

SUICÍDIO

já parou para pensar?

Luzia Venâncio Zanluqui &
Maíra Bonafé Sei
(Orgs.)



Luzia Venâncio Zanluqui
Maíra Bonafé Sei
(Organizadoras)

Suicídio: já parou para pensar?

2ª Edição



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

Londrina
2017

Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

S948 Suicídio [livro eletrônico]: já parou para pensar? / Luzia Venâncio Zanluqui, Maíra Bonafé Sei (Organizadoras). – Londrina : UEL, 2017.
1 Livro digital.

Vários autores.

Inclui bibliografia.

Disponível em:
<http://www.uel.br/clinicapsicologica/pages/publicacoes.php>.

ISBN 978-85-7846-423-3

O conteúdo do texto é de responsabilidade dos autores dos respectivos capítulos.

Editora Universidade Estadual de Londrina

Revisão e organização Luzia Venâncio Zanluqui
Maíra Bonafé Sei

Capa Anna Maria Victória Zandoná Mack
Luzia Venâncio Zanluqui

Sumário

Apresentação	1
Luzia Venâncio Zanluqui	
Contextualização	5
Aspectos neurobiológicos do suicídio	6
José Luciano Tavares da Silva	
Luzia Venâncio Zanluqui	
A Arte de Saber Ouvir:Relato de um Serviço Voluntário na Prevenção do Suicídio	17
Valdete Ramanauskas	
Suicídio sob a perspectiva do Direito - ligeira abordagem.....	22
Charles de Freitas Vilas Boas	
O que dizem os atos radicais de violência contra si	29
Marcos Nalli	
Sonia Regina Vargas Mansano	
Suicídio na Comunidade LGBT	39
Anna Maria Victória Zandoná Mack	
Psicologia e Suicídio: diferentes perspectivas teóricas	56
Comportamentos suicidas.....	57
Paula Renata Cordeiro de Lima & Giovana Pagliari dos Santos	
Comportamento suicida, intervenção clínica e políticas públicas sob uma perspectiva Analítico-Comportamental	72
Vicente Emanuel Ribeiro Macêdo Alves	
Suicídio e Psicologia Arquetípica	88
Helton Marculino de Souza	
Psicanálise e Suicídio: teoria e clínica	102
O suicídio no olhar da psicanálise.....	103
Bruna Sanches Ognebene	
Suicídio: não há desejo de morrer, mas de parar de sofrer ou O dito que não foi dizido.....	114
Orlando Marçal	
O suicídio na visão de D. W. Winnicott: uma discussão à luz da prática clínica	124
Francislaine Brasil Cenci	
Falso <i>self</i> e ideação suicida: análise de um caso clínico	146
LorrayneCaroline Garcia Silva	
Maíra Bonafé Sei	
Sobre os autores.....	165
Luzia Venâncio Zanluqui	

Apresentação

Luzia Venâncio Zanluqui

Suicidar-se é o ato de tirar de si a própria existência. Com ela se esvai do ser toda a dor, mas também a oportunidade de vivenciar de maneira sublime o cheiro das flores, os sabores amargos e doces e também a chance de renascer do sofrimento com toda garra para transformar-se.

O suicídio não escolhe espaços sociais, cor, etnia, condição financeira, raça ou o sexo. Suas causas são múltiplas e quase sempre se encobrem ao fechar dos olhos daquele que segue esse caminho. Embora muitos transtornos psiquiátricos possam ser causa do suicídio, evidencia-se que a vida em sociedade também é um grande fator. Viver junto ao outro pode ser vantajoso para o indivíduo em diferentes âmbitos. Mas as exigências advindas desse sistema de organização social, bem como as concessões individuais necessárias, levam milhares de pessoas ao suicídio todos os anos.

O mal seria os outros como disse Freud certa vez? Talvez, na medida em que os outros somos nós e não estamos preparados para acolher. Sobretudo nós profissionais da área da saúde. Se pensarmos no suicídio como sendo questão de saúde pública, podemos crer que em nossos diplomas e carteirinhas de conselhos está representada grande responsabilidade, a de salvar vidas! Entretanto, a questão que se sobressai é: Estamos preparados para essa responsabilidade?

Tratado como tabu na sociedade, falar de suicídio é quase que exclusivamente uma prática de profissionais da área da saúde, ainda que devesse se abordar por outras áreas. Porém, durante o período de formação profissional, raramente esse tema é tratado. No caso do curso de

Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, não havia, até o ano de 2016, nenhuma disciplina que abordasse o tema, nenhum professor disposto a comentar em sala de aula e os alunos, aparentemente, também não se sentiam à vontade para falar do assunto. O mesmo ocorria no curso de Medicina.

No entanto, corria-se o risco de formar profissionais despreparados para lidar com os possíveis pacientes que apresentassem comportamentos suicidas, que tivessem tentado o ato ou que apresentassem evidenciadas em sua fala, alguma ideação suicida. Certamente é difícil dar uma aula sobre “como o profissional deve agir diante de um paciente ou cliente potencialmente suicida”, porém pode-se e deve-se tentar.

Além disso, por compreender que as circunstâncias relacionadas ao suicídio são bastante amplas e complexas, torna-se clara a necessidade de reunir profissionais de diferentes âmbitos para que juntos, possamos assumir essa nossa responsabilidade e contribuir para a formação profissional dos graduandos. E, em ressonância, para a comunidade que necessita e aclama por profissionais mais qualificados para atendê-los nessa temática.

Qualificados não só no que se refere às técnicas e conhecimentos teóricos sobre o tema, mas em termos de postura humana e acolhimento do sofrimento daquele que está enfrentando esse problema, seja o próprio sujeito ou seus familiares e entes queridos.

Pensando em todas essas questões, sobretudo na carência de espaço para discutir, estudar e compreender o tema do suicídio na academia, alguns estudantes do curso de Psicologia e Medicina se reuniram para formar um grupo de estudos sobre o tema. O grupo foi acolhido como parte prática de um programa de formação complementar em neurociências desenvolvido e promovido pelo Professor Dr. José Luciano Tavares da Silva do departamento de

Fisiologia da Universidade Estadual de Londrina. Este docente abriu as portas de seu programa, proporcionando aos alunos uma sala para que se reunissem semanalmente para discutir o tema.

Ao longo dos encontros, os alunos estudaram os mais diversos aspectos do suicídio, desde evidências de causas orgânicas, até aquelas relacionadas ao convívio social e questões psicológicas que o envolve. Diante disso, perceberam a grande necessidade de ampliar suas discussões para outras áreas do conhecimento, passando a discutir questões legais, atendimento telefônico voluntário, diferentes abordagens dentro da Psicologia e da Medicina, além de aspectos relacionados às próprias vivências dos estudantes em relação ao tema.

O grupo de estudos teve duração de oito meses e, ao final, surgiu um desejo, acompanhado de uma grande necessidade, de compartilhar os conhecimentos desenvolvidos durante o período de estudos para toda a comunidade acadêmica da universidade, das faculdades da região e demais interessados no tema. Assim, para que esse objetivo fosse alcançado, abriu-se a proposta de um evento que reunisse profissionais de diferentes áreas para discutir o tema, além de apresentarem seus pontos de vista e possíveis formas de atuação profissional.

Para que o evento fosse realizado com êxito, os alunos contaram com o auxílio prontamente acolhedor da diretora da Clínica Psicológica da UEL, Professora Dra. Maíra Bonafé Sei, que contribuiu com toda a programação e realização do evento. Este que teve duração de dois dias e reuniu onze profissionais que trouxeram em suas falas, ricas contribuições para a comunidade acadêmica e para além.

Pensando na repercussão positiva do evento e da importância de continuar divulgando e discutindo o tema, nasceu a proposta de elaboração de um livro que abarcasse

o tema das falas de cada um dos profissionais que contribuíram com o evento e de outros que se prontificaram a colaborar com o livro.

Desta maneira, o presente livro, em cada um de seus capítulos, aborda teoria e prática dessas diferentes profissões em prol de um objetivo comum: adotar uma postura que faça jus a nossa responsabilidade de promover e proteger o bem-estar humano, sobretudo daqueles que encontram-se fragilizados a tal ponto de desistir de seu bem maior, a vida.

Em cada capítulo, você leitor terá oportunidade de navegar junto a cada um desses profissionais por águas teóricas e práticas do suicídio. Em alguns momentos, navegará pelas profundezas da mente humana e em outros, por questões técnicas que o envolvem. Mergulhará na beleza de nossas profissões e vislumbrará as grandes responsabilidades de se tratar desse tema. Ao final, terá certeza de que cada uma das linhas escritas representa carinho, dedicação e respeito ao outro.

Boa leitura!

Contextualização

Aspectos neurobiológicos do suicídio

José Luciano Tavares da Silva

Luzia Venâncio Zanluqui

Descrito como a violência auto infligida com a intenção assertiva de obliterar a vida (CDC, 2015), o suicídio apresenta-se associado à presença de transtornos do humor, tais como depressão maior e transtorno bipolar, além de desesperança, ansiedade severa e aumento da impulsividade (MANN, 2003). Frequentemente, mas nem sempre relacionado a histórico de comportamento suicida e de abuso precoce, o suicídio também é uma complicação de distúrbios psiquiátricos existentes (MANN, 2003; FAWCETT, 2012), observando-se que por volta de 90% dos casos de suicídio associam-se a tais distúrbios, principalmente com a depressão (HYMAN; COHEN, 2014).

Por intermédio de meta-análise sobre perfil psiquiátrico em 3275 pessoas que cometeram suicídio em estudos publicados entre 1986 e 2002, Arsenault-Lapierre et al. (2004) verificaram a presença de disfunções psiquiátricas diversas em 87,3% dos casos, observando, ainda diferenças em se tratando da localização geográfica e sexo. A depressão, por exemplo, está presente em ao menos 50% dos casos de suicídio, aumentando em 25 vezes a ideação suicida em relação à população de forma geral (AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY, 2014).

Nota-se, portanto, que o suicídio resulta de uma convergência complexa de muitas possíveis complicações neurobiológicas, fatores socioculturais e genéticos, cuja composição exata irá variar em cada caso (HUDZIK; CANNON, 2014). Na quinta edição do “Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), a Associação de

Psiquiatria Norte-Americana propõe que o “Transtorno do comportamento suicida” seja incluído em futuras edições. Tal prática poderia ser útil na separação de fatores neurobiológicos relacionados com o comportamento suicida “per se” daqueles relacionados com a psicopatologia (TURECKI, 2014).

Em face de tal diversidade de fatores na sua etiologia, o presente estudo optou por verificar quais aspectos do ponto de vista neurobiológico apresentariam maior relação com a ideação suicida. Nesta concepção, Carballo et al. (2008) propõem que tanto o genótipo quanto experiências de primeira infância podem conduzir à manifestação disfuncional neuroendócrina (eixo hipotálamo-hipófise-adrenal ou eixo HPA) e neuroquímica (sistemas neurotransmissores monoaminérgicos) associadas ao comportamento suicida.

No que diz respeito a disfunções neuroendócrinas, está bem estabelecido que alterações na atividade do eixo HPA, apresentam relação com o advento de depressão e suicídio (JOKINEN et. al., 2007; KEILP et. al., 2016; JOKINEN; NORDSTRÖM, 2009; CORYELL et. al., 2008; POMPILI et. al., 2010; MELHEM et. al., 2017; O’CONNOR et. al., 2017), apesar de ainda não haver consenso acerca do mecanismo exato de tal relação.

A atividade normal do eixo HPA requer inicialmente a produção e secreção do hormônio liberador de corticotrofina (CRH) por neurônios do núcleo paraventricular do hipotálamo (PVN), localizado no diencéfalo. Dentre outros fatores, a secreção do CRH é ativada pelo estresse, via atividade de fibras excitatórias advindas da amígdala e inibida pela atividade de fibras advindas do hipocampo (ambos situados no lobo temporal medial). Uma vez secretado, o CRH atinge as células corticotróficas da adeno-hipófise (ou pituitária), que produzem o hormônio adrenocorticotrófico ou ACTH, o

qual é lançado na circulação geral e induz a produção de glicocorticóides pelo córtex da glândula adrenal, sendo o cortisol o mais importante glicocorticóide em seres humanos. Tanto o cortisol como glicocorticóides sintéticos como a dexametasona atuam na hipófise e hipotálamo inibindo a secreção de ACTH e CRH respectivamente (HYMAN; COHEN, 2014).

Na vigência de estresse crônico, os neurônios produtores de CRH elevam seus níveis de secreção, provavelmente estimulados pelas aferências provenientes de outras partes do sistema nervoso, de tal maneira que os glicocorticóides não conseguem bloquear a secreção de CRH, ocorrendo, então, concentrações plasmáticas elevadas de CRH, ACTH e também de cortisol (SILVEIRA; SPADARI, 2012).

Existem evidências de hiperatividade do eixo HPA em sujeitos que tentaram suicídio, indicando atividade anormal dos circuitos advindos de áreas encefálicas relacionadas às emoções (límbicas) na regulação do humor em adultos jovens (JOKINEN; NORDSTRÖM, 2009), observando-se situação semelhante em idosos acima de 65 anos (JOKINEN; NORDSTRÖM, 2008).

Sinais advindos de estressores psicogênicos utilizam vias multisinápticas a partir de órgãos sensoriais, locus coeruleus (LC) e outros núcleos do tronco encefálico (TE) através de estruturas límbicas, incluindo o córtex pré-frontal, núcleo basal da estria terminal (BNST) e amígdala. Tais vias interagem com neurônios produtores de CRH indiretamente através de neurônios glutamatérgicos e GABAérgicos adjacentes ao PVN, os quais perfazem sinapses diretas com neurônios produtores de CRH. O hipocampo envia sinais inibitórios através do córtex pré-frontal e subículo (Sbc). A rafe dorsal projeta sinais serotoninérgicos à área adjacente ao PVN e diretamente a neurônios produtores de CRH. Além disso, sinais hormonais

da periferia interagem com o órgão subfornical (SFO), o qual apresenta projeções diretas a tais neurônios no PVN (AGUILERA; LIU, 2012).

Os glicocorticóides também apresentam efeitos importantes sobre o sistema nervoso central, particularmente em áreas que compõem o sistema límbico, incluindo o hipocampo (SILVEIRA; SPADARI, 2012). Níveis plasmáticos elevados de glicocorticóides, como consequência da ativação do eixo HPA, desempenha um papel importante na limitação da magnitude e duração da ativação de neurônios produtores de CRH durante o estresse (AGUILERA; LIU, 2012).

Sujeitos deprimidos podem apresentar aumento no volume de amígdalas e diminuição no volume do hipocampo, este último provavelmente relacionado com o aumento do cortisol circulante. O aumento crônico de glicocorticóides circulantes relaciona-se teoricamente com maior suscetibilidade à excitotoxicidade glutamatérgica e diminuição da taxa normal de neurogênese no hipocampo, inibindo a proliferação de células precursoras. Aliado ao aumento da atividade da amígdala, danos ao hipocampo podem conduzir a um círculo vicioso, uma vez que a perda do controle inibitório da secreção do CRH pode resultar em maior secreção de cortisol e, conseqüentemente, em atrofia hipocampal adicional. Tais anormalidades podem contribuir para os sintomas, influenciando o curso da depressão (HYMAN; COHEN, 2014; MOICA et. al., 2016), inegavelmente associada ao suicídio.

Além de alterações relacionadas ao eixo HPA, a fisiopatologia da depressão e complicações associadas também se associa à subatividade do sistema monoaminérgico que há décadas vem sendo o alvo de diversas drogas moduladoras (DI GIOVANNI et. al., 2016). Fatores de desenvolvimento biológicos (genéticos) e psicológicos ou clínicos (adversidade na primeira infância)

influenciam a função do eixo HPA, que por sua vez interage com a neurotransmissão monoaminérgica. Estes efeitos da função do eixo HPA na neuroquímica e na própria função HPA mostraram estar relacionados com vários aspectos clínicos e neurobiológicos relevantes na indução ao suicídio, podendo fornecer a ligação entre estes e o comportamento suicida (CARBALLO et. al., 2008).

O sistema monoaminérgico é constituído pela sinalização serotoninérgica, noradrenérgica e dopaminérgica, sendo as duas primeiras as que aparentemente apresentam papel mais relevante no advento da depressão e suicídio, apesar de alguns estudos também indicarem papel desempenhado pela dopamina (MANN, 2003).

As monoaminas serotonina e noradrenalina são sintetizadas em pequenos núcleos de neurônios localizados no TE. Os principais núcleos serotoninérgicos e noradrenérgicos (respectivamente os “Núcleos da Rafe” e o “Locus Coeruleus”) localizam-se mais caudalmente no TE e cada qual se projeta amplamente para todo o encéfalo. Tal conectividade permite que o sistema monoaminérgico exerça influência em funções diversas, tais como alerta, atenção, vigília, motivação e outros estados cognitivos e emocionais. Contudo, apesar de serem alvos para tratamento da depressão (e conseqüente prevenção do suicídio), os papéis exatos de tais neurotransmissores em sua patogênese ainda é desconhecido (HYMAN; COHEN, 2014).

A ligação entre o sistema serotoninérgico e disfunções psiquiátricas como a depressão e o suicídio, vem sendo estudado nos últimos 50 anos (BACH; ARANGO, 2012), identificando-se disfunções neste sistema tanto em portadores de transtornos afetivos sem comportamento suicida quanto em suicidas (POMPILI et. al., 2010). Nos anos 60, uma droga chamada Reserpina, introduzida para controlar a pressão arterial elevada, causou depressão

grave em cerca de 20% dos casos. A Reserpina esgota catecolaminas centrais e serotonina por interferir com o seu carregamento em vesículas sinápticas (BACH; ARANGO, 2012).

Outra classe de drogas, denominadas “Inibidoras da Monoaminoxidase” (IMAOs) introduzida para tratar a tuberculose causou acentuada elevação de humor. A monoaminoxidase (MAO), trata-se de uma enzima que inativa a serotonina e a noradrenalina, diminuindo, portanto, o efeito destas na fenda sináptica (BACH; ARANGO, 2012).

Outra peça do quebra-cabeça caiu no lugar quando os neurocientistas reconheceram que a droga Imipramina introduzida alguns anos antes como um antidepressivo, inibe a recaptação de serotonina e noradrenalina, aumentando assim a ação destas na fenda sináptica. Como resultado dessas observações, os pesquisadores desenvolveram a hipótese de que o humor está intimamente ligado aos níveis liberados de neurotransmissores da classe das "monoaminas", ou seja, noradrenalina e/ou serotonina no encéfalo (BEAR et. al., 2016).

O tecido encefálico pós-morte de vítimas de suicídio tem sido utilizado para examinar índices dos sistemas monoaminérgicos (principalmente serotonérgicos e noradrenérgicos), além da transdução de sinal e morfologia celular (Mann, 2003). Os neurônios contendo serotonina estão em sua maior parte agrupados dentro dos nove Núcleos da Rafe do TE. Rafe significa "cume" ou "costura" em grego, e, de fato, os núcleos rafe dispõem-se em ambos os lados da linha média do TE (BEAR et. al., 2016).

Análises pós-morte realizadas mostraram que o sistema serotonérgico apresenta claramente alterações anatômicas específicas, tanto com relação aos neurônios serotonérgicos nos núcleos da rafe, quanto com os

neurônios corticias, alvos de suas projeções (BACH; ARANGO, 2012). De acordo com Sarchiapone & D'Aulerio (2014) diversos fatores de risco genéticos relacionados ao comportamento suicida são baseados no sistema serotoninérgico, dentre os quais alguns receptores serotoninérgicos, moléculas transportadoras para recaptação de serotonina e enzimas relacionadas à sua biossíntese.

Após a serotonina, a noradrenalina (NE) tem sido o neurotransmissor mais estudado em relação à neurobiologia da depressão (CHANDLEY; ORDWAY, 2012). A NE é sintetizada em vários núcleos de tronco encefálico, principalmente no “locus coeruleus”, um núcleo pigmentado localizado logo abaixo do assoalho do quarto ventrículo (HYMAN; COHEN, 2014).

Dado o papel central do NE na mediação da resposta biológica ao estresse e ao papel crítico do estresse no desenvolvimento da depressão, parece provável que a manipulação da transmissão noradrenérgica continue a ser um ponto final terapêutico direto ou indireto no desenvolvimento de novas drogas antidepressivas que contribuam para a redução nos índices de suicídio. A redução farmacológica da ação do NE pode apresentar efeito sedativo, enquanto o aumento farmacológico de sua ação modula a atenção e foco, podendo melhorar o humor num indivíduo deprimido. Em desordens de humor e em distúrbios de atenção, os inibidores de recaptação de NE (NRIs) têm sido utilizados com sucesso como antidepressivos e intensificadores de atenção, respectivamente, durante muitos anos. Embora a sinalização da NE participe na promoção de comportamentos específicos como a excitação, a atenção, a formação de memória e a resposta ao estresse, ainda há muito a ser descoberto em relação ao seu papel no comportamento normal e anormal (CHANDLEY; ORDWAY, 2012).

Após o exposto, é possível vislumbrar a complexidade de fatores relacionados ao advento do suicídio, provavelmente o resultado comum de diferentes vias etiológicas sem nenhum mecanismo neurobiológico simples subjacente (TURECKI et. al., 2012). Apesar de tal complexidade, claramente há algum elemento predisponente, através do qual, certos fatores convergentes, tais como estressores agudos bem como certas circunstâncias de vida atuais e anteriores, poderão operar na suscetibilidade biológica individual (SARCHIAPONE; D'AULERIO, 2014).

Alterações no eixo HPA e nos sistemas monoaminérgicos certamente apresentam papel-chave em sua etiologia, mas o mecanismo exato da participação destes nos mecanismos subjacentes que acabam levando à conduta autodestrutiva ainda é, infelizmente, inconclusivo.

Referências Bibliográficas:

AGUILERA, G.; LIU, Y. The molecular physiology of CRH neurons. **Frontiers in Neuroendocrinology**, v. 33, p. 67–84, 2012.

AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY. **Depression and Suicide Risk** 2014. Disponível em: <http://www.suicidology.org/Portals/14/docs/Resources/FactSheets/2011/DepressionSuicide2014.pdf>.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARSENAULT-LAPIERRE, G; KIM, C; TURECKI, G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis **BMC Psychiatry**, v. 4, n. 37, 2004.

BACH, H; ARANGO, V. Neuroanatomy of Serotonergic Abnormalities in Suicide. In: DWIVEDI, Y. **The neurobiological basis of suicide**. Frontiers in neuroscience. Boca Raton: CRC Press, 2012. p.11-27.

BEAR, M. F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. **Neuroscience: Exploring the Brain**. Hong Kong LWW, 2016. p.674-679.

CARBALLO, J. J.; AKAMNONU, C. P.; OQUENDO, M. A. Neurobiology of Suicidal Behavior. An Integration of Biological and Clinical Findings. **Arch Suicide Res.**, v. 12, n. 2, p. 93-110, 2008.

CDC **Understanding suicide**: Fact sheet. 2015. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicidefactsheet-a.pdf>.

CHANDLEY, M. J.; ORDWAY, G. A. Noradrenergic Dysfunction in Depression and Suicide. In: DWIVEDI, Y. **The Neurobiological Basis of Suicide**. Frontiers in neuroscience. Boca Raton: CRC Press, 2012. p. 29-63.

CORYELL, W. et al. HPA-Axis Hyperactivity and Mortality in Psychotic Depressive Disorder: Preliminary Findings. **Psychoneuroendocrinology**, v. 33, n. 5, p.654-658, 2008.

DI GIOVANNI, G et al. Monoaminergic and Histaminergic Strategies and Treatments in Brain Diseases. **Frontiers in Neuroscience**, v.10, n. 541, 2016.

FAWCETT, J. Diagnosis, traits, states, and comorbidity in suicide. In: DWIVEDI, Y. **The Neurobiological Basis of Suicide**. Frontiers in neuroscience. Boca Raton: CRC Press, 2012. p. 1-10.

HUDZIK, T. J.; CANNON, K. E. Suicide: Phenomenology and Neurobiology. **Springer International Publishing**, Switzerland 2014. p. 02.

HYMAN, S. E.; COHEN, J. D. Transtornos do humor e de ansiedade. In: KANDEL, E et al. **Princípios de Neurociências**. Porto Alegre: McGraw-Hill/Artmed, 2014. p. 1222-1241.

JOKINEN, J et al. DST non-suppression predicts suicide after attempted suicide. **Psychiatry Research**, v. 150, p. 297-303, 2007.

JOKINEN, J; NORDSTRÖM, P. HPA axis hyperactivity as suicide predictor in elderly mood disorder inpatients. **Psychoneuroendocrinology**, v. 33, p. 1387-393, 2008.

JOKINEN, J; NORDSTRÖM, P. HPA axis hyperactivity and attempted suicide in young adult mood disorder in patients. **Journal of Affective Disorders**, v. 116, p. 117-120, 2009.

KEILP, J. G. et al. Further evidence of low baseline cortisol levels in suicide attempters. **Journal of Affective Disorders** 190 (2016), p. 187-192

MANN, JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. **Nature Reviews Neuroscience** (2003) 4: 819-828.

MELHEM, NM. et al. Blunted HPA axis activity prior to suicide attempt and increased inflammation in attempters. **Psychoneuroendocrinology**, v. 77, p. 284-294, 2017.

MOICA, T et al. Cortisol and Hippocampal Volume as Predictors of Active Suicidal Behavior in Major Depressive Disorder: Case Report. **Balkan Med J**. v. 33, p. 706-9, 2016.

O'CONNOR, DB et al. Cortisol reactivity and suicidal behavior: Investigating the role of hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to stress in suicide attempters and ideators. **Psychoneuroendocrinology**, v. 75, p. 183-191, 2017.

POMPILI, M et al. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and serotonin abnormalities: a selective overview for the implications of suicide prevention. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**,v. 260, p. 583–600, 2010.

SARCHIAPONE, M.; D'AULERIO, M. Genetic risk factors for suicidal behavior. In: CANNON, K. E.; HUDZIK, T. J. Suicide: Phenomenology and Neurobiology. **Springer International Publishing**, Switzerland, 2014. p. 125-140.

SILVEIRA, V. L. F.; SPADARI, R. C. Glândulas Supra-renais. In: RIBEIRO, E. B. **Fisiologia Endócrina**. São Paulo: Manole, 2012. p. 147-157.

TURECKI, G. et al. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. **Trends in Neurosciences**, v. 35, n. 1, p. 14-23, 2012.

TURECKI, G. The molecular bases of the suicidal brain. **Nature Reviews Neuroscience**,v. 15, p. 802-816, 2014.

A Arte de Saber Ouvir: Relato de um Serviço Voluntário na Prevenção do Suicídio

Valdete Ramanauskas

CVV

Como vai você?

CVV – Centro de Valorização da Vida, fundado em São Paulo em 1962.

É uma instituição filantrópica sem fins lucrativos que presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional para todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo, através do telefone: 141 ou pelo site: www.cvv.org.br.

Desde a sua fundação a proposta do CVV sempre foi a Prevenção do Suicídio e a Valorização da Vida. O CVV passou por várias fases, pois é uma instituição dinâmica. No começo havia propensão para a abordagem diretiva. Os voluntários diante de uma possibilidade de suicídio iam ao encontro das pessoas e chegavam a interferirem em suas vidas. Eram, às vezes, criticados e até incompreendidos no desejo de ajudar as pessoas que desejavam se autodestruir.

Na década de setenta inspirados pelo psicólogo Carl Rogers adotaram o princípio da não diretividade e atualmente o CVV adota a Abordagem Centrada na Pessoa - ACP, dando mais solidez científica aos atendimentos e perseverando na proposta que norteou o CVV desde sua fundação: a valorização constante do ser humano.

Hoje o CVV conta com mais de setenta postos espalhados pelo Brasil, desenvolvendo o Programa CVV de

Prevenção ao Suicídio, existem mais de 2000 voluntários empenhados em continuar com essa causa tão nobre de prestar apoio emocional a quem precisa e recebe mais oitocentas mil ligações ao ano.

A respeito da cidade de Londrina, seu Posto CVV foi fundado em 1980, funcionando 24 horas até 2012. A partir de 2013 foi reduzido o horário de atendimento devido à falta de voluntários.

Hoje o CVV conta com mais de 20 voluntários e o horário de atendimento que era das 14 horas às 22:30 até 2016, todos os dias da semana, voltou a ser 24 horas.

O CVV Londrina oferece cursos totalmente gratuitos para novos voluntários três vezes ao ano com o intuito de completar o quadro e voltar a funcionar 24 horas, que o ideal. Para ser voluntário é preciso ser maior de 18 anos, ter disponibilidade de tempo e vontade de ajudar o próximo e o CVV necessita de pessoas assim para que seu propósito seja cumprido.

A filosofia do CVV se fundamenta em quatro conceitos: confiança, respeito, aceitação e compreensão.

- Confiança – confiar na essência positiva do ser humano. A essência do ser humano é boa e pode ser resgatada, caso esteja passando por momentos de turbulências e quando encontra as condições favoráveis que isso ocorra.
- Respeito – é considerar que o ser humano é capaz de resolver seus próprios conflitos. Respeitar é tratá-lo como igual. É dar valor a todos os seus sentimentos e pensamentos.
- Aceitação – é aceitar o ser humano como ele é sem querer mudá-lo. Isto porque toda mudança ocorre de dentro para fora. Aceitar é ouvir com interesse verdadeiro.

- Compreensão – é estar ao lado desse ser humano desprovido de preconceitos, julgamentos, críticas, sugestões e conselhos. Estar ao lado é proximidade, é dizer o que compreendeu daquilo que ele disse.

É desta forma que o voluntário facilita o desabafo da pessoa que procura o CVV. Na medida em que a pessoa fala, sem medo, sem reservas, consegue se ouvir, refletir e consegue tomar a decisão por si própria.

Assim, o trabalho do CVV pode ser considerado uma proposta de vida, porque busca ajudar as pessoas a saírem de seus conflitos, almeja levar ao autoconhecimento, e ainda, por outro lado, ajuda no crescimento do próprio voluntário. Trata-se de um processo renovador e amplo, pois todos crescem com essa experiência.

Uma premissa que faz parte da ação do CVV diz que “Quanto mais aceito meu próximo, mais me aceito. Quanto mais me aceito, mais estou disponível para aceitar o outro”. Desta forma o CVV segue cumprindo o seu objetivo primordial: Valorização da Vida.

Prevenção do Suicídio, como se dá?

A prevenção se dá com acolhimento, com atenção, estar ao lado. Favorecendo para que a pessoa externar todo o seu sofrimento, sentimentos, pensamentos. Isto se dá com o ouvir amoroso, com calma e delicadeza.

