

SUICÍDIO. UM FENÔMENO SILENCIOSO E SILENCIADO

Adriana Moro¹
Ariane Woehl²
Claudio Luis da Cunha Gastal³
Brena Anaisa Trindade⁴

RESUMO

O Suicídio, enquanto fenômeno social, cultural, histórico e ao mesmo tempo individual, tem preocupado as diversas instâncias organizacionais, dentro dos Serviços de Saúde. No Brasil, conforme relata Minayo (2010), o reconhecimento da violência pela área da saúde vem se fazendo de forma fragmentada, lenta, intermitente, todavia progressiva. Objetivou-se com esta pesquisa, conhecer as causas do silêncio frente ao suicídio, bem como as dificuldades sociais vivenciadas pelos familiares, vítimas deste fenômeno. A metodologia para conseguir identificar o que acontece com esta comunidade foi a pesquisa prospectiva básica, descritiva, transversal e qualitativa. Para tradução dos dados coletados foi utilizado à técnica de análise temática do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Abordar a temática neste estudo sobre o suicídio por si só, já caracteriza a complexidade que é para os trabalhadores de saúde em pensar, planejar, e criar estratégias de ações em saúde, para combater e/ou diminuir este fenômeno, bem como acolher os sobreviventes de um ato suicida. Quando se destina o olhar para os indicadores de saúde, de morbimortalidade, consegue-se traduzir em tela, a importância de refletir sobre o suicídio, que apesar de prevenção de muitos casos, ainda há uma distância em ações em saúde na prevenção e no acolhimento dos familiares. Quietude está disseminada tanto por parte dos Serviços de Saúde, quanto dos familiares sobreviventes de um suicídio exitoso. A morte por suicídio é dolorosa. O suicídio é um ato de extrema violência que não se esgota nele mesmo, atinge diretamente os familiares e amigos da pessoa que se auto violentou.

Palavras-Chave: Suicídio. Família. Saúde.

¹Enfermeira. Doutora em Políticas Públicas/UFPR. Colaboradora da Secretaria Municipal de Saúde de Mafra e Docente da Universidade do Contestado Campus Mafra. Integrante dos grupos de pesquisa Política, Avaliação e Gestão em Saúde/UFPR e NUPESC/UnC. Universidade do Contestado. Mafra. Santa Catarina. Brasil. E-mail: adri.moro@gmail.com

²Assistente Social. Especialista em Gestão de Saúde Pública/UnC. Colaboradora da Secretaria Municipal de Saúde de Mafra. Mafra. Santa Catarina. Brasil. E-mail: arianewoehl@ibest.com.br

³Médico, Doutor em Ciências Humanas pelo Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas/UFSC. Docente da Universidade do Contestado Campus Mafra. Mafra. Santa Catarina. Brasil. E-mail: claudiogastal@brturbo.com.br

⁴Graduanda em Enfermagem/UnC. Integrante dos grupos de pesquisa Política, Avaliação e Gestão em Saúde/UFPR e NUPESC/UnC. **Universidade do Contestado**. Mafra. Santa Catarina. Brasil. E-mail: anaisabrena@hotmail.com

SUICIDE. A SILENT AND SILENCED PHENOMENON

ABSTRACT

Suicide, as a social, cultural, historical and at the same time individual phenomenon, has preoccupied the various organizational instances within the Health Services. In Brazil, as reported by Minayo (2010), the recognition of violence by health in a fragmented, slow, intermittent, yet progressive way. The objective of this research is to know the causes of the silence when facing suicide, as well as the social obstacles experienced by relatives who are victims of this phenomenon. To identify what happens with this community, we used the methodology of descriptive, transversal, qualitative, basic prospective research. For translation of the collected data, it was used a technique known as Collective Subject Discourse (CSD). Only in addressing such issue in this study, we manifest the complexity at which health workers are involved in thinking, planning and adopting strategies in this field, aiming at the combat and/or reduction of this phenomenon, as well as taking care of the survivors of a suicidal act. If one looks at the indicators about health and morbimortality, one translates the importance of thinking about suicide to the screen, which - although prevention in many cases exists - there is still some distance to go in terms of prevention and family care. Silence that is disseminated by both health services and the remaining relatives of an accomplished suicide. Death by suicide is painful. Suicide is an act of extreme violence that does not end in itself and affects directly both family and friends of the person who self inflicts it.

