, M. Researching Suicide via Empathic Inquiry: Speaking the silences. 16th Annual AAWP Conference. Australia: 1-10 p. 2011.

ENCRENAZ, G. L. et al. Lifetime Risk of Suicidal Behaviors and Communication to a Health Professional About Suicidal Ideation. Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.33, n.3, p.127-136. 2012.

ESTELLITA-LINS, C. et al. Conhecendo a experiência social do suicídio na emergência psiquiátrica. Trabalho apresentado no XXV World Congress on Suicide Prevention - IASP. Uruguai 2009.

ESTELLITA-LINS, C. Visibilidade e Conhecimento: Investigando a Semiologia Psiquiátrica In: RODRIGUES, A. et al. (Ed.). Psicopatologia Conceitual. São Paulo: Roca, 2012.

ESTELLITA-LINS, C. A diáspora dos métodos de pesquisa em saúde da criança e da mulher. In: MINAYO, C.; DESLANDES, S. (Ed.). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ESTELLITA-LINS, C. Abordando a epidemiologia do risco de suicídio na API&3 através do serviço de emergência psiquiátrica do CPRJ/SES: vigilância sanitária e intervenções a partir de pesquisa quali-quanti:Relatório técnico/FAPERJ. Rio de Janeiro. 2009

ESTELLITA-LINS, C. et al. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. Psychê, v.X, n.18, p.151-166. 2006.

ESTELLITA-LINS, C. et al. Experiencing suicide ideation: Qualitative research concerning an emergency facility. 13th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. Rome, Italy 2010.

ESTELLITA-LINS, C. et al. Trocando Seis por Meia Dúzia: Suicídio como emergência do Rio de Janeiro Rio de Janeiro: Mauad. 2012

FAUW, N. D.;ANDRIESSEN, K. Networking to Support Suicide Survivors. Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.24, n.1, p.29-31. 2003.

FITZPATRICK, S. Looking Beyond the Qualitative and Quantitative Divide: Narrative, Ethics and Representation in Suicidology. Suicidology Online, v.2, p.29-37. 2011.

FLAMENBAUM, R. Testing Shneidman's Theory of suicide: psychache as a prospective predictor of suicidality and comparison with hopelessness. (Doctor of Philosophy)-Department of Psychology, Queen's University, Ontario, 2009.

FLEISCHMANN, A. et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bulletin of the World Health Organization, v.86, n.9, September, p.703-709. 2008.

FLOREA, M-L. e RABATEL A. (org) Évoquer la mort. Questions de communication. n.20, 2011.

FONSECA, D. D. L. et al. Apoio social, eventos estressantes e depressão em casos de tentativa de suicídio: um estudo de caso-controle realizado em um hospital de emergência do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Colet, v.18, n.2, p.217-228. 2010.

FONTES, B. A. S. M. Redes Sociais e Saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. Política e Trabalho: Revista de Ciências Sociais n.26, Abril, p.87-104. 2007.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. Porto Alegre: Arte Médica. 2004

FREUD, S. (1915) Reflexões para os Tempos de Guerra e Morte. In: (Ed.). Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, 1998.

FREUD, S. (1917). Luto e Melancolia In: FREUD, S. (Ed.). Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, v.XiV, 1998.

FREUD, S. Construções em análise. [1937] In: FREUD, S. (Ed.). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v.XXIII, 1988.

FRYDMAN, R. e FLIS-TRÈVES, M. (org). Tout dire? Transparence ou secret. Paris: PUF, 2012.

GALFALVY, H. C. et al. Evaluation of clinical prognostic models for suicide attempts after a major depressive episode. Acta Psychiatr Scand, v.117, p.244–252. 2008.

GASPARI, V. P. P. Rede sociais de apoio e tentativa de suicídio. 2002. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2002.

GASPARI, V. P. P. Rede sociais de apoio e tentativa de suicídio. 2002. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2002.

GAY, P. Freud: uma vida para nosso tempo. Rio de Janeiro: Companhia das Letras. 1989.

GIDDENS, A. O problema do suicídio na sociologia francesa. In: GIDDENS, A. (Ed.). Em defesa da sociologia. São Paulo: UNESP, 2001. p.229-244.

GILI-PLANAS, M. et al. Suicidal ideation, psychiatric disorder, and medical illness in a community epidemiological study. . Suicide Life Threat Behavior v.31. 2001.

