

SUICÍDIO: ESTAMOS MESMO FALANDO DISSO?

Maria Lúcia Ortolan¹ (✉ ortolan78@gmail.com) & Hernani Pereira dos Santos²

¹ Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil; ² Universidade Estadual Paulista, Assis, São Paulo, Brasil / Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil

As indagações sobre o suicídio se deram de forma mais sistemática e científica com o movimento iluminista que refletia sobre as mortes ditas heroicas, como o caso de Sêneca, no qual o suicídio pode supor a dissolução de duas formas de corpo, o social e o simbólico (Brown, 2002). O século XVII, época o Romantismo traz clássicos como Goethe, com seu personagem suicida e, segundo Venco e Barreto (2014) foi então que se instaura no imaginário social, até hoje, de que, falar sobre suicídio o incita. A atualidade do século XXI traz muitas destas e outras marcações a respeito do suicídio, juntamente com as mudanças nos modelos econômicos, interferindo nas organizações de trabalho, o que tornou o fenômeno do suicídio múltiplo em sua significação, tornando-o um conceito polissêmico (Venco & Barreto, 2014). O discurso patologizante dos modos de vida, tendo como parceira a medicalização da vida, inscreve hoje o suicídio no campo dos transtornos mentais, sendo este um fenômeno que poderia se apresentar em quadros de depressão, ansiedade, bipolaridade, dentre outros. Alocar, então, o suicídio na área médica, de saúde, implica em tê-lo como temática de discussão nas políticas públicas de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1999 lança o Programa de Prevenção do Suicídio (SUPRE), com o intuito de alertar as nações sobre o tema, disseminando que a prevenção envolve, primeiramente, treinamento de equipes para que se tornem aptas ao acolhimento e atendimento desta população em específico, além de integração aos serviços ambulatoriais, tais como hospitais-dia (Souza et al., 2014), todavia, entende-se que no Brasil, ainda falta muito para a integração de programas de prevenção ao suicídio (Souza, 2010).

O Suicídio Como um Problema de Saúde Pública

Foi em 2006, pela Portaria nº 1.876 de 14 de agosto, que se instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006). As Diretrizes indicam que o suicídio é um fenômeno problemático grave de saúde pública. Reconhece-se nas diretrizes o grande impacto e danos causados aos familiares de indivíduos que se suicidaram, ou com tentativas de suicídio, e, mediante isto, torna-se necessário organizar uma rede de atenção à saúde garantindo cuidado integral no manejo dos casos de tentativa de suicídio, visando reduzir danos, agravamentos e também melhorar o acesso destes pacientes aos serviços especializados. Assim, entende-se ser possível a intervenção nos casos de ideações e/ou tentativas de suicídio, por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, tornando, assim, a morte por suicídio uma morte evitável (Brasil, 2006).

No setor primário de atenção à saúde, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que tem sido feito de ação programática a respeito do suicídio são os matriciamentos de equipe, com temas dentro da saúde mental (Athié & Delgado, 2013; Hirdes, 2015) e capacitação com os profissionais da enfermagem para avaliação do risco de suicídio (Pereira, Reinaldo, & Andrade, 2015). Segundo Gryscek e Pinto (2015), na UBS as práticas mais comuns em casos de tentativa de suicídio são os encaminhamentos para os serviços especializados e a medicalização. Já no nível terciário de atenção à saúde, destaca-se o Programa de Apoio à Vida (PRAVIDA), reportado no estudo de Sousa e colaboradores (2014). A PRAVIDA, um projeto de extensão vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC), foi criado em 2004, tendo como população alvo sujeitos com histórico de tentativa de suicídio que são encaminhados ao Hospital Universitário em Fortaleza. A assistência terapêutica prestada caracteriza-se por atendimentos psiquiátricos e psicológicos semanalmente por três meses que objetivam acolher o sofrimento do paciente e trabalhar as questões relacionadas a tentativa de suicídio.

DISCUSSÃO

Mediante as ações de prevenção ao suicídio aqui citadas, de entre inúmeras outras, de maneira geral, observa-se uma desresponsabilização,

estatal e cidadã, ao fenômeno do suicídio. Segue-se uma metodologia de atuação focada em as palestras, cursos, capacitações e matriciamentos, cujo discurso é predominantemente estatístico, medicalizante e patologizante dos sofrimentos cotidianos, assim acarretando em uma abstenção da implicação do sujeito, ou seja de sua responsabilidade. Em outros termos, poderíamos dizer que se trata de um discurso que dá maior força ao “impessoal” e à “inautenticidade”. Não há, pois, qualquer conexão vital entre este discurso e a vida própria, de singularidade e solicitude (Dutra, 2011). Discursos deste tipo reforçam a ideia de que o sujeito do suicídio é um sujeito genérico e sem história, desprovido de todo significado existencial. O suicídio torna-se um fenômeno que pode ser considerado como uma “coisa”, calculável e manipulável como outras, e, portanto, desprovido de qualquer conexão com o horizonte concreto de possibilidades de significação e de ação de pessoas com nome próprio.

Por outro lado, encontra-se, nessas ações, também um vetor de psicologização da vida: há discursos de uma responsabilização compulsória do sujeito suicida, desconsiderando aqui, as inúmeras tramas de sentido de sua existência singular e própria. A decisão pelo suicídio torna-se, então, propriedade de uma forma de existência marginal e em descaixe com o discurso do platô social dominante e normalizante: recai-se sobre a patologização ou sobre a reificação da diferença nas categorias sociais do “pobre”, da “família desestruturada”, da “pessoa psicologicamente frágil”, dentre outros. Novamente, encontra-se a ideia de um sujeito genérico e sem história, cujas escolhas são inteiramente o produto de fatores – “psicológicos”, “sociais” etc. – externos ao horizonte concreto de suas possibilidades de significação e de ação mais singulares. Assim, denuncia-se a posição da Psicologia ainda como uma ciência a serviço de normatização e da normalização de formas de existência.

As Micropolíticas do Suicídio: Medicalização da Vida e Patologização dos Fenômenos Cotidianos

Sobre a medicalização da vida e a patologização dos fenômenos cotidianos na sociedade de consumo atual, na qual, segundo Carvalho (2016) a produção de subjetividade é atravessada pelo capitalismo podemos citar Frances (2017) que, em seu último livro denuncia os efeitos da criação e atualização dos manuais de transtornos mentais, especificamente a última

edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), o livro *best-seller* da psiquiatria, segundo o autor, e o que dela se extrapolaria (dentro do cálculo e no controle das populações). Ora, ignora-se que os regimes estatais, econômicos e as regras neles estabelecidas impactam “*a construção do Eu e do Outro, alterando a imagem da identidade de si*” (Venco & Barreto, 2014, pp. 295-296). Pelo contrário, enfatizamos que o fenômeno do suicídio é atravessado por essas alterações, na medida em que o mundo atual vive em constante mutação, frente à indiferença à dor do outro, e até à própria dor. Deste ponto de vista, a medicalização para a cessação de um sintoma de angústia pode ser considerada, sim, uma indiferença perante, de fato, sou! Ao mesmo tempo em que o suicídio pode ser visto, também, como um modo de lidar com a angústia (Dutra, 2012), eliminando-a, é necessário considerar todas estas transformações de nossa época, onde o mundo se apresenta como hipervirtualizado e rápido, onde os laços sociais parecem frágeis e onde impera esta inapropriação de si que Heidegger (1927/1999) chama de “o impessoal” (*das Man*).

O cenário atual no qual o suicídio se instala é, pois, um território afetivo capturado pelo capitalismo, que estimula desenfreadamente o consumismo, altera as relações do emprego e desemprego, estabilidade e instabilidade, propiciando um sentimento de vazio e de incerteza. Pensa-se na cultura do mundo pós-moderno, no qual a violência está institucionalizada (Lins, 1999): o Estado que deveria proteger é aquele que mais violenta, subsidiando percepções a respeito do espaço social. Autores como Guattari (1977, 1989a, 1989b) e Negri (1992, 2000a, 2000b) discorrem sobre a produção de subjetividades e a política no cenário econômico vigente, o capitalismo.

A concepção de subjetividade que é aqui trabalhada entende-a como um processo coletivo e político, que é composto por inúmeros vetores, sendo a instância psicológica apenas mais um deles e não seu eixo norteador (Guattari & Rolnik, 1986). Sendo assim, a subjetividade não está somente atrelada a fatores biológicos e psicológicos, mas se trata também de “*fenômenos que dizem respeito à política, ao Estado, as tecnologias, bem como ao espaço urbano, aos meios de comunicação, a vida cotidiana e as mais variadas formas de agenciamentos indicativos das multiplicidades e dos diversos fluxos sociais*” (Soares, 2016, pp. 118-119).