Keywords: Suicide. Family. Health

INTRODUÇÃO

Ao refletir-se a complexidade das violências externas, e buscando respostas sociais e históricas a esses fenômenos, deparam-se com um tipo de violência no mínimo embaraçoso, e ainda silencioso, o suicídio. Falar da morte, sendo esta uma condição natural da vida de todos traz a reflexão sobre as circunstâncias que envolvem o suicídio, motivando a debruçar o olhar, sobre este fenômeno histórico, social e individual (BERTOLOTE, 2004).

O Suicídio, enquanto fenômeno social, cultural, histórico e ao mesmo tempo individual, tem preocupado as diversas instâncias organizacionais, dentro dos Serviços de Saúde. No Brasil, conforme relata Minayo (2010) o reconhecimento da violência pela área da saúde vem se fazendo de forma fragmentada, lenta, intermitente, todavia progressiva.

A morte na maior parte das vezes, chega sem ser convidada, sem ser desejada, parecendo vir de fora, interrompendo todos os direitos civis do indivíduo, e, mesmo que ele tenha consciência de sua inevitabilidade, geralmente a considera como algo longínquo. São poucas as pessoas que pensam ou aguardam prazerosamente a morte. A maioria espera viver até a velhice, programando a cada instante a próxima

etapa de suas vidas. Entretanto a morte pode ocorrer a qualquer momento e acontece, indiscriminadamente, com ricos e pobres, bons e maus, adultos e crianças, famosos e desconhecidos, é uma possibilidade que existe permanentemente para as pessoas, desde que nascem (WERLANG, 2000).

Os números das situações de suicídios podem ser observados por meio das notificações compulsórias, de intoxicação exógena ou violência autoprovoada ou mesmo nas declarações de óbito, quando os mesmos são os suicídios exitosos. Todavia, mas este cenário traduz somente uma parte de um fenômeno subnotificado. Dessa maneira não se pode diminuir a complexidade do trabalho frente aos sobreviventes de um suicídio, bem como o acompanhamento das pessoas em sofrimento mental (CASSORLA et al., 1994).

Segundo Solomon (2014) o suicídio é espantosamente comum e mais disfarçado e camuflado que a depressão. Tendo em vista a maquiagem que encobre o reconhecimento das tentativas de suicídio e o êxito do mesmo, por exemplo como acidentes de trânsito, acidentes domésticos, falência de órgãos, entre outras causas.

Os indicadores de saúde, de morbimortalidade, traduzem a importância de refletir sobre o suicídio, que apesar das várias medidas já tomadas pelas autoridades competentes, ainda é reflexo de uma distância entre a teoria e a prática assistencial em ações em saúde na prevenção e no acolhimento.

Botega (2015) afirma que a cada 45 segundos, no mundo, ocorre um suicídio. Havendo um contingente de 1.920 pessoas que colocam fim à vida diariamente. Estas informações causam impacto, e alerta sobre a necessidade de atuar tecnicamente em rede para diminuir os indicadores desse fenômeno tão complexo. Os reflexos dos cenários do suicídio são conhecidos em muitos níveis de Atenção em Saúde. Porém, não são notórios como estas violências externas, impactam a vida diária de uma sociedade. No entanto, a necessidade de se discutir a violência de modo geral, trouxe à tona o problema do suicídio (BOTEGA et al., 2006).

Segundo Brown (2001) existe uma clara tendência de aumento das taxas de suicídio entre jovens, tendo o suicídio tornando-se a partir do ano de 2000, uma das três primeiras causas de morte entre adultos jovens no mundo inteiro. A maior tendência no aumento das taxas de suicídio tem se dado em países desenvolvidos, embora os países não desenvolvidos também apresentem aumento (KRYZHANOVSKAYA; PILIYAGINA, 1999).

A média das taxas de suicídio no conjunto do Estado de Santa Catarina, para os anos de 1996 a 2005, foi de 7,65 suicídios para cada cem mil habitantes, cerca de duas vezes o valor da taxa de suicídio que o Brasil apresentou no ano de 1999 (SERRANO, 2008).

Observa-se na pesquisa realizada por Gastal (2004) que as taxas de suicídio na cidade de Mafra/SC, traduzem importante preocupação. Fazendo um comparativo com os suicídios ocorridos deste o ano de 1980 até o ano de 2002, tiveram um aumento bastante significativo nas faixas etárias de 25 a 34 anos (4500%) e 55 a 64 anos (680%). Ainda como dado significativo desta pesquisa, há de se ver que a média

de suicídio entre homens também aumentou nestes anos (373%) A média de suicídio por ano é 7.73 por 100.000 habitantes, maior que a média mundial.

