

“Loucura é a dificuldade de se expressar”: Silêncios e narrativas sobre suicídio

Sílvia Monnerat

Esta comunicação busca, através da análise e contextualização de diferentes discursos sobre suicídio, uma maior interlocução com a história, tendo como foco questões morais e culturais relacionadas a essa temática. A revisão de prontuários e Livros ATA de uma instituição particular de assistência à saúde mental foi a principal fonte de análise nesse estudo que privilegia a análise de discursos, a memória e histórias de vida de pacientes da instituição.

O serviço estudado tem como público alvo clientes das camadas médias residentes, principalmente, na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, atendendo uma média de 30 a 35 dos aproximadamente 50 clientes da instituição. Trata-se de um serviço extra-hospitalar, de caráter eminentemente preventivo (atuando na prevenção de internações) que tem como objetivo principal estimular a sociabilidade dos pacientes através do fortalecimento dos laços sociais via participação em oficinas de atividades.

Analisando prontuários médicos, assim como os discursos de pacientes, familiares, técnicos e estagiários da instituição, este artigo busca discutir como narrativas e silêncios sobre suicídios (ou tentativas de cometer tal ato) aparecem no campo estudado¹. Para tanto, considera-se que a atual concepção sobre morte voluntária sofreu transformações ao longo da história, uma vez que

“O suicídio é o nome que a modernidade dá à morte voluntária, neologismo que apareceu pela primeira vez, ainda em latim, na Inglaterra de 1630. A popularização do termo, bem como sua entrada definitiva nos dicionários, é obra do ‘século das luzes’ e do romance moderno. Até então, o gesto de dar-se morte era designado por perífrase como ‘ser homicida de si mesmo’, ‘matar-se’, ‘assassinar-se’ etc. A adoção de uma nova palavra não é um acidente causal: ela reflete a mudança no entendimento coletivo do gesto, da mesma forma que na atitude diante da morte em geral e na construção da subjetividade.” (Veneu, 1994:14)

¹ “A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, até 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas vão cometer suicídio. No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio de 2005 é considerada relativamente baixa (5,6 mortes por 100.000 habitantes) quando comparada com as taxas de outros países. O país ocupa a 67 posição em uma classificação mundial. No entanto, em números absolutos, o Brasil está entre os 10 países com mais suicídios.” (Lovisi et al, 2009:S87)

O contexto estudado insere-se em uma concepção do suicídio em que vigora a preeminência de uma perspectiva médico-psiquiátrica, que o considera como um sintoma de uma doença mental. Segundo o manual de prevenção ao suicídio divulgado pelo Ministério da Saúde do Brasil *“Os estudos têm demonstrado que indivíduos que padecem de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou transtorno afetivo bipolar possuem maior risco para suicídio”*

“Para a psicanálise, o suicídio é uma situação psicótica. (...) Entretanto, isto não significa que a pessoa seja psicótica, mas que no momento do ato, tenham se atualizado nela núcleos e componentes psicóticos da personalidade que permaneciam inativos e neutralizados pelas partes não psicóticas da personalidade e que acabam por se manifestar em dado momento de crise” (Dias, 1994:18)

Este trabalho começou a ser concebido após um acontecimento ocorrido em 2010, quando, em conversa informal com um paciente, ouvi o relato sobre seus planos para acabar com sua vida, o que desencadeou a reflexão sobre essa temática, assim como o presente artigo.

Este rapaz de 22 anos, recém chegado de um intercâmbio em Portugal em uma faculdade de Lisboa através de um convênio com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde cursava engenharia, começou a frequentar a instituição com diagnóstico de depressão grave. Durante uma conversa informal, ele começou a queixar-se de seus problemas de relacionamento e do quanto havia encontrado dificuldades em estabelecer vínculos afetivos durante os seis meses em que esteve no exterior, o que teria feito com que desenvolvesse uma depressão. Ainda em Portugal iniciou tratamento psiquiátrico, tendo sido medicado com anti-depressivos.

Ele me contou sobre uma festa que teria ido, já no Brasil, com amigos da faculdade, onde dançou forró com uma colega e constatou que suava muito (principalmente nas mãos) e atribuiu a sudorese ao nojo que achava que as meninas sentiam dele. Ele nunca namorou e falou de sua insatisfação com seus amigos de faculdade (que o acompanhavam na festa) que o pressionavam para que ele “ficasse” com garotas, o que sua insegurança em relação a elas não permitia. Contou que após essa festa passou a pensar em se matar e que já teria um plano para colocar em prática. Em seu discurso apareceu muitas vezes referência a um sentimento de inadequação, de

não se sentir confortável perante os outros e de inferioridade (se sentindo feio), o que dificultaria sua relação com as pessoas.

Segundo Manual de Prevenção ao Suicídio elaborado pelo Ministério da Saúde destinado a profissionais de equipes de saúde mental; as ideações suicidas são divididas em duas categorias: médio e alto risco. Segundo essa classificação esse paciente seria de alto risco por já ter um plano definido, meios para fazê-lo e desejo de realizá-lo prontamente, para além de apresentar alguns dos “sinais” considerados indicativos de risco de suicídio, tais como: comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos, pouca rede social, doença psiquiátrica², sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha e menção repetida de morte ou suicídio.

No caso acima relatado, a tristeza e o sentimento de inadequação à vida ordinária (Das, 2007) se transfiguraram em algo extraordinário, a partir do diagnóstico de depressão e da manifestação da vontade de ser matar. Essa ideação, aparentemente, não surgiu a partir de um trauma e sim da insatisfação com sua vida cotidiana.

Paralelamente a este acontecimento, estava realizando consultas a todos os prontuários de pacientes, sempre transcrevendo anotações relacionadas a suicídio. Foi possível, então, constatar que tentativas de suicídio, assim como referências a culpas e traumas ocasionados por morte voluntária de alguém próximo ganham destaque nos prontuários, por mais que quase não tenha ouvido depoimentos sobre o assunto em conversas informais com pacientes. A “marca” deixada pelo evento extraordinário (suicídio de algum ente querido) aparece, por vezes, nos prontuários como o evento desencadeador da doença mental e tentativas de se matar indicariam sintoma da mesma doença. Assim sendo, percebe-se que a idéia de que esses acontecimentos teriam se “congelado” em trauma é facilmente encontrada nos documentos e parecem definir muitos aspectos da vida do paciente.

² No caso deste paciente, existia ainda possibilidade diagnóstica de “Pródromo da esquizofrenia”, segundo o CID-10 (1993) “Antes do aparecimento de sintomas esquizofrênicos típicos há às vezes um período de semanas ou meses – particularmente em pessoas jovens – durante o qual um pródromo de sintomas não específicos aparece (tais como perda de interesse, evitação da companhia dos outros, ausência de trabalho, irritação e hipersensibilidade). Segundo o psiquiatra Palmeira (2009:23), “É difícil estabelecer um padrão sintomático do pródromo, pois a variabilidade de manifestações é infinita (...). Os diagnósticos mais comuns nessa fase são a depressão e a ansiedade. A maioria dos pacientes se isola, interage menos com a família e amigos, interrompe a maior parte de suas atividades (...), tem um olhar perdido ou perplexo e não sabe explicar para a família o que ao certo está acontecendo”.

Ressalta-se, no entanto, que atualmente também vigora a idéia de que “A tentativa de suicídio raramente tem uma causa isolada. Na maioria das vezes é provocada por um somatório de fatores relacionados à doença, à história da pessoa e à família” (Palmeira, 2007). Por outro lado, a associação entre doença mental e suicídio é, há muito tempo, estabelecida pelo saber médico e por pesquisadores do assunto. Esquirol, em 1838 sustentava que “O suicídio possui todas as características das alienações mentais” (1838:639) e que “O homem só atenta contra a própria vida quando está mergulhado no delírio; logo, os suicidas são alienados” (p.665), perspectiva esta que atravessou séculos e até os dias atuais têm grande força, uma vez que podemos verificar sua presença, inclusive, no Manual de prevenção ao suicídio, anteriormente citado.

Essa associação direta e linear entre suicídio e doença mental nem sempre aconteceu, uma vez que, durante a era medieval,

“Diante de um caso qualquer de morte voluntária, tribunais leigos ou eclesiásticos punham-se em movimento para estabelecer se o morto pusera fim aos seus dias movido por alguma forma de loucura ou se, no gozo de suas faculdades mentais, fizera-o com ‘propósito deliberado’. Essa era, para a época, a distinção fundamental: no primeiro caso, o defunto estava isento de culpa, pois ‘não sabia o que fazia’; o segundo, era considerado danado, pela Igreja, e criminoso, pelas autoridades seculares (...)” (Veneu: 1994:16)

Esses tribunais medievais buscavam, portanto, distinguir nos casos de suicídio, a preeminência da loucura ou da razão, e até o século XVIII a maioria dos casos de mortes voluntárias era julgada produto de ‘propósito deliberado’ e, assim, pecado e crime (Veneu, 1994:20)

“No entanto, a novidade introduzida na visão cristã do auto-homicídio durante a baixa idade-média, ou seja, a alternativa da inocência no caso da loucura, não permaneceu inerte pelos séculos seguintes. Muito pelo contrário, é a sua ampliação e aprofundamento que creio poder atribuir as mudanças fundamentais nas representações coletivas da morte voluntária que a conduzirão, ao longo dos séculos XVIII e XIX, da criminalidade à tolerância e transformarão o ‘assassino de si mesmo’ no ‘suicida’” (Veneu, 1994:59)

Durante a pesquisa, foi possível verificar que a aproximação entre suicídio e loucura condiz com a representação coletiva atual sobre suicídio, que articula

“idéias geradas no âmbito da medicina, que abordavam esse gênero de morte do ponto de vista da perturbação mental, e aquelas, mais difusas e mais penetrantes, cuja expressão mais óbvia encontramos no âmbito das tendências literárias e

artísticas e que dizem respeito ao papel das emoções e sentimentos na concepção da pessoa” (Veneu, 1994:65)

Essa aproximação, principalmente ao que se refere à influência da medicina (notadamente por se tratar de uma instituição psiquiátrica) foi percebida claramente por mim pelo menos em duas situações. Na primeira, o psicólogo responsável pela reunião de família ressaltou que o suicídio é um assunto muito presente na doença mental, porque a doença traria dificuldades muito grandes para o paciente e porque as pessoas portadoras desses transtornos teriam um universo muito restrito de relações sociais. A outra foi quando a mãe de um paciente contou que em sua família teve muitos casos de suicídio, irmãos dela se mataram, todas as tias por parte de pai do paciente tiveram filhos que se mataram e uma tia também já tentou fazê-lo. Contou ainda que seu marido, pai do paciente, também era esquizofrênico e que por ordem médica sua casa é toda gradeada, para evitar que o filho também tente o suicídio. Comentou, ainda, que “todo mundo sabe que suicídio é considerado uma doença mental”.

Sobre a fala dessa mãe, é interessante atentar que, para além da aproximação entre suicídio e doença mental, também transparece a idéia, comum ao saber médico, de que as doenças mentais têm origens genéticas e, assim, ter familiares suicidas aumentaria a probabilidade de também vir a manifestar tal desejo, enfatizando o caráter genético e biológico dessas manifestações. Evidenciando que

“Quando alguém se suicida numa família, a mesma procura justificar o ato a partir de algum transtorno mental (depressão, dependência química etc.) apresentado pelo morto. Contudo, é importante ressaltar que não só os aspectos psicopatológicos desempenham um papel importante na conduta do suicida, como também a situação profissional, a interação familiar e social”. (Martins & Leão, 2010:125)

O objetivo deste trabalho não é ratificar ou negar esta aproximação, a intenção é realizar um trabalho qualitativo e atentar para como, no campo estudado, casos de suicídio são analisados e como (ou se) é feita uma articulação entre manifestação da doença mental e desejo de se matar, procurando perceber que os argumentos que buscam essa articulação se coadunam com o discurso majoritário, dentro de um contexto histórico que privilegia uma explicação médico-psiquiátrica sobre o suicídio.

Devo salientar que os dados indicam que nessa instituição, que atende aproximadamente cinquenta pacientes portadores de transtornos psíquicos, foram verificados onze casos de ideação suicida. Desse total, sete chegaram a tentar acabar

com a vida pelo menos uma vez. Para além desses casos, ainda foi constatado que três desses pacientes tiveram pessoas próximas que haviam cometido suicídio e existem ainda referências a quatro outros casos em que pessoas próximas haviam terminado voluntariamente com a vida, mas que não constam em seus prontuários referências a pensamentos suicidas.

Interessante notar que de todos esses casos, apenas dois pacientes conversaram comigo mais alongadamente sobre o assunto³: o rapaz que me contou seu plano de suicídio e um senhor que logo no meu primeiro mês em campo falou: “Sou suicida!” e me contou um episódio em que ele teria se jogado nos trilhos do metrô.

Em todos os outros casos fiquei sabendo por meio de leitura dos prontuários ou em reuniões e conversas com a equipe técnica (uma vez que a maioria dos acontecimentos referem-se a um período anterior a minha entrada em campo), alguns deles (principalmente os que chegaram a tentar dar fim a sua vida) merecem ser comentados.

Uma paciente, em maio de 2009, se jogou do taxi em movimento no Aterro do Flamengo (RJ). Não sofreu mais que arranhões, machucados e luxações, mas esse acontecimento gerou grande discussão na instituição, pois a família foi considerada displicente com a paciente, uma vez que já tinha sido avisada pela sua terapeuta (que não pertence à instituição estudada) sobre o perigo de andar sozinha e, mesmo assim, continuou permitindo seu deslocamento desacompanhada pela cidade. Nessa situação, a discussão sobre o caso não girou em torno de explicações para o ato, mas sim da busca de soluções para que isso não voltasse a acontecer. No entanto, quando os dados sobre suicídios foram conseguidos através de prontuários dos pacientes, eles, normalmente, vinham acompanhados de uma explicação para esses eventos, seja pela equipe técnica ou pela própria família, como os casos que se seguem.

Uma paciente, aos 13 anos de idade teria tido sua primeira crise, que teria sido ocasionada pelo fato de que “foi abusada sexualmente dos 13 aos 19”, esta última, a idade que tinha quando tentou suicídio. Outra paciente, “Após a morte de seu namorado (...) ficou extremamente abalada. Foram várias internações, incluindo duas tentativas de suicídio, tendo acontecido a última em 2004, quando D. ingeriu cerca de 80

³ Ouvi de alguns outros pacientes sobre idéias de se matar, mas tratavam-se de menções rápidas e sem planos definidos para cometer o ato.

comprimidos”, depois dessa “última tentativa”, pelo menos outra ocorreu, em setembro de 2008, a paciente

“não passou bem na sexta-feira dia 8. Ela tentou se jogar da janela e foi impedida pela paciente L. bem como pela enfermeira T. que estavam presentes na hora (...) [a] psicóloga, técnica de referência de D. informou a irmã da mesma sobre o acontecido, mas ela não mostrou sinal de preocupação dizendo que D. está bem”.

O paciente O. “Faz uso de álcool atualmente. Já sofreu alguns acidentes e já tentou o suicídio” ele

“lembra que sofreu muitos traumas na vida, incluindo acidentes de carro, que deveriam ter transformado-o ‘num louco sem domínio nenhum’; e que, apesar de ter tentado o suicídio algumas vezes, reconhece que preserva alguma sanidade mental”.

Um paciente “adoeceu aos 14, 15 anos, depois da morte da irmã. Ele começou a bater muito na irmã (a do meio que também era esquizofrênica desde os 13, 14 anos e que se suicidou) depois que ela ‘surtou’, para consertar o comportamento dela (...)”.

“A irmã se suicidou aos 16 anos. Eu [a mãe] tinha saído e quando voltei, ela já estava morta. Tomou muitos remédios e se pendurou na janela, segurando um relógio. E ela não estava sozinha. Estava em casa a empregada e E. [paciente da instituição]. Ele se achava e parece que ainda se sente culpado pela morte da irmã”. “E. já tentou suicídio se pendurando na janela num apartamento onde morávamos na Gávea. Já tentou mais de uma vez. A outra foi na casa dos meus pais, onde tentou se enforcar”.

Ainda em seu prontuário, consta um caso clínico feito por uma estagiária de psicologia sobre esse paciente, na qual consta trecho de uma conversa entre os dois na qual o paciente teria dito:

“Eu tenho uma irmã que se suicidou, ela tinha 16 anos [e] se jogou da janela, a minha outra irmã falou para eu não olhar ela caída, que poderia me causar um trauma, mas eu olhei e vi ela caída. Ela já tinha tentado se matar outra vez, ficou pendurada na varanda pedindo ajuda, eu e meu pai conseguimos puxá-la”.

Esses dois últimos casos são emblemáticos, o primeiro por mostrar uma relação estabelecida pelo próprio paciente entre suicídio, insanidade e traumas vividos, o segundo por ser um paciente cuja irmã se suicidou e que também tentou se matar. Vigoraria, ainda, nos discursos de sua mãe uma atribuição de “culpa” sentida pelo paciente e, no de sua irmã uma relação entre suicídio e trauma. Nota-se, então, nos dois casos, uma relação entre trauma e suicídio (deste ter a capacidade de gerar trauma

naqueles que permanecem vivos e do trauma vivido pela morte de alguém querido poder levar também ao suicídio).⁴

Lembrando que, nos termos de Elias (2001:77), “[A morte] É o fim de uma pessoa. O que sobrevive é o que ela ou ele deram às outras pessoas, o que permanece nas memórias alheias”, o trauma e, também a culpa, podem ser o que permanece na memória das pessoas, como foi atribuído pela mãe do paciente acima citado ou como o paciente que, segundo seu prontuário “Comentou uma vez que se sente muito culpado pela morte de sua irmã e muitas vezes acaba bebendo para aliviar a culpa”, como se temporariamente sua capacidade de agir se limitasse a aquele único ato do qual jamais se recuperou por nunca ter se perdoado (Arendt: 1981).

Por outro lado também encontramos histórias em que mesmo tendo lidado com a morte voluntária de um parente próximo, mostram tentativas de retorno à vida ordinária, como uma busca de uma nova topografia de si, tal como o caso de um paciente que segundo seu prontuário

“apresenta em sua história progressa, profunda desagregação do ambiente familiar. Pode-se evidenciá-la pela constatação dos seguintes fatos: morte, por suicídio, de seu bisavô (pai de seu avô materno) (...). Mãe portadora de transtorno bipolar de humor em comorbidade com uso abusivo de drogas (álcool, maconha e cocaína) (...). Na biografia da mãe, contam diversas tentativas de suicídio e longo histórico de internações psiquiátricas(...). [Durante um final de semana, quando o paciente tinha 11 anos e enquanto ele] dormia sua mãe tenta pela primeira vez o suicídio, sendo internada”.

Pelo menos dois anos após essa primeira tentativa de se matar “sua mãe comete suicídio por enforcamento, cabendo ao requerente encontrar o corpo e providenciar os primeiros cuidados sobre o mesmo” e imediatamente após o funeral o paciente foi internado, tendo sido alegado razões psiquiátricas. Em setembro de 2003 consta que ainda tinha “lembranças de seu passado (relativas à morte de sua mãe) [e] diz ter medo de perder o pai”.

Esse paciente já possuía um histórico de uso abusivo de entorpecentes (maconha, álcool e cocaína) e após a morte da mãe esse uso aumentou. Em conversa que tive com

⁴ O trauma seria um evento que permanece sem a possibilidade de simbolização. “Or as Žizek (1989) puts it, the sinthome is ‘an inert stain resisting communication and interpretation, a stain which cannot be included in the circuit of discourse, of social bond network, but is at the same time a positive condition of it’” (Apud Biehl & Moran-Thomas:2009), portanto, os efeitos de eventos traumáticos devem sempre ser considerados à luz do contexto em que ocorrem (Reynolds: 2000), uma vez que, Segundo Bailey (1983), “a display of emotion is not only a window onto a person’s character or mood: it is also said to reveal how we interpret events around us. These events ‘cause’ emotion”

ele no ano de 2010 ele não me contou sobre o suicídio de sua mãe, mas sobre o consumo de drogas me disse que sua ida e permanência na instituição tinham como intuito se cuidar e se manter longe dos entorpecentes.

Retornando ao caso do paciente que me falou ser suicida por ter se jogado nos trilhos do metrô, é interessante pensar não apenas no fato de ele ter sido um dos únicos pacientes que verbalizou sua tentativa de suicídio (não apenas para mim, mas no meio de uma sala repleta de pessoas), mas também nos silêncios (ou imposições de silêncio) que podem acompanhar essas verbalizações. Este paciente que certa vez, quase como uma apresentação de si, olhou pra mim e falou: “Eu sou suicida” foi interrompido por uma paciente que o censurou pela sua fala, lhe dizendo que não deveria ficar falando algo tão pessoal assim, em público. Na mesma hora ele se calou, evidenciando

“Desta forma, (...) que o tabu imposto ao falar da morte repercute sobre o suicida, impedindo de se comunicar abertamente sobre seus motivos – o que, de um lado, impossibilita a ajuda social na superação de suas impasses, se for o caso, e, de outro lado, contribui para a constituição de um grande enigma em torno do tema” (Dias, 1994:38).

Sobre esse caso, várias reflexões surgiram: primeiro, que o silêncio sobre o suicídio (ou a tentativa de) parece pesar, como foi dito, quase como uma obrigação social. Levanto a hipótese de que, mesmo que o autor do ato quisesse falar sobre o acontecido, outras pessoas se constrangeriam em ouvi-lo e pediriam de maneira direta ou indireta o silêncio (tal como fora acima relatado).

Este mesmo paciente retomou a narrativa sobre a história meses depois em uma conversa em particular comigo, mas não acrescentou muitas informações as dadas em público anteriormente. Seria possível restringir a análise dessa situação explicando-a simplesmente como um sintoma da esquizofrenia⁵, mas levanto outras hipóteses possíveis: de que o silêncio sobre partes do acontecimento pode se relacionar a agência do paciente em contar apenas aquilo que lhe convém. Não falar do passado pode ser pensado como uma forma de se proteger e de lidar com os fatos? Falar sobre esse passado não pode ser uma forma de revivê-lo? É possível, ainda, pensar que a coerção social sofrida meses antes possa ter reverberado e o impedido de contar mais sobre o fato. Pode-se, por fim, supor que o silêncio deve-se a um recalçamento no plano

⁵ Segundo o CID-10 (1993) “sintomas ‘negativos’, tais como apatia marcante, pobreza do discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, usualmente resultando em retraimento social e diminuição do desempenho social (...)”.

individual, tal como enunciou Elias (2001: p.16), ao retomar conceitos de Freud, referindo-se a

“todo um grupo de mecanismos psicológicos de defesa socialmente instilados pelos quais experiências de infância [adolescência e idade adulta também?] excessivamente dolorosas, sobretudo conflitos na primeira infância e a culpa e a angústia a eles associadas, bloqueiam o acesso à memória. De maneiras indiretas e disfarçadas, influenciam os sentimentos e comportamento das pessoas; mas desapareceram da memória”.

Claro que tudo isso são suposições, uma vez que o próprio paciente não se alongou sobre o assunto, mas todas elas ajudam a pensar sobre o próprio estatuto, da fala e/ou silêncio, na construção subjetiva desse e de outros pacientes.

Para tal reflexão, torna-se cara a idéia de Cho (2008:80) de que (em tradução livre):

"muitas vezes é impossível falar positivamente sobre a memória de um evento traumático ou saber o que realmente aconteceu. No entanto, a memória também não está vinculada pelo sujeito que se esquece. Ele materializa, na maioria dos lugares improváveis ou fixa-se a coisas sem conexão lógica com o evento traumático. Ela produz a supervalorização dos objetos, como Freud chamava, a condição em que algo se torna tão cheia de desejo e anseio e medo de que isso é dificilmente reconhecível."⁶

Levando em consideração todas as questões e aparatos teóricos acima levantados, deparo-me com questões metodológicas relacionadas à dificuldade de trazer para fala (ou forçar a fala) um assunto que está associado a momentos de muito sofrimento. Será que permitir o silêncio e trabalhar com ele pode ser produtivo? Ainda mais quando se trata de um contexto no qual lida-se com pessoas que são diagnosticadas com intenso sofrimento psíquico, com uma doença que foi traduzida por técnicos e familiares como, uma “doença emocional”, na qual as pessoas teriam extrema dificuldade em lidar com suas emoções e sentimentos? Também definida, segundo fala atribuída a um paciente em seu prontuário, como : “Loucura é a dificuldade de se expressar”. Frase que tomei emprestado para o título deste artigo.

Como, então, trabalhar com os silêncios e com as falas dos pacientes sobre fatos que podem ter sido (e que em seus prontuários são) considerados como “divisores de

⁶ No original: “it is often impossible to positively speak one’s memory of a traumatic event or to know what really happened. Yet memory is also not bound by the subject who forgets. It materializes in most unlikely places or fixes itself to things with no logical connection to the traumatic event. It yields as overvaluation of objects, as Freud called it, the condition in which something becomes so full of desire and longing and fear that it is hardly recognizable.”

águas” em suas vidas? O que esse discurso, ou ausência dele, pode nos mostrar sobre o paciente e sobre as relações que ele desenvolve com as pessoas que o cercam?

Como foi dito anteriormente, para o Ministério da Saúde, em seu Manual de Prevenção ao Suicídio, existiriam dois diferentes estágios nas ideações suicidas, diferente do caso do rapaz que já estaria com um plano articulado para colocar em prática sua idéia de se matar, existem casos de pacientes que comentam com frequência seu desejo sem, no entanto, estar se programando para tal, como um paciente que constantemente reclama a falta que sente de sua mãe que faleceu (por motivo de doença). Consta em seu prontuário uma conversa dele com uma estagiária em março de 2010 na qual teria dito que estava muito triste, sentindo falta da sua mãe. Ao dizer que queria morrer, ela perguntou o motivo, tendo ele respondido que sente uma tristeza muito grande ao chegar em casa e não ter ninguém com quem conversar, uma vez que mora com o irmão, com quem tem um relacionamento muito distante no qual quase não se falam. Em ocasiões anteriores esse paciente já havia manifestado a mesma opinião, tal como em outubro de 2009 quando “falou muito sobre a falta que sente da mãe, sempre com uma tristeza muito grande, [e] disse inclusive que gostaria que ela o levasse para perto dela”.

Essas falas parecem concordar que

“A força do choque que a morte de um dos pais produz nos adultos (...) Pode ser parcialmente conectada à profunda identificação entre filhos e pais, ou entre outras pessoas com laços emocionais próximos: isto é, pode ser conectada à experiência de outras pessoas como parte ou extensão de nós mesmos. O sentimento de que um companheiro perdido ‘era parte de mim’ é encontrado em relações dos tipos mais diferentes – entre pessoas casadas há muito tempo, amigos, filhos e filhas. Mas nestes últimos, a morte de um pai ou de uma mãe muitas vezes desperta desejos de morte enterrados e esquecidos, associados a sentimentos de culpa e, em alguns casos, ao medo da punição.” (Elias, 2001:47/48)

E, ainda no que se refere às ideações suicidas, vale destacar situações em que os pacientes se colocam como agentes ativos frente a esses pensamentos. Casos em que os pacientes escutam vozes dizendo que devem e/ou vão morrer, são discutidos na “oficina de vozes”, oficina na qual pacientes e estagiários conversam sobre alucinações (auditivas e visuais) e delírios atribuídos aos pacientes. Em uma ocasião como esta presenciei uma paciente, cujo prontuário consta a seguinte anotação: “Aos 15 anos G. foi internada (...) tinha surtos nervosos, segundo sua irmã [que diz] ‘Na casa dos meus

pais, G. fumava muito e tinha desejos de se matar””, falando que escuta xingamentos e ameaças de que ela vai morrer logo, mas que sempre que as ouve as responde dizendo que isso não vai acontecer. Ao falar isso, outros pacientes contaram que se utilizam da mesma estratégia como uma forma de controlar as vozes escutadas. Interessante pensar que, ao passo que a irmã diz que ela tinha vontade de se matar, ela conta, anos depois, que conseguiu desenvolver um meio para que não se sentisse ameaçada de morrer.