GOLDNEY, R. D. et al. Population attributable risk of major depression for suicidal ideation in a random and representative community sample. J Affect Disord, v.74, p.267-272. 2003.

- GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. D. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev Latino-am Enfermagem v.9, n.2, março, p.48-55. 2001.
- GRAD, O. T. et al. What Helps and What Hinders the Process of Surviving the Suicide of Somebody Close? Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.25, n.3, p.134-139. 2004.
- GRANOVETTER, M. The Strength of Weak Ties. American Journal of Sociology, v.78, n.6, May, p.1360-1380. 1973.
- GUBRIUM, J. F.;HOLSTEIN, J. A. NARRATIVE PRACTICE AND THE COHERENCE OF PERSONAL STORIES. The Sociological Quarterly, v.39, n.1, p.163-187. 2008.
- GVION, Y.;APTER, A. Suicide and Suicidal Behavior. Public Health Reviews, v.34, n.2, p.1-20. 2012.
- HALBWACHS, M. Les causes du suicide. Paris: Alcan. 1930.
- HANKE, M. Narrativas orais: formas e funções. Revista Contracampo, v.7, n.117-126. 2005.
- HANNA, D. et al. The structure of the Beck Hopelessness Scale: A confirmatory factor analysis in UK students. Personality and Individual Differences 51 (2011) 17-22, v.51, p.17-22. 2011.
- HENRIKSSON, M. et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. American Journal of Psychiatry v.150, p.935-940. 1993.
- HJELMELAND, H. Cultural Research in Suicidology: Challenges and Opportunities Suicidology Online, v.1, n.34-52. 2010.
- HJELMELAND, H.;KNIZEK, B. L. Methodology in suicidological research - contribution to the debate. Suicidology Online, v.2, p.8-10. 2011.
- HOESH, N.;APTER, A. Self-Disclosure, Depression, Anxiety, and Suicidal Behavior in Adolescent Psychiatric Inpatients. Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.27, n.2, p.66-71. 2006.
- HYDEN, L.-C. Illness and narrative. Sociology of Health & Illness, v.19, n.1, p.48-69. 1997.
- JEANNERET, Y. A relação entre mediação e uso no campo de pesquisa em informação e comunicação na França. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde, v. 3, n.3, set., p.25-34. 2009.

JONES, I. R. et al. Illness careers and continuity of care in mental health services: A qualitative study of service users and carers. Social Science & Medicine, v.69, p.632-639. 2009.

JORDAN, J. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. Suicide and Life-Threatening Behavior, v.31, n.1, p.91-102. 2001.

JORDAN, J. R.;MCMENAMY, J. Interventions for Suicide Survivors: A Review of the Literature. Suicide and Life-Threatening Behavior v.34, n.4, p.337-349. 2004.

JORM, A. et al. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical Journal of Australia, v.166, n.4, p.182-186. 1997.

JORM, A. F. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. British Journal of Psychiatry, v.177, p.369-401. 2000.

JORM, A. F. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, v.40, p.3-5. 2006.

JUURLINK, D. N. et al. Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly. Arch Intern Med, v.164, n.11, p.1179-1184. 2004.

KAWACHI, I.;BERKMAN, L. F. Social Ties and Mental Health. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, v.78 n.3, September p.458-467. 2001.

KLEINMAN, A. The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition. New York: Basic Books. 1988

KLEINMAN, A. The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition. New York: Basic Books. 1988

KLEINMAN, A.;GOOD, B. Culture and Depression: studies in the antropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Los Angeles: University of California Press. 1985

KREITMAN, N. et al. Attempted suicide in social networks. British Journals of Preventive and Social Medicine, v.23, p.116-123. 1969.

KRÜGER, L. L.;WERLANG, B. S. G. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. Psico-USF, v.15, n.1, jan./abr. , p. 59-70. 2010.

LA DECOUVERTÉ. Visibilité/Invisibilité. Réseaux, 2005/1-2, n° 129-130. 2008.

LABOV, W. Sociolinguistic Patterns. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press. 1972.