Reconhecer os sinais de alerta ao risco de suicídio e a dificuldade de acompanhar os sobreviventes, culmina na preocupação frente à prevenção de atos violentos, dentro do contexto social. Solomon (2014), afirma que o suicídio nem sempre é uma tragédia para a pessoa que morre, mas sempre chega cedo e rápido demais para os que ficam.

Para Worden (1998), os familiares de um suicida não só ficam com uma sensação de perda, mas ficam com uma herança de vergonha, medo, rejeição, raiva e culpa. Os enlutados sofrem uma pressão depois dos fenômenos bem sucedidos, que interferem e definem o comportamento da própria família e suas relações sociais.

METODOLOGIA

Esta pesquisa surgiu de inquietação diante ao número de notificações de tentativas de suicídio e dos suicídios exitosos em uma cidade do Planalto Norte de Santa Catarina.

Tratou-se de uma pesquisa com a metodologia qualitativa, prospectiva básica descritiva e transversal na qual foram analisados discursos de famílias com conteúdos relacionados a posturas, sentimentos e crenças ao fenômeno suicídio (MINAYO, 1992 *apud* LEFÈVRE, 2003).

A coleta de dados ocorreu através da entrevista aberta semiestruturada, adaptada da proposta de uma entrevista para autópsia psicológica em casos de suicídio de Blanca Susana Guevara Werlang (2000), com roteiro inicial de caracterização dos entrevistados, das vítimas e seguindo de 10 (dez) questões abertas. As entrevistas foram realizadas no período de julho a agosto de 2015, utilizando como instrumento de registro um micro gravador de voz e após as mesmas foram transcritas na íntegra.

Foram sujeitos da pesquisa, cinco pessoas da Região do Sul do Paraná e Planalto Norte de Santa Catarina, os mesmos são sobreviventes (figuras parentais) de um suicídio exitoso que aconteceu nos últimos cinco anos, escolhidos aleatoriamente após consulta aos registros do Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde de Mafra e das notificações dos Sistemas da Vigilância Epidemiológica SINAN (Sistema Nacional de Agravos Notificação) e SIM (Sistema de Informação em mortalidade).

Para análise das falas dos sujeitos optou-se pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo. Esta metodologia caracteriza-se pela reconstrução, a partir das respostas individuais, de quantos discursos-síntese forem necessários para expressar uma representação social. A construção dos discursos se dá pela junção de fragmentos das respostas dos entrevistados. Esses fragmentos são as expressões-chave, e se

constituem do que é essencial dentro de uma determinada ideia central em torno do qual será elaborado um discurso. Assim, uma ideia central advém de um conjunto de expressões chave identificadas a partir de diferentes respostas à determinada pergunta proposta pelo questionário (LEFÈVRE, 2003).

Esta pesquisa seguiu os princípios do sigilo e o anonimato garantidos mediante a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, fornecido no ato da entrevista, obedecendo à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos. A mesma foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Contestado sob nº 45441615.9.0000.0117.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os sujeitos, os vínculos familiares foram diversos: irmãos, mãe, filho, sobrinho. A idade dos entrevistados variou entre 38 a 55 anos. Com relação ao estado civil das vítimas, temos 02 divorciados, 01 solteiro, 01 casado e 01 viúvo. A religião praticada pelas vítimas pesquisadas era católica. A escolaridade oscilou entre 02 vítimas com 1º grau incompleto, 01 vítima 1º grau completo, 01 pós-graduado e 01 com 3º grau incompleto. Em relação à profissão exercida pelas vítimas, 01 era estudante, 01 militar e 03 do lar.

Observando o perfil das vítimas, destaca-se o sexo das vítimas que foram bem sucedidas no ato suicida, sendo 03 femininos e 02 masculinos. Os instrumentos utilizados para os suicídios pesquisados foram 03 por enforcamento, 01 arma de fogo e 01 queda. O horário no qual o fato ocorreu teve predomínio do período matutino até início da tarde.