Assim como evidenciaram Good, Subandi & Good (2007:253), Yani (interlocutora dos autores) também teria dito a eles que, as vezes, quando ela estava doente, ouvia dois grupos de vozes. Um conjunto de vozes era ruim, e pediam a ela para matar. Outro conjunto de vozes, bons, que sussurravam em seus ouvidos lhe dizendo que não deveria se matar, que ela deveria morrer como um boa muçulmana. Ela teria descrito aos autores como essas vozes a ajudaram a responder às vozes pedindo a ela para se matar.

Essa ameaça escutada por pacientes pode ser diminuída com estratégias como a acima descrita, mas segundo o prontuário de um paciente “que tem ouvido vozes dizendo que vai morrer em breve. Disse-me [a um estagiário] que está tentando não dar muita bola para elas mas que no fundo acredita mesmo nisso”.

Outras situações em que a ideação suicida foi breçada apareceram nos prontuários de dois pacientes. Uma paciente, que já tentou acabar sua vida pelo menos uma vez, “após uma discussão com o pai, conta que saiu ‘perambulando pela rua’ e que teve vontade de jogar na frente de um carro, mas ‘estava com medo de fazer uma coisa grave”” e o paciente que também já havia tentado o suicídio e cuja irmã, também esquizofrênica, se matou jogando-se pela janela teria relatado que: “Eu também já tentei me suicidar, às vezes penso, quando estou no carro com meu pai penso em abrir a porta, mas pode provocar um acidente com todos aí desisto. Já pensei em me jogar da varanda, mas na hora desisto, posso não morrer e ficar sem poder andar”.

A leitura da primeira citação não deixa claro, mas seguindo o rastro da segunda, é possível pensar que não seria o medo de morrer que os impediria de cometer, naquele momento, tais atos e sim o medo de não morrer ou de acabar colocando a vida de outras pessoas em risco.

Segundo Dias (1994:87):

“O suicídio representado no imaginário simbólico do suicida não tem a ver com a idéia de morte como um fim, como extinção da vida, como término da existência. O

processo de elaboração do luto e da morte envolve o reconhecimento da perda, do desaparecimento da vida e das relações interpessoais. Paradoxalmente, para o indivíduo suicida, a morte representa uma passagem, uma entrada para um outro estado também vivo, certamente mais prazeroso que este aqui.”

O suicídio é um ato de difícil compreensão para os vivos, constantemente categorias como pecado, fraqueza e egoísmo são empregadas para descrevê-lo. Durkheim (2003), em sua teoria sobre o suicídio, acredita que a religião promoveria valores compartilhados, interação e limites sociais fortes que evitariam que o indivíduo se sentisse isolado e, ao mesmo tempo, estabeleceria um conjunto de ideais pelos quais viver, constituindo-se em um fator protetor contra o suicídio.

A morte como estágio final de um processo natural (idéia que ganhou significação pelo progresso na ciência médica) viria para aliviar a angústia da morte (Elias, 2001:57). “Quando tentam imaginar o processo, provavelmente pensam primeiro numa morte pacífica na cama, resultado de doença ou do enfraquecimento causado pela velhice. Esse retrato da morte que dá ênfase ao caráter natural do processo aparece como normal”.

Considerando-se que “*em sociedades do Ocidente a morte se constituiu em um grande tabu no decorrer de nossa história. Ela passou a ser vista como uma incapacidade do homem para dominar e controlar a natureza*” (Dias, 1994:35) e que “*o suicídio neste contexto é entendido como um ato de rebeldia, como uma afronta, uma agressão. Se os canais para se falar da morte se fecham, possivelmente também não se torna viável falar sobre a angústia ou desejo de morrer*” (Dias, 1994:38)

O suicídio poderia, então, ser pensado como uma forma de apressar esse estágio, não sendo, portanto, considerado natural e sim excepcional. Para processar esse acontecimento extraordinário e buscar um retorno ao ordinário, baseiam-se em explicações biologizantes (tal como foi visto neste trabalho), que buscam associar o suicídio a doenças mentais, principalmente através de um discurso sobre genética, no qual o fato ter familiares que já tentaram se suicidar aumentaria a propensão de vir a cometer esse mesmo ato.

Por outro lado, no senso comum e no discurso de familiares, também é possível ver que vigora, a respeito da morte voluntária, uma associação entre trauma e suicídio. Essa associação vem a complexificar a explicação puramente biológica. Ver o corpo de

alguém que recém se matou poderia gerar um trauma psicológico capaz de desencadear uma doença mental, mais que o fato dessa pessoa portar os mesmos genes do suicida.

Dias Duarte buscou uma articulação entre duas dimensões que estariam inscritas nas perturbações nervosas, recorrendo “*A antiga tradição médico-filosófica [que] dispunha da expressão físico-moral⁷ como qualificação das perturbações que justamente se construíram sobre a articulação entre os dois planos, considerados constitutivos da pessoa*” (Dias Duarte, 1994:83), a mente e o corpo. Não sendo possível, portanto, pensar o suicídio apenas como físico e biológico, que o indivíduo que se vê envolvido com um caso de morte voluntária é “*a person whose experience has depth and coherence lent by life history and culture and psychic structures*” (Good, Subandi & Good, 2007: 256).

Dessa forma, considera-se que a perspectiva na qual “*O suicídio é [entendido como] um fenômeno multidimensional, a culminância de uma série de fatores de ordem ambiental, cultural, biológica, psicológica, política, tudo isto acumulado na biografia de um sujeito*” (Daolio, 2010:255) já se mostra presente no discurso de pessoas envolvidas com situações de morte voluntária, notadamente no que diz respeito a relação estabelecida entre este ato e acontecimentos vivenciados no passado.

BIBLIOGRAFIA:

Arendt, Hannah. *A Condição Humana*. Rio: Forense Universitária, 1981.

Bailey, F. G. *The Tactical Uses of Passion: An essay on power, reason and reality*. Ithaca and London: Cornell University Press, 1983.

Biehl, João e Moran-Thomas, Amy. Symptom: Subjectivities, Social Ills, Technologies. *Annual Review of Anthropology*, 38. 2009. pp. 267-88

Cho, Grace M. *Haunting the Korean Diaspora: Shame, secrecy and the forgotten war*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2008.

OMS. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

⁷ Perturbações físico-morais seriam aquelas que procuram “designar da maneira mais abrangente possível todas as alterações do estado ‘normal’ da pessoa, que se supõe ser culturalmente definido. Dessas alterações digo serem ‘físico-morais’ para transmitir a impressão de totalidade, de multipresença, de que elas freqüentemente se revestem, abrangendo ou atravessando dimensões diferentes da vida do sujeito. (...) É claro, porém, que o aqui analiticamente incluo nas ‘perturbações físico-morais’ pode ser eventualmente considerado ou classificado culturalmente como apenas ‘físico’ ou apenas ‘moral’ (no sentido amplo deste termo)” (Dias Duarte, 1986:13)

Daolio, Edilberto. “Suicídio: um alerta para uma sociedade autodestrutiva”. Editorial Bolina: Saúde Coletiva, vol. 44, núm. 7, 2010, pp. 253-258

Das, Veena. *Life and Words: Violence and the descent into the ordinary*. Berkeley: University of California Press, 2007.

_____. Violence, Gender and Subjectivity. *Annual Review of Anthropology*, 37. 2008. pp. 283-99

Das, Veena e Das, Ranendra K. “How the bodies speaks: illness and the lifeworld among the urban poor”. Pp 66-97 in Biehl, João; Good, Byron and Kleinman, Arthur (eds) *Subjectivity: Ethnographic investigations*. Berkeley: University of California Press, 2007.

Dias, Maria Luiza. Suicídio. *Testemunho do Adeus*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

Dias Duarte, *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

_____. “A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral?” in Alves, Paulo César e Minayo, Maria Cecília de Souza. *Saúde e Doença. Um olhar etnográfico*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz:1994.

Durkheim, Emile. *O suicídio*. São Paulo. Martin Claret: 2003.

Elias, Norbert. *A Solidão dos Moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2001.

Esquirol, Jean-Étienne. *Des Maladies mentales*. Paris, 1838.

Good, Byron; Subandi; Good, Mary-Jo DelVecchio. “The subjectivity of mental illness: Psychosis, mad violence and subjectivity in Indonesia”. Pp 243-272 in Biehl, João; Good, Byron and Kleinman, Arthur (eds) *Subjectivity: Ethnographic investigations*. Berkeley: University of California Press, 2007.

Lovisi, Giovanni Marcos et al. *Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006*. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2009;31(Supl II):S86-93.

Martins, Shirley Augusta Rodrigues & Leão, Mariza Ferreira. “Análise dos fatores envolvidos no processo de luto das famílias nos casos de suicídio” Revista Mineira de Ciências da Saúde, Patos de Minas: UNIPAM, (2):123- 135, 2010 | ISSN 2176- 2244

Ministério da Saúde. “Prevenção do Suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental”

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

Reynolds, Pamela. “The ground of all making: State violence, the family and political activists”. In Das, V. Kleinman, A., Lock, M., Ramphele, M. and Reynolds, P (eds). *Violence and Subjectivity*. Berkeley: University of California Press, 2000. Pp 141-170

Soeiro, Rachel Esteves et al. “Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(4):793-799, abr, 2008.

Veneu, Marcos Guedes. *Ou não ser: uma introdução à história do suicídio no Ocidente*. Brasília, Ed. UNB, 1994