- LANI-BAYLE, M e MILET, E. Traces de la vie: De l'autre côté du récit et de la résilience. Lyon: Éditions de la Chronique Sociale. 2012.
- LAULAN, A. M. Réseau(x). In: COMISSION FRANÇAISE POUR L'UNESCO (Ed.). La société de l'information: glossaire critique. Paris: La Documentation Française, v.123-125, 2005.
- LEENAARS, A. A. Edwin S. Shneidman on Suicide. Suicidology Online, v.1, n.5, p.2010. 2010.
- LESTER, D. Denial in Suicide Survivors. Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.25, n.2, p.78-79. 2004.
- LESTER, D. Qualitative research in suicidology: Thoughts on Hjelmeland and Knizek's: "Why we need qualitative research in suicidology". Suicidology Online, v.1, p.76-78. 2010.
- LESTER, D. Suicide and Culture. World Culture Psychiatry Research Review: official journal of World Association of Cultural Psychiatry. 2007.
- LESTER, D.;WALKER, R. L. The Stigma for Attempting Suicide and the Loss to Suicide Prevention Efforts. Crisis, v.27, n.3, p.147-148. 2006.
- LEVI, Y. et al. Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: An "impossible situation". Journal of Affective Disorders, v.111, p.244-250. 2008.
- LÉVINAS, E. Entre nous: essais sur le penser-à-l'autre. Paris: Bernard Grasset. 1991.
- LIN, N. et al. Social Support and Depressed Mood: A Structural Analysis. Journal of Health and Social Behavior, v.40, n. 4, Dec., p.344-359. 1999
- LIN, N.; WENSEL, W. N. Depression-Mobility and Its Social Etiology: The Role of Life Events and Social Support. Journal of Health and Social Behavior v.25, n.176-188. 1984.
- LOFEGO, J. et al. Itinerários terapêuticos: prática avaliativa centrada no usuário de longa permanência do Hospital de Saúde Mental do Acre. In: PINHEIRO, R.;MARTINS, P. H. (Ed.). Avaliação em saúde na perspectiva do usuario: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro, 2009.
- LONNQVIST, J. K. Psychiatric aspects of suicidal behavior: depression. In: HAWTON, K.;VAN HEERINGEN, K. (Ed.). The international handbook of suicide and attempt suicide. Chichester: Wiley, 2000. p.107-120.
- LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.31, n.2, pp.86-93. 2009.
- LUTGEN, V. R. Le deuil après suicide. L'accompagnement individuel. Empan, v.3, n.59, p.194-202. 2005.

MACIEL, S. C. et al. Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social: um Estudo com Familiares de Doentes Mentais. Psicologia Ciência e Profissão, v.29, n.3, p.436-447. 2009.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 18, n. 2, maio/ago, p.54-62. 2007.

MANN, J. et al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry, v.156, p.181-189. 1999.

MARI, J. J.;LEITÃO, R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. Rev. Bras. Psiquiatr., v.22, n.1, p.15-17. 2000.

MARTELETO, R. M. O lugar da cultura no campo de estudos da informação: cenários prospectivos. In: LOPES, M. *et al.* (Ed.). Informação e Contemporaneidade: perspectivas. Recife: Néctar, p.13-26. 2007.

MARTELETO, R. M. Redes sociais, informações e apropriação de conhecimentos em saúde nos espaços locais: os papéis dos autores In: EGLER, T. T. C.;TAVARES, H. M. (Ed.). Política pública, rede social e território. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2012.

MARTELETO, R. M. Redes Sociais, medição e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação. Pesq. bras. ci. inf., v.3, n.1, jan./dez. , p.27-46. 2010.

MARTELETO, R. M.;TOMÁEL, M. I. A metodologia de Análise de Redes Sociais (ARS). In: VALENTIM, M. L. P. (Ed.). Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação. São Paulo: Polis, 2005. p.81-100.

MARTELETO, R.; DE OLIVEIRA E SILVA, A. Redes e Capital Social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. . Ciência da Informação, v.33, n.3, set/dez, p.41-49. 2004.

MARTELETO, R.; STOTZ, E. N. Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2009

MCALPINE, D. D.; BOYER, C. A. Sociological Traditions in the Study of Mental Health: Services Utilization. In: AVISON, W. R. *et al.* (Ed.). Mental Health, Social Mirror. New York: Springer, p.355-378. 2006.

MCKENZIE, K. et al. Social capital and mental health. Br J Psychiatry, v.181, p.280-283. 2002.