Os espaços físicos, no qual os suicídios ocorreram, foram: 03 nas próprias residências e 02 em outros locais, sendo um em prédio privado e outro na casa dos pais. Quanto às vítimas, 04 realizavam tratamento especializado com psiquiatra, 03 com psicólogos e 01 com neurologista, sendo que um dos entrevistados já havia sido internado em Hospital Especializado pela tentativa anterior de suicídio. Todavia, mesmo estando aparentemente em tratamento, pelo relato dos familiares, pode ser observado uma descontinuidade do tratamento.

A idade da vítima mais nova era de 19 anos e a mais idosa era de 71 anos. Destaque que 80% estão na faixa etária acima dos 45 anos. A profissão se enquadrou em 60% do lar, 20% militar e 20% estudante.

Observa-se nos DSC que justificaram a ideia central 1 – “Sempre há um motivo” que a depressão foi um fator comum percebido pelos sujeitos utilizado como possível explicação para o evento, ou seja, desencadeante para o comportamento suicida. Outros adjetivos também foram destacados como o suicídio ser um ato de desespero e uma maneira de findar os sofrimentos.

Cabe destacar que a depressão não é isolada dentre os demais fatores que influenciam o sofrimento mental. É uma doença, com bases biológicas cada vez mais esclarecidas, sendo a hereditariedade um peso determinante, e vários membros de uma mesma família podem ser acometidos pelo problema. A depressão é uma das doenças mais frequentes na prática clínica geral e como a mesma é subnotificada e subtratada por desconhecimento e/ou preconceito, o suicídio é a consequência mais trágica da doença (BOTEGA, 2015).

Estima-se que 90% das pessoas que tiraram a própria vida apresentaram algum tipo de transtorno mental nos últimos seis meses de vida. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS), realizou um estudo em diferentes regiões do mundo, de quase dezesseis mil casos de suicídios, todavia, em apenas 3% não foi possível fazer um diagnóstico psiquiátrico (FONTENELLE, 2008).

A depressão pode ser um dos fatores estressores, acontecendo de maneira vinculada a outros, mas não necessariamente somente ela leva ao suicídio. Comumente, a depressão aparece combinada a outras condições mentais que agravam o risco de suicídio: impulsividade, agressividade, abuso e dependência de substâncias psicoativas e transtornos de personalidade (BOTEGA, 2015).

O indivíduo em geral, assim como especificadamente o indivíduo suicida, não pode ser considerado, então fora de seu ambiente familiar, social, nem se reduzir exclusivamente a sua dinâmica intrapsíquica. Cada indivíduo está em interação intensa com os membros da família e sociedade. Portanto, os problemas individuais não tem só um sentido, mas sim, certamente, uma função no contexto mais amplo onde surgiram (WERLANG, 2000).

Botega (2015) afirma que para algumas pessoas, o marcante da depressão não é a tristeza e sim a angustiante sensação de vazio, de falta de sentido e de ausência de sentimentos.

Um suicídio nunca tem uma causa única ou isolada. O que se costuma atribuir como a causa de um suicídio é a expressão final de um processo de crise vivido pela pessoa (MOURA et al., 2011).

Sabe-se que o suicídio é considerado multifatorial, que pode ou não estar associado a uma patologia psiquiátrica. Então a violência autoprovocada, pode ocorrer por um fator de risco isolado ou estar integrada as diferentes causas, ou até mesmo que se relacionam entre si, como: emocionais, sociais, psicológicos, culturais, religiosos, doenças psiquiátricas, socioambientais, dependência química, fatores biológicos, e até mesmo a faixa etária deve ser analisada, para identificar os fatores de risco de um suicídio (BOTEGA, 2004).

Todavia, mesmo tendo conhecimento de que a depressão e outros fatores podem levar um indivíduo ao suicídio é colocado por um dos sujeitos entrevistados que: *“fica uma lacuna no meio disso tudo, uma dúvida”*. Não se pode tentar explicar o que o sujeito quis dizer em relação à dúvida que tem sobre o evento, mas que ainda, além do que é entendível, pode haver outras “forças”, outros “motivos”, “impulsos” para tal.

Desta maneira, o suicídio, ou as suas tentativas, se inserem nas inter-relações familiares e se constituem em elemento que promove alguma espécie de interação. O indivíduo que efetivamente se mata pode estar querendo resolver um problema do único modo que considera possível (SOUZA; RAZIA, 2006).

Observa-se nos relatos que 80% dos entrevistados em um primeiro momento sentiram culpa após o suicídio do parente e 20% raiva em relação ao ato suicida de seu familiar, seguidos desse sentimento, depois da elaboração muita tristeza e desespero.