O Capitalismo e o Suicídio

Tendo em vista a concepção de subjetividade exposta acima, faz-se necessário a discussão do capitalismo na produção e ordenação desta subjetividade: esta é, então, de natureza maquínica, “*essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida*” (Guattari & Rolnik, 1986, p. 25). Na medida em que o capitalismo se expande pela captura dos processos de subjetivação (Deleuze & Guattari, 1995), entende-se que o discurso do sujeito suicida está, de alguma maneira, falando sobre este tipo de subjetividade pós-moderna capitalística. A conversação entre o fenômeno do suicídio e o modelo econômico capitalista está no fato de que o capitalismo não ser apenas um modelo econômico que ordena a economia do país e sim um produtor de subjetividades, subjetividade esta frustrante e deprimida, que pode tornar favorecido o fenômeno do suicídio (Carvalho, 2016), de uma subjetividade que sucumbiria ao suicídio “*Nesse poema, experimentamos o desconcerto humano diante de sua ruína. A ideia nuclear de nossa desolação é repetida em termos cotidianos, crus, assustadores e cruéis. Se apressássemos o nosso convencimento, pela força poética, até que poderia cair bem afirmar que espetacularizado, é reatualizar o desconcerto poder de compra, o valor se fazendo carne até a sua autoconsumação, o nosso próprio empalhamento? Não seríamos, dessa maneira, o retrato desses homens ocios, fôrma sem forma, sombra sem cor, força*” (Carvalho, 2016, pp. 1-2), *entre milhões, numa espécie de solidão em massa. As pessoas agem entre si como estranha, numa relação de hostilidade mútua [...] somente resta ao indivíduo é ser vítima ou carrasco*” (Marx, 2006, p. 16). Assim, sociedade burguesa capitalística.

Sendo assim, faz-se a seguinte problematização: é possível abordar a prevenção do suicídio, em termos de políticas públicas, que levem em consideração todas estas variáveis da produção da subjetividade no capitalismo e na sociedade de consumo? A respeito da resistência frente ao movimento de captura do capitalismo, Deleuze e Guattari (1995) já propõem “*uma revolução molecular, a criação de máquinas de guerra autogestivas que viabilizem e potencializem os devires minoritários e os micromovimentos que subvertem os regimes molares já estratificados*” (cit. por Soares, 2016, p. 120). Todavia, a problemática ainda não se responde na temática no suicídio. Há uma hipótese diretiva de proposta feita neste trabalho: que se possa instituir políticas públicas em saúde e

educação, em todos os níveis de atenção, que possibilite o investimento na própria subjetividade, sendo esta a melhor estratégia de resistência frente ao modo capitalístico que subsidia o fenômeno do suicídio.

A felicidade Como Direito Social: Uma Aposta na Prevenção do Suicídio

O investimento na própria subjetividade é tratado aqui como a felicidade do sujeito – tendo como prerrogativa que a subjetividade produzida no fenômeno do suicídio trata-se de uma infelicidade. A felicidade, como proposta por Kant (2008) é “*uma finalidade da qual se pode dizer que todos os seres racionais a perseguem realmente*” (p. 54). A subjetividade, englobando aqui a questão da felicidade ou infelicidade, por exemplo, como foi percorrido por todo este trabalho, não se trata de uma prerrogativa individual, ou seja, os estados de felicidade ou infelicidade, assim como quaisquer outros, estão intimamente ligados com o modo de existência subjetiva que se é produzida pelo e no contexto do sujeito. Assim, deve-se assumir uma responsabilidade do Estado em relação à felicidade de seus cidadãos, por exemplo. Deste modo, aposta-se que, uma vez que a felicidade possa ser tratada quanto direito do sujeito assegurada nas políticas públicas, ter-se-ia afete ao combate do suicídio.

A fim de operacionalizar a construção da felicidade quanto direito social assegurado nas políticas, Greve (2013) traz a felicidade quanto central no desenvolvimento comunitário, na medida em que uma “*boa sociedade é também uma comunidade feliz, e podem-se buscar ações públicas que propiciem alcançar e continuar alcançando uma sociedade feliz, ou ainda mais feliz*” (p. 18). É importante ressaltar que a conceituação de felicidade em nível de política pública aqui proposta, como frente ao suicídio, não se trata de uma concepção filosófica utilitarista, que visaria a felicidade geral de uma grande quantidade de pessoas, massificando as singularidades; muito pelo contrário, faz-se uma militância em consonância às felicidades singulares, às singularidades felizes. Ainda com Greve (2013), no livro “Felicidade”, com um capítulo intitulado “Felicidade e Políticas Públicas: Alguma Ligação?”, o aumento de suicídios na sociedade atual também foi questão para o autor: “*o aumento de suicídios foi apontado como um impacto negativo nas sociedades*

modernas e, portanto, como um obstáculo ao desenvolvimento de uma sociedade feliz” (Greve, 2013, p. 117).