MCMENAMY, J. et al. What do survivors tell us they need? Results from a pilot study. Suicide and Life-Threatening Behavior, v.38, p.375-389. 2008.

- MEDEIROS, M. M. Informação e representações sociais: um estudo com familiares de portadores de sofrimento mental. R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf., n.24, 2o sem., p.72-91. 2007.
- MELEIRO, A. et al. Suicídio: estudos fundamentais. 1995.
- MERCKLÉ, P. Sociologie des réseaux sociaux. Paris: La Découverte. 2004.
- MICHEL, K. David Lester – Denial in Suicide Survivors. Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.26, n.1, p.36-37. 2005.
- MILNER A., DE LEO D.: Who seeks treatment where? Suicidal behaviors and health care: Evidence from a community survey. Journal of Nervous and Mental Disease 198: 412-419, 2010.
- MOLINA, J. L. El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas. Empiria, v.10, Jul-Dic, p.71-106. 2005.
- MOREIRA, V.;TELLES, T. C. B. Experiências do estigma na depressão: um estudo transcultural. Psico-USF, v.13, n.2, jul/dez, p.233-241. 2008.
- MUNGIOLI, M. C. P. Apontamentos para o estudo da narrativa. Comunicação & Educação, v.23, jan./abr., p.49-56. 2002.
- O'CONNOR, R. C. et al. A Thematic Analysis of Suicide Notes. Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.20, n.13, p.106-114. 1999.
- OLIVEIRA, V. M. Competência em saúde mental (Mental Health Literacy): do conceito às estratégias na questão do suicídio no Brasil. (Mestre em Ciências)-Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.
- OMS. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UM MANUAL PARA MÉDICOS CLÍNICOS GERAIS. Genebra. 2002a.
- OMS. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UM MANUAL PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA. Genebra. 2002b.
- OMS. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UM RECURSO PARA CONSELHEIROS Genebra. 2006.
- OWENS, C. et al. Recognising and responding to suicidal crisis within family and social networks: qualitative study. BMJ, v.343, p.1-9. 2011.
- PANZARELLA, C. et al. Expanded Hopelessness Theory of Depression: On the Mechanisms by which Social Support Protects Against Depression. Cogn Ther Res, v.30, p.307–333. 2006.

PESCOSOLIDO, B. A. et al. How people get into mental health services: story of choice, coercion and "muddling through" from "first-timers". Soc. Sci. Med., v.46, n.2, p.275-286. 1998.

PESCOSOLIDO, B. A. et al. Rethinking theoretical approaches to stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). Social Science & Medicine, v.67, p.431-440. 2008.

PESCOSOLIDO, B. A.;GEORGIANNA, S. Durkheim, suicide and religion: toward a network theory of suicide. American Sociological Review, v.54, p.33-48. 1989.

PESCOSOLIDO, B. A.;WRIGHT, E. R. The view from two worlds: The convergence of social network reportsbetw een mental health clientsand their ties. Social Science & Medicine v.58, p.1795-1806. 2004.

PICKERING, W. S. F. Durkheim and Representations (Routledge Studies in Social and Political Thought). Oxford: Routledge, 2002.

PRIETO, D.;TAVARES, M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. J. Bras Psiquiatr v.54, n.2, p.146-154. 2005.

QIN, P. et al. Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register–Based Study of All Suicides in Denmark, 1981–1997. Am J Psychiatry, v.160, n.4, p.765-772. 2003.

RABELO, M. C. M. et al. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

RANDEMARK, N. F. R. et al. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. Texto Contexto Enferm, v.13, n.4, p.543-550 2004.

RICOEUR, P. Temps et récit. tome 1. Paris: Éditions du Seuil, 1983.

ROGERS, J. R.;APEL, S. Revitalizing Suicidology: A call for mixed methods designs. Suicidology Online v.1, p.92-94. 2010.

ROGINSKI, M. L'ACCOMPAGNEMENT THÉRAPEUTIQUE DU DEUIL APRÈS UN SUICIDE. L'Esprit du temps: Études sur la mort, n.127, p.151-171. 2005.

RORSMAN, B. Suicide in psychiatric patients: a comparative study. Social Psychiatry, v.8, p.55-66. 1973.

ROTELLI, F. Destitucionalização, uma outra via – a Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (Ed.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. p.17-59.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia. 2001.