Segundo Botega (2015) após o choque inicial da notícia do suicídio, vêm os sentimentos de culpa e de responsabilidade pela morte. Ao mesmo tempo, o suicídio impõem a rejeição e o abandono por parte da vítima. Isso costuma misturar e confundir raiva com tristeza e, conseqüentemente gerar mais culpa.

Destaca-se no DSC 01 e 02 o sentimento maciço da culpa, com a expressão “[...] e se [...]”. É praticamente impossível não se questionar sobre o que poderia ter sido feito para impedir o suicídio de alguém próximo. Segundo Fontenelle (2008) todos passam por isso.

Outro importante ponto que merece destaque, além do familiar se culpar, é a “culpabilização da vítima”, ou seja, colocar a culpa no próprio indivíduo suicida, que em condição de doente não conseguiu fazer as melhores escolhas, e na impulsividade retirou a própria vida.

As pessoas que praticam um suicídio com sucesso, não raro se sentem deslocados das sociedade. Solomon (2014), afirma que não é incomum o suicida acreditar que é um peso para os outros.

O suicídio é tomado como uma mensagem que se quer passar, como uma marca que se pretende deixar na vida de outra pessoa. Como pode ser observado nas expressões “*Queria chamar atenção...*”, “*Foi uma maneira dele me castigar, pra eu me sentir culpada o resto da minha vida*”. Na maioria das vezes, não se espera que ocorra o suicídio, uma morte sempre violenta e chocante, que não é vista como uma forma socialmente aceitável de se morrer. A realidade da perda, gradualmente irá penetrar na vida das pessoas enlutadas, com sentimentos que podem variar de tristeza e vazio a raiva, confusão e rejeição (BOTEGA, 2015).

Para Clark (2007), quando a morte se deu por suicídio, fatores como estigma social, medo, culpa e autoacusaçãõ podem afetar o apoio que nos oferecem, bem como nossas reações.

A vivência de ser um sobrevivente de um suicídio não é fácil. Destaca o quanto o DSC, retrata essa constatação. O estigma social, a vergonha e o embaraço selam o isolamento da dor e silenciam o assunto. O suicídio se transforma em uma dor que não pode ser compartilhada. Em termos pessoais e sociais, é uma tragédia silenciosa e silenciada (BOTEGA, 2015).

Dentre o DSC, destaca-se o sentimento de superação do luto e até mesmo certo alívio por parte dos entrevistados, principalmente os que vivenciaram isso já há

mais tempo, de certa maneira um novo estágio de suas vidas. É difícil para o ser humano aceitar que esse sentimento de alívio faça parte do processo de cicatrização da dor, mas isso é natural segundo Fontenelle (2008). O que se reflete muito nos discursos com as palavras “saudades”.

Todavia, percebe-se um sentimento de ambiguidade entre a aceitação e a não aceitação, mas mesmo sendo destacado pelos entrevistados que “a vida continua”, o evento do suicídio deixa marcas e gera uma reflexão contínua nos familiares que por este evento passaram, ficando evidente no relato “isso nunca vai passar [...] faz parte da minha vida”.

Em geral luta-se pela vida e pensa-se na morte de forma genérica e abstrata como algo distante, neste ponto o indivíduo suicida é ameaçador, fere devoções e expectativas ao trazer a morte para mais perto, ele desafia subterfúgios existentes de quem o atende (BOTEGA, 2015). Assim como, a vivência do suicídio de um ente querido faz com que necessite-se reconhecer os pré-conceitos acerca do assunto, pois quando uma pessoa morre por motivos de doença, acidente, por mais desconfortável que seja todos demonstram solidariedade imediata, querem saber dos detalhes, falam abertamente sobre a situação, oferecem conforto. No suicídio, não.

O incomodo se expressa no silêncio, na ausência do que dizer, no inconformismo, na incredulidade. Segundo Fontenelle (2008) é como se as palavras fossem inúteis. Pelos discursos dos familiares podemos perceber exatamente a dor do pré-conceito e a dificuldade em reconhecer que talvez a família que “eu julgava” não ter “feito nada”, talvez não tenha sabido fazer, trazendo um sentimento de incapacidade ao reconhecimento das próprias limitações em relação à situação.