Em síntese, as políticas públicas e seus atores (nós, todos os cidadãos), têm um papel importante na redução das taxas de suicídio e tentativas deste. Espera-se que, para a efetivação desta medida, se invista na felicidade das sociedades modernas através da potenciação e visibilidade das singulares dos sujeitos. Investimentos que melhorem a saúde dos cidadãos, maiores níveis de segurança social, melhorias nas condições de emprego, segurança no trabalho e investimentos na educação tem que ser prioridades do Estado para a combate ao suicídio (Greve, 2013). E por fim, a necessidade de investimento nas relações sociais: *“o Estado de bem-estar social não pode garanti-las, mas pode apoiar estruturas na sociedade que as tornem mais fáceis de se alcançar, para, assim, aumentar o nível de felicidade”* (Greve, 2013, p. 166) e reduzir as taxas de suicídio.

REFERÊNCIAS

- Athié, K., Fortes, S., & Delgado, P. G. G. (2013). Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: Uma revisão crítica (2000-2010). *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8(26), 64-74.
- Brasil. (2006). Portaria nº 1.876 de 14 de Agosto de 2006. *Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio*. Brasília: Poder Executivo.
- Brown, R. M. (2002). *El arte del suicídio*. Espanha: Síntese.
- Carvalho, A. F. de. (2016). Félix Guattari e a produção de subjetividade na sociedade de consumo: Questões atuais desde a filosofia da educação. *Actas*, 3, 1-15.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). *Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia* (Vol. 1). Rio de Janeiro, RJ: Ed. 34.
- Dutra, E. (2011). Pensando o suicídio sob a ótica fenomenológica hermenêutica: Algumas considerações, *Revista de Abordagem Gestáltica*, 17(2), 152-157.
- Dutra, E. (2012). Suicídio de universitários: O vazio existencial de jovens na contemporaneidade, *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, 12(3), 924-937.

- Frances, A. (2017). *Voltando ao normal: Como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade mental e o que pode ser feito para retomarmos o controle*. Versal Editores: Rio de Janeiro.
- Guattari, F. (1977). *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense.
- Guattari, F. (1989a). *As três ecologias*. Campinas: Papirus.
- Guattari, F. (1989b). *Cartografias esquizoanalíticas*. Buenos Aires: Manantial.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (1986). *Micropolítica: Cartografias do desejo*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Greve, B. (2013). *Felicidade*. Editora UNESP: São Paulo.
- Gryschek, G., & Pinto, A. A. M. (2015). Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3255-3262.
- Heidegger, M. (1999). *Ser e Tempo*. 8ª ed. Petrópolis: Vozes (Original publicado em 1927).
- Hirdes, A. (2015). A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 371-382.
- Kant, I. (2008). *A paz perpétua e outros opúsculos*. Edições 70: Lisboa.
- Lins, D. S. (1999). *O dedo no olho: Micropolíticas do cotidiano*. Annablume: São Paulo.
- Marx, K. (2006). *Sobre o suicídio*. São Paulo: Boitempo.
- Negri, A. (1992). *O poder constituinte: Ensaio sobre as alternativas para a modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Negri, A. (2000a). *Kairòs, Alma, Vênus, Multidão: Nove lições ensinadas a mim mesmo*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Negri, A. (2000b). *Cinco lições sobre o Império*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Pereira, A. de A., Reinaldo, A. M. dos S., & Andrade, D. C. L. (2015). Formação dos enfermeiros em saúde mental que atuam na atenção primária à saúde: Contribuições teóricas. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 14(1), 8-14.
- Souza, F. G. M. (2010). Suicídio: Dimensão do problema e o que fazer. *Debates*, 2(5), 6-8.
- Sousa, N. R. P. de, Souza, B. C. de, Aquino Neto, J. M. de, Gomes, M. H. R., Sá, I. S. L. B. de, Teixeira, L. K. A., & de Matos, F. G. (2014). Programa de apoio à vida (PRAVIDA): Integrando pesquisa, intervenção e ensino para a

prevenção do suicídio. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 3(2), 1-11.

Venco, S., & Barreto, M. (2014). O sentido social do suicídio no trabalho. *Revista do Tribunal Superior do Trabalho*, 80(1), 294-30.