SCHAFER, R. *Retelling a Life. Narration and Dialogue in Psychoanalysis*. New York: Basic Books. 1992.

SEELEY, M. F. Hotlines and Mental Health Services. Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.19, n.1, p.4-5. 1998.

SEGALL, A. The Sick Role Concept: Understanding Illness Behavior. Journal of Health and Social Behavior, v.17, n.2, p.162-169. 1976.

SEMINOTTI, E. P. et al. INTERVENÇÃO EM CRISE E SUICÍDIO: ANÁLISE DE ARTIGOS INDEXADOS. 2006.

SERPA JUNIOR, O. D. et al. A inclusão da subjetividade no ensino da Psicopatologia. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.11, n.22, mai/ago, p.207-222. 2007.

SHNEIDMAN, E. S. The Suicidal Mind Oxford: Oxford University Press. 1996.

SILVA, J. A. S. Interações familiares na decisão do suicídio. In: D'ASSUMPÇÃO, G. M. e BESSA, H. A. (Ed.). Morte e suicídio: uma abordagem multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1984.

SILVA, J. A. S. Interações familiares na decisão do suicídio. In: D'ASSUMPÇÃO, G. M.; BESSA, H. A. (Ed.). Morte e suicídio: uma abordagem multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1984.

SILVA, M. B. B. E. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.1, p.149-158. 2009.

SILVA, M. M. D. Suicídio - Trama da Comunicação. p. (Mestre em Psicologia Social)- Departamento de Psicologia, PUC-SP, São Paulo, 1992.

SILVA, M. N.; COSTA, I. I. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. Rev Tempus Actas Saúde Colet., v.4, n.1, p.19-29. 2010.

SILVA, V. F. D. et al. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. Cad. Saúde Pública, v.22, n.9, p.1835-1843. 2006.

SILVEIRA, R. et al. As redes sociais e o território: desafios para as transformações do cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Ed.). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ, 2009.

SMITH, K. P.; CHRISTAKIS, N. A. Social Networks and Health. Annu. Rev. Sociol., v.34. 2008.

SOUZA, A. N. D. PSQUIATRIA BASEADA NA NARRATIVA. In: NETO, A. C. *et al.* (Ed.). Psiquiatria para estudantes de medicina. Rio Grande do Sul: EDUPURS, 2003.

SOUZA, N. R. D.;RASIA, J. M. Modelo de reação familiar ao suicídio. Fam. Saúde Desenv., v.8, n.2, p.117-127. 2006.

STEINER, P. Altruisme, égoïsme et individualisme dans l'École durkheimienne. Arch.europ.sociol., v.50, n.1, p.35-59. 2009.

STOTZ, E. N. Redes Sociais e Saúde. In: MARTELETO, R. M.;STOTZ, E. N. (Ed.). Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

TADROS, G.;JOLLEY, D. The stigma of suicide. The British Journal of Psychiatry v.179, n.2, p.179-178. 2001.

TARDE, G. Contre Durkheim à propos de son Suicide. In: BERLANDI, M.; CHERKAOUI, M. (Ed.). Le Suicide un siècle après Durkheim. Paris: Les Presses universitaires de France, 2000. p.219-255.

THORSON, J.;ÖBERG, P. Was There a Suicide Epidemic After Goethe's Werther? Archives of Suicide Research, v.7, n.1, p.69-72. 2003.

TISSERON, S. La résilience. Paris: PUF, 2007.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cad. Saúde Pública, v.15, n.Sup. 2, p.7-14. 1999.

VALLA, V.;MARTELETO, R. Informação e educação popular: o conhecimento social no campo da saúde. Perspectivas em Ciência da Informação, v.3, jul/dez, p.8-21. 2003.

VICTORA, C. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. Cadernos de Saúde Pública, v.14, p.27-27. 1998.

WAISELFIZS, J. J. Mapa da Violência 2011: os jovens no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Justiça 2011.

WAYNE, S.;FENTON, M. Depression, Suicide, and Suicide Prevention in Schizophrenia. Suicide and Life-Threatening Behavior, v.30, n.1, p.34-49. 2000.

WEISSMAN, M. et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. Psychological Medicine v.29, n.1, p.09-17. 1999.

WENDLER, S.;MATTHEWS, D. Cultural competence in suicide risk assessment. In: SIMON, R. I.;HALES, R. E. (Ed.). The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2006. p.159-176.

WERLANG, B. S. G. Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia em casos de suicídio. p. (Doutor em Ciências Médicas)-Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2000.

WERNECK, G. L. et al. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.22, n.10, Out, p.2201-2206. 2006.

WHO. Figures and facts about suicide. Geneva. 1999

WHO. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report.2002.

WHO. Public health action for the prevention of suicide. Geneve. 2012

WITTE, T. K. et al. Factors of suicide ideation and their relation to clinical and other indicators in older adults. Journal of Affective Disorders, v.94, p.165-172. 2006.

WOLTON, D. Informer n'est pas communiquer. Paris: CNRS Editions. 2009

WRAY, M. et al. The Sociology of Suicide. Annu. Rev. Sociol., v.37, p.505-528. 2011.

ZONDA, T. Depression and Suicidal Behavior (Letters to the Editors). Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide, v.26, n.1, p.34-35. 2005.

**ANEXO I (Tradução e adaptação transcultural de LEAL et al., 2012)****McGill MINI Narrativa de Adoecimento**

Versão genérica para Doença, Adoecimento ou Sintoma

(Danielle Groleau, Allan Young & Laurence J. Kirmayer<sup>1</sup> 2006)

Nº de Identificação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

**Seção I. NARRATIVA SOBRE A EXPERIÊNCIA INICIAL DO****ADOECIMENTO**

1. Fale sobre a primeira vez que você sentiu que estava com o seu problema de saúde ou dificuldade (PS). *[Deixe a narrativa ir o mais longe possível, apenas motivando com perguntas: Então, o aconteceu? E então? Substitua os termos do entrevistado por 'PS' nesta e nas perguntas subsequentes]*
2. Nós gostaríamos de saber um pouco mais sobre como foi que você se sentiu. Você pode nos dizer quando você se deu conta que tinha esse problema (PS)?
3. Você pode nos dizer o que estava acontecendo quando você teve seu (PS)?
4. Estava acontecendo alguma coisa a mais? *[Repita quando for necessário para obter experiências e acontecimentos contíguos]*
5. Você procurou algum tipo de ajuda, tratamento espiritual, tratamento alternativo ou tratamento de qualquer outro tipo? Nos fale sobre como foi e o que aconteceu depois.
6. Se você procurou um médico, conte-nos sobre sua ida ao médico/hospitalização e sobre o que aconteceu depois.
  - 6.1. Você fez exames ou tratamentos após seu (PS)? *[A relevância desta questão depende o tipo do problema de saúde.]*

## **Seção II. NARRATIVA DE PROTÓTIPO**

7. No passado você já teve algum problema de saúde que você considera semelhante ao seu atual (PS)? *[Se a resposta à questão 7 for sim, então pergunte a questão 8.] [Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]*

8. Em que o seu problema de saúde passado é semelhante ou diferente do atual (PS)? *[Listar as semelhanças e as diferenças.]*

9. Alguma pessoa da sua família teve um problema de saúde semelhante ao seu? *[Se a resposta à questão 9 for sim, então pergunte a questão 10.]*

10. Em que o seu (PS) é semelhante ou diferente do problema de saúde da outra pessoa? *[Listar as semelhanças e as diferenças.]*

11. Você conhece alguém, que não seja da sua família, que teve um problema de saúde semelhante ao seu? *[Se a resposta à questão 11 é sim, então pergunte a questão 12.]*

12. Em que o seu (PS) é semelhante ou diferente do problema de saúde da outra pessoa? *[Listar as semelhanças e as diferenças.]*

13. Alguma vez você ouviu no rádio, leu numa revista ou livro, ou viu na televisão ou na Internet uma pessoa que tivesse o mesmo (PS) que você? *[Se a resposta à questão 13 é sim, então pergunte a questão 14.]*

14. Em que o problema de saúde dessa pessoa é semelhante ou diferente do seu? *[Listar as semelhanças e as diferenças.]*

## **Seção III. NARRATIVA DE MODELO EXPLICATIVO**

15. Você tem um outro termo ou expressão que descreva seu (PS)?

16. Na sua opinião, o que causou seu (PS)? *[Listar causa(s) primária(s).]*

16.1 Tem alguma outra causa que você acha que contribuiu para isso? *[Listar causas secundárias.]*

17. A seu ver, por que o seu (PS) se iniciou naquele momento?

18. Aconteceu alguma coisa dentro do seu corpo que poderia explicar o seu (PS)?

19. Na sua família, no seu trabalho e na sua vida em geral estava acontecendo alguma coisa que pudesse explicar o seu (PS)?

20. Você pode me dizer como isso explica o seu (PS)?

21. Você pensou que você poderia ter um <INTRODUZA A PALAVRA QUE DESCREVE O SINTOMA OU O MAL-ESTAR NA LINGUAGEM POPULAR>?
22. O que <NOME POPULAR> significa para você?
23. O que geralmente acontece com pessoas que tem <NOME POPULAR>?
24. Qual é o melhor tratamento para pessoas que tem <NOME POPULAR>?
25. Como as outras pessoas reagem diante das pessoas que tem um <NOME POPULAR>?
26. Quem você conhece que já teve este <NOME POPULAR>?
27. De que forma o seu (PS) é semelhante ou diferente do PS daquela pessoa?
28. Você considera que o seu (PS) está relacionado a coisas que aconteceram na sua vida?
29. Você pode nos contar um pouco mais sobre esses acontecimentos e de que modo estão ligados ao seu (PS)?

#### **Seção IV. SERVIÇOS & RESPOSTA AO TRATAMENTO**

30. Durante a sua ida ao seu médico para o seu (PS), o que o seu médico falou que era o seu problema?
  - 30.1 A outra pessoa que você procurou para o seu (PS), o que essa pessoa falou que era o seu problema?
31. O seu médico passou algum tratamento, remédio ou recomendações para você seguir? *[Listar todos.]*
  - 31.1 A pessoa que você procurou passou algum tratamento, remédio ou recomendações para você seguir? *[Listar todos.]*
32. Como você está lidando com cada uma dessas recomendações? *[Repita a questão 33 a 36 para cada recomendação, remédio e tratamento listado.]*
33. Você está conseguindo seguir este tratamento (recomendação ou medicação)?
34. Você acha que este tratamento funcionou bem? Por quê?
35. Você acha que este tratamento foi difícil de seguir ou não funcionou bem? Por quê?
36. Que tratamentos você esperava receber para seu (PS) que você não recebeu?

37. Que outra terapia, tratamento, ajuda ou cuidado você procurou?

38. Que outra terapia, tratamento, ajuda ou cuidado você gostaria de receber?

### **Seção V. IMPACTO SOBRE A VIDA**

39. Como o seu problema de saúde modificou a sua vida?

40. Como o seu (PS) mudou o modo como você se sente ou pensa sobre você mesma?

41. Como o seu (PS) mudou o modo como você vê a vida em geral?

42. Como o seu (PS) mudou o modo das pessoas te olharem?

43. O que te ajudou a passar por este período da sua vida?

*[Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]*

44. Como a sua família ou amigos te ajudaram a passar por este período difícil da sua vida?

*[Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]*

45. Como a sua fé, sua vida espiritual ou alguma prática religiosa ajudou você a atravessar este período difícil da sua vida? *[Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]*

46. Tem alguma coisa mais que você queira falar?

## ANEXO II



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIO

Gostaríamos que você participasse da pesquisa **“Experiência, narrativa e práticas infocomunicacionais: sobre o cuidado nas tentativas de suicídio” - sob a coordenação de Mariana Bteshe, para a Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT)**. Este projeto é um desdobramento da pesquisa “Prevenção, educação e promoção de saúde no risco de suicídio: através de um serviço de emergência psiquiátrica” realizada sob a coordenação do Prof. Dr. Carlos Estellita-Lins, associado a esta mesma instituição.

Leia com atenção as informações abaixo antes de concordar.

1. Você está sendo convidado a participar de uma entrevista, onde conversaremos sobre depressão, tentativa de suicídio, busca de ajuda e outros assuntos. Esta entrevista tem duração prevista de 2 horas.
2. Esta entrevista tem como objetivo conhecer melhor e ajudar as pessoas que fizeram planos de se matar, ou tiveram ideias de se matar, ou ainda que tentaram suicídio. Buscamos ainda compreender o diálogo com as pessoas (amigos, vizinhos, parentes) próximas a elas e como se deu a busca por cuidado. Sua opinião é muito importante para que possamos compreender melhor este problema.
3. O seu depoimento será gravado em áudio através da utilização de gravador digital. Não será feito nenhum outro procedimento que possa lhe causar qualquer desconforto. As gravações de áudio ficarão guardadas no laboratório do grupo de pesquisa, Laboratório de Informação Científica e Tecnológica em Saúde (LICTS), Av. Brasil, 4036. Prédio da Expansão, sala 709. Mangueiras. Tel: 38829235 sob a responsabilidade de Mariana Bteshe e do Prof. Dr. Carlos Estellita Lins. Elas ficarão guardadas durante cinco anos, devendo ser destruídas após este período.
4. Seu nome não aparecerá em qualquer momento da transcrição dos dados da pesquisa, pois você será identificado por uma letra e um número.
5. As gravações serão transcritas e utilizadas somente para fins acadêmicos. O áudio da entrevista poderá ser apresentado, total ou parcialmente, em congressos, simpósios, reuniões científicas, conferências, mesas redondas (nacionais e internacionais), aulas dirigidas aos profissionais de saúde ou em material de educação em saúde. Por isso solicitamos a cessão para utilização do áudio da entrevista em instrumento com esta finalidade. Garantimos que seus dados pessoais não aparecerão nas conclusões ou publicações.
6. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento de uso de áudio, ou interromper a participação a qualquer momento da pesquisa. A sua participação é voluntária. Pela sua participação você não receberá qualquer valor em dinheiro nem terá qualquer responsabilidade com as despesas para a realização deste estudo.
7. Os incômodos que podem ocorrer durante a entrevista são: a) constrangimento diante do tema suicídio e depressão; b) ansiedade durante sua participação; c) pensamentos intrusivos de remorso ou culpa após sua participação.
8. Os benefícios que podem ocorrer são: a) os conhecimentos gerados oferecerão uma oportunidade de entender, prevenir ou mesmo aliviar um problema que pode afetar o seu bem-estar como o de outras pessoas; b) enfrentar o

desafio de falar e mostrar seus problemas diante dos outros; c) esclarecer dúvidas sobre sua doença e o sistema de atendimento; d) oportunidade de participar de um espaço de troca e colaboração; e) ajudar a melhorar a assistência.

9. Caso você tenha alguma dúvida ou problema você deve ligar para Mariana Bteshe, 99871940, a qualquer hora.

10. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal (ITEM 9), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade no \_\_\_\_\_, expedido pelo órgão \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo no qual estou participando. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que as informações serão divulgadas para estudantes e profissionais de saúde. Sei que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar e confirmo ter recebido cópia desse documento por mim assinado.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

(Assinatura do Voluntário)

---

**Mariana Bteshe (Pesquisadora responsável)**

**Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT)/ FIOCRUZ. Endereço: Avenida Brasil, 4036, sala 709. Prédio da Expansão. Manginhos. Rio de Janeiro. Telefone (21) 38829235**

**Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**  
**Endereço: Av. Brasil, 4365. Manginhos. Rio de Janeiro. CEP: 21040-900**  
**Telefone: (21) 38659710 email: [cep@epsjv.fiocruz.br](mailto:cep@epsjv.fiocruz.br)**

**ANEXO III****AUTORIZAÇÃO DE USO DE VOZ**

Eu, (nome) \_\_\_\_\_, (nacionalidade) \_\_\_\_\_, (estado civil) \_\_\_\_\_, (profissão) \_\_\_\_\_, portador(a) da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida por \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na (endereço completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, por meio deste instrumento AUTORIZO Mariana Bteshe, inscrita no CPF sob o nº 054137647-07, a apresentar o áudio da entrevista (total ou parcialmente) realizada comigo, para fins acadêmicos e de pesquisa, em congressos, simpósios, reuniões científicas, conferências, mesas redondas (nacionais e internacionais), aulas dirigidas aos profissionais de saúde ou em material de educação em saúde.

A presente autorização é concedida, sem quaisquer ônus financeiros, conforme definido acima, com propósitos únicos e exclusivos de caráter científico e educacional. Estou ciente que sou livre para retirar esta autorização a qualquer momento, sem justificar minha decisão.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
(Voluntário)