Os questionamentos “Foi suicídio? Ele se matou?. Tirou a própria vida?”. Seja lá qual for o formato, sempre se responde à pergunta “como fulano morreu? E se responde que foi suicídio, o constrangimento é imediato. Infelizmente, parte do motivo por trás do silêncio é o fato de que suicídio ainda é um tabu; as pessoas não sabem lidar com a morte voluntária (FONTENELLE, 2008).

O suicídio insere-se na mortalidade ocasionada pelas chamadas causas externas. Entre elas estão acidentes de trânsito e homicídios. Mortes com intenção indeterminada ou de causa mal definida mascaram considerável proporção de casos de suicídio, principalmente entre adultos jovens do sexo masculino. (BOTEGA, 2015)

Observa-se nos DSC da ideia central 5 que as vítimas deixaram de alguma maneira explícita ou não sinais de suas intenções. Apesar de que para alguns casos estes sinais não eram evidentes, mas segundo Fontenelle (2008), o silêncio pode também ser um indicativo de despedida.

De maneira geral, as sinalizações sejam elas verbais ou não, conduzem a uma despedida, uma indicação de que a pessoa não planeja estar por perto num futuro próximo (FONTENELLE, 2008).

É importante observar que 40% das vítimas cujos parentes responderam a esta pesquisa se enquadram nos sinais, que alguns autores chamam de traiçoeiros, ou seja, falsa melhora, por enganar quem está próximo à pessoa. Fontenelle (2008) diz

que trata-se de uma aparente tranquilidade e melhora demonstrando algo longe de ser real.

Todavia, muito da prevenção do suicídio poderia ser realizada no reconhecimento dos sinais de suicídio. Mas é nítido nos relatos, principalmente como este “[...] *são muitos comentários que a pessoa suicida diz que você não dá devida importância [...]*” e o pior de todas as situações é que a família, mesmo depois de passar por esta situação continua achando que a pessoa precisa “*se ajudar*”, quando este é um dos mais evidentes sinais de risco, a não aceitação do problema.

Outros pontos dos DSC aqui colocados chamam a atenção como o afastamento, o não desejo do convívio social, esses são sinais agravados da depressão que podem levar a um suicídio exitoso.

Dessa forma a prevenção do suicídio deve ser indicada no caso de grupos populacionais com altíssimo risco de suicídio. É por isso que dar especial atenção a pessoas que tentaram se matar é um das principais estratégias em prevenção do suicídio. Espera-se que os serviços de saúde incorporem a prevenção dos suicídios, como um componente essencial e rotineiro no rol de suas funções (BOTEGA, 2015).

Um importante ponto de prevenção de novos casos na própria família é o oferecimento de acompanhamento psicológico aos familiares que perderam entes queridos por suicídio. Nesta amostra, 03 dos entrevistados atualmente fazem acompanhamento com profissionais de saúde e 02 não realizam nenhum tipo de acompanhamento.

Sobre o atendimento de saúde que estão recebendo após o evento do suicídio familiar alguns relatos nos chamam a atenção:

“[...] eu fui muito amparado depois pelo psicólogo.” [...] “você tem os altos e baixos, e tem épocas que você acha que está bem e não precisa de ajuda e tem outras épocas que você reconhecer que precisa ser ajudada.” [...] agente precisa de apoio depois, ficamos muito fragilizadas.” [...] você terá que aprender a lidar com a situação e sozinha é muito mais difícil.”

Ao serem questionados se na época que o fato aconteceu se os Programas de Saúde disponibilizassem algum serviço de amparo aos sobreviventes de um suicídio exitoso se participariam, 80% deles disseram que sim:

“sem sombra de dúvidas, que participaria; [...] “não, eu não podia falar no assunto [...] Chorava muito. Depois eu falei com o psicólogo. E foi aos poucos depois que terapia que me ajudou.”

Percebe-se então, como é fundamental os Serviços de Saúde estarem disponíveis, facilitando o acesso às pessoas sobreviventes de um suicídio. Da mesma forma o profissional da saúde também sente o impacto emocional de um suicídio. Ele deverá estar preparado para isso, pois, além de lidar com seus sentimentos, poderá dar assistência aos familiares do falecido ou, em um contexto institucional, a pacientes e a equipe assistencial (BOTEGA, 2015).

O apoio profissional, familiar e dos demais amigos, contribuem muito para superação do luto. “[...] *o que mais eu sentia falta de um abraço dos amigos [...]*”; “[...] *a ajuda da família é muito importante*” [...] “[...] *minha família, meus amigos e depois psicólogo me ajudaram bastante para superar esta fase difícil depois.*” O processo de luto que se segue a um suicídio costuma ser mais difícil e mais doloroso, tanto para familiares e amigos, como para profissionais da saúde, pois combina sentimento de tristeza e de raiva, este último em reação à violência imposta pelo suicídio. (BOTEGA, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte é sempre um acontecimento que envolve dor, tristeza e sofrimento, mas para aqueles que perdem alguém por suicídio, esse processo é diferente porque envolve questionamentos e emoções que não fazem parte dos outros tipos de perda. Isso ocorre porque, ao contrário de outras mortes, quando alguém tira a vida, ele deixa para trás interrogações que nunca serão inteiramente respondidas. E essas dúvidas dizem respeito diretamente àqueles que o amavam.

O silêncio que reina nos núcleos familiares, enredam o dia a dia das pessoas mais próximas, provocando mistos de sentimentos e indagações, que muitas vezes não são percebidas pelos serviços de saúde, pela comunidade e às vezes pelos membros destas famílias.

Dispensar um olhar acolhedor aos sobreviventes de um suicídio exitoso, balizando ações de acolhimento e solidariedade são fundamentais nos Serviços de Saúde.

Parece impossível esgotar o tema do suicídio, suas causas, seus sinais e consequências na vida dos que ficam, mas é preciso ventilar de maneira permanente este fenômeno em todos os seus desdobramentos sociais. É preciso quebrar o silêncio que baliza o suicídio. Os Serviços de Saúde precisam reavaliar a disponibilidade interna de se importar com o sofrimento humano, se dispor a ajudá-lo nas suas inquietações e acima de tudo amará-los nos momentos de angústia e desesperança.

Pode-se destacar que os achados a partir do DSC, concordam com a literatura visitada. A similaridade destes achados, traz para perto de nossa realidade de modo inequívoco a universalidade e a gravidade dos sentimentos e pensamentos a respeito de um suicídio próximo, e, por conseguinte a necessidade de políticas públicas, voltadas para esta realidade ainda de forma mais contundente.

REFERÊNCIAS

- BERTOLETE, J. M.; BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In: BOTEGA, N. J.; WERLANG, B. G. (Orgs.). **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ArtMed. 2004. p. 35-44.
- BOTEGA, N. J. (Coord). **Ideação suicida**. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul, 2004.
- _____ et al. Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**, Porto Alegre: PUCRS, v. 37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006.
- _____. **Crise Suicida: Avaliação e Manejo**. Porto Alegre. RS. Artmed, 2015.
- BROWN, P. Choosing to die: a growing epidemic among the Young. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 12, p. 12-14, 2001.
- CASSORLA, R. M. S. Autodestruição humana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 61-73, 1994.
- CLARK, S. **Depois do suicídio**. São Paulo: Gaia, 2007.
- FONTENELLE, P. **Suicídio: o futuro interrompido**. São Paulo, 2008.
- GASTAL, C. L.C. **Revisão bibliográfica sobre a epidemiologia do suicídio, com dados mundiais, nacionais, estaduais e municipais**. 2004.
- KRYZHANOYSKAYA, L; PILYAGINA, G. Suicidal behavior in Ukraine. **Crises**, v. 20, n. 4, p. 184-190, 1999.
- LEFÈRE, F.; LEFÈRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.
- MINAYO, M. C. S. **Impactos da violência na saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
- MOURA, A.T. M. S. et al. (Org.). **Manual prevenção do suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram**. Rio grande do Sul. Porto Alegre. CORAG, 2011. Disponível em: <www.polbr.med.br/ano11/034704do1ao64.pdf>. Acesso em: abr. 2013.
- SERRANO, A.I. **Chaves do óbito autoprovocado**. Florianópolis: Insular, 2008.
- SOLOMON, A. **O demônio do meio dia: uma anatomia da depressão**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- SOUZA, N. R.; RASIA, J.M. Modelo de reação familiar ao suicídio. **Fam. Saúde Desev.**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 117-127, maio/ago. 2006.

WERLANG, B. G. **Proposta de uma entrevista semiestruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio**. Campinas. SP: 2000.

WORDEN, J. W. Apego, perdas e o processo de luto. In: **Terapia do luto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

Artigo recebido em: 27/05/2018

Artigo aprovado em: 09/06/2018

Artigo publicado em: 11/07/2018