Esse ouvir verdadeiro consiste em estar totalmente desprendido de acepções pessoais. Toda a atenção deve estar voltada para a pessoa. Nossos valores, neste momento, não têm importância e sim o valor da pessoa que está falando, sua vivência, seus sentimentos, em tudo o que diz, sem interferências, sem apressar, demonstrando toda a nossa compreensão no que está sendo relatado.

Somente assim a pessoa que fala percebe que não está mais só, tem alguém que se importa com ela do jeito que é. Com esse sentimento a pessoa se fortalece e percebe que sua situação pode ser resolvida de outra maneira, que a morte não é a única saída. É assim que se dá a prevenção do suicídio no CVV.

Entretanto, isso também é possível na sociedade, basta olhar com mais atenção as pessoas próximas. E se alguém chegar e quiser falar de sua vida, procure ouvir sem pressa, valorizando seus sentimentos, demonstrando interesse pela sua história, se colocando disponível, para que seja possível fazer a diferença e diminuir o índice de suicídios.

Percebe-se que o número de mortes por suicídio tem aumentado. Esses são dados da Organização Mundial da Saúde - OMS de 2014:

- No Brasil, 1 pessoa morre vítima de suicídio a cada 45 minutos, e ao menos outras 60 tentam tirar a própria vida por dia.
- No mundo, 1 pessoa se mata a cada 40 segundos.
- Segundo pesquisa da Unicamp, 17% dos brasileiros pensaram seriamente em cometer suicídio no decorrer de suas vidas.
- 9 em cada 10 casos poderiam ser evitados.
- Quem tenta suicídio pede ajuda.

No que diz respeito à Campanha Setembro Amarelo, trata-se de uma ação de conscientização sobre a prevenção do suicídio, com o objetivo direto de alertar a população a respeito da realidade do suicídio no Brasil e no mundo e suas formas de prevenção.

Iniciado no Brasil pelo CVV, CFM (Conselho Federal de Medicina) e ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria), o Setembro Amarelo teve início em 2014, concentrado em

Brasília. Em 2015 já conseguiu uma maior exposição com ações em todas as regiões do país. Mundialmente, o IASP - Associação Internacional para Prevenção do Suicídio estimula a divulgação da causa, vinculada ao dia 10 do mesmo mês no qual é lembrado como o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio.

O CVV é o principal mobilizador da campanha no Brasil, porque acredita que quanto mais se falar sobre o assunto, melhor vai entender as causas que levam ao suicídio, quanto mais se entender melhor vai ser a prevenção.

Os tabus devem ser quebrados, os preconceitos vencidos e compartilhar informações sobre o tema é a solução, isto porque acreditamos que 90% dos suicídios podem ser prevenidos.

Suicídio sob a perspectiva do Direito - ligeira abordagem

Charles de Freitas Vilas Boas

1. Ausência de tipificação como crime

O presente texto não tem a menor pretensão de exaurir todas as questões relativas ao suicídio sob o ponto de vista legal, tratando-se, apenas e tão somente, de uma abordagem superficial acerca do tema com a proposta de instigar o leitor à análise da questão sob a perspectiva do direito.

Nesse sentido, seria importante, inicialmente, identificar se o suicídio trata-se de crime ou não, sendo que em análise ao Código de Processo Penal brasileiro não se identifica qualquer prescrição legal que preveja pena para o indivíduo que o pratique, ainda que na forma tentada.

Ademais, o artigo 107 do Código Penal brasileiro, em seu inciso I, prevê que a punição daquele que pratica um crime é extinta com a morte do mesmo, ou seja, ainda que houvesse previsão legal que tipificasse o suicídio como crime, a pena seria extinta com a morte do suicida. (BRASIL, 1941).

De outro lado, a prática de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio é tratada como crime previsto no artigo 122 do Código de Processo Penal brasileiro, o qual tem o seguinte texto:

Art. 122 - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

Como se constata no artigo supracitado, induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça é crime sujeito a reclusão, ou seja, trata-se de crime privativo de liberdade.

O parágrafo único do artigo 122 do Código Penal ainda prevê o aumento da pena com a sua duplicação nos casos em que o crime for praticado por motivo egoístico e nos casos em que a vítima for menor ou tiver diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.

Em caso julgado pelo Superior Tribunal de Justiça, já se decidiu:

RECURSO EM SENTIDO ESTRITO. CRIME CONTRA A VIDA. INDUZIMENTO, INSTIGAÇÃO OU AUXÍLIO A SUICÍDIO. MINISTÉRIO PÚBLICO QUE SE INSURGE CONTRA A DECISÃO NA QUAL O MM JUIZ DESCLASSIFICOU A CONDUTA IMPUTADA NA DENÚNCIA E PRONUNCIOU A ACUSADA NAS PENAS DO DELITO INSERTO NO ARTIGO 122, PARÁGRAFO ÚNICO, I E II, DO CÓDIGO PENAL. IRRESIGNAÇÃO DEFENSIVA, EM QUE SE REQUER A ABSOLVIÇÃO SUMÁRIA. DESPROVIMENTO DE AMBOS OS RECURSOS. 1. Segundo consta da peça inicial acusatória, a acusada, de forma livre, consciente e com animus necandi, escreveu diversas cartas endereçadas ao seu ex-marido, ora vítima, portador de alienação mental, com o fim de estimulá-lo a cometer suicídio, o que veio a ocorrer em 26 de agosto de 2005, cerca de 01 ano e 05 meses depois de o ofendido ter atentado contra a própria vida. Consoante se infere dos fatos narrados pelo Parquet, a causa da morte da vítima teria decorrido de sua tentativa de se autoenforçar, em 31 de março de 2004, quando o seu estado de saúde foi se deteriorando gradativamente, até levá-lo ao óbito em 26 de agosto de 2005. 2. Com o término da primeira fase do procedimento do Júri, o douto Magistrado se convenceu sobre a existência da materialidade do delito e dos indícios de autoria, mas entendeu que os fatos narrados na denúncia não se amoldariam ao

tipo penal do artigo 121, § 2º, I, do Código Penal, o que o fez desclassificar a conduta para a que tipifica o crime de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio, duplamente circunstanciado, vindo a pronunciar a acusada.

3. A simples comprovação de que a vítima era portadora de doença mental não se mostra suficiente a considerá-la, ao tempo da ação, inteiramente incapaz de entender as consequências de seus atos e de determinar-se de acordo com esse entendimento, cujo ônus da prova compete ao Ministério Público. Logo, caberia ao Parquet requerer a realização de perícia forense, da qual se pudesse extrair a certeza de que a vítima não teria as capacidades intelectivas e volitivas no momento em que tentou se enforçar. Ainda que vigore o princípio in dubio pro societatis quando da prolação da pronúncia, não se afigura correto levar ao Conselho de Sentença determinada matéria desprovida de elementos de convicção, a cuja aferição se impõe, imprescindivelmente, o exame pericial, sob pena de induzir a erro os jurados e privá-los dos meios de prova necessários ao julgamento imparcial, de acordo com os ditames da justiça, o que implicaria violação à busca da verdade real, além de flagrante desequilíbrio processual em prejuízo à defesa. Diante da absoluta impossibilidade de instruir os autos com o exame pericial, do qual defluíssem os elementos imprescindíveis à análise da alegada ausência de capacidade de resistência da vítima, ao tempo da ação, torna-se, pois, impossível a pronúncia da acusada nos termos requeridos pelo Ministério Público. 4. Em que pesem os argumentos expedidos pela defesa, não lhe assiste razão quando pugna pela absolvição sumária, a cuja configuração se impõe a comprovação certa e indubitosa de que os fatos imputados inexistam ou não constituam crime, bem como de que a acusada não seja a autora do delito ou que se encontre agraciada por alguma causa de isenção de pena ou de excludente de ilicitude, o que não restou demonstrado nos autos. Ao invés do afirmado nas razões defensivas, a materialidade e os indícios de autoria do delito previsto no artigo 122, parágrafo único, I e II, do Código Penal, foram absolutamente comprovados na

hipótese vertente, sobretudo diante dos depoimentos prestados em Juízo, aos quais corroboram as demais provas coligidas nos autos - termos de inquirição, carta enviada pela acusada à vítima, auto de apreensão, termos de declaração, relatório e declaração médicos, termo de curatela provisória, certidão de óbito, apólice de seguro e laudo de exame de sanidade mental, que não deixam a menor dúvida acerca da procedência do decisum impugnado. **Os indícios de que as diversas cartas escritas pela acusada e lidas pela vítima a levaram a tentar o suicídio por enforcamento decorrem da epístola datada de 25 de março de 2004, na qual a recorrente escreve palavras do tipo ;você jamais vai conseguir trabalho;. ;a sua vida não tem mais solução;. ;você tem que tirar a sua vida;. ;você pode tirar a sua vida com um lençol amarrado no pescoco;. Embora a vítima não tenha lido a carta juntada às fls. 76, em cujo teor a acusada lhe sugere o cometimento do suicídio, existem indícios de que as outras cartas enviadas pela ré e efetivamente lidas pelo ofendido o tenham levado a tentar se enforçar, como se depreende dos depoimentos das testemunhas prestados em Juízo, sob o crivo do contraditório. Com isso, percebe-se que os elementos de convicção revelaram-se suficientes a admitir a acusação, tal qual determinada no decisum impugnado, com vistas a submeter a recorrente ao Tribunal Popular, afigurando-se, pois, impossível a impronúncia.** 5. A sentença de pronúncia constitui uma decisão interlocutória mista, que julga o mero juízo de admissibilidade, fundado na suspeita, e não na certeza. Com a pronúncia, o magistrado encerra a fase de formação de culpa, inaugurando a fase de preparação do plenário, quando se julgará o mérito. Ao Juiz cabe tão somente verificar a prova da existência do fato descrito como crime e os indícios suficientes de autoria, a teor do artigo 413 do Código de Processo Penal. Precedentes. **Logo, diante dos indícios de que a acusada é a autora do delito inserto no artigo 122, parágrafo único, I e II, do Código Penal, não se mostra correto, nesta fase do procedimento, afastar a competência do Plenário do**

lúri, a quem compete valorar as provas coligadas nos autos, com o fim de dirimir eventuais dúvidas ponderadas pela defesa. DESPROVIMENTO DE AMBOS OS RECURSOS.Processo RSE 00081814220068190206 RJ 0008181-42.2006.8.19.0206 Órgão Julgador OITAVA CAMARA CRIMINAL Partes RECORRENTE: MINISTERIO PUBLICO, RECORRENTE: ENICEIA CARDOSO DOS SANTOS RANGEL GARCIA, RECORRIDO: OS MESMOS Publicação 03/07/2015 12:55 Julgamento 1 de Julho de 2015Relator DES. CLAUDIO TAVARES DE OLIVEIRA JUNIOR (grifo nosso).

O Código Penal Militar brasileiro também prevê, em seu artigo 207, que instigar ou induzir alguém a suicidar-se, ou prestar-lhe auxílio para que o faça vindo o suicídio consumar-se, é crime sujeito a pena privativa de liberdade.

Em suma, a prática de suicídio não é crime, nem mesmo nos casos em que tenha havido tentativa frustrada. Porém, qualquer forma de auxílio para que o faça é crime sujeito a punição prevista na legislação brasileira, mais especificamente, no Código Penal.

2. O suicídio no Direito Civil

Analisando o Código Civil brasileiro, não se constata previsão legal que trate questões relativas ao suicídio, com exceção do artigo 798 daquele dispositivo, o qual tem o seguinte texto:

Art. 798. O beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, observado o disposto no parágrafo único do artigo antecedente.

Parágrafo único. Ressalvada a hipótese prevista neste artigo, é nula a cláusula contratual que exclui o pagamento do capital por suicídio do segurado.

O referido artigo estabelece que o beneficiário de seguro não tenha direito ao recebimento do capital quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato de seguro de vida ou da data de reinício do contrato em casos em que o mesmo estiver suspenso.

De outro lado, o parágrafo único do artigo 797 do Código Civil brasileiro prevê que nos casos em que inexistir o direito ao recebimento do capital em razão do fato disposto no parágrafo anterior, caberá ao beneficiário do seguro o direito a receber o montante da reserva técnica já formada.

Extraí-se ainda o entendimento de que após o prazo de dois anos da data de contratação e ou de reinício de contrato suspenso de seguro, o beneficiário deverá receber o capital independentemente de premeditação.

A esse respeito, cumpre apresentar decisão do Superior Tribunal de Justiça data de 08 de abril de 2015, cuja decisão foi a seguinte:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DE VIDA. **SUICÍDIO DENTRO DO PRAZO DE DOIS ANOS DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO SEGURO.** RECURSO ESPECIAL PROVIDO.1. Durante os dois primeiros anos de vigência do contrato de seguro de vida, o suicídio é risco não coberto. Deve ser observado, porém, o direito do beneficiário ao ressarcimento do montante da reserva técnica já formada (Código Civil de 2002, art. 798 c/c art. 797, parágrafo único).2. O art. 798 adotou critério objetivo temporal para determinar a cobertura relativa ao suicídio do segurado, afastando o critério subjetivo da premeditação. **Após o período de carência de dois anos, portanto, a seguradora será obrigada a indenizar, mesmo diante da prova mais cabal de premeditação.** 3. Recurso especial provido. Processo REsp 1334005 GO 2012/0144622-7Orgão JulgadorS2 - SEGUNDA SEÇÃO Publicação DJe 23/06/2015Julgamento8 de Abril de

2015RelatorMinistro PAULO DE TARSO SANSEVERINO
(grifo nosso).

Em se tratando de direito civil a questão do suicídio é abordada, portanto, para se estabelecer obrigação de indenização em caso de apólice de seguro de vida, inexistindo, no Código Civil brasileiro, abordagem sobre o suicídio para questões diversas.

Referências

BRASIL. **Código de Processo Penal. Decreto lei nº 3.689, de 03 de outubro de 1941.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del3689.htm>. Acesso em: 13 jan 2017.

BRASIL. **Código Penal Militar. Decreto lei nº 1.001, de 21 de outubro de 1969.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del1001.htm>. Acesso em: 13 jan 2017.

BRASIL. **Novo Código Civil Brasileiro.** 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2003.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro.** 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

O que dizem os atos radicais de violência contra si

Marcos Nalli

Sonia Regina Vargas Mansano

A frequência com que assassinatos suicidas são noticiados na mídia brasileira é cada vez maior. Em grande parte dos casos, tais pessoas matam familiares ou conhecidos para, em seguida, atentar contra a própria vida. O fato ocorrido em Campinas no último dia do ano de 2016 ou o mais recente no Rio de Janeiro, são exemplares. Nos dois casos, a questão de gênero estava colocada e acompanhada de uma série de “argumentos” morais e conservadores. O que fica evidente nesse tipo de situação é a maneira frágil como a existência de si próprio e do outro acaba sendo concebida podendo, em poucos minutos, ser liquidada por meio de ações brutas e de violência banal.

Tal situação se estende também aos atos terroristas que varrem, em minutos ou horas, vidas de pessoas que passavam, ao acaso, nos locais eleitos como palcos de massacre contra a existência humana. Também nesses casos há uma série de “argumentos” morais que protagonizam tragédias irreparáveis para a coletividade. Pode-se dizer que um dos principais efeitos de tais atos é a disseminação do medo – e mais, de um tipo bem específico de medo: o terror – como componente de subjetivação.

Glassner, em sua obra *Cultura do medo* (2003) já assinalava que este tempo histórico é marcado por diferentes avanços tecnológicos, científicos, comunicacionais e de segurança que são capazes de prolongar a duração e a qualidade de vida da população do planeta, resguardadas as diferenças de acesso econômico e inclusão social viabilizados por tais avanços. Isso,

entretanto, não está sendo suficiente para aplacar o aumento do medo e da insegurança. Para o autor: “Desperdiçamos dezenas de bilhões e horas de trabalho todos os anos com perigos basicamente míticos” (2003, p. 331). Acreditamos que o crescimento da sensação de medo e de insegurança pode estar precisamente na sua emergência abrupta e na banalização dos atos cometidos, divulgados cotidianamente nas notícias de jornais em meio a propagandas e divulgação de fatos bizarros e irrelevantes. Aterroriza também o fato de que muitos agressores não têm história de violência, impossibilitando a previsão e o controle desse ato.

Tomando esse cenário em análise, adotaremos, no presente ensaio, o seguinte trajeto: primeiramente, buscaremos mostrar o quanto as ações assassinas e suicidas evocam uma dimensão biopolítica da existência contemporânea. Em seguida, buscaremos mostrar que quando o sentido de existir perde seus contornos, a proximidade de atitudes limítrofes que colocam em risco a continuidade da própria vida e da vida do outro se torna um risco concreto para o social. Por fim, mostraremos que apesar de ser uma prática recorrente em nossa sociedade, o debate sobre o suicídio encontra barreiras, pois evoca o próprio limite da vida e a dificuldade de produzir sentidos que sustentem sua continuidade.

Atentar contra a própria vida: questões biopolíticas

Em 1897, o sociólogo francês Émile Durkheim publicou seu estudo *O Suicídio* (2013). Segundo estudiosos, um dos principais méritos do texto se deve à razão de que esta é a primeira aplicação sistemática do método sociológico. Vale lembrar, aliás, que este livro foi publicado dois anos após as *Regras do Método Sociológico*, e que ele mesmo o considera como uma aplicação concreta dos

principais problemas de metodologia sociológica então desenvolvidos no livro de 1895 (DURKHEIM, 2013, p. 4). Isso pode muito rapidamente levar qualquer leitor a se perguntar que relevância o tema do suicídio tem para a sociologia, pois como observa Durkheim, "uma vez que o suicídio é um ato do indivíduo que afeta apenas o indivíduo, parece que deve depender exclusivamente de fatores individuais e que pertence, conseqüentemente, unicamente ao domínio da psicologia" (DURKHEIM, 2013, p. 16-17).

No entanto, como definir o suicídio para além de seu sentido usual e vulgar? Esta é uma pergunta capital à sociologia durkheiminiana, uma vez que, primeiramente, urge garantir seu estatuto de fato social, isto é, objetivo e observável; em segundo lugar, é preciso reconhecer o papel metodológico da precisão conceitual na definição, pela qual o cientista "é obrigado a constituir os grupos que deseja estudar, a fim de lhes dar a homogeneidade e a especificidade que lhes são necessárias para poderem ser tratados cientificamente" (DURKHEIM, 2013, p.10). Portanto, para dar conta de precisar sociologicamente o suicídio, Durkheim assim o define:

Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido mas interrompido antes que dele resulte a morte (DURKHEIM, 2013, p. 14; grifo do autor).

Sendo um livro *tão antigo*, afinal, faz 120 anos que foi publicado, qual a sua relevância e atualidade? Primeiramente e de modo bastante grosseiro, há que se reconhecer o esforço de Durkheim e destacar sua pesquisa sociológica das pesquisas que podem ser empreendidas tanto pelo psicólogo quanto pelo biólogo.

Mais do que demarcar epistemológica e metodologicamente a questão do suicídio, é notável que o

tema assume relevância e provoca questionamentos em diversas áreas de conhecimento. Esse interesse ganha espaço também na esfera pública governamental. Afinal, uma prática que coloca em risco a ordem social da produção demanda atenção e intervenção. O suicídio torna-se, dessa maneira, um problema biopolítico.

Vejam os dados mais de perto. Segundo a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde, baseadas em dados de 2016, a cada 40 segundos uma pessoa morre por suicídio (PAHO, 2016). Basta uma consulta na página do Ministério da Saúde para constatar a relevância da questão do suicídio como problema de gestão governamental: o índice de suicídio, por fatores diversos, vem numa linha ascendente de tal modo que o citado Ministério, em 14 de agosto de 2006, emitiu a Portaria No. 1876, que institui diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, considerado, dentre outros aspectos, “grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido” (BRASIL, MDS, 2006).

Se tomarmos uma definição simples de biopolítica, teremos que seu modo de caracterização passa pela sua disposição governamental de acompanhamento, controle, gestão e promoção da vida e de todos os fenômenos que lhe são relevantes, seja da população como um todo, seja de estratos populacionais, ou mesmo de indivíduos que, em sua singularidade, são tão importantes quanto à totalidade da coletividade. Por isso a consagrada fórmula *omnes et singulatim* a que Foucault recorre para pensar a biopolítica, que para promover a vida, se volta para toda a população e para cada um de seus membros. Trata-se daquilo a que Foucault chamou de poder pastoral, que está no núcleo mesmo da arte de governar (FOUCAULT, 2006, p. 384).

Um dos resultados mais candentes dessa arte complexa de governar é justamente a liberdade. Não despropositadamente, é com o advento do capitalismo e do

liberalismo que a biopolítica vai a seus rudimentos ser forjada, culminando em sua formulação mais bem acabada com o advento do neo-liberalismo, no século XX. Nela toma-se a liberdade como corolário de sutis estratégias de governo do capital humano próprio a cada um de nós – tema geral de seu curso *Nascimento da biopolítica*. Mas, trata-se de uma liberdade que se coloca também em termos de direito e, notadamente, de direito à vida, da vida como direito (FOUCAULT, 1988; BROSSAT, 2010), que tem na segurança e nas medidas protetivas contra as mais variadas formas de violência sua realização histórica. O curioso dessa perspectiva é que a liberdade só se coloca à medida que se garante, antes, a segurança e a vida: uma vida livre tem de ser antes uma vida protegida, inclusive de si mesma.

O suicídio é um problema biopolítico grave por que ele é da ordem do inesperado, do incontrolável e do ingovernável. As motivações, os fatores determinantes, mediadores ou atenuantes da violência de um indivíduo contra si mesmo são variadas. Podem ser apenas um ou a conjunção de vários fatores. Assim, é quase impossível, até o presente, determinar os fatores de predisposição ao suicídio e estabelecer efetivamente medidas de prevenção e controle. Mas, por que tomar o suicídio como uma violência, como um atentado contra a própria vida? Porque se atribui à vida uma valoração tal que qualquer ato cujo resultado implique no cessamento da vida como valor, é um atentado à própria moralização e politização da existência. O suicídio é, assim, um ilícito moral e ao mesmo tempo *um ato impolítico por excelência*: não por que vai contra e elimina a política mesma inerente à vida, mas por que impõe que essa politização da vida, realizada pela política, seja considerada até seus limites aporéticos, qual seja a de que, para que não ocorra a realização total e completa do ato suicida, se comprima a vida – que se a imobilize e despotencialize –, de cada indivíduo que se lança em direção à sua própria morte

e o caso, um prazer tão simples, disse certa vez Foucault (1994).

Quando a vida fica esvaziada de sentido: os riscos do existir

“A situação está grave”, “Ninguém respeita ninguém”; “O mundo está perdido”. Enunciados desse tipo, repetidos de maneira recorrente no cotidiano, atestam o quanto a vida contemporânea está sendo sentida como um risco permanente que evoca os mais variados medos. Diante deles, acaba sendo forjada uma espécie de proteção ideal que pressupõe um mundo pacífico em que reina a harmonia e a serenidade; mundo esse que jamais foi conhecido pela humanidade, mas cuja pretensão idealizada atravessa a história (PELBART, 2003). Como fundamento dessa idealização está a crença na noção de homem moderno, supostamente capaz de planejar a própria vida e a de seus pares de modo que cada um respeite, de maneira integral e efetiva, o espaço e o direito do outro, desde que, claro, o meu espaço e meu direito estejam salvaguardados, valendo-se para isso de códigos racionais e morais. Rolnik constata a pretensão dessa subjetividade moderna, descrevendo-a a partir de um “modelo mecanicista” que, sob essa ótica, implica “um sujeito que se vê como uma essência identitária, uma ordem estável, sempre igual a si mesma, inefável pelo outro, igualmente entendido como tendo uma essência identitária. Ou seja, para o sujeito do mundo mecânico, o outro é neutro” (ROLNIK, 1995, p. 51).

Obviamente, a pretensão de neutralidade, controle e equilíbrio encontra sua impossibilidade na vida real em que um turbilhão de forças, de interesses e de impasses é ativado cotidianamente. Diante dessas forças díspares e em movimento, a subjetividade moderna é mobilizada na busca por uma pacificação – projeto esse fadado ao fracasso. Nesse momento de busca pelo ideal de segurança, emerge o que

Rolnik chama de “estranho” (1995, p. 52). Este, “para se proteger do outro em seu efeito desestabilizador que o aterroriza, porque lhe arranca perigosamente o tapete de seu em si, este homem constituirá um script onde estarão marcados tanto os lugares de um si mesmo quanto os lugares do outro, assim como a relações entre eles” (Idem). Tal atitude funciona como uma espécie de defesa perante aquilo que é incontrolável: a ação abrupta e implacável das forças que circulam no social.

Diante da falência da estratégia defensiva moderna, que consiste em minimizar a percepção das forças em ação, um caminho que se configura como alternativa é precisamente destruir o mundo das diferenças e dos acasos ainda que, com isso, seja inevitável destruir a si mesmo. Rolnik acrescenta: “A experiência analítica tem mostrado o custo altíssimo desse tipo de escolha” (Idem, p. 53) que acaba sendo pago também por aqueles que, ao acaso, atravessam o caminho do sujeito moderno que pretende corrigir e estabilizar o mundo.

A ação das forças, entretanto, coloca em cena outro sujeito, distinto do moderno, um pouco mais aberto para acolher a imprevisibilidade e o acaso do viver. Para Foucault, trata-se de, ao pensar a existência, “deslocar a fronteira, não apenas a fim de situá-la alhures, mas para torná-la incerta, inquieta, torná-la frágil, permitir passagens, osmose, trânsitos”. Estaríamos desse modo, diante de outra concepção de existência, que Foucault denomina como uma arte de viver e que implica “criar consigo mesmo e com as outras individualidades, seres, relações, qualidades inominadas” (FOUCAULT, 2011, p. 107). E o autor continua sua argumentação salientando: “Se não pudermos fazer isso na vida, ela não merece ser vivida” (Idem).

Deparamo-nos, assim, com uma diferença crucial: por um lado a vida regrada, controlada e certa que é

amplamente desejada pelo sujeito moderno; por outro, a inquietante ação das forças que convoca incessantemente à produção de novos sentidos para a existência, evidenciando o desassossego imponderável do viver. O que cada uma dessas posições explicita, é a coexistência de diferenças e a diversidade de conexões que podemos estabelecer tanto com o viver quanto com o morrer.

Analisando a obra de Ariès (historiador francês que dedicou parte de seus estudos ao tema da morte), Foucault explicita o quanto os homens do Ocidente “teceram, dia após dia, tantas relações diversas com a morte e fabricaram tantas maneiras de morrer” (FOUCAULT, 2011, p. 443). Concomitante a isso, Foucault chama a atenção para o “fato de eles terem sido igualmente ricos de imaginação quando se tratou de encontrar maneiras de matar”. A conjugação dos verbos morrer e matar, apesar de atravessar toda história da humanidade, segue em um silêncio difícil de ser rompido.

Alves sintetiza a dificuldade e a necessidade de levar adiante o debate sobre suicídio da seguinte maneira: “A morte que vem de fora não precisa ser entendida. Pois ela é potência estranha, silenciosa. Mas o suicida obriga-nos a conversar. É impossível estar diante do seu corpo morto sem ouvir as vozes e as melodias que moram nele” (ALVES, 1991, p. 14). A barreira para empreender tal conversa, entretanto é notável. As vozes e as melodias geradas por esse ato são inúmeras, mas tendem a permanecer abafadas no campo solitário do indivíduo. Fato que abre espaço para emergência de fantasias e especulações dramáticas que pouco cooperam para desencadear algum tipo de aprendizado sobre a vida, suas dores e seus caprichos.

Optar pelo silêncio não ameniza ou supera o problema, mas evidencia a dificuldade de abordar ao menos três questões: 1. A produção de sentidos para persistir vivo (ou ainda, a produção de sentidos pelos quais o melhor jeito

de cumprir a existência é morrendo); 2. A pretensão do sujeito moderno de corrigir a existência; 3. A dificuldade de acolher o morrer como algo que faz parte do próprio viver. Cada uma delas reedita, a seu modo, os riscos evidenciados por Glassner na denominada *Cultura do medo*, em que a morte ganha contornos dramáticos que a dissocia da vida.

Considerações finais

A dificuldade de abordar essas três dimensões testemunha o quanto a conjugação do verbo viver está dissociada dos verbos morrer e matar. Mas, talvez o veto da associação seja realmente da ordem do tabu ou, se preferirmos, dos sistemas de interdição que caracterizam e acabam por determinar – ainda que talvez não exclusivamente – nossos modos modernos de pensar, de falar, de agir, de sentir e consentir diante da vida, de seus sofrimentos e inclusive do morrer.

Nesse ensaio, buscamos mostrar que a partir do momento em que o suicídio ganhou contornos biopolíticos, sua prática tornou-se abjeta e incompreensível, afinal, cabe aos governos e à população a tarefa diária de fazer viver. Quanto mais nos distanciamos da análise dessa prática, seja por defesa, seja por ordenação biopolítica, mais ela seguirá no silêncio e na ignorância. Estaríamos dispostos a sair dessa ignorância ouvindo as vozes e melodias que habitam esse modo de morrer?

Referências Bibliográficas

ALVES, R. O morto que canta. In: CASSORLA, R. M. S. **Do suicídio**: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991. p. 11-16.

BRASIL, Ministério da Saúde (MDS). **Portaria 1876, de 14 de agosto de 2006**, que institui Diretrizes Nacionais para

Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. In: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acessado em 03/03/2017.

BROSSAT, A. **Droit à la Vie?** Paris: Seuil, 2010.

DURKHEIM, É. **O Suicídio: estudo de sociologia**. Trad. de Manica Stahel. São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos IV: Estratégia, Poder-Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, M. **Unplaisir si simple**. Dits et Écrits. Tome III. Paris: Gallimard, 1994, p. 777-779.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos VII: Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

GLASSNER, B. **Cultura do medo**. São Paulo: Francis, 2003.

PAHO - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Grave problema de saúde pública, suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo**. In: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5221:grave-problema-de-saude-publica-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo&catid=845:noticias&Itemid=839. Acessado em 03/03/2017.

PELBART, P. P. **Vida capital: ensaios sobre biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

ROLNIK, S. Toxicômanos de identidade. In: LINS, D. (Org.). **Cultura e subjetividade: saberes nômades**. Capinas: Papirus, 1997. p. 19-24.

Suicídio na Comunidade LGBT

Anna Maria Victória Zandoná Mack

Gênero e sexualidade

Antes de começar a discussão sobre o suicídio dentro deste grupo de pessoas, é importante definir e separar identidade de gênero de orientação sexual. Com estes termos compreendidos, a leitura do capítulo que segue tornar-se-á mais fácil. Para a definição de identidade sexual são referidos, enquanto componentes integrativos, a orientação sexual, a identidade de gênero e os papéis sexuais. Os papéis sexuais dizem respeito ao modo como social e culturalmente são desempenhados comportamentos de gêneros.

Gênero é uma divisão social que define como os indivíduos são percebidos pela sociedade, como deve ser a sua aparência, como devem pensar, sentir, vestir-se, agir e perceber o mundo em que vivem. Ele é algo bastante fluído, sendo diretamente influenciado pelo período histórico e pela cultura. Dentro da cultura ocidental, são três os gêneros mais conhecidos: homem, mulher e não binário.

A identidade de gênero surge a partir do desempenho individual deste papel social. A seguir, listam-se alguns termos importantes e bastantes utilizados quando se fala neste tema:

Cis-gênero: identificar-se com o gênero designado ao nascer;

Transgênero: não se identificar com o gênero designado ao nascer;

Não-binário/binária: não identificar-se nem como mulher ou homem

Transsexual: identificar-se com o gênero oposto ao designado ao nascer;

Homem - trans: identidade masculina de uma pessoa que foi designada como "mulher";

Mulher - trans: identidade feminina de uma pessoa que foi designada como "homem";

Travesti: identidade feminina difere da mulher transsexual apenas por autodeterminação

A orientação sexual diz respeito às relações afetivo-sexuais. Sendo mais específico, com quais gêneros um indivíduo cria esse tipo de vínculo. Dentro desta categoria, temos quatro orientações mais conhecidas:

Homossexual: alguém que se relaciona exclusivamente com pessoas do mesmo gênero

Lésbica: mulheres que se relacionam com mulheres

Gays: homens que se relacionam com homens

Heterossexual: alguém que se relaciona exclusivamente com pessoas do gênero oposto

Bissexual/Panssexual: alguém que se relaciona com pessoas de outros ou o mesmo gênero

Assexual: alguém que não sente atração sexual por outras pessoas.

Cabe ressaltar que as orientações e identidades aqui listadas não são as únicas existentes, são apenas as mais conhecidas.

Homossexualidade e Transgeneridade - uma abordagem histórica

Os discursos sobre as práticas de gênero e sexualidade humanas são diretamente influenciados pelo

período histórico e pela cultura. Dentro da cultura ocidental, tais conceitos estão estreitamente relacionados com a moral, a qual foi ditada pelas religiões judaico-cristãs. A bíblia cristã é bastante explícita em sua condenação a práticas sexuais com a finalidade de prazer, sendo uma das passagens mais conhecidas a de Levítico 20:13:

"Quando também um homem se deitar com outro homem, como com mulher, ambos fizeram abominação; certamente morrerão; o seu sangue será sobre eles."

A então chamada "sodomia" (sexo anal) era considerada um comportamento desviante e imoral, sem associar a sexualidade com a identidade do indivíduo. Desta forma, tal ato era proibido e passível de penalidade ditada pelos membros da Igreja Católica.

O século XVIII veio com várias mudanças sociais por causa dos ideais iluministas e liberais. A ideia de que o Estado não deveria interferir de forma alguma na vida individual fez com que, logo após a Revolução Francesa, a "sodomia" deixasse de possuir punições legitimadas pelo Estado em várias regiões na Europa. Demonstrações sexuais públicas deste ato eram, no entanto, criminalizadas, pois feriam a decência pública.

Com o objetivo de auxiliar no julgamento dos acusados de sodomia, médicos legistas analisavam o ânus dessas pessoas a fim de averiguar se existiam sinais de penetração. A sexualidade, então, torna-se um assunto médico e começa a ser estudada por vários profissionais da área. Uma obra importante deste período foi o Estudo Médico-Legal das Ofensas contra a Decência Pública, o qual definiu comportamentos e características psicológicas exclusivas dos "sodomitas", categorizando-os como portadores de algum transtorno mental.

Tal obra foi base para a expansão dos estudos na área da sexologia humana no séc. XIX, deixando este de ser um assunto moral. A nova abordagem científica era vista

por muitos na época como um mecanismo para inocentar os praticantes da sodomia. Além disso, a sexualidade humana tornou-se parte da identidade do indivíduo, sendo criados termos como homo e heterossexualidade para caracterizar as práticas sexuais humanas.

Partindo de uma visão binária de gênero, na qual se é construída apenas a identidade masculina e que um gênero é naturalmente atraído pelo outro, a homossexualidade era vista como uma "inversão". Em outras palavras, o comportamento de um homossexual era explicado a partir da ideia de uma "mulher presa no corpo de um homem", o que gerou uma discussão sobre como tais pessoas deveriam ser tratadas: normais ou doentes?

A ideia mais aceita na comunidade científica foi de patologizar, nomeando esta nova doença de homossexualismo. As sexualidades humanas desviantes passaram, então, a serem legitimadas apenas por meio de um diagnóstico médico. A partir de um novo discurso dito neutro, a sociedade científica reproduziu preconceitos e ideologia religiosa moral existente na época.

Acreditava-se que a visão médica da homossexualidade como uma doença mental levaria a ações mais compreensivas e humanas em relação aos LGBT. Com o passar do tempo, no entanto, percebeu-se que tal modelo era tão problemático quanto o religioso. Os LGBT ainda eram negados vários direitos básicos e continuavam sofrendo de preconceitos sociais que os tornavam vulneráveis em relação à segurança física, econômica e bem-estar geral. Dentro deste contexto, houve a ascensão de movimentos sociais GLS e início da criação da identidade de travesti e de transexual a partir do séc. XX¹.

¹ Até então as identidades de gênero que divergissem dos modelos culturalmente sancionados de homem e mulher não eram reconhecidos, sendo vistas apenas como uma categoria de orientação

Consequentemente, o movimento para a despatologização da homossexualidade também ganhou força.

Pesquisadores na área de sexualidade também começaram a apresentar novos conceitos e evidências para uma normalização das diferentes expressões de sexualidade. Kinsey, com sua famosa escala, apresenta a ideia de espectro de sexualidade e a publicação do livro "*Patterns of sexual Behavior*" demonstra como a homossexualidade é amplamente distribuída nas diferentes culturas e espécies animais.

O homossexualismo, no entanto, foi retirado do DSM apenas em 1973. As duas edições seguintes descreviam síndromes de orientação sexual (ou orientação sexual egodistônica), as quais permitiam o tratamento de pessoas confusas sobre sua sexualidade. Muitos defendiam a manutenção desses diagnósticos, afirmando que eles poderiam gerar dados importantes para pesquisas e eram essenciais na definição do perfil clínico do paciente. Os ativistas LGBT, no entanto, eram contra e pediam a retirada completa de qualquer categoria diagnóstica relacionada à orientação sexual. Eles afirmavam que mantê-las ia contra evidências psiquiátricas biológicas, além de que a procura pelo tratamento era consequência do preconceito social, já que a busca era sempre de pessoas procurando se adequar no padrão e tornarem-se heterossexuais.

Devido às pressões dos movimentos sociais e frente às novas evidências científicas, em 1987 finalmente a síndrome de orientação sexual egodistônica foi retirada do DSM. Várias outras instituições internacionais foram, então, pressionadas a também despatologizar as expressões de sexualidade não heterossexuais.

sexual tanto pela sociedade quanto pelas próprias pessoas divergentes.

Infelizmente, uma nova categoria diagnóstica surgiu na década de 1980. Relacionada à gênero, qualquer inadequação do indivíduo com o gênero que ele foi designado ao nascer passou a necessitar de um diagnóstico clínico para ser legitimado socialmente. Seguindo a mesma ideia que muitos tiveram com a homossexualidade, acreditava-se que a visão médica da transexualidade como um distúrbio mental diminuiria o estigma social em relação às pessoas T.

Hoje, o DSM ainda reconhece o transtorno de identidade de gênero, sendo apenas através dele que uma pessoa T consegue ser reconhecida socialmente e juridicamente. O indivíduo T deve ter o sofrimento como elemento caracterizante para seu diagnóstico². Muitos afirmam que este é causado pela necessidade à cirurgia, no entanto é mais provável que este sentimento nada mais seja do que consequência de uma obstrução programada ou pelo preconceito social. Curiosamente, o sofrimento que se espera que o transexual emita para que receba o diagnóstico de transsexualismo pode, muito bem, ser causado pelo próprio diagnóstico dentro de seus moldes atuais: dois anos de tratamento, de subordinação da sua identidade à autoridade médica, dificuldade de reconhecimento legal dessa identidade, além de não ter garantia que no final o recebimento do diagnóstico esperado.

² Resolução 1955/2010, do Conselho Federal de Medicina: Art. 3º
A definição de transsexualismo obedecerá, no mínimo, aos critérios abaixo enumerados:

- 1) Desconforto com o sexo anatômico natural;
- 2) Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
- 3) Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
- 4) Ausência de outros transtornos mentais

Neste contexto, surge um movimento globalizado pela despatologização da transsexualidade. São quatro os principais argumentos para a manutenção deste diagnóstico, os quais são contestados pelos ativistas T. O primeiro afirma a existência de uma diferença natural entre os gêneros, que alega que as pessoas nascem ou homens ou mulheres. Simone de Beauvoir (1980), feminista francesa, é uma das primeiras teóricas a defender sobre a construção social do gênero, afirmando em seu livro “O Segundo Sexo” que ninguém nasce mulher, mas torna-se mulher. Que nenhum destino biológico, psicológico ou econômico define a forma que a fêmea humana assumirá na sociedade. Na verdade, é a civilização que elabora esse produto. Ou seja, uma análise histórica de nossa sociedade, assim como uma breve comparação antropológica já demonstram claramente como o gênero não é uma entidade intrínseca do ser humano, mas sim fruto de mecanismos de organização social.

Outro argumento bastante utilizado é de que muitas pessoas T se suicidaram após a cirurgia. As pesquisas demonstram, no entanto, que o suicídio nesta população é alto, independente da cirurgia, e está diretamente relacionado à transfobia que elas sofrem diariamente. Infelizmente, as pessoas operadas não se livram desta opressão e continuam a ser invalidadas socialmente. Desta forma, relacionar o suicídio pós-cirúrgico como consequência exclusiva da operação é negar todos os determinantes sociais de saúde ao qual tal grupo está exposto.

O terceiro argumento fala sobre “concessões estratégicas”, afirmando que se a disforia de gênero não for considerada doença, o Estado não vai custear transformações corporais. Esta é uma grande falácia, pois nada impede que o Estado crie leis que regulamentem a identidade T sem associá-la à doença. Um grande exemplo disso é a Argentina com sua lei de identidade de gênero, a

qual define identidade de gênero como a "vivência interna e individual tal como cada pessoa a sente, que pode corresponder ou não ao sexo determinado no momento do nascimento, incluindo a vivência pessoal do corpo". Esta lei autorizou as pessoas T a escolherem seu sexo no registro civil, nome de batismo, foto de identidade e obrigou o sistema de saúde a incluir operações e tratamentos para a transição desejada.

Por último, há aqueles que reafirmam autoridade científica sobre o assunto, dizendo que se a ciência diz que é doença, assim deve ser mantido. Esquece-se, entretanto, que a distinção entre o normal e o patológico é arbitrário, dependente de cada sociedade e contexto histórico. Muitos comportamentos, hoje considerados normais, já foram doenças ou "pecados" no passado (homossexualidade, escrever com a mão esquerda, masturbação). Nada impede, portanto, que nossa ferramenta de produção de conhecimento, a ciência, retire a transsexualidade do CID-10 e do DSM.

Os conceitos de sexualidade e gênero que possuímos atualmente nada mais são do que reflexo de nossa história. Inicialmente vista como pecaminosos, os comportamentos de gênero e sexual não hétero-cis-normativos estão passando um processo de aceitação social desde sua retirada do campo moral para o médico-científico. Infelizmente, a nova visão manteve muito dos estigmas, já que continua a considerá-los como anormal. Depois da organização de movimentos sociais GLs, a homossexualidade conseguiu deixar de ser reconhecida doença, agora o próximo passo é retirar esta caracterização da transsexualidade.

Suicídio na comunidade LGBT - estresse de minorias

Até o século passado, o modelo de saúde adotado era o biologicista. Tal modelo propõe que as enfermidades são exclusivamente resultados direto da ação biológica do organismo humano ou de reações entre patógenos e o corpo. Neste período, a saúde era simplesmente a ausência da doença, portanto as ações dos profissionais da saúde eram com foco individual e com o único objetivo de erradicar a doença. Esta lógica, ainda que ultrapassada, continua bastante presente na área da saúde. Tanto que o próprio suicídio é comumente tratado como uma mera disfunção neuroquímica, esquecendo-se de todo o contexto social e individual sobre os quais o ser humano é exposto.

A OMS vem com uma proposta diferente sobre o conceito de saúde. Esta organização tem como definição: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Neste caso, a saúde passa a ser mais um valor da comunidade que do indivíduo. Chamada de "determinação social do processo saúde-doença", este novo modelo afirma que toda enfermidade é resultante do contexto histórico, social e econômico no qual o indivíduo se insere. Tratando-se da comunidade LGBT em uma sociedade hétero-cis-normativa, logo se percebe a importância da compreensão sobre o contexto da vida desta comunidade.

O discurso hétero-cis-normativo institui a heterossexualidade e a identidade de gênero designada a partir da genitália como as únicas possibilidades de expressão identitária e sexual. Há uma hierarquia, na qual qualquer padrão desviante é marginalizado.

Nesta hierarquia, a heterossexualidade é compulsória, ou seja, a cultura vigente obriga socialmente as pessoas a se relacionarem, amorosa e sexualmente, com pessoas do gênero oposto. A heteronormatividade, no

entanto, age no sentido de enquadrar **todas** as relações, mesmo as relações homossexuais, em um binarismo de gênero que pretende organizar as práticas, os atos e desejos, com base no modelo do casal heterossexual reprodutivo (a família tradicional). Parte-se do pressuposto de que a heterossexualidade é algo natural e fundamental para a vida em sociedade.

A LGBTfobia seria, então, o mecanismo coercivo para manter esta hierarquia, uma defesa psíquica e social que afasta todo e qualquer questionamento da heteronormatividade. Tal mecanismo se utiliza de ações e discursos contra as pessoas LGBT, de modo a designá-las como anormais ou inferiores. Desta forma, a exclusão e dominação violentas de determinados sujeitos tornam-se legitimada e justificada.

Diferente de outras minorias, os LGBT não possuem um local de apoio emocional. Todos os locais de passagem ou permanência (até a própria casa) tornam-se espaços potenciais de violência. Isso quer dizer que além de todos os fatores estressantes aos quais todos são expostos, os LGBT sofrem de "estresse de minorias". O estresse de minorias é um estado interveniente entre agentes estressores antecedentes e vivenciados sequencialmente em uma determinada cultura, a qual coloca um determinado grupo com status inferior, resultando em preconceito e discriminação social. Este estado é vivenciado por aqueles que pertencem a um grupo minoritário que é marginalizado e oprimido, podendo provocar uma alienação, uma internalização dos aspectos sociais negativos e uma atitude negativa relacionada com determinadas características.

São vários fatores que compõem este quadro, tendo como consequência estresse crônico. Eles nada mais são do que consequência da forma como a sociedade ocidental trata da não-hétero-cis-normatividade, prejudicando o bem-estar subjetivo e psicológico dos LGBT. Esses

estressores podem ser divididos em três categorias quando se fala em orientação sexual, porém como o capítulo trata da população LGBT, esta divisão será expandida para as diferentes identidades de gênero. São elas: a ocultação da identidade sexual ou de gênero (ou O Armário), as experiências de preconceito e discriminação sofridas, e a LGBTfobia internalizada.

A famosa "saída do armário" é um processo bastante longo, doloroso e permanente, se repetindo toda vez que o indivíduo é exposto a algum novo ambiente ou grupo de pessoas. Inicialmente, o indivíduo deve admitir para si mesmo que sua identidade de gênero ou orientação sexual difere do que foi ensinado como "normal" desde criança. Isto por si só já é o suficiente para causar muito sofrimento, tanto pelo fato de que o indivíduo terá que superar muitos de seus preconceitos internalizados, quanto por aceitar as dificuldades e conflitos que virão devido a tal característica.

Nesta fase é comum as pessoas viverem em um constante estado de alerta, com medo de serem "descobertos" pelos outros. Elas, então, passam a controlar seus comportamentos e até mesmo pensamentos, querendo sempre passar despercebidos. Ao mesmo tempo, é comum uma sensação de raiva e insatisfação sobre ter de preocupar-se constantemente com suas condutas.

O segundo item trata das experiências de preconceito e discriminação sofridas pelos LGBT. De acordo com a *Youth Risk Behavior Surveys (YRBS)*, realizada durante os anos 2001-2009 em sete estados nos EUA, de 12 a 28% dos estudantes LGB já foram ameaçados ou atacados com algum tipo de arma nos arredores da escola. Nesta mesma pesquisa, constatou-se que de 18 a 29% dos entrevistados estiveram em algum relacionamento abusivo, além de 14 a 32% já terem sofrido de abuso sexual.

Outro aspecto importante para ser analisado é o perfil dos sujeitos perpetradores destas violências, pois

apenas assim é possível embasar ações pedagógicas e políticas de prevenção para transformar esta realidade. Dados do Disque Direitos Humanos (Disque 100) de 2013 mostram que 32,1% das vítimas conheciam os suspeitos, enquanto 32,0% eram desconhecidos. O alto índice de não informação (27,7%) pode ser creditado ao fato dos denunciadores nem sempre conhecerem a relação entre vítima e suspeito na hora da denúncia.

Este mesmo relatório apresenta vários outros dados, como principais locais em que as violações aconteceram - 25,7% nas casas da vítima, 6,0% nas casas do suspeito, 26,8% na rua e 37,5% outros locais (ex: delegacias de polícia, hospitais, igrejas, escola, local de trabalho e outros)- e tipos de violência - 40,1% psicológicas, 36,4% discriminação e 14,4% violências físicas. Eles discriminam ainda mais estas violências, sendo que entre os tipos mais reportados da psicológica encontram-se as humilhações (36,4%), as hostilizações (32,3%) e as ameaças (16,2%), enquanto da física as lesões corporais são as mais reportadas, com 52,5% do total, seguidas por maus tratos, com 36,6%.

Quando se fala de dados populacionais é sempre importante caracterizar a cor autodeclarada, pois o racismo constitui outra opressão estrutural presente no Brasil. Os dados obtidos pelo Disque Direitos Humanos vão de acordo com outros estudos que acompanham a violência no Brasil, os quais apontam a população de pretos e pardos como a mais vitimizada pela violência. Ela totalizou 39,9% das vítimas; seguida por brancos (27,5%) e amarelos e indígenas (0,6%).

Estes dados nada mais são do que reflexo desta LGBTfobia, demonstrando a insegurança e as violências pelas quais as pessoas LGBT são sistematicamente submetidas. Estima-se que cada episódio de LGBTfobia

aumenta em 2,5 vezes a chance do indivíduo agredido ter comportamentos auto-danosos, dentre eles, o suicídio.

Por último, há de se discutir sobre a LGBTfobia internalizada, ou seja, atitude negativa por parte dos LGBT acerca da sua homossexualidade ou transsexualidade. Pensando que os indivíduos passam por todo um processo de socialização partindo do discurso hétero-cis-normativo, nada mais natural que o mesmo tome tal discurso como verdadeiro. Ao perceber-se diferente da norma, o indivíduo entra em uma espécie de luto social e passa por um longo processo de negação e culpabilização individual, uma visão distorcida a respeito de si. Cria-se, então, limites que separam simbolicamente o indivíduo do grupo estigmatizado, um sistema de valores que continua condenando os LGBT. Trata-se de uma solução parcial para resolver o conflito entre a identidade e o sistema de valores estabelecidos

A partir de tal crença, o indivíduo gera padrões comportamentais disfuncionais, provocando sofrimento. São várias as manifestações destes padrões documentadas, de que são exemplos, a negação da sua própria orientação sexual e o desejo de mudança desta orientação, a baixa auto-estima e a desvalorização da auto-imagem, o desprezo ou a repulsa por indivíduos assumidamente homossexuais ou bissexuais, as tentativas de fingir que se é heterossexual ou de esconder a própria homossexualidade, a agressividade e/ou culpa em situações que direta ou indiretamente levam a pessoa à confrontação com a homossexualidade.

O modelo proposto pelos três estressores, no entanto, não é o suficiente para explicar o porquê algumas pessoas LGBT desenvolvem transtornos psicológicos e outras não. A partir deste problema, utilizam-se os chamados "fatores modeladores". Estes regulam a interação dos estressores com a saúde mental, sendo de diversas ordens: individual (ex: personalidade, grau e tipo de

religiosidade e conectividade com a comunidade LGBT), meio (ex: apoio social, grau e tipo de religiosidade dos pais e local de trabalho) e mistas (ex: escolaridade e resiliência).

Estes dados demonstram, de forma superficial, a marginalização sofrida pela população LGBT. Tal contexto, de isolamento social, preconceito, violência e estigmatização, trazem como consequência uma saúde mental prejudicada dentro desta comunidade. São altos os índices de comportamentos de risco (ex: uso abusivo de drogas) e sofrimento mental, como a depressão. Vários são os estudos que demonstram a depressão como importante fator de risco para o suicídio, assim como a vulnerabilidade social. Desta forma, não é surpresa que as taxas de suicídio entre os LGBT sejam maiores, com taxas de prevalência de tentativas em torno dos 10-20% nos EUA. Quando se leva em consideração a população geral deste mesmo país, o valor cai para 4,6%.

Em relação aos jovens (10 a 24 anos), o suicídio já é a segunda principal causa de morte, sendo que o risco de tentativas é 4 vezes maior na população LGB nesta faixa etária, de acordo com o site do Trevor Institute. A situação é ainda mais preocupante quando se trata da população T. Em 2014 foi realizada uma pesquisa pelo Instituto Williams conhecida como *Suicide Attempts among Transgender and Gender Non-Conforming Adults*, na qual foram entrevistadas mais de 6 mil pessoas T acima dos 18 anos. A partir deste estudo, foi constatado que 41% da população transgênera nos EUA já tentou se matar.

Ainda que estes números assustem, é importante lembrar que devido a complexidade e a subnotificação do fenômeno do suicídio, quaisquer valores epidemiológicos utilizados como referência encontram-se enviesados e inferiores à realidade. Ao se tratar de alguma minoria, como a LGBT, esta imprecisão nos dados é ainda mais escancarada. Poucos são os estudos e centros de pesquisa

que recolhem, analisam e disponibilizam informações sobre o suicídio nesta comunidade.

Além da imprecisão dos valores relacionados ao suicídio, faltam estudos para se ter uma real noção dos efeitos da LGBTfobia na saúde mental, porém é bastante claro que ela faz com que as pessoas LGBT criem mecanismos de defesa à exclusão social. Tais mecanismos envolvem comportamentos e atitudes de mentira, ou seja, os LGBT acabam abandonando ou camuflando suas expressões de afetividade e performances de gênero pelo fato destas contrariarem as expectativas normativas. Dentro desta lógica, os LGBT verificam constantemente as reações negativas que recebem e os estereótipos, causando dificuldades e sofrimento. Este quadro de estresse constante os leva ao desespero e à depressão. Não é incomum, portanto, que muitos pensem em suicídio.

As diferentes expressões de gênero e de sexualidade ainda hoje são abordadas com pudor, medo, estigmatização e LGBTfobia seja pela família ou por instituições. Tal rejeição ou silêncio é muitas vezes de reprodução de comportamentos irrefletidos, que podem ter as mais diferentes consequências para a pessoa LGBT, já que a mesma terá mais dificuldade em se aceitar. Em decorrência deste contexto, o índice de depressão, de suicídio, de abuso de substâncias e de comportamentos sexuais de risco são mais altos nesta população. Preconceito e sofrimento matam e adoecem LGBTs todos os dias. Promover saúde nesta população é ajudá-la a se aceitar e perceber que não há nada de errado em não seguir as normas sociais de gênero e sexualidade.

As pessoas LGBT merecem poder viver felizes do jeito que são.

Referências

ARAN, M. **Transexualidade**: notas sobre a questão da (des)patologização das identidades trans. Disponível em <<https://ensaiosdegenero.wordpress.com/2012/04/29/transexualidade-notas-sobre-a-questao-da-despatologizacao-das-identidades-trans/>>. 31 de janeiro de 2017.

BEAUVOIR, S.O **segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BRASIL.**Constituição da Organização Mundial da Saúde**(OMS/WHO), 1946. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso 31 de janeiro de 2017.

BRASIL. 2012. **Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil**: ano de 2012. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders -DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

DSM-IV-TR - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

HAAS, A. P.; RODGERS, P. L.; HERMAN, J. L. **Suicide Attempts among Transgender and Gender Non-Conforming Adults**: findings of the national transgender discrimination survey. Estados Unidos: American Foundation for Suicide Prevention e The Williams Institute, 2014.

KANN, L.; OLSEN, E. O.; MCMANUS, T.; HARRIS, W. A.; WECHSLER, H.; KINCHEN, S.; CHYEN, D. Sexual Identity, Sex of Sexual Contacts, and Health-Risk Behaviors Among

Students in: **Grades 9–12 — Youth Risk Behavior Surveillance, Selected Sites**, United States, 2001–2009. *MMWR Surveill Summ.* v. 60, p. 1-133, 2011.

LAIONEL, V. S.; BARBOSA, B. R. S. N. Suicídio ou Assassinato? Um Crime por trás da Prática Homofóbica. **Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito.** Centro de Ciências Jurídicas - Universidade Federal da Paraíba. n. 02, p. 68-88, 2014.

LANZ, L. **O corpo da roupa:** a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2014.

NAGAFUCHI, T.; ADORNO, R. C. F. **Suicídio entre Jovens não Heterossexuais.** Disponível em <https://www.mecan.nomadit.co.uk/pub/conference_epaper_download.php5?PaperID=17605&MIMETType=application/pdf> Acesso 27 de janeiro de 2017.

RODRIGUES, Patrícia. Homofobia Internalizada e Suicidalidade em Jovens LGB e não LGB. **LES Online**, v. 2, n. 2, 2010.

SOUZA, E. M.; PEREIRA, S. J. N. (Re)produção do heterossexismo e da heteronormatividade nas relações de trabalho: a discriminação de homossexuais por homossexuais. **Revista de Administração do Mackenzie**, v.14, n. 4, São Paulo July/Aug. 2013.

Psicologia e Suicídio: diferentes perspectivas teóricas

Comportamentos suicidas

Paula Renata Cordeiro de Lima
Giovana Pagliari dos Santos

"cumpriu sua sentença e encontrou-se com o único mal irremediável, aquilo que é a marca de nosso estranho destino sobre a terra, aquele fato sem explicação que iguala tudo o que é vivo num só rebanho de condenados, porque tudo o que é vivo morre." (SUASSUNA, 2005. p. 119).

Na epígrafa acima, Ariano Suassuna descreve a morte em sua obra "O auto da Compadecida" (2005). Diante da morte de João Grilo, seu melhor amigo Chicó, com toda a sua simplicidade, coloca em palavras aquilo que não é dito em nossa cultura de forma clara.

A morte, portanto, é condição inescapável e irreversível. Pessoas fazem o possível para escapar da morte, em diversos contextos. Contudo, apesar de toda sua ligação com sofrimento e com a perda, muitas vezes a morte é vista por algumas pessoas como uma possibilidade de alívio.

Órgãos como a OMS, Ministério da Saúde e mesmo a ONU, vem alertando sobre o alarmante aumento no número de suicídios nos últimos tempos. No Brasil, o suicídio é a segunda maior causa de morte de jovens (entre 15 e 29 anos) (Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio, 2014), perdendo apenas para acidentes de trânsito.

Porém, diversos mitos em torno do suicídio dificultam o acesso a informações e mesmo a prevenção dos casos. Para que isso cesse, se faz necessário a compreensão da mudança cultural possivelmente responsável por esse

aumento. Para isso, o presente capítulo propõe uma discussão sobre os diversos aspectos relacionados ao suicídio. Nessa perspectiva, será proposta a análise de um conjunto de comportamentos suicidas que, como outros comportamentos, deve ser funcionalmente analisados para que possam ser modificados.

Morte e a cultura

Pode-se observar a morte como um processo natural, biológico e inerente ao ser humano. A alteração que ocorre no processo de luto e na significação da morte se dá pela subjetividade do indivíduo, constituída por sua cultura. (COMBINATO; QUEIROZ, 2006)

No contexto ocidental, a condição socioeconômica modificou fortemente a visão sobre o corpo humano, segundo Combinato e Queiroz (2006). O sistema capitalista, vigente a partir do século XIX, provocou mudanças estruturais na sociedade e práticas culturais. A doença e a improdutividade começaram a ser empecilhos para o desenvolvimento, e então abominados de forma radical. A medicina, com sua revolução higienista, impôs um distanciamento entre a vida e a morte, na qual o morto passa a ser visto como um perigo, uma fonte de contaminação e doenças.

Para esta visão estabelecida até a metade do século XIX, a cremação surge “como a maneira mais radical de fazer desaparecer e esquecer tudo o que resta do corpo, de anulá-lo” (ARIÈS, 1975/2003 apud COMBINATO; QUEIROZ, 2006). Práticas que eram executadas anteriormente, como o luto prolongado pela família de maneira ritualística, cai em desuso. O autor usa o termo de “morte interdita” para classificar essa nova maneira de lidar com a morte. A anterior, predominante até o século XIX, era conhecida como “morte domada”.

Diante desta análise, conclui-se que há uma busca crescente por retirar de vista o que possa lembrar “o fim” da vida. Um exemplo deste fenômeno seria a tentativa de descaracterização dos cemitérios, fazendo com que eles não pareçam um local de despedida, mas aparentem um parque florido para os que vão visitá-lo.

A diversificação dada a eventos como este pode ser notada da seguinte maneira: para a cultura ocidental, a morte é encarada como um evento triste, pois retira a possibilidade de qualquer contato com aquele que morreu. Assim, o suicídio é a ação voluntária que impossibilita a convivência, o contato com o outro. Para o suicida, muitas vezes, esse é o objetivo: encerrar uma dor, fugir de qualquer possibilidade de contato. Para aqueles que ficam o ato é considerado egoísta e muitas vezes covarde.

Em outras culturas, especialmente as orientais, como a japonesa, nos enterros não há desespero, mas sim aceitação. A morte é entendida como o refúgio onde a harmonia perfeita é alcançada. Neste caso, a morte voluntária (suicídio) vem para garantir o alcance da paz. Diz-se que neste contexto o sentimento de honra é um motivador para o suicídio na cultura japonesa, até os dias atuais. (HIRANO, 2015)

O sentir

Conforme visto anteriormente, a morte nos faz entrar em contato muitos sentimentos, muitas vezes desagradáveis. Os sentimentos que temos em decorrência de eventos da nossa vida não são inatos. Guilhardi (2002) afirma que esta aprendizagem se dá por meio da comunidade verbal e social em que se está inserido. Os pais, avós, professores, etc., ensinam membros (filhos, netos, alunos, etc.) a nomear manifestações corporais de acordo com sentimentos – alegria, tristeza, raiva, etc. Estas são

algumas das contingências de reforçamento socioambientais que permitem que as pessoas aprendam a nomear e a lidar com seus sentimentos.

A partir destas contingências estabelecidas através da comunidade verbal a produção de comportamentos e sentimentos é indissociável. Guilhardi (2002) propõe um modelo metafórico para compreensão da unidade comportamento-sentimento como uma bola colorida. Nesse modelo, a bola seria o comportamento e a cor seria sentimento. É difícil que se imagine uma bola sem cor, e uma cor sem objeto concreto.

Com estas condições compreendidas, pode-se supor que contingências gratificantes produzirão sentimentos correspondentes (alegria, felicidade, realização, etc.), e contingências aversivas produzirão sentimentos desagradáveis (raiva, ansiedade, tristeza, culpa, etc.) (GUILHARDI, 2002)

De acordo com essa perspectiva, não há sentimento que possa ser classificado *a priori* como “bom” ou “ruim”. Analisando-o como produto colateral das contingências de reforçamento, pode-se considerar que sentir é inevitável. Eles podem ser agradáveis ou desagradáveis, mas sempre em função do contexto que os evoca.

Há maneiras de facilitar a experiência de sensações desagradáveis relatadas pelo outro. Uma delas é o desenvolvimento/emissão de comportamentos empáticos. A empatia é considerada uma habilidade de comunicação que ocorre em duas etapas de interação: compreender e comunicar entendimento. (FALCONE, 1999)

Compreender consiste experienciar o que o outro está vivendo da seguinte forma: prestar atenção (com postura atenta a seus relatos, mostrar-se envolvido); ouvir de maneira sensível (dar ao outro a oportunidade de ser ouvido sem julgamentos). (FALCONE, 1999)

Comunicar o entendimento de forma sensível se dá por meio da verbalização sensível: fazer com que o outro se sinta compreendido, encorajando-o a explorar suas preocupações. (FALCONE, 1999)

Segundo esta perspectiva empática um exemplo de verbalização adequada a uma situação desagradável seria: “É duro estudar tanto e não passar no vestibular. Eu vejo o quanto investiu em seus estudos. Você deve estar se sentindo injustiçado por não ver seus esforços reconhecidos, não é mesmo?”. Uma resposta não empática, e que pode ser categorizada como de esquiva, seria: “Não fique triste por isso. Ano que vem você tenta de novo.” (FALCONE, 1999).

Desta forma, sentir pode gerar sensações agradáveis ou desagradáveis, mas fazem parte de uma gama de sentimentos que precisam ser vivenciados. Geralmente, a forma como lidamos com a tristeza, por exemplo, é emitindo comportamentos de esquiva (comportamentos que produzem como consequência a evitação do contato com eventos aversivos (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Estes comportamentos por sua vez, não colocam fim aos sentimentos desagradáveis, podendo aumentá-lo de intensidade e frequência.

A evitação: uma análise comportamental

O comportamento operante é explicado como sendo selecionado por suas consequências. O analista do comportamento utiliza-se de análises funcionais que visam descrever as relações de contingências sob as quais uma classe de respostas é controlada. (HAYDU, 2009)

Nessa perspectiva, não ha comportamento que ocorra ao acaso. Para que o organismo se comporte é basicamente necessária uma interação entre o organismo e o ambiente. (HAYDU, 2009)

No contexto evolucionista foi de extrema importância a emissão de comportamentos de esquiva. É importante evitar ser devorado por um predador; é importante comer algo estragado e depois sentir nojo de tudo que pudesse parecer com essa comida. Estes comportamentos são de fundamental importância para a sobrevivência de nossa espécie até os dias atuais (SABAN, 2015).

Contudo, evitar restringe o repertório comportamental, o que pode gerar um empobrecimento da qualidade de vida. Isto ocorre por que quando há um evento aversivo, surge uma classe de eventos que também se tornam aversivos por meio da generalização – se evita tudo o que se parece fisicamente com ele. Uma intoxicação alimentar ocasionada por um pudim estragado, por exemplo, pode levar à evitação de tudo que pareça com um pudim. (SABAN, 2015)

Da mesma forma que se podem evitar situações aversivas (o pudim estragado, por exemplo), também podemos aprender a evitar sensações aversivas – ou eventos encobertos. A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) chama este evitar sensações, sentimentos e pensamentos desagradáveis de esquiva experiencial, e esta seria a causa de muitos problemas psicológicos. (SABAN, 2015)

São variadas as formas de evitar eventos encobertos (íntimos), como a distração, negação, alienação, medicação, drogas, alimentos ou qualquer ação feita com o intuito de se desviar se sentimentos, sensações e pensamentos dolorosos. A autora Saban (2015), traz exemplos de eventos usuais, como quando estamos sentindo ou pensando em algo que nos é difícil e tentamos pensar em outra coisa, ou tomar qualquer outra providência que possa parecer mais prazerosa. Para conhecer sua própria classe de comportamentos de esquiva, basta observar o que faz no

momento em que tem uma sensação/sentimento desagradável. De acordo com Saban (2015), o problema destas atitudes é que elas não evitam a situação aversiva original, mas o efeito delas. O efeito (o sentir a tristeza ou os outros sentimentos) é importante para sua própria solução.

A alternativa que se propõe é justamente viver a situação aversiva, de forma não a lutar contra ela, mas deixando que as sensações surjam e possam desaparecer naturalmente. É importante que se sinta triste, bravo e ansioso em determinados momentos. Sentir, como já esclarecido anteriormente, é um produto das contingências às quais a pessoa se expõe ao longo da vida. Contudo, é apenas um sentimento que, como tantos outros, produz sensações finitas, que não precisam ser fonte de eterno sofrimento ou de eterna esquivas.

No trecho anterior, parte-se da ideia de que evitar pode ser prejudicial em dados momentos, pois se não damos abertura para novas experiências (i.e., se continuamos nos esquivando), como poderemos aprender com elas? Quando evitamos, por exemplo, pensar em alguém querido com quem já não nos relacionamos indo para uma festa, podemos imediatamente nos livrar daquele sentimento aversivo que acompanha o lembrar. Porém, quanto mais se evita sentir (pensando em não pensar), a tendência será que a frequência do pensar seja maior do que se a pessoa deixasse o pensamento fluir sem lutar contra.

Maranhão (1996, apud COMBINATO; QUEIROZ, 2006) descreve uma situação que se pode classificar como uma esquivas experiencial: quando nos hospitais começou a ocorrer a “coisificação do homem”, que consistia em negar a ele a experiência da morte e do morrer, controlando sua vida através de máquinas, adiando sua morte. Assim, além de evitar o contato com a morte do outro, o profissional evita o contato com as suas próprias emoções em relação a

(sua) morte e o (seu) morrer. Neste caso, fugir da morte do outro é fugir da tristeza do outro.

A esquiva apresenta-se cotidianamente. Criam-se mecanismos para evitar o sofrer. Evita-se sentir a angustia da espera, a frustração de tirar uma nota ruim ou não ser aceito em uma entrevista de emprego. Evita-se a exposição de sentimentos por medo de rejeição. Comportamentos corriqueiros como estes formam barreiras para evitar sentir tristeza, angustia, ansiedade, entre outros sentimentos desagradáveis.

Situações como estas podem ser também observadas quando não damos a oportunidade da criança vivenciar sua perda. Isto pode ocorrer porque nós (adultos), julgamos aquela situação como aversiva, e então ao emitir o comportamento de esquiva (mentir para a criança para não ter que falar da perda), evitamos que a própria criança possa experimentar o que é perder algo. Seria interessante uma reflexão sobre como seria vantajoso para ela viver esta perda ao lado de alguém que ela confia? Será que poderei evitar que ela (e eu) sinta “coisas desagradáveis” durante a vida toda? Ou, será que se eu evitar que ela sinta “coisas desagradáveis”, a ajudará a lidar com estes sentimentos sozinha futuramente?

Um diálogo como este pode ser facilitado por situações muito simples, como a de observar o ciclo das plantas no passar das estações, demonstrando que algumas têm um período de vida mais curto e, outras, mais longos. Ou quando ela, ou o amigo percebem/vivenciam a perda de um peixe de estimação, e explicamos que o que estão vendo é um bichinho que morreu, e que a morte é um processo natural, ao qual não podemos controlar. Esconder a morte de um animal de estimação, de uma pessoa, ou mentir sobre este fato pode torná-lo um tabu ainda maior. Ainda, pode propiciar insegurança para que a criança pergunte a respeito ou demonstre sua tristeza com a situação

vivenciada, justamente por não ter percebido em seu ambiente um espaço para conversar sobre isso.

A esquiva aparece também em escritos como de Caruso (1984, apud CUSTODIO, 2013) que diz que o homem tem procurado evitar a morte, “para não ter que viver com a morte, preferimos reprimir a vida, limitá-la e restringi-la de múltiplas maneiras, dentro de nós e ao nosso redor” (p. 283). Situações como esta também ficam evidentes na atualidade quando observamos o culto a juventude, a preservação do belo, com isso é natural que não se sinta a vontade diante da real finitude (CUSTODIO, 2013). A autora ainda propõe, assim como já exposto em Combinato e Queiroz (2006), que uma maneira de evitar o desconforto da decomposição, seria a cremação do cadáver.

Assim, passa-se a vida ensinando e reforçando comportamentos de esquiva: não se ensina crianças a lidarem com frustrações, com limites e conseqüentemente criam-se indivíduos que não conseguem lidar com sentimentos que eles consideram ruins. A esquiva experiencial se torna cada vez mais comum e necessária: utiliza-se de artifícios para afastar os sentimentos considerados desagradáveis: celulares com todos os tipos de aplicativos são usados para momentos em que se tem que esperar, ou quando o assunto da aula ou da reunião não está legal; bebidas e outras drogas são usadas quando se sente vergonha, assim como em brigas ou término de relacionamentos; a comida em nossa sociedade é muito usada para comemorar conquistas, mas também muito eficaz para momentos em que não se quer pensar naquilo que está se passando no mundo de dentro da pele. Esses e outros exemplos mostram como a esquiva experiencial vem tirando a capacidade de manejo e aceitação dos próprios sentimentos.

Além da dificuldade de lidar com sentimentos desagradáveis do próprio indivíduo, a cultura da esquiva

também constrói um afastamento do outro que sofre. Tornou-se difícil estar próximo de alguém que está em sofrimento. Tenta-se, de todos os jeitos, retirar aquele sentimento. Por exemplo: um colega que termina um relacionamento, receberá inúmeros convites para “tomar uma cervejinha e esquecer”; quando alguém próximo perde a mãe ou o pai, escuta que “ eles devem estar em um lugar melhor” na tentativa de consolo e de diminuição da tristeza.

Inúmeras são as formas e momentos que a esquiva se faz presente. Ao longo da vida ela contribui para uma inabilidade em aguentar e resolver situações que trazem sentimentos considerados desagradáveis. Partindo desse raciocínio entende-se que a esquiva, quando excessiva, pode culminar no suicídio, caracterizando-o como o último nível de esquiva a ser concretizado. O suicídio é a forma mais completa de não sentir, não ter que aguentar situações e sentimentos considerados ruins.

A ideia do suicídio como um comportamento de esquiva, possibilita uma análise do ato do suicídio através da observação de suas consequências (esquivar-se de sentimentos indesejados pelo organismo).

Comportamento suicida

Skinner (1953/2003) diz que um comportamento é a interação entre organismo e seu ambiente e que ele é selecionado (passa a fazer parte do repertório do indivíduo) quando produz consequências reforçadoras.

A partir dessa visão, o suicídio (a morte, quando alcançada) passa a ser na verdade a consequência de um comportamento. Por isso, todos os comportamentos que tem como possível consequência a morte, podem ser chamados de comportamentos suicidas. Dirigir alcoolizado ou sobre efeito de outras drogas; abandonar o tratamento de uma doença crônica (como diabetes, por exemplo), até

mesmo atravessar uma rua fora da faixa de pedestres pode então ser chamado de comportamento suicida: comportamentos que aumentam a probabilidade de morte.

Tal ideia causa estranhamento, pois, tais comportamentos estão presentes na sociedade e quase nunca são ligados a uma ideia suicida (consciência sobre a possibilidade da morte). Quando se diz suicídio, pensa-se em classes de respostas como: cortar os pulsos, pular de um prédio, enforcamento, tiro na cabeça, entre outros.

Ao encarar o suicídio apenas como aquele comportamento que teve como consequência a morte, não há possibilidade de preveni-lo. Quando se entende o comportamento suicida como um comportamento que tem como consequência (entre outras) o aumento da probabilidade da morte, torna-se possível não apenas a análise, como alteração de variáveis para modificação desse padrão de comportamentos.

Possível estratégia de análise

Segundo Ribeiro (2006), a tentativa de suicídio (TS) pode ser considerada uma tentativa de fuga/esquiva, como salientado anteriormente. Existem variadas situações ocorrendo na vida do sujeito, e este não apresenta repertório comportamental para resolução dos problemas vivenciados. As histórias vivenciadas anteriormente demonstram baixa eficácia, e há uma ausência de reforçadores que poderiam desenvolver um repertório mais adequado para a produção de reforçadores ou para lidar com o sofrimento.

Observou-se em Ribeiro (2006) que, as estratégias de enfrentamento que apresentam pouca eficácia também condizem com repertório de TS. Quando não há variabilidade comportamental para resolução de problemas, os participantes emitiram comportamentos

auto-lesivos. Assim, evidencia-se que o risco da morte existe mesmo quando esta não é desejada.

A falta de condições de prever punição ou controlá-la também aumenta a probabilidade da manutenção deste padrão (RIBEIRO, 2006). Ao emitir um comportamento de TS, o ambiente social pode reforçar positivamente estas respostas, por meio de atenção das pessoas próximas (amigos, familiares, vizinhos, etc.). Isso por sua vez pode aumentar a probabilidade de emissão desta classe de respostas, já que seu repertório usual demonstra escassez de reforçadores positivos.

A topografia do comportamento aprendido gera risco de morte de maneira significativa, pois se hoje o sujeito ingeriu 60 comprimidos e obteve atenção que desejava, amanhã terá que emitir uma resposta com uma topografia mais elaborada. A morte, então não é o objetivo do comportamento. (RIBEIRO, 2006).

Nos estudos citados por Ribeiro (2006) foi salientado em todos os discursos a contingência da qual fugiam, mas faz-se necessário considerar que não há um fator único que seja determinante para a tentativa de suicídio. Deve-se considerar as múltiplas determinações evidenciadas e descritas, levando-se em conta também a possibilidade de restrição no repertório verbal do sujeito.

Por mais que seja desejado, não há uma única motivação ou explicação para os diversos comportamentos suicidas emitidos. Assim, se faz necessário uma análise de todas as contingências de vida do indivíduo (na maioria das vezes aversivas), buscando as consequências que podem estar mantendo os comportamentos suicidas ou comportamentos verbais que se refiram ao suicídio.

Considerações finais

É indispensável que se considere o meio em que se vive para a compreensão das relações em que se estabelece com a vida e com as coisas que o cercam.

São construídas maneiras de lidar com diversos fenômenos da vida, e com a morte não seria diferente. Muitas vezes o que se constrói não é de fato uma verdade, algo universal ou saudável. E por sua vez, estes conceitos variam, se modificam no tempo e espaço.

A Análise do Comportamento contribui para que fenômenos como este (comportamentos suicidas), não sejam interpretados apenas de maneira topográfica, leva em conta sua funcionalidade, observando qual ambiente e consequências influenciam em sua manutenção.

O conhecimento sobre os níveis de seleção comportamental auxilia não apenas no autoconhecimento, mas na promoção da saúde e prevenção de fatores de risco.

A exposição de assuntos considerados como tabus sociais, pode propiciar um conhecimento mais aprofundado sobre o ser humano e suas relações, importantes para profissionais e sociedade em geral. O conhecer também pode ser uma arma de combate aos pré-conceitos que acompanham a vida em sociedade.

Nesse momento, o suicídio está cada dia mais em evidência, e comportamentos suicidas são emitidos com mais frequência. É preciso que se entenda que falar sobre eles só possibilitará maior conhecimento do assunto, e não influenciará mais pessoas a emitir comportamentos suicidas.

Falar sobre as funções que levam um jovem a dirigir alcoolizado (aumentando a probabilidade de morrer), por exemplo, pode ajudar a propor intervenções que permitam que ele tenha acesso a consequência desejada, sem aumentar as chances de sua morte.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, COMISSÃO DE ESTUDOS E PREVENÇÃO DE SUICÍDIO. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 200-216, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a10v11n2.pdf>> Acesso em: 07 out. 2016.

CUSTODIO, E. M. Maria Julia Kovács: uma pesquisadora refletindo sobre a morte. **Boletim da Academia Paulista de Psicologia**, v. 33, n. 85, p. 243-253, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2013000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2016.

FALCONE, E. A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 23-32, jun. 1999. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55451999000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2016.

GUILHARDI, H. J. **Autoestima, autoconfiança e responsabilidade**. Comportamento Humano – Tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver. Santo André (SP): ESETec Editores Associados, 2002. Disponível em <<https://tommyreforcopositivo.files.wordpress.com/2015/08/brandc3a3o-m-z-s-conte-f-c-s-mezzaroba-s-m-b-2002-comportamento-humano-tudo-ou-quase-tudo-o-que-voc3aa-precisa-saber-para-viver-melhor.pdf>> Acesso em: 07 out. 2016.

HAYDU, V. B. Compreendendo os processos de interação do homem com o meio ambiente. In: HAYDU, V. B., Souza, S. R. **Psicologia Comportamental aplicada: avaliação e intervenção nas áreas do esporte, clínica, saúde e educação.** Londrina: EDUEL, 2009. p.9-35

HIRANO, H. O suicídio na cultura japonesa. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 06-16, 2015. Disponível em <<http://revpsi.org/wp-content/uploads/2015/12/Hirano-2015-0-suic%C3%ADdio-na-cultura-japonesa.pdf>> Acesso em: 12 nov. 2016.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. Aprendizagem pelas consequências: o controle aversivo. **Princípios básicos de análise do comportamento.** Porto Alegre: Artmed, 2007 p.63-84

RIBEIRO, L. P. **Análise funcional de relatos de tentativas de suicídio.** Campinas (SP), 2006. 72 p. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica – Campinas

SABAN, M. T. *Introdução à terapia de aceitação e compromisso.* Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2015.

SABAN, M. T. O que é terapia de aceitação e compromisso?. In: LUCENA-SANTOS, P.; PINTO-GOUVIA, J. & OLIVEIRA, S. M. **Terapias Comportamentais de terceira geração: guia para profissionais.** Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015. p. 179-216

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano.** São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SUASSUNA, Ariano. **Auto da Compadecida.** 35ª ed. Rio de Janeiro: Agir, 2005.

Comportamento suicida, intervenção clínica e políticas públicas sob uma perspectiva Analítico-Comportamental

Vicente Emanuel Ribeiro Macêdo
Alves

Introdução

O suicídio é um fenômeno de complexa descrição, que em manuais brasileiros e mundiais se caracteriza como um problema de saúde pública que atinge de várias formas a sociedade, necessita ser abordado por diversas áreas profissionais, por diferentes vieses teóricos e que esse entendimento seja construído em conjunto. No livro *Suicídio e seus desafios para a psicologia*, do Conselho Federal de Psicologia, Netto (2013) alerta para os problemas ocasionados por “análises ideologizantes” (descreve o “psicologismo”, “sociologismo” e um, digamos, psiquiatismo) do suicídio, que é quando áreas do conhecimento consideram abarcar este fenômeno por completo, assim acabam mascarando fatores importantes para o entendimento e o planejamento de ações.

A Análise do Comportamento entende a divisão entre fatores genéticos, da história de vida do sujeito e culturais como meramente didáticos, os quais são pensados em conjunto a partir do método da análise funcional; embora o recorte seja necessário, não se pretende, portanto, esgotar as fontes de variáveis para entendimento ou elaboração de práticas cada vez mais contextualizadas e suscetíveis a aprimoramento. Inclusive ressaltando e questionando os interesses que guiam discursos e práticas.

O fenômeno do suicídio

Um conceito muito utilizado de suicídio é descrito como “um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2001, p.80) A nomenclatura para a variação existente dentro do comportamento suicida é de difícil consenso, pois se altera dependendo da finalidade da definição. Baseado em Silverman et. al. (2007), dentro do comportamento suicida há algumas categorias que são utilizadas, tais como:

a) Tentativa de Suicídio, definido como um comportamento potencialmente prejudicial auto-infligido com um potencial resultado fatal para as quais há evidências (explícito ou implícito) de intenção de morrer. A tentativa de suicídio pode resultar em ferimentos, lesões ou morte.

b) Ideação Suicida é qualquer pensamento auto-relatado de se envolver em comportamentos relacionados com o suicídio.

c) Suicídio consumado é uma morte auto-infligida com a evidência (explícito ou implícito) de intenção de morrer. Outro termo relacionado ao suicídio, mas não diretamente é o de “parasuicídio” que é auto-infligido, um comportamento potencialmente prejudicial para os quais existe evidência (seja implícita ou explícita) que a pessoa não tenha (ou tenha baixa) intenção de matar-se, segundo Bille-Brahe et. al. (1994), dentro deste há comportamentos como a auto-mutilação. Alguns manuais diagnósticos trazem descrições e categorias como o DSM-5 (APA, 2014, p. 801) que apresenta o chamado *Transtorno do Comportamento Suicida*, descrito como critérios: A. O indivíduo ter feito uma tentativa de suicídio nos últimos 2 anos, tal como foi definido anteriormente; B. O ato não preencher os critérios para autolesão não suicida, como geralmente ocorre nas auto-mutilações; C. Não se aplica à ideação suicida e aos preparatórios; D. O ato não ter sido iniciado num estado de delirium ou confusão; E. Não ter sido realizado unicamente por um objetivo político ou religioso.

Ainda é muito difícil especificar o grau de intencionalidade dos atos, que é o principal diagnóstico diferencial da Autolesão Não Suicida (idem, p. 803), o qual tem como objetivo aliviar uma situação indesejada, resolver uma dificuldade ou induzir a um estado de sentimento positivo.

Em termos globais, numa estimativa feita pela OMS (WHO, 2014), uma pessoa comete suicídio a cada 40 segundos, totalizando 800 mil ao ano, numa taxa global de 11,4 casos por 100 mil habitantes e estima-se que um número 20 vezes maior tenta se matar. A mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos, no Brasil. Na maioria dos países, o suicídio situa-se entre as dez causas mais frequentes de morte na população geral, e entre as duas ou três mais frequentes em adolescentes e adultos jovens. Ainda utilizando as mesmas fontes, os homens morrem 57% mais que as mulheres em todo o mundo, porém no Brasil, os homens morrem de 3 a 4 vezes (aproximadamente 350%) mais que as mulheres por suicídio e essa proporção se inverte em relação ao número de tentativas, isto é, os homens tentam menos suicídio, mas utilizam métodos mais fatais. Os dados obtidos passam por problemas de sub-notificações ocasionados, em partes pelo estigma do sujeito que suicida e o tabu sobre o assunto, o que dificulta o melhor entendimento do fenômeno; estima-se que para cada caso registrado outros 20 que não o são. A OMS (2001) aponta como características sócio-demográficas, entendidos como fatores de risco, que são: pessoas do sexo masculino, faixas etárias entre 15 e 35 anos ou acima de 75 anos, extratos econômicos extremos (muito ricos ou muito pobres), residentes em áreas urbanas, desempregados (principalmente perda recente do emprego), aposentados, ateus, solteiros ou separados e migrantes. A comunidade LGBT, indígenas e em outras minorias também ocorre maior incidência do que no restante da população. Numa revisão de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001 feito por Bertolote

& Fleischmann (2002) a unindo 15.629 casos de suicídios ocorridos na população geral apresenta que 90% dos casos de suicídio apresentavam algum transtorno psiquiátrico; transtornos do humor (35.8%), transtornos relacionados ao uso de substâncias (22.4%), esquizofrenia (10.6%), dentre outros.

O Brasil, segundo dados levantados no DATASUS e WHOSIS, banco de dados do Sistema Único de Saúde e da Organização Mundial de Saúde, respectivamente, encontra-se num grupo de países com uma baixa taxa de suicídio. Dados de WHO (2014) apresentam que em 2012 ocorreram 11.821 mortes por suicídio, uma taxa de 5,8 por 100 mil habitantes, aumentando 10,4% em relação aos anos 2000. Ficando em 73º lugar; porém em números absolutos o Brasil encontra-se em 9º país com mais óbitos por suicídio. Dentre os métodos mais utilizados estão enforcamento, intoxicação endógena e armas de fogo. Entre os estados brasileiros, o Ceará passou de nono lugar de maior taxa de suicídio para quarto. Segundo o DATASUS, de 2008 para 2014 houve um aumento de 13,8 vezes no número de internamento por Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84 – códigos no CID-10) só na cidade de Fortaleza. No estado do Paraná, se comparar os 143 casos em 2009 com os 1.738 casos em 2014, nota-se um aumento de 12,1 vezes de lesões autoprovocadas intencionalmente.

Em vista desses dados alarmantes o Ministério Público lançou a PORTARIA Nº 1.876, DE 14 DE AGOSTO DE 2006 (Brasil, 2006) que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Buscando articular-se as Secretarias de Estado e Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não governamentais, nacionais e internacionais, nele pretende-se desenvolver estratégias

visando promoção, prevenção, tratamento e recuperação em todos os níveis de atenção, bem como informar e sensibilizar a população para o fenômeno do suicídio, aprimorar métodos de coleta e análise de dados e identificar os condicionantes; almeja também promover a educação permanente dos profissionais de saúde, dentre outros. No item V, do art. 2º dessa portaria visa “fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade”, o qual é atendido pelos estudos de eficácia produzidos pelos comportamentalistas, bem como oferece subsídios para alcançar os demais objetivos da portaria.

A epidemiologia entra nos manuais diagnósticos e estatísticos dispostos na literatura convencional, mas não é o bastante para explicar as relações entre os fenômenos, apenas os descrevem. A análise do comportamento é uma das abordagens psicológicas que podem auxiliar no entendimento desses fenômenos, sendo baseada na teoria de B. F. Skinner, trabalha com a noção de relações funcionais, em que existe uma probabilidade de um comportamento acontecer em função das variáveis ambientais e selecionadas a partir das consequências a ele vinculadas. Esse processo é aplicado na fórmula (S-R-S), onde o primeiro “S” é o estímulo antecedente que é entendido como o contexto em que a ação “R” (Resposta) ocorre e esta ação selecionada pelas consequências “S” (estímulo consequente) que a ela podem ser relacionadas, essa fórmula tripla é nomeada contingência ou tríplice contingência. É necessário esclarecer que o recorte teórico da AC se baseia na análise de sujeito único ($n=1$), ou seja, cada sujeito, enquanto sistema aberto tem contingências com base filogenética, ontogenética e cultural próprias que fazem a análise ser única, idiossincrática. Em outras palavras, os comportamentos dos sujeitos são selecionados pelas consequências de comportamentos na história da sua espécie, na sua história de vida e no meio social em que vive.

Os estímulos consequentes costumam ser categorizados em: Reforço são aqueles que tendem a ter uma probabilidade maior de acontecer novamente, com mais frequência, enquanto aqueles Punidos ou Extintos (sem consequência discriminativa do meio) tendem a acontecer menos. O reforço ou a punição podem ser positivos, quando há um acréscimo de um estímulo, seja esse estímulo aversivo, “indesejado” (na punição positiva) ou reforçador, “desejado” (no reforço positivo); podem também ser negativos, isto é, quando há uma retirada de um estímulo, aversivo (no reforço negativo) ou reforçador (na punição negativa). (BAUM, 1999; SKINNER and HOLLAND, 1975; SIDMAN, 1989/2003)

Dentro do fenômeno do suicídio a Análise do Comportamento busca entender a relação funcional entre os acontecimentos. Podem oferecer leituras operacionais sobre os fenômenos, buscando integrar fatores biológicos, biográficos ou culturais. Em termos de possibilidades funcionais do suicídio temos o Hayes (2008) descreve o suicídio como uma forma extrema de esquiva de experiência: quando todos os métodos para lidar com uma dor de nível intolerável não gera resultados, o indivíduo pode ser levado a escolher pela última escapatória. Hayes (2008, p. 96) apresenta um estudo que prova que a grande maioria das notas de suicídio como sendo o auto-aniquilamento que traz uma libertação emocional, visto como um último passo na tentativa de escapar de si. Assim também é visto as formas não-letais de autoferimento.

Uma crítica feita à grande maioria de estratégias de prevenção do suicídio é o foco muitas vezes apenas nas estratégias de detecção de casos e programas de redução de fator de risco; entendendo que os diversos discursos são contextos para práticas clínicas é importante notar sutilezas nas pesquisas e modos de expressar ideias que induzem ao equívoco. Por exemplo, aquelas ideias que colocam os fatores de risco como “causa” do comportamento suicida,

sem levar em consideração os diversos fatores, inclusive culturais que vão gerando contextos estressores e promotores de sofrimento. Não estariam esses modelos explicativos apenas ajudando na manutenção do *status quo*, mesmo que este modelo sociocultural esteja produzindo contingências funcionalmente desfavoráveis para os sujeitos?

Assistência ao sujeito em risco de suicídio

No Ceará, há um serviço especializado em casos de ideação suicida, nele é realizado atendimentos num turno por semana, no ambulatório de psiquiatria. Seguimos indicações nacionais de identificação e manejo dos casos de suicídio, propostos no Ministério da Saúde (2006). Na triagem se avalia a presença dos fatores de risco descritos na epidemiologia e fazemos perguntas para avaliar os 4 D's. O primeiro "D" é da *Desesperança*, questiona-se se o paciente tem planos e perspectivas para o futuro; o segundo "D" é de *Desamparo*, questiona-se se a vida está valendo a pena ser vivida, se ele tem apoio social, como é sua auto-eficácia; o terceiro "D" é o *Desespero*, questiona-se se a morte viesse ela seria bem-vinda, se a pessoa deseja resolver seus problemas imediatamente ou se engaja em planos para prazos maiores; o quarto "D" é a *Depressão*, avalia-se os critérios diagnósticos da depressão, tais como humor deprimido, alteração no apetite, no sono e/ou no sistema psicomotor, desinteresse por atividades que antes traziam prazer, dentre outros. A partir dessas perguntas, se apontarem uma intenção antecipar a morte, avalia-se o risco para indicar novas estratégias, como indicados em SUS (2015), no risco baixo a pessoa tem o pensamento ocasional de suicídio, mas não tem um plano definido de como realizá-lo; o risco médio ocorre além do pensamento um plano de como fazer, mas não quer realizar imediatamente; no alto risco há o pensamento, o plano, quer realizar prontamente

e tem acesso aos meios. Para cada nível é indicado encaminhamentos, atendemos desde o risco baixo, trabalhando a ambivalência da ideação suicida, investigando as alternativas e a possibilidade de opções de atividades de vinculação; até o alto risco, alertando pessoas próximas para buscar realizar uma atenção diária, retirada dos métodos de suicídio do alcance e até mesmo discutir uma internação, em casos muito específicos.

Àqueles que cumprem o perfil do serviço, iniciamos os atendimentos aplicando uma abordagem da psicoterapia breve focal, tendo como foco a ideação suicida e trabalhando as questões mais próximas associadas. Os atendimentos semanais duram em média 12 sessões, feito por alunos de psicologia, medicina e serviço social, atendendo em duplas, passando pela supervisão de profissionais de cada área. Dentro do atendimento utilizam-se métodos para avaliar o caso, a presença de sintomas de transtornos descritos nos manuais diagnósticos, dentre outros; discute-se o caso com os supervisores, o trabalho em rede e analisa-se a possibilidade de desligamento do serviço. O serviço é gratuito, as demandas são espontâneas e o desligamento é livre para o usuário. Nos atendimentos buscam trazer um ambiente acolhedor em que o sujeito possa expor os acontecimentos que levam a desejar a própria morte, a título de representação, as classes de falas mais comuns, segundo o Ministério da Saúde (2006), que são: a) Ambivalência, ou seja, o sujeito fala que quer alcançar a morte, mas também viver; quando aparece na clínica, trabalha-se em vista de alargar o repertório de respostas a cada situação; b) Impulsividade, que tem a ver com o planejamento diante de situação em que a ideação suicida costuma aparecer, tenta-se perceber alternativas para lidar com situações aversivas; e c) Rigidez/constricção, tem relação a pensamentos rígidos em extremos, de “ou tudo ou nada”, que vê a morte como única possibilidade, nesses casos busca-se identificar e fortalecer visões

moderadas. Por limitações estruturais não é possível realizar as demais Psicoterapias neste serviço.

Mesmo não sendo adotado pelo serviço supracitado, dentro da Análise do Comportamento existem Terapias Comportamentais que apresentaram uma mudança significativa nos indicadores de Ideação Suicida nas pesquisas realizadas, como exemplo, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e a Psicoterapia Analítico Funcional (FAP), pois tendo a esquiva como uma das principais respostas do cliente em casos de suicídio o trabalho de Brandão (1999, p. 181) descreve que nos trabalhos de Hayes de 1987, 1991 e 1997 já se propunha a Terapia de Aceitação e Compromisso como estratégia clínica para lidar com a Esquiva Emocional Desadaptativa e o trabalho de Kohlenberg e Cordova (1994 apud Brandão, idem), associa ACT a FAP, uma vez que acreditam que a aceitação deve ser produzida na relação terapêutica.

Em linhas gerais na ACT os clientes passam a se guiar para reforçadores em longo prazo, mais do que o costume que se gera ao apenas fugir de situações aversivas imediatas. Numa pesquisa realizada por Walser et. al. (2015), sobre a Eficácia da ACT no tratamento de depressão e ideação suicida de militares, apontaram para os seguintes resultados: dos 981 pacientes, 647 (66,0%) completaram 10 ou mais sessões ou terminar mais cedo devido a alívio dos sintomas. Para militares com Ideação Suicida (IS) no início do estudo, a média de pontuação BDI-II (escala de ideação suicida) diminuiu de 33,5 para 22,9. Para veteranos sem IS no início do estudo, a média de pontuação BDI-II diminuiu de 26,3 para 15,9. Na FAP se trabalha muito na relação terapeuta-cliente, em que os comportamentos alvo são evocados em terapia e mudanças progressivas, a audiodescrição do cliente e a generalização nos outros ambientes que o sujeito vive são reforçadas. Alguns exemplos de análises funcionais sobre comportamentos

suicidas são apresentados em trabalhos como o de Ribeiro et. al. (2006) e Figel et. al. (2013).

Políticas Públicas e suicídio

Se o contexto seleciona os comportamentos então só é possível uma redução do comportamento suicida se for alterado também o contexto social em que estes ocorrem. Visando uma mudança significativa e que se mantenha, primeiro sensibilizamos a sociedade para essa questão promovendo palestras, cursos, oficinas, atividades lúdicas, cine debates e rodas de conversa em várias instituições da cidade, programas de rádio e televisão, especialmente no mês de setembro, numa campanha intitulada “Setembro Amarelo”, em que também realizamos uma caminhada, distribuição de informativos, solicitação da iluminação dos prédios públicos na cor amarela em apoio à causa da prevenção do suicídio. No dia 29 de setembro de 2016, na Assembleia Legislativa do Estado do Ceará conquistou-se que essas e outras atividades fizessem parte do calendário do município. Fomentando assim que no decorrer do ano sejam desenvolvidos planos municipais, estaduais e federais de prevenção do suicídio, bem como planos de intervenção em instituições de ensino, de saúde, de segurança, dentre outros. Nessas ações apresentamos ou convidamos profissionais para palestrar e debater sobre os dados mundiais relacionados ao suicídio, descrever os principais fatores relacionados e as estratégias que vem sendo adotadas em outros países para reduzir a taxa de suicídio, objetivando uma ação em rede. As estratégias locais são desenvolvidas em três eixos: ensino, pesquisa e assistência.

A formação de um grupo de trabalho para elaborar uma estratégia começa quando representantes de uma instituição ou órgão entram em contato com o programa que realiza tanto as atividades supracitadas como os

atendimentos clínicos descritos anteriormente, no contato inicial procura-se entender a demanda, a dinâmica interna e elaborar num cronograma de atividades. Um levantamento de intervenções com resultado de eficácia é feito e busca-se aplicar em grupos, usando instrumentos para avaliar os resultados. Geralmente os contextos em que ocorrem comportamentos estressores e alternativas comportamentais são discutidas, propostas, partilhadas. Na Análise do comportamento existem intervenções grupais, como em Murta et. al. (2012), que são trabalhadas questões socioculturais geradoras de práticas em que ocorrem mais comportamento suicida, como exemplo, o sexismo e o heterossexismo. Ambos são práticas que compõem o quadro de desigualdades e discriminações sociais que aumentam o risco de suicídio em mulheres (Andrade et. al., 2006 apud Murta et. al., 2012) e em pessoas LGBT; é o que aponta os resultados de uma pesquisa realizada pela OMS (2001), uma relação altamente significativa entre a violência doméstica e a ideia de suicídio. Acrescido com o encontrado por Murta et al. (2012):

“as práticas excludentes e opressoras, derivadas do sexismo e do heterossexismo, têm impedido ou dificultado o pleno desenvolvimento das potencialidades das mulheres e das pessoas LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros) por meio da restrição de oportunidades educacionais e de trabalho, com repercussão negativa na sociedade e na economia, em diferentes lugares do mundo (Bandeira, 2009; Heise, 1994; Mattews & Adams, 2009; Roberts, 1998; Schwartz & Lindley, 2009). Do ponto de vista social, o impacto pode ser visto em suicídios e assassinatos (Borrillo, 2009; Carrara & Vianna, 2006; Mott, 2006; Sieben&Wallowitz, 2009), violência pelo parceiro íntimo (Anaconda, 2008; Cordeiro, Heilborn, Cabral & Moraes, 2009; Hernandez & Mendoza, 2009; Schraiber, D'Oliveira & França Jr., 2005) e transmissão da violência entre gerações (Williams, Maldonado & Padovani, 2008).” (MURTA et al, 2012, p. 453)

Práticas de preconceito e discriminação são construções sociais que desqualificam os sujeitos em função da sua cor, sexo, etnia, classe, religião, orientação sexual, etc., que limitam a participação social/judiciária/política, fragilizam os vínculos e estão associados a vários outros problemas sérios, incluindo violências. (Bandeira e Batista, 2002) O suicídio, como descrito nos dados epidemiológicos, ocorre com maior frequência nos grupos em que são excluídos socialmente, portanto muito mais que uma questão ideológica, o combate as discriminações e preconceitos devem ser, e que em muitos lugares, talvez não nomeadamente sejam tratados como estratégia necessária para promoção da saúde pública, prevenção de agravos, fortalecimento/reconstrução de vínculos e fundamental para a diminuição das taxas de suicídio. Bem como já é tratado politicamente, economicamente etc. Vale ressaltar que as discriminações também são práticas que podem ser associadas ao aumentam do risco de suicídio, por conta de principalmente fatores diferentes, dos ditos principais autores, por exemplo, as classes mais altas, homens (Minayo e Cavalcante, 2010; Barbano e Da Cruz, 2015), dentre outros, ou seja, todos se beneficiariam com políticas de combate a essas práticas culturais. O relatório da OMS (WHO, 2014) também aponta para as discriminações como sendo provocadoras do comportamento suicida e especifica os grupos: pessoas encarceradas ou detidas; pessoas que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais; pessoas afetadas por bullying, cyberbullying e vitimização por pares; refugiados, requerentes de asilo e migrantes.

Esse capítulo tratou-se de visualizar a questão do suicídio de modo mais abrangente, apresentando intervenções clínicas que tem demonstrado diminuição no comportamento suicida, mas não basta apenas intervir no ambiente clínico, a sociedade é o contexto maior em que ocorrem práticas que promovem os fatores de risco ao

suicídio. Os Analistas do comportamento são enfáticos ao descrever a necessidade da mudança dos contextos para intervir nos comportamentos, de modo aplicado e experimental. Para tanto se propõe que pensemos políticas públicas, tal como proposto na Portaria do Ministério da Saúde (Brasil, 2006), baseadas em estudos de eficácia, mas também envolvendo diversas áreas para uma prática mais crítica. A questão do suicídio é complexa, cabe estreitar a comunicação dos que trabalham com essa temática e a sociedade, e sendo decididas mudanças, que sejam também estruturais na sociedade para que o *status quo* não seja eleito em detrimento a qualidade de vida da população.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [recurso eletrônico]: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BANDEIRA, L.; BATISTA, A. S. Preconceito e discriminação como expressões de violência. **Estudos feministas**, ano 10, p. 119-141, 2002.

BARBANO, L.; DA CRUZ, D. M. C. Machismo, Patriarcalismo, Moral E A Dissolução Dos Papéis Ocupacionais. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 3, n. 3, 2015.

BAUM, W. M. et al. **Compreender o behaviorismo: ciência, comportamento e cultura**. Artes Médicas, 1999.

BERENCHTEIN NETTO, N.. Conselho Federal de Psicologia. **Suicídio e os seus desafios para a psicologia**. In: _____. Brasília: CFP, 2013.

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

BILLE-BRAHE, U., et al. Background and introduction to the study. In: KERKHOF, A.J.F.M.; SCHMIDTKE, A.; BILLE-BRAHE, U.; DE LEO, D.; LONNQVIST, J.(Eds.), **Attempted suicide in Europe. Findings from the Multicentre Study on Parasuicide by the WHO regional office for Europe**. Leiden: DSWO Press, 1994.p. 3-15.

BRANDÃO, M. Z. S. Terapia comportamental e análise funcional da relação terapêutica: estratégias clínicas para lidar com comportamento de esquiva. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 1, n. 2, p. 179-187, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 1.876**. Institui Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. Prevenção do Suicídio. **Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Unicamp, 2006.

BRASIL. Secretaria Executiva. Datasus. Informações de Saúde. **Informações epidemiológicas e morbidade 2008-2014**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violepr.def>>. Acesso em: 10 set. 2015.

FIGEL, F. C.; MENEGATTI, C. L.; PINHEIRO, E. P. N. Tentativas de suicídio: uma análise de contingências. **Estudos de psicologia, Campinas**, v.30, n.2, p. 211-218, 2013.

HAYES, S.C.; PISTORELLO, J.; BIGLAN, A. Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, v. 10, n. 1, p. 81-104, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452008000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2016.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010.

MURTA, S. G.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A.; ZANELLO, V. Sexismo e heterossexismo: do impacto sobre a saúde às possibilidades de prevenção. *In*: VIANA, T. C. et al. (Org.). **Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea**. Brasília: Liber Livros, 2012.p. 341-359.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Capítulo 1. *In*: _____. **Relatório sobre a saúde no mundo**. São Paulo: OPAS; Rio de Janeiro: OMS, 2001.p.1-16.

RIBEIRO, L. P. **Análise funcional de relatos sobre tentativas de suicídio**.20006. 62f. Dissertação (Mestrado em psicologia)- Centro de Ciências da vida Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2006.

SIDMAN, M. **Coerção e suas implicações**. Campinas: Livro Pleno, 2003.

SILVERMAN, M. M., BERMAN, A. L., SANDDAL, N. D., O'CARROLL, P. W., & JOINER, T. E. Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, 37, p. 264–277. 2007

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Risco de suicídio**: Protocolo clínico. Estado de Santa Catarina, 2015.

HOLLAND, J.G.; SKINNER, B.F. *The Analysis of Behavior: a program for self-instruction*. New York, McGraw-Hill, 1961. Traduzido por Rodolpho Azzi e Carolina M. Bori sob o título *A Análise do Comportamento*. EPU: 1969.

WALSER, R. D. et al. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *In*: **Behaviour research and therapy**, v. 74, p. 25-31, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Previting suicide**: a global imperative. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva. 2014 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/8/9789241564878_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 06 jan. 2017.

Suicídio e Psicologia Arquetípica

Helton Marculino de Souza

O suicídio explorado e marginalizado

O início da psicologia é marcado por sua interface com a medicina, contudo, sabe-se que a complexidade do seu objeto de pesquisa, o ser humano, demanda que esta beba de outras fontes de conhecimento científico. Diversas são as questões que permeiam o viver humano, como o próprio questionamento acerca do sentido da vida e, por vezes, o desejo de não mais viver. Neste sentido, pode-se destacar o suicídio como um tema tabu que atravessa a existência humana e demanda o aprofundamento sobre a existência humana.

Tendo em vista este panorama, objetiva-se com este trabalho desenvolver discussões acerca da problemática do suicídio, a partir da ótica da Psicologia Arquetípica, e discorrer sobre quando esta demanda de acolhimento surge no *setting* terapêutico. Para tanto, opta-se por iniciar esta exposição por meio de um breve histórico para situar o surgimento da Psicologia Arquetípica. Posteriormente são apresentados alguns de seus conceitos básicos, para então explanar acerca da prática do psicólogo pela via da Psicologia Arquetípica.

O tema suicídio configura-se como um assunto que tende a surgir na vida das pessoas de diversas formas, podendo-se configurar como uma matéria trazida pelos veículos da mídia ou por meio da própria questão pessoal, familiar ou de amigos. Pode-se adentrar nesta temática também pela via da pesquisa ou do trabalho. É, assim, um tema tocado de alguma forma pelas vias sociais, religiosas, judiciais. Todavia, é de certa forma um tema marginalizado, por surgir carregado de interpretações generalistas. Nas palavras de Hillman: “A lei considera-o um crime, a religião

chama-o de pecado e a sociedade volta-lhe as costas” (HILLMAN, 2009, p.25).

Do ponto de vista do cristianismo, com base na Bíblia, pode-se destacar o livro de Exôdo, Capítulo 20, Versículo 13 que aponta: “não matarás”. Segundo o artigo 122 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), o suicida não comete crime, porém alguém que possa vir a apoiar alguma ação em relação ao suicídio está sujeito à pena.

Do ponto de vista social, Emile Durkheim (2000) escreveu um trabalho que é referência até os tempos atuais para a sociologia, no qual defende que o suicídio é um fato social. Tal autor argumenta que as causas do suicídio estão fora do indivíduo, defendendo que estas estão localizadas no contexto social. Classifica, assim, como três tipos de suicídio: 1º *Egoísta*: é aquele indivíduo que perde sua identidade social, no qual a percepção individual prevalece à social, de modo que as afetações pessoais passam a ter maior importância que o próprio papel social. 2º *Altruísta*: está ligado ao coletivo, como no caso dos kamikazes que se sacrificam pela sociedade a qual pertencem. 3º *Anomia*: é uma perda de padrão social, decorrente de mudanças drásticas, como por exemplo, crises econômicas.

Sendo assim, o suicídio revela algo sobre a sociedade ou sobre a condição social (DURKHEIM, 2000). Trata-se de um fenômeno que está presente na história da humanidade, por ser observado há muito tempo em seus registros. Está presente em toda sociedade, por isso faz parte do homem (DURKHEIM, 2000).

Breve Histórico: Freud, Jung, Hillman

Para se chegar ao surgimento ou ao que é Psicologia Arquetípica, é necessário tecer um breve percurso histórico que envolve pelo menos três figuras importantes no que diz respeito à psicologia do inconsciente. Essas são: Sigmund

Freud, Carl Gustav Jung e, por fim, James Hillman. Este último sugere o termo Psicologia Arquetípica, o qual segundo o próprio Hillman, não se refere a uma escola em si, mas a um aprofundamento da proposta de Jung, apesar de muitos autores referirem-se a essa proposta como “escola arquetípica”.

Quanto a Sigmund Freud, ele foi um médico neurologista que nasceu em 1856 na em Freiberg, Morávia. A família mudou-se para Leipzig, na Alemanha e quando Freud tinha 4 anos de idade, mudaram-se para Viena, Áustria, onde passou a maior parte de sua vida. A partir da década de 1920 sua saúde começou a se fragilizar, apresentando um câncer na boca que seguiu até sua morte, em Londres, para onde se dirigiu após a Áustria ser ocupada pelos nazistas. Tendo em vista a piora de seu quadro e sofrimento vivenciado, seu médico prometeu-lhe “que não o deixaria sofrer desnecessariamente. Ele ministrou três injeções de morfina nas 24 horas seguintes, cada dose maior do que o necessário para a sedação, e pôs fim aos longos anos de sofrimento de Freud” (SCHULTZ; SCHULTZ, 2008, p. 47).

Foi o precursor da Psicanálise, ciência essa que foi de grande importância na fundamentação da origem de algumas psicopatologias, até então desconhecidas. Dentre outros conceitos de grande importância para a ciência da psicologia como, por exemplo, elaborou o conceito do inconsciente (SCHULTZ; SCHULTZ, 2008).

Carl Gustav Jung foi um médico que nasceu na Suíça e viveu entre 1875 a 1961. Ao estudar psicologia, interessou-se pelos estudos de Freud, fator esse que o levou a extensas conversas e estudos sobre a psique. A dedicação de Jung aos estudos psicanalíticos resultou na ocupação do cargo de presidente da Associação Psicanalítica Internacional até o ano de 1914, época na qual já se

notavam algumas divergências de pensamentos entre Freud e Jung.

Este momento de divergência é marcado por uma publicação de Jung denominada de “Símbolos da Transformação” em 1912. Diante desses acontecimentos, Jung vê-se frente à demanda de fundamentar suas teorias, fato que o levou a estudar diversas áreas do conhecimento, possibilitando-o elaborar conceitos sobre a natureza da psique humana (JUNG, 1986).

James Hillman foi um analista “junguiano” que nasceu nos Estados Unidos e viveu entre 1926 a 2011. Contudo, passou grande parte da sua vida estudando fora dos EUA. Após sua formação de analista junguiano, assume a direção de estudo do Instituto C. G. Jung em Zurique. Em 1978, de volta aos EUA, Hillman funda o *Institute of Humanities & Culture*. Em 1981 recebe a Medalha da *Comuna di Firenze* pelos rumos tomados em relação ao pensamento psicológico (HILLMAN, 1984).

Conceitos básicos

Jung a partir de sua experiência profissional bem como o aprofundamento em pesquisas, elaborou e entrou em contato com alguns conceitos, os quais serão brevemente apresentados aqui, com o intuito de formar uma base para o aprofundamento no tema. Esses são: Arquétipo, Complexo e Alma.

Pode-se entender que arquétipos correspondem à parte herdada da totalidade de todos os processos psíquicos. São padrões estruturais ligados ao instinto, impossíveis de serem representados. Contudo, pode-se considerar a existência dos arquétipos diante de suas manifestações. É uma possibilidade dada a priori como estrutura (SAMUELS, 1988).

Quanto à palavra complexo, nota-se que ela é popularmente utilizada e, por muitas vezes, banalizada. Entretanto, o conceito de complexo é essencial para compreensão dos processos psíquicos. Acredita-se que os complexos podem ser bons ou ruins para o indivíduo, sendo que Jung define complexo como:

(...) a imagem de determinada situação psíquica de forte carga emocional e além disso, incompatível com as disposições ou atitude habitual da consciência. Esta imagem é dotada de poderosa coerência interior e tem sua totalidade própria e goza de um grau relativamente elevado de *autonomia*, vale dizer: está sujeita ao controle das disposições da consciência até um certo limite e, por isto, se comporta na esfera do consciente, como um *corpus alienum* [corpo estranho], animado de vida própria. Com algum esforço de vontade, pode-se, em geral, reprimir o complexo, mas é impossível negar sua existência, e na primeira ocasião favorável ele volta à tona com toda sua força original. Certas investigações experimentais parecem indicar que sua curva de intensidade ou de atividade tem caráter ondulatório, com um comprimento de onda que varia de horas, dias ou semanas. (...). (JUNG, 2009, p. 31)

Jung (2009) declara que o complexo, quando constelado, nos tem. Isso pelo fato de possuir uma energia que pode superar nossa vontade consciente, podendo afetar até mesmo áreas de memória, ou seja, fundamenta a ideia de supremacia consciente.

Quanto à palavra “alma”, ela foi utilizada para se referir a um ponto de vista sobre as coisas. Vincula-se à profundidade, ao aspecto imaterial, ao coração. Nas palavras de Hillman: “A alma deve ser a metáfora primária da psicologia” (HILLMAN, 1991, p. 40).

A palavra alma é amplamente utilizada, por algumas vezes banalizada ou generalizada pelo senso comum. É uma palavra que possui diversas aplicações de acordo com o

contexto e, com isso, Hillman esclarece seu significado segundo a Psicologia Arquetípica:

Por alma entendo, antes de mais nada, uma perspectiva em vez de uma substância, uma perspectiva sobre as coisas em vez de uma coisa em si. Essa perspectiva é reflexiva; ela media os eventos e faz diferenças entre nós e tudo aquilo que acontece. Entre nós e os eventos, entre aquele que faz e o que é feito há um momento reflexivo – e o cultivo da alma significa diferenciar esse chão intermediário. (...) comecei a usar o termo de forma razoavelmente livre, frequentemente de forma intercambiável com *psique* (do grego) e *anima* (do latim). Agora estou adicionando três modificações necessárias. Primeiro, “alma” refere-se ao aprofundamento dos eventos em experiências; segundo, o significado que a alma torna possível, seja no amor ou nas questões religiosas, deriva-se de sua particular relação com a morte. E, terceiro, por “alma” refiro-me à possibilidade imaginativa em nossa natureza, o experimentar através da especulação reflexiva, do sonho, da imagem e da fantasia – aquele modo que reconhece todas as realidades como primeiramente simbólicas ou metafóricas. (HILLMAN, 2010, p. 27-28)

Se alma é relação, e Hillman utiliza sempre a expressão cultivo da alma, ou seja, uma atenção em nossa relação com os fenômenos, esse é o movimento da análise na perspectiva da Psicologia Arquetípica.

A Psicologia Arquetípica apropria-se de metáforas e mitos para apresentar suas reflexões. A metáfora é a linguagem do inconsciente, nas palavras de Hillman:

Metáforas são mais que um modo de falar; são modos de perceber, sentir e existir. (...) As posições que assume são inflexionadas por uma voz que adorna de aspas. Ao mesmo tempo ela diz algo e enxerga através do que diz. Nunca podemos tomar uma metáfora de um lado apenas, nem podemos ter certeza de que lado ela está. (...) Os arquétipos são, semanticamente, metáforas. Eles têm

uma existência dupla, que Jung apresentou de diversas formas: (1) são cheios de oposições internas, polos positivo e negativo; (2) são incognoscíveis e conhecíveis através de imagens; (3) são instinto e espírito; (4) são congênitos, ainda que não herdados; (5) são estruturas puramente formais e conteúdos; (6) são psíquicos e extrapsíquicos (psicoide). Essas dobradinhas, e tantas outras nas descrições dos arquétipos, não precisam ser resolvidas filosófica ou empiricamente, ou até mesmo semanticamente. Elas pertencem à autocontradição interna e à duplicidade das metáforas míticas, de forma que toda a afirmação sobre os arquétipos deve ser tomada metaforicamente, com o prefixo “como-se”. (HILLMAN, 2010, p. 304)

É por crer na potência da metáfora que Hillman propõe o uso dela na prática clínica, bem como em seus textos. Afirma que os arquétipos são metáforas, ou seja, é por meio das metáforas que é possível se relacionarem com conteúdos arquetípicos. Quanto às metáforas míticas, elas possibilitam ao terapeuta evitar o literalismo dos conceitos. Para Hillman:

Uma das belezas das metáforas míticas é que elas evitam o literalismo. Sabemos desde o princípio que são verdades impossíveis. Como a própria metáfora, cujo poder não pode ser satisfatoriamente explicado, um mito também fala com duas línguas ao mesmo tempo, distraindo e aterrorizando, sério e irônico, sublimemente imaginativo e ainda assim cheio dos espalhados detalhes de sua ridícula fantasia. As metáforas do mito condensam passado e futuro, de forma que o passado está sempre presente e o presente pode ser sentido pelo distanciamento do passado. (HILLMAN, 2010, p.302)

É devido a esse posicionamento que a Psicologia Arquetípica se apropria dos conceitos da Psicologia Analítica, e propõe a metáfora como via de reflexão, em uma atitude que foge da tradução de comportamentos por meio

de conceitos, para então, voltar atenção para a alma em sua estrutura mítica.

O trabalho da psicoterapia

A morte só possível a partir da vida, a morte está na vida, assim que passamos a existir estamos cada vez mais próximos da morte. Questionamentos filosóficos nos colocam frente à morte simbólica, por nos colocar diante da questão. Mesmo quando não fazemos tal movimento em direção à morte, ela nos visita de diversas formas: morremos em sonhos, “matamos” oportunidades, “matamos” o tempo. A alma está em diversos momentos em contato com a morte, de modo a atravessar nosso vocabulário.

Pode-se apontar esse movimento como algo natural da psique com objetivo único e observável na natureza. A morte está para dar lugar, para transformar. Ao observarmos a natureza, veremos que um animal morre para alimentar outro, um vegetal morre para ajudar na fertilização do solo. Trata-se de um movimento natural e necessário para a vida de forma geral.

O que não é natural é a morte que está fora desse ciclo, aquela que se antecipa e atravessa o viver. Essa assusta e passa assim a ser evitada, torna-se tabu e (ou) pecado, passa a ser o resultado de um símbolo não compreendido, ou seja, não escutado corretamente.

O processo psicoterapêutico também significa morrer, e isso conseqüentemente tende a assustar aqueles que procuram tal recurso. É o momento no qual surge a resistência que, se não receber a devida atenção, assusta o paciente e o faz fugir de algo que de fato não é a real ameaça, pois a ameaça encontra-se “protegida”. Porém, quando a questão inicial da resistência é trabalhada corretamente, torna-se possível a “morte” por meio da terapia,

organizando-se como um movimento natural de desejo de transformação, ou seja, algo precisa deixar de existir para dar lugar ao novo (HILLMAN, 2009).

A natureza possui uma função autocurativa, alguns exemplos são: os rios poluídos quando são deixados exclusivamente sobre o controle da natureza, deixam de ser poluídos; florestas desmatadas voltam a ganhar vida; um pequeno ferimento no corpo tende a cicatrizar. Apropriando-se dessa função da natureza, pode-se dizer que o papel do terapeuta é manter a ferida limpa para que o corpo tenha condição de cicatrizá-la. Neste sentido, se a psique humana estiver em condições, tende a “curar-se” ou cicatrizar a ferida. Jung denomina essa função autorreguladora de “função transcendente” (JUNG, 2009).

Samuels (1988) ao sintetizar alguns conceitos discorre sobre a compensação, que tem como função possibilitar o símbolo:

Conteúdos reprimidos, excluídos e inibidos pela orientação consciente do indivíduo passam para a inconsciência e lá formam um contrapólo da consciência. Essa contraposição se fortalece com qualquer aumento de ênfase sobre a atitude consciente até interferir com a atividade da própria consciência. Finalmente, conteúdos inconscientes reprimidos reúnem uma carga de energia suficiente para irromper na forma de sonhos, imagens espontâneas ou sintomas. O objetivo do processo compensatório parece ser o de ligar, como uma ponte, dois mundos psicológicos. Essa ponte é o Símbolo; embora os símbolos, para serem eficazes devam ser reconhecidos e compreendidos pela mente consciente, isto é, assimilados e integrados (...), porém onde existe um distúrbio neurótico, o inconsciente aparece em tamanho contraste com o estado consciente, que o próprio processo compensatório se vê rompido (...) Se um aspecto imaturo da psique é gravemente reprimido, o conteúdo inconsciente domina o objetivo consciente e destrói sua intenção. (SAMUELS, 1988, p. 48)

Nota-se assim que é com atenção aos símbolos, sejam eles em sonhos como é comumente observado, ou por meio de comportamentos e atitudes do paciente, que o terapeuta pode auxiliar no processo da função transcendente, ocupando assim uma posição contratransferencial positiva, no sentido de ter a confiança do paciente de modo a possibilitar entrar em contato com certos conteúdos antes inacessíveis devido à resistência inconsciente.

Para o analista, todo conhecimento acerca do tema suicídio é válido. Todavia, o trabalho do analista se inicia quando terminam as classificações, pois: “Quanto mais científico se torna o estudo do suicídio, mais este deve ser encarado do ponto de vista externo” (HILLMAN, 2009, p. 52). Isto é, a despeito da importância que este conhecimento possa gerar, a ação do psicólogo visa o significado individual dado ao suicídio, nem sempre importando o significado social atribuído a este fato.

Neste sentido, o primeiro passo a ser dado pelo analista refere-se ao sentido que ele dá para o tema da morte e do suicídio. Sabe-se da importância de um psicólogo passar ou estar em terapia, justamente para que seus conteúdos internos sejam os mais claros quanto seja possível, a fim de não interferir de forma negativa no processo de seu paciente. O contato com a temática da morte e do suicídio deve ser aprofundado, se possível trabalhado em sua própria análise, para então se dispor a entrar em contato com tal demanda. Pode, assim, estar alerta no que diz respeito à questão contratransferencial.

Todo conteúdo que se apresenta no *setting* terapêutico, seja ele um comportamento ou queixa do paciente, possui um significado que não é claro e precisa ser explorado para além de classificações.

Apenas Jung, dentre os grandes psicólogos, recusou-se a classificar as pessoas em grupos de acordo com seus

sofrimentos. Ele foi acusado de não ter elaborado uma teoria pormenorizada e sistemática da neurose, junto com uma etiologia e um tratamento. Será isto realmente uma falha? Talvez seja mérito seu ter sido o único a reconhecer a flagrante inadequação das descrições apenas exteriores.

Um analista defronta-se com problemas e esses não são meramente atos comportamentais classificáveis ou categorias médicas de doenças. *São acima de tudo experiências e sofrimentos, problemas com um "lado de dentro"*. (HILLMAN, 2009 p. 53-54)

O terapeuta ao restringir unicamente suas ações a conceitos técnicos está assim "ignorando" a alma, pois tais conceitos possuem outras finalidades, que não dão conta da alma de forma geral.

Um analista deve ter em mente as diferenças de pontos de vista, *caso contrário enganosamente tentará chegar à compreensão através do estudo das explicações*. Tentará desenvolver sua posição face a um suicídio através do estudo da literatura, ao invés de fazê-lo através de suas observações de primeira mão e da comunicação com sua própria psique bem como com a psique do outro. Recorrerá a conceitos explicativos vazios: "masoquismo", "tendências autodestrutivas", "agressão internalizada", "suicídio parcial", "desejos de morte", "regressão primária" e conceitos semelhantes. Embora encontre padrões de reação e descubra mecanismos perderá a alma. (HILLMAN, 2009, p. 60-61)

A pessoa que pensa em suicídio como uma possibilidade para resolução de algum problema ou tem atitudes que colocam sua vida em risco, apresenta desejo pela morte, de algum modo, já tem fora do *setting* terapêutico conforme citado anteriormente, há condenação por esse desejo. Sendo assim, a prevenção por parte da psicoterapia não deve ser de negação ou condenação de tal desejo, devendo-se então escutar o que esse desejo tem a

dizer, pois a alma nesse caso deseja a experiência de morte e se não for ouvida, poderá realizar seu desejo possivelmente a forma literal.

Trata-se de um caminho rumo ao que está apoiada a fantasia de morte do indivíduo, no sentido de buscar compreender o que o motiva. Quais são as fantasias relacionadas à morte para aquele indivíduo? Qual mito descreve melhor o momento da vida daquela pessoa? Quais são os sonhos que o vistam à noite?

Considerações finais

O processo de compensação da psique gera pistas, dão alertas ao indivíduo por meio de símbolos. Essas metáforas da alma, se não forem ouvidas, voltam-se contra o corpo através de psicopatologias ou patologias, pela via do processo de somatização que pode de alguma forma por fim à vida do indivíduo. Entrar em contato com esses conteúdos simbólicos é um caminho a ser percorrido em um encontro dialético, no qual o símbolo ainda é desconhecido para o paciente e para o terapeuta. Trata-se de unicamente de contemplar a imagem arquetípica, no sentido de explorar os afetos que a circundam.

Se a demanda apresentada no *setting* terapêutico está se fazendo presente de forma a gerar incômodo, é porque deseja ser ouvida. Tais conteúdos só aceitam “dialogar” com o indivíduo se forem tratados com respeito e “respondidos” por meio de metáforas, pois nunca será possível entrar em contato direto com o arquétipo, apenas com sua imagem arquetípica. Como vimos anteriormente é impossível que um arquétipo seja representado em sua forma pura.

Entrar em contato com a morte no *setting* terapêutico é convidá-la simbolicamente a sentar-se junto, ouvi-la junto ao paciente e possibilitar uma morte

simbólica, para que haja lugar para um novo nascimento. É ir ao encontro de Hades.

Tudo quer se tornar mais profundo, movendo-se das conexões visíveis para as invisíveis, deixando a vida. Quando buscamos pelo sentido mais revelatório numa experiência, nós o alcançamos mais inteiramente ao deixá-lo ir para o Hades, perguntando o isso tem a ver com 'minha' morte. Então, a essência aparece. (...) por chamado de Hades refiro-me ao sentido de propósito que adentra sempre que falamos de alma. O que ela quer? O que está tentando dizer (nesse sonho, nesse sintoma, nessa experiência, nesse problema)? Para onde está indo meu destino ou meu processo de individuação? Se olharmos essas questões de frente, claro que saberemos para onde nosso processo de individuação está indo – para a morte. Esse objetivo incognoscível é o único evento absolutamente certo da condição humana. Hades é aquele que não se vê mas ainda assim está absolutamente presente. (HILLMAN, 2013 p. 57)

Mesmo que o contexto seja outro como, por exemplo, o contato com o mundo dos sonhos, o movimento das palavras de Hillman - ao propor um encontro com Hades - nos possibilita pensar na atitude do terapeuta diante da demanda encontrada em um indivíduo que está atravessado pela temática do suicídio. Essa é a potência do mito e da metáfora na clínica da Psicologia Arquetípica, pois conceitos psicológicos nos servem como conhecimento, já a nossa postura terapêutica é singular.

Referências

BRASIL. **Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em 30 de novembro de 2016.

JUNG, C.G. **Memórias, Sonhos, Reflexões**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

JUNG, C.G. **A natureza da psique**. Petrópolis: Vozes, 2009.

DURKHEIM, E. **O Suicídio**: Estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

HILLMAN, J. **Re-vento a psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2010.

HILLMAN, J. **Suicídio e Alma**. Petrópolis: Vozes, 2009.

HILLMAN, J. **O sonho e o mundo das trevas**. Petrópolis: Vozes, 2013.

HILLMAN, J. **Psicologia Arquetípica**: Um Breve Relato. São Paulo: Cultrix, 1991.

HILLMAN, J. **O Mito da Análise**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

SAMUELS, A. **Dicionário crítico de análise junguiana**. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

SCHULTZ, D. P.; SCHULTZ, S. E. **Teorias da personalidade**. São Paulo: Cengage Learning, 2002.

Psicanálise e Suicídio: teoria e clínica

O suicídio no olhar da psicanálise

Bruna Sanches Ognebene

A Psicanálise trata-se de um método psicoterápico que através deste pode-se ter acesso a conteúdos inconscientes que aparecem como sintomas a serem decifrados pela técnica da associação livre. Assim, ao dar à transferência um lugar de destaque no cenário da clínica, Freud redimensiona o papel do analista, abrindo um espaço único de escuta às repetições singulares de uma história. Pelo olhar da psicanálise tem-se suporte para dizer da prevenção ao suicídio refletindo sobre este tema tão importante e delicado.

O campo de ação da psicanálise situa-se na fala, onde o inconsciente se manifesta através de atos falhos, esquecimentos, chistes e de relatos de sonhos, em fenômenos que Lacan nomeia como formações do inconsciente. A isto se refere o aforismo lacaniano, sendo o inconsciente estruturado como uma linguagem: “é toda a estrutura da linguagem que a experiência psicanalítica descobre no inconsciente” (LACAN, 1998, p. 498).

Segundo as autoras Macedo e Werlang (2006), é preciso ser fiel ao que a Psicanálise nos ensina tendo um cuidado e atenção específicos ao que é singular no sofrimento humano e assim desenvolver um raciocínio teórico que tenha aplicação na clínica. E nesta, algumas situações de tentativa de suicídio demonstram ser produto de acontecimentos nos quais o sujeito se percebe tomado por um excesso, incapaz de ser processado ou simbolizado pelo seu aparelho psíquico.

Contextos estes que podem ser inúmeros, desde um momento precoce na vida de uma pessoa, perdas de identidade na adolescência culminando com outros acontecimentos na vida adulta. Episódios que para

acontecer, basta estar vivo e que todos nós podemos passar, ainda que não se saiba como cada um irá lidar com eles.

Importante falarmos sobre prevenção porque ao dizer sobre o ato de suicídio propriamente dito, estaríamos falando da morte, que é também um dos grandes enigmas do ser humano. Assim como a vida e o viver não são naturais para nós, humanos. Isso porque, devido à ausência do instinto, como nos animais (nos diferimos deles por apresentarmos a linguagem), seguimos um tanto errantes pela vida, já que a esta não traz consigo um sentido que lhe seja próprio, cabendo a cada um de nós construir sentidos próprios para as nossas existências.

Em *Além do Princípio de Prazer* (FREUD, 1920), esse autor relatou que o objetivo da vida é a morte, e postulou sobre a pulsão de morte. Na reprodução do circuito pulsional, observa-se a força da pulsão de morte; a repetição se dá a partir do que nunca foi registro de prazer para o aparelho psíquico.

Lacan sustenta a importância da falta como sendo algo necessário; é da carência de falta que nasce a angústia. Como um exemplo da necessária falta tem-se a relação mãe-bebê: é necessário que haja a ausência desta mãe em alguns momentos para que a partir daí o bebê surja enquanto sujeito com um choro quando está com fome. Tomando ainda esta relação encontra-se aí uma experiência primeira de satisfação pulsional (na primeira mamada e as seguintes), repetidas vezes, e nunca iguais e daí o que resta, que não se alcança da mesma forma, é objeto *a*, que para sempre iremos a busca da satisfação daquela primeira experiência e suas marcas.

Sobre o conceito de objeto “*a*” desenvolvido por Lacan, Nasio (1993, p. 93) descreve que

o objeto *a* é apenas uma letra (...) que tem a função central de nomear um problema não resolvido, ou, melhor ainda,

de expressar uma ausência. Que ausência? A ausência de resposta a uma pergunta que insiste sem parar.

Ainda refletindo sobre a situação acima, pode ser que a mãe, o pai, ou quem exerça estas funções, não puderam colocar em um tempo anterior essa criança no lugar de "sua majestade o bebê". Freud (1914), em "Sobre o Narcisismo: uma introdução", usou esta expressão para descrever o lugar ocupado pela criança na relação com os pais à medida que ela passa a ser depositária de tudo que estes desejariam ser:

a criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram – o menino se tornará um grande homem e um herói em lugar do pai, e a menina se casará com um príncipe como compensação para sua mãe (p. 98).

Dessa forma, o amor parental manteria essa estreita ligação com o processo de renascimento do narcisismo dos pais frente ao nascimento de um filho. E não puderam por quê? Inúmeros motivos, indo desde uma depressão materna, o nascimento de um filho com questões em seu desenvolvimento normal, a perda de alguém querido da família; acontecimentos que de alguma forma atravessa o investimento narcísico parental obstaculizando estas operações.

Quando nos chega um paciente com ideação suicida, podemos ter diante de nós a dor da perda de um ente querido, de um amor, uma amizade, de si próprio, ou de algo que investiu um tanto dele, um tanto de tempo, e assim é inevitável a vivência de um trabalho de luto. Com o tempo de análise, aquele objeto tão investido pode ser representado de outra maneira por cada um devolvendo para si um pouco do que foi para aquela relação, aquela pessoa com a qual nos relacionamos. Relações que temos ao longo da vida onde é construída uma imagem de nós mesmos. Nestas perdas é importante estarmos atentos ao

que o paciente nos fala: algo que era dele foi-se com a perda, mas pode voltar; ou todo ele se foi junto com o que morreu? Podemos pensar aí nos conceitos de luto e melancolia de Freud.

Freud em “Luto e Melancolia” (1917) relata sobre a melancolia como um afeto por uma perda, mas que não se percebe conscientemente como, por exemplo, em um luto pela morte de alguém. No trabalho do luto, aos poucos, o afeto dedicado ao objeto de amor destinado, vai sendo substituído, outros afetos vão ocupando este lugar, esta relação. Na melancolia, há uma semelhança com o trabalho de luto, mas se trata de outra perda objetual da acontecida no luto. No luto, o objeto está fora do eu; na melancolia, o objeto é o próprio eu; “no luto é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego” (p. 251).

Roudinesco (2000), em seu livro “Por que a psicanálise?”, discorre que

o sofrimento psíquico manifesta-se atualmente sob a forma da depressão. Atingido no corpo e na alma por essa estranha síndrome em que se misturam a tristeza e a apatia, a busca da identidade e o culto de si mesmo, o homem deprimido não acredita mais na validade de nenhuma terapia. No entanto, antes de rejeitar todos os tratamentos, ele busca desesperadamente vencer o vazio de seu desejo. Por isso, passa da psicanálise para a psicofarmacologia e da psicoterapia para a homeopatia, sem se dar tempo de refletir sobre a origem de sua infelicidade. Aliás, ele já não tem tempo para nada, à medida que se alongam o tempo de vida e o do lazer, o tempo do desemprego e o tempo do tédio. O indivíduo depressivo sofre ainda mais com as liberdades conquistadas por já não saber como utilizá-las. (p. 13)

Em um transtorno psíquico que hoje pode ser investigado e prevenido na primeira infância (sinais de risco psíquico – IRDI – Indicadores Clínicos de Risco para o desenvolvimento infantil, 2009) conseguimos reverter este

destino que pode na vida adulta chegar à produção de uma estrutura psicótica, transtornos mentais, levando a um futuro suicídio. Diante de um surto psicótico, pode-se ter como consequência o comportamento suicida, e sabemos aqui que nesta estrutura o pensar já é o próximo do atuar, do agir.

Lebrun (2004) relatou sobre as novas doenças da alma tentando definir as especificidades dos pacientes de hoje em dia:

A experiência cotidiana parece demonstrar uma redução espetacular da vida interior. Quem, hoje, ainda tem uma alma? [...]. Porque impõe-se a constatação: pressionados pelo estresse, impacientes para ganhar e gastar, para gozar e morrer, os homens e as mulheres se poupam dessa representação de sua experiência que se chama vida psíquica [...]. Não se tem nem o tempo nem o espaço para dar para si uma alma. [...]. Umbilicado no seu quanto a si, o homem moderno é um narcísico talvez doloroso, mas sem remorso. [...]. As novas doenças da alma são as dificuldades ou incapacidades de representações psíquicas que chegam a colocar à morte o espaço psíquico. (p. 140-141)

Acima foi falado sobre inúmeras situações de excesso que uma pessoa pode sofrer não conseguindo simbolizá-las. Sobre esse excesso tem-se o conceito de trauma psíquico que Freud (1892) afirma que "transformar-se em trauma psíquico toda impressão que o sistema nervoso tem dificuldade em abolir por meio de pensamento associativo ou da reação motora" (p. 174). Podemos pensar a tentativa de suicídio como um ato resultante da vivência e da experimentação de intensa dor psíquica. Nessa situação, o ato de matar-se parece ser a única via de descarga possível. Podemos aqui refletir sobre a importância de um tratamento psicanalítico na direção do paciente dar um sentido, representar simbolicamente estas situações de intensa dor psíquica.

Esta dor psíquica, angústia, um afeto que surge do fato do eu se esforçar pelo prazer (pulsão de vida) evitando o desprazer (pulsão de morte), porém, com o aumento deste, emite um sinal de angústia. Seria o suicídio uma tentativa ou um ato de descarga? Como um sujeito poderia se perceber antes de uma tentativa de suicídio? Com o tratamento psicoterápico, as palavras ganham um lugar e o sujeito também, menos angustiante. A angústia como um afeto está ali no sujeito, o que está recalcado (inconsciente) são os significados que enlaçam este afeto. É a busca por estes significados que justificam uma análise, uma possível aproximação destes conteúdos inconscientes e suas representações, simbolizando-os pela via da palavra, da associação livre.

O papel do analista entra na compreensão desta situação junto ao paciente na qual, frente à ação do traumático, a ausência de palavras, provocada pela força do irrepresentável, leva o indivíduo a um ato de tentar dar fim à própria vida.

A escuta psicanalítica é um fator essencial quando o ato ocupa o lugar das palavras. Macedo e Werlang (2006) em seu artigo “Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio” escutar o ato-dor é escutar o irrepresentável, ou seja, é a escuta do que escapa ao complexo representacional do sujeito. A repetição será trabalhada e nomeada no terreno da transferência e assim poder-se-á construir, junto com o paciente, palavras que metabolizem o excesso. Assim, ao tirar essa experiência do estado de dissociação, devolve-se ao sujeito a capacidade de apropriar-se de si mesmo, de transformar dor em sentimento. Ao romper a cisão que o incapacita a ser dono de seu destino, abre-se à palavra um recurso de mediação do mundo psíquico.

Segundo as mesmas autoras, a escuta do ato da tentativa de suicídio pode ajudar o sujeito a criar e/ou

desenvolver sua potencialidade simbólica. Portanto, parte-se do pressuposto de que o que é descarregado no ato de tentar acabar com a própria vida tem íntima relação com um excesso derivado de vivências traumáticas às quais não foi possível dar uma atribuição de sentido ou obter uma captura no mundo representacional do sujeito. Assim, a tentativa de suicídio, como saída, põe em evidência um ato que precisa ser escutado e historizado. Ao buscar a própria morte, o sujeito convoca o analista a uma escuta do que está além do desejo recalcado da neurose. Trata-se de uma escuta da urgência, pois se sabe da possibilidade de que, frente a um fracasso de uma tentativa, outra poderá vir a ocorrer.

Não somos nós, analistas, que seremos o motivo da pessoa não se suicidar, nós oferecemos um lugar, uma escuta para que a pessoa encontre seus motivos, desejos, sonhos, o que falta em sua vida ainda para conquistar, para ser importante para algo ou alguém, que a vida faça sentido, seja significativo.

A escolha que faremos pela ciência que desde esse lugar escutaremos, de qual lugar contribuiremos para que entre a dor e o atuar (agir) se instale a palavra (afeto), um sentido que não é dado por nós, psicanalistas, e sim pelo paciente com nossa ajuda (escuta e apontamentos). Ajuda? Sim. Pelas questões que fazemos sobre quem está ali e qual o sentido dele na vida.

Macedo e Welang (2006), embora efetivamente haja urgência de escutar o suicida, nem sempre há urgência de agir, de 'fazer alguma coisa'. Em matéria de tentativa de suicídio, a única urgência é a urgência da escuta". A necessidade de escutar e de buscar formas de construir um recurso a fim de processar psiquicamente o que provoca dor psíquica apóia-se na proposição de que, na tentativa de suicídio, o sujeito está frente à força do traumático como

sendo aquilo que rompe com os sistemas de representação, ou seja, o irrepresentável.

E ainda citaram ser fundamental esclarecer que a tentativa de suicídio ou o suicídio se converterá em um momento no qual uma quebra entre pensamento e ato deverá fazer-se presente. Assim, as autoras discorrem que o marcar a diferença entre agir a dor e expressar a dor, possibilita a retirada das experiências traumáticas da clandestinidade e do estado de dissociação.

Nestes casos a angústia está talvez mais presente do quem em outros. E viva a angústia. Porque é a partir dela que se pode questionar sobre o que ou quem nos faz angustiados e qual nossa parte naquilo que nos acontece e, a partir disso, da falta, buscar um saber, um sentido. Algo muito importante também é sobre a necessidade por ora da entrada medicamentosa nestes casos para que o paciente se organize minimamente quanto as suas funções diárias, mas não ao ponto de uma intervenção psicotrópica tamponar a angústia totalmente, pois é com ela e através dela que teremos dos pacientes conteúdos a serem ditos. Uma cautela quanto ao manejo medicamentoso entre a psicologia e a psiquiatria se faz necessária.

A psicanalista Ana Suy (2016), em sua página social, discorreu em setembro sobre o suicídio em que as fantasias de morte fazem parte da constituição do aparelho psíquico, por isso todo mundo, ou quase todo mundo, já imaginou como seria seu velório, a falta que as pessoas poderiam sentir de nós etc. Mas há quem tenha o sentido da vida seriamente rompido (ou nunca construído), e que fique buscando no laço com os outros modos de restabelecimento do desejo de viver. Por isso, é muito, mas muito importante mesmo, desconstruirmos um dito do senso-comum, o de que "quem vai se matar não avisa, vai lá e faz, se a pessoa tá dizendo que quer morrer, que vai se matar, é porque não vai". É um perigo enorme levarmos esse dito a sério. Quem

que morrer, muitas vezes pede ajuda, sim. Da maneira que pode”.

E ainda relatou que o desejo de viver, de algum modo, mora em todo aquele que está vivo. Porém, isso não impede que ele entre em conflito com a falta de sentido da vida, e até mesmo com a vontade de morrer. Geralmente, nós recalamos os desejos de morte (e só falamos disso em análise ou em conversas onde há muita intimidade), mas que algo esteja recalcado não significa que tenha deixado de existir. Aí, escutar o sofrimento do outro, pode ser extremamente incômodo, por dar notícias do sofrimento recalcado de cada um.

Segundo ainda a psicanalista Ana Suy, precisamos falar sobre o tema suicídio sendo necessário ocuparmos um lugar de escuta para que o outro se autorize a dizer sobre ele visto que, o meio de maior amplitude de discussões sobre os assuntos tem sido colocado pela mídia e esta tem uma série de restrições para por este assunto em pauta. Parte-se do princípio de que falar sobre suicídio poderia incentivar as pessoas a tirarem suas vidas.

Entretanto, Ana Suy com a qual compartilho da mesma ideia, diferentemente disso, o que a psicanálise nos mostra, é que na circunstância de não poder falar sobre determinada coisa, isso acaba ganhando mais força. Ou seja, quanto maior a força do recalque, maior a força da própria pulsão. Por isso é importante que se fale, mesmo sobre as coisas mais sombrias. A depressão, a morte, a melancolia e até a vontade de morrer ou matar-se. A autora coloca ainda que seria muito mais simples para o meio social se a pessoa que deseja morrer não desse nenhum indício disso, pois tiraria a responsabilidade da falta de ação dos que o cercam.

Ainda segundo essa autora, dados da OMS (Organização Mundial da Saúde) mostram que 9 em cada 10 suicídios poderiam ter sido evitados. No Brasil, 32 pessoas por dia cometem suicídio. Portanto, como ela coloca, é

preciso falar desse tema, ainda que não nos seja agradável e que é preciso prestar atenção às pessoas a volta, indicando terapia, apoio e acolhimento. Não se deve resolver os problemas da pessoa, evidentemente, mas agir de maneira empática frente ao que o outro está enfrentando

Assim, teremos muitos fins, mas também recomeços. Isso pode parecer um tanto poético, mas é a mais pura Psicanálise, a que trata da busca pelo desejo de viver, apesar dos percalços do caminho.

Referências bibliográficas

FREUD, S. Além do Princípio do Prazer. In J. Strachey (Ed., & J. Salomão, Trad.), **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (Vol. 18, pp. 13-75). Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Original publicado em 1920).

FREUD, S. Esboços para a “comunicação preliminar” de 1893. In J. Strachey (Ed., & J. Salomão, Trad.), **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (Vol. 1, pp. 189-196). Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Original publicado em 1940-41 e escrito em 1892).

FREUD, S. Luto e Melancolia. In J. Strachey (Ed., & J. Salomão, Trad.), **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (Vol. 14, pp. 249-263). Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Original publicado em 1917 e escrito em 1915).

FREUD, S. Sobre o Narcisismo: Uma Introdução. In J. Strachey (Ed., & J. Salomão, Trad.), **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (Vol. 14, pp. 81-108). Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Original publicado em 1914).

KUPFER, M. C. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology**, v. 6, n 1, p. 48-68, 2009.

LACAN, J. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LEBRUN, J-P. **Um Mundo sem Limite** – Ensaio para uma clínica psicanalítica do social. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

MACEDO, M. M. K. & WERLANG, B. S. G. (2007). **Trauma, dor e ato**: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. Rio de Janeiro: Ágora.

NASIO, J. -D. **Cinco Lições Sobre a Teoria de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?**. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

SUY, A. **Setembro Amarelo**. [Em linha]. Disponível em <https://www.facebook.com/anasuysesarinokuss/posts/1800397483578010>. [consultado em 08/09/2016].

Suicídio: não há desejo de morrer, mas de parar de sofrer ou O dito que não foi dizido

Orlando Marçal

Certa vez, estava em minha sala de atendimento, e chegou para ser acolhida uma senhora, muito distinta, bem vestida, elegante, fala mansa e pausada. Eu trabalhava nessa época com acolhimento de Pessoas envolvidas em Violência doméstica em um Projeto do Ministério Público do Distrito Federal. O olhar não era de um operador do direito, mas de um Especialista em Psicologia Jurídica que deveria compreender o que se escondia atrás da aparência.

Chamarei esta mulher de Maria. O Encaminhamento médico de Maria era de uma “suicida”. Nunca havia tentado se matar... não havia histórico. Nenhuma ocorrência policial que a envolvesse em conflitos domésticos. Morava em uma casa grande em um bairro de classe média alta, em um condomínio fechado.

Dois filhos adolescentes que, acostumados às discussões dos pais, ilhavam-se em seus quartos e seus fones de ouvido. Enquanto os pais brigavam, os adolescentes mergulhavam em um mundo por eles construídos, uma “*secondlife*”, um feudo intransponível que de um beirava a rebeldia e de outro a “*belle Indifférance*”.

Maria, cansada das brigas com o marido inseguro, possessivo, buscava por meio do trabalho e de medicamentos, esconder sua dor. Sua família desconhecia seu sofrimento. Discreta, introvertida, socialmente adequada, por meio de “catarses” em sua igreja, buscava de “alguma forma” se expressar. As desculpas nas idas ao psiquiatra eram sempre as mesmas: tristeza, desânimo, desmotivação. Mas nunca falara em suicídio. Pensava em alguns momentos em sumir, mas eram pensamentos

invasivos que logo se dispersavam pelas tarefas a que se impunha.

Certo dia, no fatídico dia do início de sua libertação, de forma irônica (no dia em que Maria Morreu para viver), o casal, como sempre, ensaiou uma discussão... e como sempre seus filhos buscaram sua ilha de conforto. O que fazer em uma família disfuncional que expõe os filhos às suas emoções viscerais? No quarto, a portas fechadas... trancadas... o marido iniciou as agressões físicas. O assunto que motivou a discussão não importava, pois era apenas o “start” para o deslinde de uma tragédia... no sentido autêntico da palavra, onde por mais que se evite o “augúrio”, na verdade seus envolvidos o realizam.

João, nome que darei a este homem, visto pela sociedade como um monstro, mas que aprendi em meus acolhimentos a vê-lo como Vítima de Violência Doméstica (Há muita controvérsia sobre o tema), em seu ato covarde esgana Maria. Não há dúvidas de que a deseja morta! Desejo homicida! Para ele, naquele “**locus familiar temporalis**”, aquela mulher não deveria mais viver. Ato feito, consumado, o desespero toma conta de João que em ato impensado (Isso existe?) Inicia um processo de ressuscitamento. Que besteira?! João não queria matá-la, mas apenas ser ouvido! (Loucura). Ser atendido! Ser respeitado! Era seu direito! (#SQN). João consegue trazê-la à vida, de volta à vida... sua amada esposa, e que vida! Chora, abraça, pede perdão! Quanta passionalidade. Enquanto isso, seus filhos, ilhados, alienados, nada sabem sobre o que ocorre! Por enquanto...

Maria, de vítima resolve se socorrer... pede água, mas não é a sede que a incomoda. Precisa fugir. Vê sua vida ameaçada e num gesto impensado (La vamos nós de novo, como se isso fosse possível), salta da cama em fuga. Mas a porta, como sempre, trancada, para que seus filhos não flagrassem a intimidade do casal. Maria se vê frente a frente com o seu assassino, que novamente se sente traído. Ele a

ama... como ela pode enganá-lo de novo! O ato voltará a ocorrer e a tentativa de homicídio será ato! Mas Maria, que morreu a pouco, não quer mais morrer. Tem um último recurso: Matar-se! Isso mesmo. Se eu me matar, não serei mais assassinada! Não sofrerei mais! Maria joga sobre si um litro de álcool e acende um fósforo! Pronto. Feito está! E bem feito! E como disse Pilatos ao apresentar o Mártir inocente: ECCE HOMO! Da mão de João, escapou o ato...de vítima Maria se impôs. Quem me mata sou eu!

Lacan (1979), ao tratar do tema, o chama de “ato Verdadeiro”, aquele que diferente do ato analítico. Em sua “realização” revela a estrutura do ato. Ato é uma ação que manifesta um desejo. Diferente de conduta, própria dos animais, o ato é simbólico por tratar daquilo que se refere aos Signos, seu autor pode é responsável por ele, é ético. O ato pode ser sem intenção consciente, mas **expressa um desejo inconsciente**, como o ato falho, que somente é falho do ponto de vista da consciência, pois na verdade expressa um desejo inconsciente. Mesmo os atos acidentais são atos verdadeiros dos quais o sujeito deve fazer-se responsável. Sob este prisma teórico, não há tentativa de suicídio, acidente ou desejo não realizado. O ato é a passagem, a saída encontrada por um desejo que não encontra seu significante e foracluído, toca o real. Não há tentativa de suicídio, mas suicídio de fato. Não há tentativa de suicídio, pois desse ato, o homem que o realizou, não volta mais: MORREU. Maria morreu naquele dia. Descreveu-me sua morte como linda, agradável, leve! “Olhei para meus braços em chamas, não doíam, apenas os sentia em chama” (SIC). Essa era a busca... não sentir dor...e pela fala, Maria dispôs seu desejo: parar de sentir a dor daquela vida. Não há no inconsciente a construção de uma vida sem sofrimento, mas de uma nova vida que só será possível com o findar da que vive. Não há vida sem que a morte ocorra. As passagens se constroem como mortes e vivência de luto.

Poderia prosseguir descrevendo que seu salvador foi exatamente seu antigo assassino; que daí em diante as ilhas de seus filhos se romperam, seus vizinhos viram bombeiros, SAMU, polícia entrando na casa. Maria estava nua e morta! Não falo de sua nudez física e nem de sua morte fisiológica! Maria despia-se, revelando a todos “seu mundo sociocultural”, suas “vergonhas”. Sua morte assustou a todos! Mas Maria, a partir desse féretro, uma Fênix, nunca, jamais será a mesma. Não há tentativa de suicídio. Há morte real, mais verdadeira que a física, morte de vida. O Simbólico não conteve sua dor, que buscou significado no real. Vazou. E para sempre, como um cristal quebrado, mesmo que colado, nunca mais será o mesmo. Há uma Série premiada pelo que traz cenas que nos lembram essa forma de sofrer: *Desperate Housewives* (2004), onde uma mulher percebe sua vida apenas depois que se mata. Descobre que não é única em sua angustia, quando deixa de perceber apenas sua dor. O suicídio dá sentido a sua vida (A ideia da série surgiu quando Marc Cherry e sua mãe estavam vendo na televisão uma matéria sobre Andrea Yates, mulher que havia afogado seus cinco filhos na banheira, um por um, aparentemente porque não suportava o peso da maternidade).

Esse olhar não compõe o olhar do operador do Direito, que treinado em uma Academia, enxerga as Leis e o Jus como mantra a ser recitado e decifrado, inclusive em Latim. Mesmo que a interpretação, a hermenêutica e a exegese jurídica sejam recursos à disposição, o olhar contaminado pelos conceitos de certo e errado diminuem a capacidade do operador enxergar o todo. A Atenção concentrada, exigida pela função de advogado, juiz ou promotor cega o operador de contemplar o todo da história. E como um “Cold Case”, as histórias não são decifradas, mas apenas explicadas. Esse olhar não pertence às Ciências Sociais, que treina seis Partícipes a, de forma crítica, avaliarem os sujeitos na sociedade envolvidos. No

entanto o olhar da psicologia, mais estreitamente das Psicologias psicodinâmicas, aquela que ferramentada e empoderada pelo direito, dá conta de ver a vida na morte. Perceber a angustia de um ser em busca de significar sua vida é para além do direito, e para além da psicologia (metapsicologia). “Vivo melhor morto”. Não há sentido nessas palavras, mas metaforicamente o sentido é completo. A morte é apenas fim e início. Não morte, mas vida.

A história de Maria nos revela um desejo... o desejo daquilo que dito, deixa de ser “dizido” (A criança, em sua construção da língua, ao conjugar os verbos, utiliza de regras comuns. Os verbos irregulares são conjugados como se regulares fossem. Por isso é comum que crianças digam o dito como “dizido”. Ao evocar esse evento, buscamos encontrar nas palavras não o dito, construído pelo consciente, mas o “dizido”, operado pelo inconsciente, desvelando o desejo, ainda que se contraponha à vontade) e busca por meio de metáforas e metonímias, uma realização. Interpretar o suicídio como uma saída e um fim em si é negar que, como seres falantes que somos, desejamos e somos apenas desejo. O desejo nos move ao ato, mas o desejo não é o ato. O Desejo se escora e ampara na falta, no FALTO. O Desejo transmuda, movimenta e conduz o sujeito à sua realização, que nunca pode ser completa, pois cessaria o desejo. O desejo sempre remeterá à falta e por isso será contínuo. Para Maria, faltava a vida, e por isso, de forma alguma Maria desejava morrer, mas viver.

Freud (1915), em sua teoria sobre a libido, nos direciona à percepção de que “desejamos” avidamente pela vida (Eros) Daí a conclusão de que o suicídio não pode consistir em uma busca de morte, exceto quando ele é a única saída para se viver. A morte buscada não é a de si mesmo, mas do Outro, que por invadir o sujeito, precisa morrer, ainda que isso signifique atentar contra a própria vida. O desejo não está preso à noção aristotélica e

cartesiana de lógica, mas à construção do inconsciente como uma metonímia. O desejo de morrer carrega em si aquilo a que ela, a morte, remete.

O dito carrega em si uma construção consciente, defendida, contida de recalques, projeções e inúmeros recursos do “eu” na defesa de sua estrutura. Já o “dizido”, metonímia de um desejo, desdenha do real, e por meio do que “não-diz”, o “dizido”, ato desejante de uma criança que jaz em cada um, aparentemente adormecida, mas de fato governadora de todo o nosso “isso” (ID). Por isso, não cabe a casos como o de Maria e de muitas Marias e Joãos compreendê-los como desejosos de morrer, como tendo desistido da vida. Por isso, o suicida realiza um “ato verdadeiro”. Não há, para a psicanálise, tentativa de suicídio. O suicida, ao tentar se matar morre. Pois o dito foi “dizido”.

Soraya Carvalho, psicanalista, aborda o tema suicídio como uma manifestação humana, uma carta na manga que pode ser usada quando a vida se torna insuportável. Um modo de lidar com a dor de existir. O ser falante, ou falasser, é o único ser vivo que atenta contra a própria vida, que faz da morte uma escolha. Para a autora, o homem só suporta a vida porque tem na morte uma escolha, o que a torna suportável:

O homem suporta a vida pela possibilidade que dispõe de matar-se. A morte é o que torna a vida possível. A vida é real e a morte simbólica, e se o real é o impossível, viver é o exercício da impossibilidade. E o suicídio é uma escolha capaz de dar um significado à vida quando ela chega ao limite da impossibilidade (CARVALHO, 2014, p. 145).

Com o objetivo de tornar a vida viável e suportável, o ser falante (falasser) coloca paradas, paragens, pausas em sua vivência: mortes, que repaginam sua existência. Isso me leva a pensar em uma paciente que atendi em Brasília:

Enfermeira, realizada profissionalmente, mas em um quadro de desinteresse pela vida (suicídio?), relatava desde quando isso começou. A vida dessa moça, filha de uma criança esquizofrênica com um adolescente, abusada psicologicamente pela tia, tornou sua história suportável pela seguinte construção: “Aos 14 anos eu morrerrei” (SIC). Isso tornou sua vida suportável, até o dia em que “morreu”. Aos 14 anos de idade a crise tomou conta de sua vida e por não ter uma morte física (Real), sua morte simbólica precisava tornar-se ato. Seu desejo precisava ter sentido. Ela de fato morreu aos 14 anos, ainda que seu corpo continuasse vivendo. Uma nova pessoa precisava ressurgir, mas seu “cadáver” atrapalhava sua significação. Dizia: “Sinto-me morta” (SIC). Não há sentido nessa vida. Foi necessário desfazer-se de seu cadáver, viver o luto da perda a fim de que sua nova vivência pudesse aflorar. O “suicídio” era um fato. Mas recusava aceitar que já se matara.

Como um Prometeu acorrentado, viver significa dar conta de a cada dia morrer, permitir suas entranhas serem devoradas, mas com a sapiência de que tudo ocorrerá de novo. Presos ao Feitiço do Tempo. (Filme de Harold Hamis de 1993, sobre Phil, um arrogante meteorologista de um canal de TV, cobre a saída anual de uma marmota de seu buraco. Ele é pego em uma nevasca que não estava prevista e fica preso em uma espécie de túnel do tempo, condenado a reviver o mesmo dia até que mude suas atitudes). Estamos presos ao Feitiço do tempo até que nossas atitudes sejam confrontadas com nossos desejos. Nossa neurose nos conduz a um processo de eterna repetição, até que tenham sentido e possa significadas, deixarem de ser necessárias.

O suicida, no encontro com o real, com a impossibilidade, com a tragédia que acosta angustia, sofre (pathos) um sofrimento insuportável. Em “carne viva” (e não morta, posto que mortos não se matam) alguns sujeitos escolhem a morte. Mas não como “morte física”, e sim como fim do pathos... um ato de loucura. O Neurótico e seu

encontro com sua dor pode optar por “enlouquecer”. Parece obra do acaso ou destino, quando na verdade é a repetição do traumático, da constatação da não existência da relação sexual.

No confronto freudiano da arte imitar a vida, ou de expressá-la, o Filme OS outros (De Alejandro Amenábar, 2001) expressa bem o que significa morrer e matar nesse viés: O desejo de uma segunda chance, de um Replay com a possibilidade de que algo seja diferente. No entanto, sob a crítica de “Peggy Sue, Seu passado a espera (Filme de Francis Ford Coppola, 1986)”, os atos, se não analisados, serão repetidos e a segunda chance será apenas uma repetição. Não há mudança pela repetição.

Matar a si mesmo é algo que fazemos todo dia, mas em nossos desejos que não se “atualizam” no real, mas no simbólico. Ao tatuarmos nosso corpo, matamos o velho, rejeitando-o e criando um novo. Repaginamos, na tentativa de ascendermos a partir de nosso “cadáver”. O suicida não deseja morrer, mas não consegue entender o que deseja: Parar de sofrer, vendo na extinção de sua existência a criação d uma segunda chance.

Maria não queria morrer, mas parar de sofrer. E não percebia que seu sofrimento lhe concedia identidade... seu sintoma lhe dava forma de Maria. E ser Maria tornou-se insuportável. Poderia matar-se sem morre, se seu ato não “furasse” a realidade. João, ao matar Maria, não a queria morta, mas a queria, ainda que morta. **O suicídio não é um tema tão simplório como pregam as vãs sabedorias.**

Notas explicativas

Projeto de justiça restaurativa do MPDFT

O Projeto do Ministério Público do DF iniciou em 2007 e acolhia mulheres envolvidas em Violência Doméstica, partindo do construto de que a Intervenção legal

só deve ser feita amparada por acompanhamento psicológico. Distante do viés de assessoramento, o grupo de psicologia jurídica tornava-se o braço acolhedor e interpretativo do sofrimento das partes. Os Promotores e Juízes aceitavam suspender o Processo da lei Maria da Penha, por um período de seis meses, dando à equipe Multidisciplinar condições de tornar as partes contemplativas de sua situação. Era uma interface entre o direito e o biopsicossocial, onde os conflitos eram acompanhados em sua totalidade.

Dizido: A palavra “dizido” é utilizada neste texto como uma expressão da metáfora da palavra-dita-pela-criança, onde não há compromisso com construções linguísticas, mas apenas com a subjetividade. Partindo do conceito do “parletre” em Lacan (1975) nós nos construímos no consciente a partir da palavra. O Inconsciente se torna consciente apenas por meio da palavra que de dizida, torna-se dita.

Ato Verdadeiro: O Ato verdadeiro nos remete ao fato de que todo ato é auto, posto que para Lacan o ato me separa do outro. O suicídio, sendo um atentado sobre sua própria vida, é por natureza um ato verdadeiro, posto que atua sobre si e o distingue do Outro.

Falo: O Conceito de falo em Lacan nos encaminha ao conceito freudiano de falta, aquilo que percebo não ter, e por isso movimenta o desejo. Pretende-se uma articulação entre ambos a partir da questão: qual a relação da angústia com o suicídio? O termo suicídio pode ser compreendido como "1. Ato ou efeito de suicidar-se. 2. Fig. Desgraça ou ruína procurada de livre vontade ou por falta de discernimento" (FERREIRA, 1999, p.1900).

Referências

CARVALHO, S. **A morte pode esperar?** Clínica psicanalítica do suicídio. Salvador: Associação Campo Psicanalítico, 2014.

LACAN, J. Seminário, Livro 1, **Os escritos técnicos de Freud**. R.J. Zahar. 1979.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI**: O dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FREUD, S. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos**. In J. Strachey (Ed., & J. Salomão, Trad.), Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. 14. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914).

MARÇAL Júnior, O. O Projeto de Justiça Restaurativa na experiência da Promotoria de Justiça do Gama. **Revista IOB de Direito Penal e Processual Penal**. Porto Alegre: IOB, 2008a, n. 51, p. 198-201.

O suicídio na visão de D. W. Winnicott: uma discussão à luz da prática clínica

Francislaine Brasil Cenci

As implicações da teoria winnicottiana para a clínica psicanalítica são profundas e permitiram à psicanálise agregar, definitivamente, o suicídio ao horizonte de suas possibilidades de intervenção. (FARIA, 2003, p. 06).

O convite para refletirmos sobre o tema do suicídio a partir do trabalho de diversos profissionais da área da saúde, se apresenta como extremamente importante e atual. Em relação à Psicanálise, podemos perceber que a questão do suicídio não passou despercebida na obra de D.W. Winnicott. Através da leitura de seus textos, observa-se que Winnicott, mesmo não tendo escrito uma obra voltada para esta problemática, buscou em vários fragmentos, esclarecer e dar um sentido ao ato do suicídio. Para muitos pesquisadores de sua obra, a compreensão do problema do suicídio passa pelo entendimento do conceito de *verdadeiro e falso self*.

Desse modo, o presente texto visa estabelecer uma discussão sobre a problemática do suicídio tendo como referência a obra de Donald Winnicott. De início, em se tratando de uma obra onde autores de outras áreas farão suas contribuições, considera-se necessária uma apresentação breve da vida e da obra de D. W. Winnicott. Em seguida, consideramos importante apresentar o conceito de *verdadeiro e falso self* uma vez que, para Winnicott, o suicídio é um ato que possibilita a emergência do verdadeiro *self*. E por último, como contribuição fundamental, discutiremos a tarefa terapêutica na clínica, isto é, as formas de intervenção no trabalho com pacientes que tentaram ou que convivem com ideações suicidas à luz do conceito de cuidado em Winnicott.

Donald Woods Winnicott

A biografia de um autor pode ou não ser relevante para a compreensão de sua obra. Em muitos casos, os acontecimentos que se sucedem na biografia de um autor são decisivos para os rumos do seu pensamento. Com Winnicott não poderia ser diferente. Sabemos que nasceu na Grã-Bretanha, era filho de protestantes e de família abonada. Seu pai, envolvido com política e com o trabalho, era visto pelo menino Donald como ausente. Foi o pai que o enviou para um internato em Cambridge, local que despertou nele a vocação para a medicina. Antes de se formar em medicina, em 1920, passou pela experiência de ter sido auxiliar de enfermagem durante a Primeira Guerra.

Mas o rumo que determinaria a carreira de Winnicott foi suscitado pelo contato com a obra de Freud. Nesse ínterim, também inicia um tratamento analítico que perduraria por uma década e começa a atuar na área da pediatria clínica. Em 1935 tornou-se psicanalista pela Sociedade Britânica de Psicanálise, na sequência, fez supervisão com Melanie Klein por cinco anos e com Joan Rivière por dez anos. Alguns detalhes da relação de Winnicott e Klein merecem destaque: Winnicott, por exemplo, precisou abdicar da supervisão para atender ao filho de Klein, a pedido dela. E em 1954, Winnicott pediu a Klein para atender sua segunda mulher, Clare Winnicott.

A partir dos anos de 1940, a escola de formação de Winnicott, a Sociedade Britânica de Psicanálise, tornou-se objeto de intensas disputas. Pelo menos dois grupos rivalizavam, além de um terceiro independente. Havia os *annafreudianos*, os *kleinianos* e aqueles que mantinham certa distância do embate. Winnicott poderia ser classificado como pertencendo ao terceiro grupo, apesar de manter conduta neutra com Ana Freud e uma relação de amizade com Melanie Klein. Nesse ambiente de conflito

entre escolas, com dois cursos distintos de formação, chegou ao posto de presidente da Sociedade Britânica de Psicanálise em dois períodos de quatro anos cada. Foi, além disso, conferencista convidado em vários momentos. Merece destaque a atuação de Winnicott no rádio, meio que ele utilizou para falar sobre o desenvolvimento infantil.

Winnicott defendia que o desenvolvimento do ser humano é algo inato e passa por um processo de maturação. Com isso, no plano psíquico,

o processo de maturação aplica-se à formação e à evolução do eu, do isso e do supereu, bem como ao estabelecimento dos mecanismos de defesa elaborados pelo eu num indivíduo sadio. (NASIO, 1995, p. 183)

Do desenvolvimento desses processos resultaria a saúde psíquica. Porém, o ambiente representa um fator que pode permitir ou prejudicar esse desenvolvimento. Em um primeiro momento o ambiente é a mãe ou seu substituto. É durante esse primeiro período, que vai até os seis meses de idade, que a criança depende totalmente da mãe. O bebê compreende a relação com a mãe como uma coisa una. O desenvolvimento ideal para o bebê seria aquele em que a mãe conseguiria atender às suas necessidades.

Três seriam as funções maternas que deveriam acontecer ao mesmo tempo. A primeira delas seria a “apresentação do objeto”, representado pelo seio ou pela mamadeira, que é apresentado à criança pela mãe. Ao satisfazer a necessidade e apresentar o objeto demandado pelo bebê, a mãe permite a ele criar a ilusão de que o objeto é criação sua. Surge daí uma “experiência de onipotência” (NASIO, 1995, p. 185) pelo fato de o objeto ter se tornado real quando necessário. Com isso a mãe proporciona ao bebê a possibilidade de experimentar “emoções” e “sentimentos”.

Além de apresentar o objeto, a mãe também proporciona ao bebê o cuidado e a proteção. Trata-se do cuidado físico, a exemplo de evitar quedas, mas é também um esteio psíquico na medida em que a rotina de proteção faz com que o bebê se sinta “integrado no espaço e no tempo” (NASIO, 1995, p. 185). Além do *holding*, é também função da mãe o *handling*. Winnicott denomina essa última função de “personalização”. Ao cuidar do bebê e proporcionar bem-estar físico a ele, a mãe promove a experiência de composição entre a “vida psíquica e o corpo”. A mãe que durante esse período inicial da vida do bebê consegue atender às suas necessidades, proporcionando um ambiente adequado ao desenvolvimento psíquico, é denominada por Winnicott como “suficientemente boa”. O conceito designa a mãe concreta ou uma determinada situação. Com isso o filho consegue desenvolver o *self* verdadeiro.

Entretanto, se durante esse período de desenvolvimento da criança a mãe não for suficientemente boa, não conseguindo dar suporte ao desenvolvimento das principais funções do eu há o comprometimento da maturação desse eu. A consequência para o bebê é a angústia, que pode gerar uma “organização patológica da personalidade”, a exemplo da esquizofrenia (infantil ou autismo latente) e o estado limítrofe.

O conceito falso self

Em "Distorções do ego em termos de falso e verdadeiro self" (1960/1983), Winnicott mostra que a ideia ou manifestação de falso self que os pacientes apresentam na clínica não é nova à Psicanálise. As formulações iniciais de Freud contribuem para o entendimento desse fenômeno, uma vez que o que se divide em verdadeiro e falso já foi apresentado por Freud em suas formulações sobre a sexualidade pré-genital e genital. Assim, segundo o pai da

psicanálise, o eu ou self, está dividido em duas partes: uma controlada pelos instintos, voltada, portanto para o mundo interno, e, outra voltada para o exterior e se relaciona com o mundo externo.

Ao seu conhecimento do conceito de self verdadeiro e falso, Winnicott atribui à experiência que o trabalho como pediatra e psicanalista lhe possibilitou. Principalmente no trabalho que se lhe impôs ao analisar pacientes *borderline*, que eram aqueles pacientes que experimentavam na transferência fases severas de regressão à dependência. Segundo ele, o trabalho com pacientes adultos “regredidos” lhe ensinou mais sobre o início do self e da relação mãe-lactante do que a observação direta dos bebês e de suas mães. O contato de Winnicott com estados regredidos do eu, trouxe para o conhecimento psicanalítico uma nova configuração teórica, no que se refere tanto as experiências normais, quanto as anormais do relacionamento mãe-lactante que são experienciadas na relação paciente-analista, apresentando mudanças inegáveis na relação transferencial. Dito de outra forma, o que o analista e o paciente (em estado de regressão) experimentam na transferência é uma forma de relacionamento mãe-lactante³.

³ Referindo-se à relação mãe-lactante, Dias (2003) nos apresenta de forma clara o que pode resultar, para o bebê, desta relação: “Tudo isso fica mais claro quando, após o nascimento, o bebê tem de se haver, mais diretamente, com os modos de ser da mãe e com os estados emocionais dela”. Se esta é do tipo que age segundo a sua própria necessidade ou ansiedade, e não segundo as variáveis do bebê, ocorre uma intrusão e o bebê, por não ter relação alguma com o processo vital do próprio indivíduo: “A perturbação que força o bebê a reagir retira-o de um estado de ser”. Este estado de ser só pode ser obtido sob certas condições. Enquanto está reagendo, um bebê está sendo (1958, p. 267; grifos meus). Se o contato é feito a partir do gesto espontâneo do bebê, o fato de ele estar vivo e a própria experiência são sentidos como reais, e o

Em "Distorções do Ego em termos de falso e verdadeiro self" (1960/1983), Winnicott afirma que

minha experiência levou-me a reconhecer o quanto os pacientes dependentes ou muito regredidos podem ensinar mais ao analista do que se pode aprender da observação direta de bebês, e do contato com mães envolvidas com bebês (1960/1983, p. 130).

Desse modo, faz-se necessário distinguir as descobertas de Winnicott das de Freud, uma vez que a teoria dos mecanismos precoces de defesa organizados contra o impulso do Id é insuficiente para a compreensão do desenvolvimento ontogênico. Winnicott apresenta a observação da regressão paciente-com-o-analista como sendo um equivalente à convivência do lactante-com-sua-mãe. Uma vez que não sendo possível afirmar o que se passa considerando somente o lactante, a inclusão da relação mãe-lactante é revolucionária no campo teórico da psicanálise e, de forma mais específica, para o entendimento do conceito de *falso self*.

Newman (2003) resume em poucas palavras o que Winnicott elaborou a partir da observação do que resulta dessa primeira relação, um *falso self*: "Assim, do ponto de vista da mãe e do bebê, quando as coisas não vão bem, e o bebê não é visto, ele desenvolverá um falso self que, pela natureza das coisas, é submisso." (p.394). Vejamos também a contribuição de Nasio (1995):

a organização da vida psíquica baseada num falso self leva o indivíduo a experimentar um sentimento de irrealidade a respeito de si mesmo, dos outros e da vida em geral. Ao chegar à idade adulta, ele se comporta como

acúmulo dessas experiências pessoais começa a integrar-se na personalidade; quando, entretanto, a reação à intrusão subtrai algo da sensação de um viver verdadeiro, esta só pode ser recuperada por meio do retorno ao isolamento à quietude." (p. 160)

um camaleão que se funde com o meio ambiente e reage especularmente às pessoas de seu círculo. Por isso, sua capacidade de adaptação ao ambiente é hipertrofiada. Mas um sentimento persistente de irrealidade, de vacuidade, pode acarretar graves descompensações (NASIO, 1995, p. 189).

Observar a primeira relação do bebê contribui, segundo Winnicott (1960/1983), para o conhecimento por parte do analista de como foi o início da vida do paciente. Pois, talvez, sem tal observação jamais fosse possível compreender plenamente a origem dos estados psiquiátricos do paciente:

outras influências foram importantes para mim, quando, por exemplo, fui requisitado periodicamente para observação sobre um paciente que está agora sob tratamento psiquiátrico como adulto e que eu mesmo observei como lactante e como criança pequena. Muitas vezes, de minhas observações pude ver que o estado psiquiátrico que agora existe já estava discernível no relacionamento mãe-lactante (WINNICOTT, 1960/1983, p. 130).

A mudança na relação transferencial (relação-analista-paciente) contribuiu para que as avaliações do estado clínico do paciente e a compreensão etiológica de seu caso fossem mais bem compreendidas, uma vez que, com o paciente psicótico ou com sua mãe, por exemplo, parte de que sua história no início da vida não pode ser totalmente captada devido a impossibilidade de acesso às primeiras experiências. No estado de regressão à dependência, o paciente apresenta ao analista o que lhe foi insuficiente no início de sua relação com a mãe, ao revelar suas expectativas e necessidades nas fases de dependência vividas na transferência. É na regressão à dependência de seus pacientes que Winnicott pode evoluir no entendimento da natureza do conceito de *falso self*: Como mostra o exemplo:

o melhor exemplo que posso dar é o de uma mulher de meia-idade que tinha um *falso self* muito bem sucedido, mas que por toda vida tinha a sensação de não ter começado a existir e que tinha estado sempre procurando um jeito de chegar ao seu *self verdadeiro*. Ela ainda está em análise, que se prolonga por muitos anos. (...) Da evolução deste caso me foi fácil verificar a natureza defensiva do *falso self* (1960/1983, p.130).

A partir da evolução dos casos de pacientes regredidos, Winnicott compreendeu que a função defensiva, porém oculta do *falso self* é proteger o *self verdadeiro*. Para ele, a organização do *self* se configura a partir da seguinte regra: o que quer que venha a ser a verdade do *self*, deve ser protegida. Nesse sentido, a classificação criada por Winnicott (1960/1983) é um marco no conhecimento de como esta organização do *falso self* se dá. Seu caráter defensivo, sua finalidade positiva na preservação do indivíduo e sua contribuição na emergência do *self verdadeiro* estão descritas, desta maneira, em cinco níveis:

1. Em um extremo: o *falso self* se implanta como real e é isso que os observadores tendem a pensar que é a pessoa real. Nos relacionamentos de convivência, de trabalho e amizade, contudo, o *falso self* começa a falhar. Em situações em que o que se espera é uma pessoa integral, o falso self tem algumas carências essenciais. Nesse extremo o *self verdadeiro* permanecesse oculto.

2. Menos extremo: o *falso self* defende o *self verdadeiro*; o *self verdadeiro*, contudo, é percebido como potencial e é permitido a ele ter uma vida secreta. Aqui se tem o mais claro exemplo de doença clínica como uma organização com uma finalidade positiva, a preservação do indivíduo a despeito de condições ambientais anormais. Esta é uma extensão do conceito psicanalítico do valor dos sintomas para a pessoa doente.

3. Mas para o lado da normalidade: o *falso self* tem como interesse principal a procura de condições que tornem

possível ao *self verdadeiro* emergir. Se essas condições não podem ser encontradas, então novas defesas têm de ser reorganizadas contra a espoliação⁴ do *self verdadeiro*, e se houver dúvida o resultado clínico pode ser o suicídio. (...)

4. Ainda mais para o lado da normalidade: o *falso self* é construído sobre identificações (como no exemplo da paciente mencionada, cujo ambiente de sua meninice e sua ama-seca real lhe deu muito do colorido da organização de seu *falso self*).

5. Na normalidade: o *falso self* é representado pela organização integral da atitude social polida e amável, um “não usar o coração na manga”, como se poderia dizer. Muito passou para a capacidade do indivíduo de renunciar à onipotência e ao processo primário em geral, o ganho se constituindo o lugar na sociedade que nunca pôde ser atingido ou mantido com o *self verdadeiro* isoladamente. (WINNICOTT, 1960/1983, p. 131.)

A descrição clínica da “personalidade falso self” contribuiu grandemente para o campo teórico da psicanálise e possibilitou o estabelecimento de uma nova noção de tarefa terapêutica para aquele que pretende trabalhar com as estruturas psíquicas para além da neurose. Nesse ponto, a tarefa terapêutica, passa em Winnicott, passa por uma importante reformulação. Reformulação esta que será desenvolvida no último tópico deste capítulo ao tratarmos da tarefa terapêutica.

⁴Espoliação: *substantivo feminino* - 1. ato ou efeito de espoliar; esbulho. "a eterna e. dos trabalhadores" 2. *jur* ato de privar alguém de algo que lhe pertence ou a que tem direito por meio de fraude ou violência; esbulho. Origem ☉ ETIM lat. *spoliatio,ōnis* 'usurpação, roubo, pilhagem', der. de *spoliātum*, supn. De *spoliāre* 'despojar, privar, roubar, pilhar' (fonte: <https://www.google.com.br/#q=espolia%C3%A7%C3%A3o+significado>. Em 15/11/2016)

A relação do conceito de *falso self*⁵ com o suicídio

Mesmo não tendo escrito uma obra que discuta exclusivamente a problemática do suicídio, Winnicott esteve sempre atento ao tema devido às características dos casos atendidos por ele. Assim, fragmentos e citações sobre o suicídio podem ser encontrados em quantidade surpreendente em inúmeros trabalhos apresentados por Winnicott.

Em parte desses trabalhos, nota-se que a preocupação de Winnicott era sublinhar os riscos de suicídio devido à extrema vulnerabilidade na qual alguns de seus pacientes se encontravam. Em *“Dependência no cuidado do lactante, no cuidado da criança e na situação psicanalítica”* (1963/1983), Winnicott salienta que o suicídio ou a tentativa de suicídio deve ser considerado não apenas nas depressões, psicoses ou tendência antissocial, mas também nos casos em que o amadurecimento interrompido resultou na formação de sintomas psicossomáticos. Parte dos estudiosos da teoria do amadurecimento emocional de Winnicott, alertam para sua revolucionária contribuição, uma vez que, ele conseguiu enxergar a doença (possibilidade do suicídio) mesmo em pacientes aparentemente saudáveis. Foi a partir do atendimento de pacientes cuja doença se escondia sob um manto de aparente normalidade que Winnicott conseguiu

⁵ “O estudo do conceito de falso si-mesmo se impõe numa abordagem da questão do suicídio devido aos riscos envolvidos quando essa configuração adquire características patológicas e pelo fato de esse tipo de defesa poder estar associado a diferentes quadros clínicos, tendo sido abordado por Winnicott em muitos de seus trabalhos. O próprio autor (1965, 128) frisa que o conceito central não é novo e atribui a filósofos, poetas e religiosos a ideia de que traição do si-mesmo é algo inaceitável. (FARIA, 2007, p. 24)

desenvolver seu conceito de *falso self*, apresentando uma cisão do ego em verdadeiro e falso.

Dada à amplitude das contribuições de Winnicott no que tange a compreensão e a intervenção frente ao suicídio, faz necessário focar a discussão para melhor entender a problemática. Como visto anteriormente, a questão que aponta para a raiz do problema é o resultado da cisão do ego, então é no conceito de *falso self* que se inicia a investigação da problemática do suicídio.

Tal investigação contribuiu para que o analista estivesse atento à possibilidade do suicídio não apenas nos casos de psicose, depressão, tendência antissocial ou na formação de sintomas psicossomáticos, mas a atenção deveria ser redobrada, sobretudo nas psiconeuroses. Para Dias (1998), a personalidade "*falso self*" se contrapõe às neuroses clássicas, uma vez que sua principal característica é a ausência de sintomas neuróticos, seguida de traços de caráter patológicos explicitados por comportamentos adaptados às exigências da situação social na qual se encontra. Segundo esse autor, a fonte de angústia é representada por uma vacuidade afetiva, encoberta por uma aparente normalidade.

Winnicott (1960/1983) situa a origem do *falso self* no estágio das primeiras relações objetais, estágio primitivo, momento em que o bebê ainda não desenvolveu a capacidade de relacionar-se com objetos externos. Nesse estágio, o bebê ainda não está integrado plenamente e, quando há momentos de integração, esta é incompleta. Os primeiros gestos espontâneos em direção aos objetos, isto é, impulsos pessoais do *verdadeiro self* do bebê, devem ser facilitados por aquele que o esteja cuidando. A mãe, ou seu substituto, alimentará estes primeiros gestos, alimentará a onipotência do bebê contida no gesto de agarrar seletivamente as coisas do mundo externo. Ela não se impõe ao bebê, ela permite que ele se imponha. É somente tendo

sua onipotência alimentada, que o verdadeiro self, poderá ter uma vida própria e amadurecer no sentido da saúde.

o fato é que em algum momento, após a concepção, ocorre um “primeiro despertar”, a partir do qual passa a haver “um simples estado de ser, e uma consciência (awareness) incipiente da continuidade do ser e da continuidade do existir no tempo” (1988, p.157). É difícil, senão impossível, proceder a uma observação direta desse estado: “Ele pertence ao bebê e não ao observador” (1988, p. 148). Tendo atingido o estado de ser, o que o bebê necessita é *continuar a ser*. Todas as suas outras necessidades advêm do fato de o bebe *ser e ter de continuar a ser*. Ao longo da vida ate a morte, a continuidade de ser permanecera como o problema fundamental, sua preservação equivale à saúde (DIAS, 2003, p. 158).

Graças ao êxito da mãe, ou ambiente, em responder ao gesto espontâneo do bebê, o ser pode habitar no homem, isto é, o verdadeiro *self* torna-se realidade viva. Quando algo dá errado, a mãe ou o ambiente se impõem ao bebê, será estabelecido um padrão de anormalidade do bebê com o mundo externo. Padrão esse imperceptível, uma vez que para o bebê o externo ainda não é externo. O mamar, por exemplo, pode ser uma relação passiva e não um encontro com o seio materno. Seio que ela procurou, por saber de si, por saber do seio, mas que lhe foi imposto, e nada lhe resta a não ser aceitar. Segundo Faria (2007), “essa criança jamais poderá criar o mundo em que irá habitar e, devido a isso, jamais constituirá relacionamentos externos que perceba como verdadeiros e não poderá vir a ter um futuro como indivíduo” (p. 25).

A submissão às pressões do ambiente fará com que o bebê permaneça vivo devido aos cuidados físicos de amamentação e higiene, dando a impressão ao longo de seu desenvolvimento que tudo está transcorrendo como deveria. Deixando a impressão para todos que o cercam que

ali há saúde. Em alguns casos, dada a extrema imposição do ambiente e de uma percepção de aniquilamento, o *verdadeiro self* defende-se se ocultando atrás do *falso self* permanecendo isolado do mundo externo e inacessível ao próprio indivíduo.

O êxito nesse tipo de defesa criará uma nova ameaça, uma vez que o *verdadeiro self* será impedido de viver. Tal defesa será descrita por Winnicott (1960/1983) em cinco níveis de organização, do mais extremo, onde o indivíduo não pode se dar conta de que está sendo isolado ou perdido, até o nível em que a espontaneidade e criatividade não se encontram totalmente ausente. Deter-nos-emos no nível intermediário por ser o que melhor contribui para a compreensão do problema do suicídio.

No nível intermediário o *falso self* tem a função de buscar condições para que o *verdadeiro self* possa emergir. É somente em sua existência secreta que o ser pode se sentir real, mas isso não o satisfaz plenamente, pois sempre que necessitar se submeter às condições da realidade compartilhada ele se sentirá atingido em sua essência. Nesse caso o que se apresenta clinicamente é uma busca constante de realização, baseada numa percepção angustiante do indivíduo de que suas relações com a realidade e com os outros indivíduos se esgarçam antes que ele possa se apropriar delas. A sensação de realização, satisfação e continuidade, jamais se concretizam. O que é constante são a insatisfação e a frustração de encontrar-se e perder-se a cada relação com o mundo. Uma vida que espera por se tornar vida espera que o *falso self* cumpra sua função de possibilitar a emergência do *self verdadeiro*. Enquanto o ser se encontra no abismo, à espera do momento de viver, verdadeiramente, novas defesas podem se organizar. E se houver dúvida de que o ser possa um dia habitar o homem, o resultado poderá ser o suicídio. Dirá Winnicott:

suicídio é a destruição do self total para evitar o aniquilamento do *self* verdadeiro. Quando o suicídio é a única defesa que resta contra a traição do *self* verdadeiro, então se torna tarefa do *falso self* organizar o suicídio. Isto naturalmente envolve sua própria destruição, mas ao mesmo tempo elimina a necessidade de sua existência ser prorrogada, já que sua função é a proteção do *self* verdadeiro contra insultos (WINNICOTT, 1960/1983,p. 131).

Faria (2007) nos apresenta uma resolução clara desse desfecho:

Essa solução extrema guarda, entretanto, e ainda, um gesto de esperança: o suicídio poderá ser o último, e talvez o único gesto espontâneo, numa tentativa de evitar o aniquilamento do *verdadeiro self*. Se esta for a única solução encontrada, pelo fato de não haver mais alternativas à traição do *verdadeiro self*, será o *falso self* que organizará e consumará o suicídio. (FARIA, 2007, p.26)

Pode-se se afirmar, portanto, que a ideação suicida ou as tentativas de suicídio remetem o analista à hipótese de que o *amadurecimento* emocional do paciente está interrompido devido ao impedimento da realização de um ser “verdadeiro”. Algo aconteceu no ambiente para que o desenrolar maturacional fosse atrapalhado ou interrompido. Deste modo, dada à possibilidade de retomar as condições de provisão das necessidades ambientais, a realização do ser no homem pode dar-se a qualquer momento do processo de seu amadurecimento.

Nesse aspecto, Winnicott, aponta para a urgência de se estabelecer um diagnóstico que diferencie o momento maturacional do indivíduo. Somente desta forma o analista não incorrerá o erro de levar em frente um trabalho clínico pautado nas premissas metapsicológicas das representações pulsionais.

A tarefa terapêutica na clínica winnicottiana: uma discussão à luz do conceito de cuidado

Cabe nesse tópico, apresentar brevemente a problematização sobre o conceito de cuidado a partir das elaborações contemporâneas da psicanálise e da filosofia. Se levarmos em conta que termos como cura e cuidado⁶ na psicanálise freudiana e na filosofia contemporânea sofreram grandes mudanças a partir da teoria de Winnicott, partiremos do pressuposto de que há uma distinção paradigmática⁷ entre a psicanálise de Freud e a psicanálise de Winnicott.

Estabelecidas as distinções conceituais entre os dois autores, torna-se possível aproximar o debate winnicottiano em torno do conceito de cuidado, o que contribui demasiadamente para a compreensão da tarefa terapêutica no cuidado de pacientes neuróticos, psicóticos e pré-psicóticos e ou pacientes com ideação suicida, por exemplo.

Em Freud a preocupação inicial era criar uma classificação que abrangesse a totalidade das doenças mentais, uma vez que seu interesse se restringiu às afecções mais diretamente acessíveis à investigação analítica. Interessou-se especificamente pelas distinções entre

⁶Houaiss, 2009, vocábulos “cuidado” e “cura”, que significa basicamente *cuidado*, preocupação ou atenção para algo ou alguém.

⁷Conforme nos apresenta Santos (2001): “Após apresentar o conceito de angústia tanto em Freud como em Winnicott, procuramos mostrar que as suas teorias psicanalíticas constituem paradigmas diferentes. Assim, observamos que o fato de Winnicott não ter tomado o complexo de Édipo como o norteador de sua teoria psicanalítica fez com que suas considerações teóricas assumissem perspectivas diferentes das de Freud.” (SANTOS, 2001, p. 14)

perversão, neurose e psicose. Vejamos o que diz Freud a respeito da distinção entre neurose e psicose:

em vinculação com uma seqüência de pensamento levantada em outros campos, relativa à origem e prevenção das psicoses, ocorreu-me agora uma fórmula simples que trata com aquilo que talvez seja a mais importante diferença genética entre uma neurose e uma psicose: a neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo (FREUD,1924, v. XIX, p. 169).

Assim, para Freud, da mesma forma que um sintoma tem um sentido para o neurótico, o delírio também o tem para o psicótico. A psicose seria, portanto, uma reconstrução de uma realidade alucinatória na qual o sujeito fica voltado unicamente a si mesmo, numa situação sexual auto-erótica em que toma literalmente o próprio corpo, ou parte deste, como objeto de amor.

Posteriormente, a psicose foi definida em três estruturas: a *paranóia*, que é caracterizada por um delírio sistematizado, delírio de perseguição, delírio de grandeza etc.; a esquizofrenia, caracterizada pela incoerência de pensamento, da afetividade e da ação, “ensimesmamento” e atividade delirante com destaque para os fenômenos alucinatórios, e a melancolia, que é caracterizada pelas perturbações do humor que assumem a forma de alternância entre os estados de agitação maníaca e estados melancólicos.

Essa perspectiva nosográfica coloca a psicanálise freudiana no quadro das ciências naturais, onde o paciente é visto simplesmente como objeto e por isso passam despercebidas as particularidades pessoais, fundamentais para a compreensão da história do indivíduo entendida como algo único e total.

em sua clínica, Freud trabalhava como psicólogo, ele se interessava pelo *sentido* de sintomas e pela *compreensão* de sintomas. Mesmo assim, o quadro metapsicológico geral no qual Freud situava seus estudos do ser humano ainda era o das ciências da natureza. Ele concebia o psiquismo humano como um aparelho movido a forças em conformidade com o princípio de causalidade. Apesar de buscar “libertar” o homem da dor e da doença, Freud não conseguiu ultrapassar o naturalismo [...]. Por essa razão, ele tampouco pôde reconhecer que existiam sofrimentos humanos que deveriam ser estudados única e exclusivamente à luz da peculiar condição humana (LOPARIC, 1999, p. 21).

Nota-se, dessa forma, que a psicanálise freudiana se constrói por fundamentos especulativos (processos psíquicos) que são inconscientes e tem como conteúdo a sexualidade infantil, responsável por determinar a vida humana. Pode-se inferir que o problema paradigmático de Freud, portanto, é o Complexo de Édipo. Sua teoria geral é a do desenvolvimento da sexualidade e seu modelo ontológico é a ciência natural.

[...] o complexo de Édipo constitui um paradigma na obra de Freud. [...] esse paradigma é constituinte de uma teoria igualmente paradigmática, o que significa dizer que Freud se empenhou através dos vários anos de sua carreira algo que fica expresso no que vimos do desenrolar dessa sua idéia de um complexo de Édipo em solucionar os quebra-cabeças que a sua própria teoria impunha, estabelecendo crenças, valores e técnicas que fez valerem dentro de uma comunidade de interessados em psicanálise que partilhavam, e ainda hoje partilham de seus objetivos (SANTOS, 2001, p. 78).

Já Winnicott constrói sua teoria pautada na relação humana, na formação de vínculo e na intencionalidade dessas relações a que se traduz no cuidado do ser humano com outro ser humano e com ele próprio. Na perspectiva winnicottiana o paradigma é o *cuidar (care)* que se reflete

na relação entre a mãe suficientemente boa e seu bebê e sua teoria geral é a do amadurecimento e seu modo de pensar o homem é o das ciências aplicadas.

Winnicott recusou explicitamente o naturalismo e o determinismo. [...] Winnicott mudou os pressupostos essenciais da psicanálise tradicional, operando a transição do modelo naturalista e objetivante do ser humano, característico da psiquiatria e da psicanálise tradicional (Freud, Klein, Bion, Lacan) para um modelo decididamente não-naturalista. Dada a conexão íntima entre a meta-psicologia de Freud e a metafísica moderna, podemos chamar o modelo winnicottiano do ser humano de pós-metafísico. É nesse novo paradigma que foi desenvolvida a teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal (LOPARIC, 1999, p. 21).

Cabe ressaltar que no interior da teoria do amadurecimento está a teoria da sexualidade, mas, no entanto, em oposição à Freud, Winnicott vai insistir em dizer que antes de chegar à *cama da mãe* a criança necessita cumprir tarefas essenciais que implicam em tornar-se alguém. Antes da vivência de algo tão sofisticado quanto um complexo de Édipo, a criança necessariamente deve existir:

Se vemos a saúde como a ausência de doença neurótica (descontada a hipótese de doença psicótica), então a saúde se estabelece na organização do primeiro relacionamento triangular onde a criança é impulsionada pelos instintos de natureza genital recém-surgidos, característicos do período entre os 2 e os 5 anos. É desta forma que, pessoalmente, interpreto o Complexo de Édipo freudiano para os meninos e o que quer que lhe corresponda nas meninas (Édipo invertido, Complexo de Electra etc.). Acredito que alguma coisa se perde quando o termo “Complexo de Édipo” é aplicado às etapas anteriores, em que só estão envolvidas duas pessoas, e a terceira pessoa ou objeto parcial está internalizada, é um fenômeno da realidade interna. Não posso ver nenhum valor na utilização do termo “Complexo de Édipo” quando um ou mais de um dos três que formam o triângulo é um

objeto parcial. No Complexo de Édipo, ao menos do meu ponto de vista, cada um dos componentes do triângulo é uma pessoa total, não apenas para o observador, mais especialmente para a própria criança (WINNICOTT, 1990, p.67).

Dessa forma, nota-se que pontos importantes das teorias freudianas e winnicottianas parecem contrastados. Tal contraste deve-se, segundo Santos (2001, p. 119), ao fato de que os autores tinham preocupações diferentes tanto em relação à pretensão de criar uma teoria científica (no caso de Freud) quanto à forma de conceber o indivíduo, que nesse caso diferenciará por completo o pensamento dos dois autores.

Enquanto a metapsicologia de Freud estava intimamente ligada à metafísica moderna devido ao modo objetificante de pensar o ser humano, Winnicott, ao recusar o modelo naturalista recusa também os pressupostos essenciais da psicanálise tradicional e elabora uma nova forma de ver a natureza humana e as configurações do adoecer e também do curar (cuidar). Com isso estabelece um modelo do ser humano pós-metafísico. Desta forma, ao romper com a concepção freudiana, Winnicott também rompe com o pensamento tradicional metafísico. O que possibilita à clínica psicanalítica, dentre outras coisas, repensar a função do analista, terapeuta ou psicólogo frente às estruturas psicótica e pré-psicótica.

Na percepção de Winnicott, ao contrário dos pacientes que foram “suficientemente cuidados” na primeira infância e que, portanto, apresentam “uma personalidade psíquica neurótica”, aqueles que sofreram distúrbios nos primeiros meses de vida deveriam receber uma abordagem clínica distinta. É nessa fase da vida do paciente que o terapeuta deve focar, estabelecendo “uma relação de dependência extremamente forte, ou mesmo absoluta, com o terapeuta” Torna-se necessário que o

terapeuta simbolicamente substitua o lugar da mãe suficientemente boa que faltou e dê ao paciente sustentação psíquica (NASIO, 1995, p. 189-90).

Esse processo desencadeado pelo terapeuta permite ao paciente, nas situações em que isso é possível, posteriormente passar para a análise tradicional. Ou seja, para paciente neurótico cabe a análise clássica. Para pacientes que “não tiveram uma mãe suficientemente boa” cabe outro tipo de abordagem terapêutica, podendo posteriormente o paciente chegar a um estágio no qual caiba a “análise clássica”.

Deste modo, no caso de pacientes que, ao longo do tratamento, e a partir de suas ideações suicidas revelaram-se a si e ao terapeuta sua estruturação *falso self*, a função do terapeuta deve ser pautada menos na interpretação e mais no manejo. Deve-se apostar na confiabilidade do ambiente (pontualidade, estar atento, ser ele mesmo e deixar se orientar pela necessidade do paciente) e na experiência por parte do paciente, de ser sustentado por uma pessoa inteira (possibilitar a regressão à dependência, suportar a dependência, experiência de relacionamento pessoal). Para Winnicott, a confiabilidade e a sustentação são condições necessárias para que o *verdadeiro self* emerja. Emergir rumo à uma vida autêntica, opção mais que considerável em contrapartida à opção do extermínio do eu, ou seja, do suicídio.

Considerações finais

O tema deste trabalho foi motivado a partir da campanha “setembro amarelo” iniciada pelo conselho federal de medicina, visando discutir com grande parte da população a relação do suicídio com algumas doenças psiquiátricas, como por exemplo, a depressão.

O objetivo deste trabalho, no entanto, foi o de apresentar a importante contribuição da Teoria do Amadurecimento Pessoal de Winnicott frente à problemática do suicídio. E descrever o conceito de *falso self*, uma vez que a explicação para o surgimento de ideações e o ato propriamente dito do suicídio, segundo Winnicott, tem sua raiz na cisão do *self* em *verdadeiro* e *falso*.

A realização deste objetivo mostrou-se, desde o início, como a observação de “uma gota d’água” frente a um “oceano” de contribuições, feitas por Winnicott ao longo de sua longínqua e fecunda vida profissional. Deste modo, muitos dos pontos relativos ao tema aqui exposto foram apenas esboçados e exigem tratamento complementar. Que ocorrerá em trabalhos futuros.

Referências

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

FARIA, F. D. M. A questão do suicídio na teoria de D. W. Winnicott. **Winnicott e-prints**, v. 2, n. 1, p. 1-13, 2007. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2007000100003>. acesso em 30 nov. 2016.

FREUD, S. Neurose e psicose. In J. Strachey (Ed., & J. Salomão, Trad.), **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (Vol. 19, pp. 167-171). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1924a e escrito em 1923).

FULGENCIO, L. As especulações metapsicológicas de Freud. **Natureza Humana**, v.5, n. 1, p. 129-173, 2003.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

LOPARIC, Z. A Teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal. **Revista Infante**, v.7, n. 1, p. 21-23, 1999.

NASIO, J. D. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

NEWMAN, A. **As ideias de D. W. Winnicott**: um guia. Rio de Janeiro, 2003.

SANTOS, E. S. **As angústias impensáveis em relação à angústia de castração**. Dissertação de Mestrado. UNICAMP, Campinas, 2001.

WINNICOTT, D. W. (1963) Dependência no cuidado do lactante, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 225-233.

WINNICOTT, D. W. (1960) Distorção do Ego em termos de falso e verdadeiro self. In: **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas 1983. p. 128-139.

WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

Falso *self* e ideação suicida: análise de um caso clínico

Lorrayne Caroline Garcia Silva

Maíra Bonafé Sei

Introdução

Este trabalho teve como objetivo analisar a relação entre o falso *self* e a ideação suicida, por meio da apresentação do caso de uma paciente adulta, atendido em um serviço-escola de Psicologia, a partir dos preceitos da psicoterapia psicanalítica de abordagem winnicottiana. O atendimento fez parte de um projeto de pesquisa maior que visa estudar os processos e fenômenos implicados a psicoterapia psicanalítica realizada no cenário institucional, com a paciente da psicoterapia tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O texto foi estruturado da seguinte forma: primeiro, foi apresentado o referencial teórico acerca do tema, centrado na teoria de Winnicott, com perpasses pela teoria psicanalítica, trazendo conceitos como o amadurecimento emocional, a capacidade de estar só, o falso *self* e o suicídio. Em seguida, foi apresentado o caso em questão e análise dele por meio da teoria apresentada, com enfoque para a importância da psicoterapia e o manejo do psicoterapeuta.

Referencial teórico

A clínica de Winnicott está baseada no fundamento de que os distúrbios psíquicos estão relacionados com a teoria do processo de amadurecimento do indivíduo (DIAS, 2008). O amadurecimento emocional é um processo que faz com que o lactante passe da dependência absoluta, à

dependência relativa e enfim à independência relativa, entendendo que o ser humano nunca é completamente independente. Vai-se do princípio do prazer ao princípio da realidade e do autoerotismo às relações objetais. Para que isso ocorra, o bebê necessita dos cuidados da mãe suficientemente boa, cuja função é satisfazer as necessidades específicas do lactante, oferecendo o *holding* e *handling* (VALLER, 1990).

Segundo a teoria de desenvolvimento winnicottiana, o bebê nasce com tendências hereditárias, que corresponde ao seu impulso biológico para a vida, o crescimento e o desenvolvimento. Entretanto, seu desenvolvimento depende de um ambiente facilitador, que na cena primitiva será exercido pela mãe suficientemente boa, pois é ela quem vai possibilitar o processo de maturação. A mãe suficientemente boa é aquela que se adapta constantemente às necessidades do lactante, movida pela preocupação materna primária, criando um espaço no qual o bebê vai viver a experiência de ilusão de onipotência e progredir no seu desenvolvimento no sentido da integração, crescimento emocional e acúmulo de experiências (VALLER, 1990).

No início do desenvolvimento, o ego fraco do bebê é amparado pelo ego materno, que vai se fortalecendo a partir do suprimento de sua dependência absoluta por parte da mãe. O *holding* é um suporte confiável que a mãe oferece ao bebê desde o seu nascimento para que ele possa alcançar a integração e o *handling* é a parte mais abrangente de cuidados que derivam do *holding* materno, que tem como objetivo estabilizar as necessidades fisiológicas e emocionais da criança, como as condutas sociais parentais de embalar, acalmar, cantar, entre outros (KLAUTAU; SALEM, 2009).

No primeiro estágio de desenvolvimento do bebê, a figura materna é fundamental, pois é ela quem vai criar um

ambiente em que a criança alcance as satisfações de que precisa naquele momento e vivencie as angústias, ansiedades e conflitos, sem o temor de se desintegrar (SVARTMAN, 2000). De acordo com a teoria winnicottiana, o problema da identidade origina-se na tendência à integração que caracteriza a natureza humana, portanto, a ameaça-chave é estar desintegrado e dissociado. Essa tendência à integração vai se desdobrar em uma sequência temporal de tarefas. A primeira tarefa do bebê é constituir uma relação de unidade com a mãe externa, por isso a relação com a mãe desempenha um papel primordial (LOPARIC, 1999).

Nos estágios iniciais são constituídos os alicerces da personalidade e da saúde psíquica do indivíduo. As tarefas que caracterizam esses estágios correspondem à integração no tempo e espaço, a habitação da psique no corpo, o início das relações objetais e constituição de um *self* verdadeiro. Essas tarefas vão influenciar os demais estágios da vida do indivíduo. Dessa forma, a resolução satisfatória de cada etapa vai depender do sucesso na resolução das tarefas anteriores, pois o indivíduo vai carecer da maturidade necessária para as tarefas posteriores, podendo resolver por meio de uma integração defensiva de um falso *self*. Nesses casos, o processo de amadurecimento é paralisado e um distúrbio emocional acontece (DIAS, 2008).

Para Winnicott (1958/1979), a capacidade de estar só é um dos sinais mais importantes do amadurecimento emocional. Ela surge a partir da experiência de ficar só como lactante ou criança pequena na presença da mãe, ou seja, da capacidade de ficar só quando alguém está presente, e depende da capacidade de lidar com os sentimentos da cena primária e da existência de um objeto bom na realidade psíquica do indivíduo.

A relação do indivíduo com este objetivo interno, junto com a confiança com relação às relações internas, lhe dá auto-suficiência para viver, de modo que ele ou ela fica

temporariamente capaz de descansar contente mesmo na ausência de objetos ou estímulos externos. Maturidade e capacidade de ficar só significam que o indivíduo teve oportunidade através da maternidade suficientemente boa de construir uma crença num ambiente benigno. Essa crença se constrói através da repetição de gratificações instintivas satisfatórias (WINNICOTT, 1958/1979, p. 34).

O desenvolvimento da capacidade de estar só começa em um estágio bem precoce, em que há uma imaturidade do ego da criança compensada pelo apoio do ego da mãe. Com o tempo, a criança, ao introjetar o ego auxiliar da mãe, passa a ser capaz de ficar só sem seu apoio ou símbolo frequente (WINNICOTT, 1958/1979). O fato de ter alguém perto do bebê, disponível mesmo quando ele não precisa de algo e sem fazer exigências, permite o estabelecimento de um meio interno favorável. A possibilidade de viver a solidão na presença da mãe, exige também que a mãe tolere a exclusão (SVARTMAN, 2000).

Para que o indivíduo se constitua como um ser, ele conta com um potencial inato em direção ao amadurecimento, denominado como verdadeiro *self*. Este *self* necessita, por meio do contato com um ambiente facilitador, adquirir uma realidade psíquica pessoal que o faça se sentir real. Dessa forma, o papel do ambiente no período da dependência absoluta é de adaptação sensível às necessidades do lactante, vivendo a partir da mãe suficientemente boa, a ilusão da onipotência, sem ameaças à sua continuidade (GALVÁN; MORAES, 2009).

O *self* verdadeiro é a posição teórica de onde vem o gesto espontâneo, que é o *self* verdadeiro em ação. Somente ele é sentido como real, portanto a existência do falso *self* resulta em uma sensação de irrealidade e de futilidade. O *self* verdadeiro provém da vitalidade dos sentidos corporais e da atuação das funções do corpo. Ele desenvolve complexidade e se relaciona com a realidade externa por processos naturais, o lactante se torna capaz de reagir a

estímulos sem traumatismo porque o estímulo tem uma contrapartida na realidade interna do indivíduo (psíquica). Por processos naturais, o lactante desenvolve uma organização do ego que é adaptada ao ambiente, mas isso só pode acontecer se o *self* verdadeiro se tornou uma realidade viva, tendo como base a adaptação da mãe suficientemente boa às necessidades do bebê (WINNICOTT, 1960/1979). O verdadeiro *self* torna-se real quando a mãe e o ambiente respondem com êxito ao gesto espontâneo da criança e não impõem o mundo ao bebê (FARIA, 2007).

Nessa perspectiva, o falso *self* normal é a adaptação do ego ao ambiente, ou seja, uma submissão saudável ao princípio de realidade. Essa adaptação será bem sucedida se houver um período suficiente do atendimento das necessidades do lactante por parte do ambiente. O falso *self* protege o *self* verdadeiro do aniquilamento quando há uma interrupção em seu curso natural, mas se torna um problema quando oculta o verdadeiro, impedindo a criatividade e espontaneidade (SVARTMAN, 2000).

O falso *self* saudável funciona conectado ao *self* verdadeiro, sendo um representante no mundo sociocultural. Entretanto, existem algumas zonas de dissociação entre o funcionamento deles, pois questões que envolvem o íntimo do indivíduo por vezes não terão uma correspondência direta com as responsabilidades sociais ou exigências adaptativas do mundo externo, tendo uma parte do núcleo central do *self* verdadeiro que fica isolado e incomunicável. Quando não há uma adaptação suficientemente boa por parte da mãe, essas cisões se tornam significativas, fazendo com que a raiz espontânea do *self* verdadeiro permaneça incomunicável devido à interposição do falso *self* (NAFFAH NETO, 2010).

A versão patológica do falso *self*, designada pela cisão, é formada no início da vida como uma proteção às agonias impensáveis. Quando o ambiente inicial do bebê

não consegue acolher suas necessidades, deixando com que ele sofra com invasões ambientais, como o impacto traumatizante de demandas instintivas não satisfeitas, o falso *self* é formado para manter o verdadeiro *self* do bebê inacessível a condições traumáticas, como um escudo protetor que tem como função a sedução do ambiente às suas necessidades (NAFFAH NETO, 2010).

Dado esse contexto, no que se refere ao suicídio, quando o paciente possui uma compulsão por procurar a morte entende-se ser porque a promessa de uma vida futura não lhe traz alívio. Alguns indivíduos procuram encontrar a solução no suicídio, que simboliza o envio do corpo a uma morte que já ocorreu na psique. O suicídio nesse sentido é um gesto de desespero. A morte, quando encarada dessa maneira, é como algo que aconteceu ao paciente quando ele não era maduro o suficiente para experienciar, como o aniquilamento do indivíduo, ou seja, a continuidade do ser foi interrompida pelas intrusões de fatores ambientais devido a falhas do ambiente facilitador (WINNICOTT, 1994).

A possibilidade do suicídio se torna presente quando o processo de amadurecimento está detido e depende da impossibilidade de retornar às condições de provisão das necessidades para o amadurecimento. A questão raiz do problema está na cisão do ego e o falso *self*, quando este adquire características patológicas. O verdadeiro *self* é isolado do mundo externo quando há uma ameaça de aniquilamento, como uma forma de defesa. Em graus extremos, esta defesa vai impedir que o verdadeiro *self* se torne acessível ao próprio indivíduo (FARIA, 2007).

Quando as condições para a emergência do verdadeiro si-mesmo não ocorrem, nos dirá Winnicott, podem se organizar novas defesas contra a sua expoliação e, se houver dúvida, o resultado poderá ser o suicídio. Essa solução extrema guarda, entretanto, e ainda, um gesto de esperança: o suicídio poderá ser o último, e talvez o único

gesto espontâneo, numa tentativa de evitar o aniquilamento do si-mesmo verdadeiro. Se esta for a única solução encontrada, pelo fato de não haver mais alternativas à traição do si-mesmo, será o falso self que organizará e consumará o suicídio (FARIA, 2007, p. 26).

Apresentação do caso

Laura (nome fictício), jovem na faixa dos 20 anos, fazia um curso superior na área da educação e estágio em uma instituição escolar. Morava com os pais e um casal de irmãos numa região afastada da cidade. Ela chegou à clínica psicológica da universidade na qual estudava trazendo a queixa sobre seu antigo relacionamento amoroso, que havia sido abusivo, e que havia finalizado de forma trágica, com violência física e psicológica. Com o término, o pai ficou a favor do ex-namorado e a mãe adotou uma postura submissa. Desde então, Laura passou a ter “crises” de choro e a se sentir muito mal, não tendo vontade de fazer nada e apresentando uma ideia suicida e alguns comportamentos de risco.

Laura estabeleceu, então, um relacionamento amoroso, não assumido publicamente, com uma pessoa que já era comprometida. Este relacionamento foi iniciado enquanto ela ainda namorava e era bastante conturbado, tendo terminado e voltado várias vezes. Ela relatou ter começado porque estava descontente com seu antigo namorado e porque não conseguia sentir prazer sexualmente. Contou que no início a relação se estabeleceu apenas em decorrência do prazer sexual, mas ela acabou se apaixonando e vivendo para ele. Com a terapia, ela percebeu que assumiu um relacionamento incompleto justamente por não dar conta de ter um novo namorado, apresentar aos pais e sofrer com as consequências de um possível término como o anterior. Além disso, houve uma cobrança por parte do pai de que ela não tivesse muitos namorados para não

ficar “mal falada”. Laura sentia que deveria manter uma postura de “boa moça” em seus relacionamentos, pois se eles conhecessem seu lado mais “selvagem” e considerado pecador por ela, a julgariam. Ela teve alguns relacionamentos sérios, iniciados pela pressão dos pais e nos quais houve traição por parte dela, fato esse relatado após várias sessões.

No âmbito familiar, Laura possuía um relacionamento complicado com o pai. