

O SUICÍDIO E A POSIÇÃO ÉTICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

[The Suicide and the ethic position of the health professional]

Rita Maria Heck*

RESUMO: O trabalho tem por objetivo refletir sobre a posição ética do profissional de saúde para nortear três questões: se o suicida tem direito de tirar sua própria vida ou se ele deve ser impedido pela equipe de saúde que tem como princípio ético a promoção da vida? De onde vem este valor absoluto sobre a vida? Sobre que critérios se estabeleceu este valor? A discussão leva-nos a examinar a história, explicitando como a medicina e, em decorrência, os demais profissionais, dentre eles os Enfermeiros, se apropriam de poder, fundamentados na "razão" para guiar a ordem natural da sociedade. Para argumentar sobre os questionamentos comentamos três aspectos interligados: a construção jurídica da sociedade e a respectiva vigilância contínua de uns sobre os outros; a intervenção médica no social e, como desfecho, a necessidade de posição mais dialógica dos profissionais de saúde, tendo em vista a autonomia do sujeito.

PALAVRAS CHAVE: Suicídio; Enfermagem; Ética de Enfermagem; Ocupações em Saúde; Ética Médica.

Introduzindo o tema

A ética toma posição como requisito mais importante neste final de século nas relações pessoais do cotidiano profissional que nos dirigem para a globalização, ela se torna imprescindível porque há no mundo muitos e decisivos assuntos que requerem uma escolha que não encontra o seu fundamento no campo da certeza, por isto o diálogo em torno de discussões como o direito a vida e/ou a morte, o aborto, o suicídio, a eutanásia, a fertilização artificial entre outros. Muitos exemplos e questões se põem, mas gostaria de discutir entre estas uma específica que tem relação com nosso interesse: o suicídio e a posição ética do profissional de saúde. A questão se o suicida tem direito de tirar sua própria vida ou deve ele ser impedido pela equipe de saúde que tem como princípio ético a promoção da vida? De onde vem este valor absoluto da vida? E sobre que critérios se estabeleceu este valor?

A sua compreensão leva-nos a examinar a história, explicitando a forma como a medicina e, em decorrência, os demais profissionais se apropriaram de poder, fundamentados na "razão", para guiar a ordem natural da sociedade.

Para argumentar nosso questionamento destacamos três aspectos que estão interligados, a saber: a construção jurídica da sociedade e a respectiva vigilância contínua de uns sobre outros; a intervenção médica sobre o social e, como desfecho, a posição mais dialógica dos profissionais de saúde, entre estes o Enfermeiro, tendo em vista a autonomia do sujeito.

A Vigilância Contínua do Social

O controle social da atualidade, a condenação e o desconforto com relação ao suicídio nem sempre se deram desta forma. Foucault (1980) explica que há uma transformação na sociedade contemporânea em juridicamente disciplinada. Conforme o autor, até o século

XIX havia uma distinção que deixava claro que o crime não era algo aparentado com o pecado e a falta, e sim era algo que danificava a sociedade, perturbação ou incomodo para o conjunto da sociedade.

Até aí a lei penal era concebida de maneira que o dano causado pelo indivíduo à sociedade fosse pago; se isso não fosse possível, era preciso ter em vista que este, ou outro indivíduo, jamais repetissem o dano, impedindo que se cometessem males semelhantes contra o corpo social.

Juridicamente o suicida rompe o pacto social; é criminoso perante a lei; por isto é merecedor de penas. Cassorla (1986) descreve algumas formas de sanções em diferentes povos, na sua essência punições dirigidas ao suicida, como por exemplo a condenação ao desfile nu do cadáver em passeata até o cemitério das moças de Mileto na Grécia antiga; a privação de honras fúnebres em Tebas e Chipre na antiguidade; a mutilação do corpo: corte da mão do cadáver. Em Roma privava-se apenas os enforcados da sepultura, o suicídio de militares e indiciados pela justiça era o único suicídio realmente condenado; as tentativas principalmente sangrentas podiam ir a justiça e, se essa tentativa ocorresse no exército, eram punidos com a morte. A pena para o suicídio proibido era o confisco dos bens pelo Estado. Na idade média persiste o confisco de bens e o corpo do suicida é degradado: pendurado pelos pés, queimado, enfiado em tonéis e jogado em rios. Percebe-se semelhança entre os tipos de castigos impetrados contra os suicidas e os outros criminosos, isto é, a deportação, a reparação e o objetivo de evitar a reincidência. Fica claro que quem sofria a pena era quem cometia o ato.

Esta relação muda de enfoque no século XIX. Foucault (1980), comenta que a penalidade passa a ser um controle, não sobre se o que os indivíduos fazem está de acordo ou não com a lei, mas em nível do que fazem, são capazes de fazer, estão dispostos a fazer ou estão a ponto de fazer. É o que denomina de "ortopedia social": interioriza-se no social um poder disciplinar, de controle. Bentham foi quem apresentou um esquema que representa esta sociedade de vigilância, ao conceber a arquitetura do panóptico. Agora todos vigiam a todos e a si ao mesmo tempo, de forma ininterrupta, na totalidade, um poder de vigilância do espírito sobre o espírito, de exame de consciência. O suicídio passa a ser algo imoral que não se deve fazer, que não se deve pensar e muito menos falar.

Junto com esse poder de vigilância se autoriza a determinados elementos sociais (médicos, pedagogos, etc.) a constituírem um saber, que se organiza ao redor da norma, estabelecendo o que é normal e o que não é, o que é correto, incorreto, o que se deve ou não fazer. Essa base do saber é a que fundamenta as ciências humanas: Psiquiatria, Psicologia, Sociologia, etc..

O panorama confunde-se entre valores morais, falta o que é normal, o que é sadio. Em decorrência, a interpretação da atitude do suicida toma outra forma. Foucault (1988) comenta que a mudança de enfoque fez com que o suicídio, que antes era tido como crime, pois era forma de usurpar o direito de morte, centrado na mão do soberano, seja o da terra ou do além, vai se tornando no século XIX uma dos primeiros procedimentos que entram no corpo da análise sociológica

"...ele fazia aparecer, nas fronteiras e nos interstícios do poder exercido sobre a vida, o direito individual e privado de morrer ... foi uma das surpresas de uma sociedade em que o poder político acaba de assumir a tarefa de gerir a vida." (Foucault, 1988. p. 131).

A partir da Revolução Francesa, comenta Cassorla, a repressão pública ao suicida tende a diminuir, proibindo-

*Enfermeira; Mestre em Extensão Rural; Doutoranda do programa de Pós-Graduação em Filosofia da Enfermagem da UFSC; Docente do Departamento de Enfermagem FEO/UFPEL.

se qualquer tipo de condenação. Com o domínio do racionalismo, a própria igreja vai-se tornando mais tolerante, e as punições religiosas já não se aplicam a quem fez o ato num momento de loucura ou se arrepende em frente da morte (Cassorla, 1986. p. 36).

Junto com a absolvição do sujeito individual, outros estigmas sociais são criados, mais sutis: tabu, culpa, vergonha nas famílias e comunidades, que escondem seus casos de suicídio. A punição é para com a sociedade e esta para com o comportamento moral do sujeito. Ao se fazer uma tentativa de suicídio, o indivíduo é considerado moralmente insano, louco, desajustado social. Quem lhe possibilita emprego, plano de saúde ao saber da sua história?

Ao mesmo tempo para viver neste social é preciso que trabalhe, mas para conseguir o trabalho é lhe exigido o atestado de sanidade física e mental, o crivo do médico que julga, com direito de deliberar o normal ou o patológico, a aptidão física e psíquica.

O Poder Sobre a Vida e a Apropriação Médica da Saúde

Arendt (1989) explica que o chefe de família na pólis grega tinha poderes incontestes e despóticos sobre seus filhos e súditos, o que lhe dava caráter de violência e não de ação política. No âmbito social, de forma semelhante, a monarquia soberana seguiu estes mesmos princípios, nos quais o poder centrava seu mando no direito de vida e morte dos indivíduos.

Foucault (1988) comenta que todo esse foco de poder monárquico estava centrado na deliberação da morte; era em função desta que se regia a vida. Houve transformação desse enfoque a partir do século XVII e XVIII. O poder, a partir daí, se dá sobre a população, mais precisamente sobre os seres vivos, vistos como regulados por leis biológicas. Com isto a vigilância é sobre a vida; a soberania paterna da família se transforma em interesse coletivo; não é mais o pai que determina, delibera sobre a vida dos filhos, mas é a coletividade, na figura do Estado, que regulamenta, normatiza a vida.

Conforme Foucault (1988) esta intervenção se dá de duas formas principais interligadas: a primeira centrada no corpo como máquina, no seu adestramento, na ampliação de aptidões, na exploração da força, moldando-o paralelamente para a utilidade e docilidade, de forma que se incorporem controles eficazes e econômicos; o segundo tipo, mais no século XVIII, centra-se no corpo como mecânica biológica do ser vivo: a reprodução, nascimento, mortalidade, nível de saúde, duração da vida, longevidade se tornam ações e controles de intervenção reguladores, que junto com as disciplinas do corpo, desenvolvem o poder sobre a vida.

Essa ordenação e disciplina, que desviaram seu foco de poder sobre as etapas do desenrolar da vida, fizeram com que se estabelecesse nitidamente o limite da morte, a impossibilidade de controle, em que as leis biológicas e naturais e o poder terrestre se exaurem; por isto, conforme Foucault, a morte se torna o ponto mais secreto da existência, o mais privado, tudo o mais poderia ser cercado em sua verdade essencial.

É preciso entender que a racionalidade parte do pressuposto de que a vida naturalmente, mecanicamente, é dada como sadia, a enfermidade é o mal que a afeta, lhe desvirtua a normalidade. Biologicamente todos nascem sadios, física e moralmente, mas na relação com o social, a influência deste é que contém as patologias; por isto deve-se corrigi-las, regrá-las. Tanto Foucault quanto Ilich (1975) comentam que este poder disciplinar não foi imposto de forma uniforme pelo Estado, mas é decorrente da introjeção

do corpo social. Havia múltiplas políticas de saúde e diversos meios de gestão dos problemas médicos, por exemplo grupos religiosos, associações de socorro e beneficência, sociedades de estatística, etc. Foucault (1990) destaca no século XVIII dois espaços em especial com os quais esta política se fixou no social: Primeiro o privilégio da infância e a medicalização da família, quando se define ou inventa cronologicamente a infância, a diferenciação de cuidados, neste período, em face do problema da natalidade e mortalidade. Regras novas e precisas são impostas aos pais com relação aos filhos, de ordem física: cuidados, contato, higiene, limpeza, proximidade atenta, aleitamento dos filhos por suas mães, etc. A família não pode mais ser somente uma rede de relações que se dão pelo estatuto social, pelo sistema de parentesco, ou pelo mecanismo de transmissão de bens. Deve converter-se num intenso relacionamento físico, permanente, contínuo, que envolve, protege e favorece os filhos. A relação conjugal organizada serve como matriz para o indivíduo adulto. A família concentra leis morais essenciais, um jogo de cuidador e cuidado, por exemplo: corpo sadio, limpo, útil; espaço purificado, arejado, distribuição medicamente ótima dos indivíduos, dos espaços, das camas, dos utensílios; nisso se converte no agente mais constante de medicalização.

Percebe-se claramente que se interioriza como condutas sociais da família as regras de higiene, que são também regras de bom comportamento, sadio e ou normal para a sociedade. Nesse sentido, não se poderia deixar de observar essa idealização das atribuições da família, em recente trabalho de Miotto (1994): relaciona a problemas da família, especificamente "uma infância comprometida" e/ou "uma adolescência mal resolvida", como fatores que levam à tentativa de suicídio entre jovens, exteriorizando falhas na estrutura das famílias.

A segunda transformação relaciona-se com a higiene e o funcionamento da medicina, como instância de controle social, diante de três objetivos principais: acabar com as epidemias, baixar a taxa de morbidade e prolongar a vida média, reduzindo a mortalidade em cada idade. Para isto era preciso intervir no espaço urbano, visto como o espaço perigoso, que veio ao encontro do discurso médico sobre a morbidade urbana, criando-se assim a necessidade de vigilância e intervenção médica em espaços considerados como focos de enfermidades: prisões, navios, instalações portuárias, hospitais gerais e ou que concentravam vagabundos, mendigos, inválidos, etc.; são locais que a sociedade, por unanimidade, considera perigosos, por estarem fora de normalidade. Nada mais adequado que a intervenção dos médicos, para ensinar aos indivíduos as regras fundamentais de higiene para o benefício da sua saúde e principalmente das outras pessoas. Com isto, a medicina como técnica geral de saúde, vai ocupando o lugar mais importante no interior das estruturas administrativas, a ponto de constituir domínio sobre a população, que se vê enquadrada por uma série de prescrições relacionadas não só com a enfermidade, mas também a formas gerais de existência e de comportamento.

Foucault comenta que o médico se converte em grande conselheiro, expert, muitas vezes não como terapeuta, na arte de curar, mas em observar, corrigir, melhorar o "corpo" social e mantê-lo em estado permanente de saúde. É o seu prestígio de higienista que lhe assegura inicialmente esta posição de poder que no século XIX se torna econômica e social.

Lentamente o médico se vai constituindo de poderes que se assemelham ao despotismo do chefe de família e ou monarca, com a inversão de ordenar a vida do sujeito e do

social: vida regrada, disciplinada no pretexto da normalidade, da longevidade, onde o suicida é desafeto, antagonista dos seus princípios de poder e ética por desafiá-lo, mostrando o seu limite.

O Suicídio e a Posição Ética do Profissional de Saúde

Já afirmamos que a ética é a nossa questão de interesse, embora entenda que, em face disso, tenha sido importante retomar como na cultura ocidental se criaram articulações de controle sobre os indivíduos: a institucionalização de atitudes sadias, de valoração da vida biológica, com que se traçou o domínio social, que encontra na hegemonia médica e nos profissionais de saúde, em especial na Enfermagem, um dos seus pontos de apoio vigilante.

Estamos no final do século XX; é consenso que o médico e os profissionais de saúde, regulamentados pelo juramento hipocrático, tenham como objetivo maior a promoção da vida; o que nem sempre é mencionado ou lembrado é que o juramento não refere os direitos do paciente.

Na década de 60, nos Estados Unidos, começa a se questionar essa posição em face da necessidade de se rever o caráter opressivo das relações tradicionais entre os sujeitos e a dinâmica e disformidade das atitudes sociais e culturais, principalmente com enfoque nos direitos civis.

Com isto se retoma a questão ética, numa instância mais ampla que a ética hipocrática, até porque o conhecimento tecnológico e científico de domínio médico avançou, estando capacitado a intervir de forma concreta nos processos de vida e morte. Tem-se então a bioética que se ocupa com questões que estão acima dos códigos deontológicos, e vem responder a questões concretas de juízo ético em áreas específicas.

No cenário surgem reflexões críticas sobre a moralidade, principalmente na relação entre o indivíduo e a sociedade, tensões particulares entre a autonomia do sujeito, proteção de liberdades civis e objetivos sociais como a promoção da saúde pública.

Objetivamente discussões como: Os profissionais de saúde têm direito de impedir que o sujeito se suicide? Orientados pelo princípio mais importante na bioética, o da autonomia, sempre devemos respeitar as pessoas. Conforme Luna (1995), reconhecer a autonomia é reconhecer que o indivíduo é dono de suas próprias ações e decisões, das quais não nos podemos apropriar. A resposta imediata poderia ser não. Como se trata de suicídio, teríamos de discutir um pouco com relação ao que se entende por suicídio. De modo geral, se entende suicídio como "a morte de si mesmo". Este conceito, no entanto, é bastante amplo e se refere à morte propositada que alguém impõe a si; há, no entanto, outras formas de suicídio que Cassorla (1991) denomina como suicídios indiretos, comuns no nosso meio: alcoolismo, falta de cuidados com a própria saúde, exposição a situações perigosas, violência etc..

Teríamos de nos questionar então se realmente o suicida está consciente das consequências do seu ato. Existe diversidade de posições, que variam conforme a interpretação: psiquiátrica, sociológica, etc.. Se seguirmos o que nos informa a psiquiatria, temos que o indivíduo está tomado pela emoção ou por distorções na capacidade de pensar. Se observarmos a perspectiva sociológica, temos que o social cria tensões entre os indivíduos que são pressionados pelo sistema, de forma consciente ou não. Não seria então necessário contextualizar a realidade do indivíduo? Ocorre-me que vivenciei na prática situações em

que os suicidas verbalizavam sua vontade de morrer, alegando fatores de relação direta com a sua vida diária. Lembro-me de uma moça internada no hospital que queria morrer, porque se sentia impotente em face da necessidade da droga e tinha consciência de que esta estava interferindo na vida familiar pessoal, com seu companheiro, e também com o irmão candidato a prefeito; a irmã drogada afetava seus planos políticos. Uma ocorrência, no entanto, chamou a atenção: ela tentou fugir do hospital por causa dos seus filhos pequenos, com os quais tinha vínculo afetivo muito grande e intensa saudade; mas também queria morrer, porque não suportava ficar no ambiente onde vivia.

A sua decisão de morrer levanta outro questão: Que seria a morte para ela? Que procura o suicida, quando pensa em morrer?

Cassorla (1995) afirma que a sua experiência e de outros autores é de que o suicida quer morrer e viver ao mesmo tempo; o resultado deste conflito depende da força de cada um de seus componentes e de várias circunstâncias que envolvem o ato, até a possibilidade de socorro. Complementaria que depende também do método. Na minha pesquisa observei que geralmente a prática do enforcamento é irreversível, enquanto a ingestão de produtos químicos nem sempre é letal; ao ser socorrido, o suicida geralmente desencadeia atenção com relação à sua vida, para mudanças. A última afirmação poderia dar a entender que o suicida procura a morte para chamar atenção sobre si; no entanto teria de esclarecer que isto não é regra geral. O que se observa, na maioria das vezes, é que ele está sofrendo, de forma muito intensa; este sofrimento nem sempre pode ser exteriorizado, está inconsciente até mesmo para o sujeito. Desembocaríamos aí em outra questão ética: Como evitar ou diminuir o seu sofrimento?

O que temos são inúmeros questionamentos que, por sua vez, desencadeiam outros; a nossa posição com relação à atitude do suicida passa por muito mais incertezas que certezas. Fica clara a dificuldade de se guiar por considerações abstratas e legais, implicando que adotamos uma posição de compreender e não de condenar o suicida.

Para isto temos de mudar nosso enfoque de indivíduo paciente, e tê-lo como cidadão com autonomia, isto é, ele não pode ser forçado, tem liberdade de decidir em face das situações reais; ele tem direito de estar informado. Assim, nos vemos diante de uma realidade de diálogo entre cidadãos; onde levanta-se a discussão da história pessoal, as circunstâncias em que está envolvido, seus referenciais de valores e crenças, seu caráter moral e os fatores psicológicos expressados. Essa situação exige grande sinceridade e competência; onde não poderia esquecer o desgaste da nossa parte; afinal vamos enfrentar uma real situação de morte que, particularmente no nosso meio, até hoje se resolvia fugindo ou com autoritarismo.

ABSTRACT: The purpose of this inquiry is a reflection upon a different ethical position concerning suicide and medical care behavior for physicians as well as nursery personnel. A health professional must face these challenges: *has a man the right to cut off his life? A nurse or a medical care practitioner, as a juror in life preservation, has the duty to do all they can in order to avoid a suicide? Which standard criteria a health professional must obey towards life preservation as an absolute value?* This discussion comprehends juridical construct, society vigilance and human being rights and autonomy. As a provisional conclusion, the author preconizes more dialogue among religious leaders or delegates, philosophers, medical care professionals and sociologists or jurisconsults for a mature option.

KEY WORDS: Suicide; Nurse; Nurse Ethic; Health Occupation; Medical Ethic.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ARENDT, Hannah. **A condição humana**. São Paulo : Ática, 1988.
- 2 CASSORLA, Roosevelt. **O que é suicídio**. São Paulo : Brasiliense, 1996.
- 3 _____. **Do suicídio**. Campinas : Papirus, 1991.
- 4 _____. **Suicídio: aspectos bioéticos**. In: I SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E SAÚDE., 1995, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis : Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995.
- 5 _____. FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro : Graal, 1988.
- 6 _____. **La verdad y las formas jurídicas**. Barcelona : Gedisa, 1988.
- 7 _____. **Las redes del poder**. Buenos Aires : Almagesto, 1976.
- 8 _____. **Saber y verdad**. Madrid : La Piqueta, 1990.
- 9 _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro : Graal, 1989.
- 10 HECK, Rita. **Suicídio um grito sem eco: contexto social de Santo Cristo/RS**. Pelotas : UFPEL, 1994.
- 11 ILICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1975.
- 12 LUNA, Florencia., SALLES, A. **Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y outros temas de ética médica**. Buenos Aires : Sudamericana, 1995.
- 13 MIOTO, Regina. **Famílias de jovens que tentam suicídio**. Campinas, 1994. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Universidade Estadual de Campinas.

Endereço do autor:
Patronato, Santa Maria - RS
CEP 97110-030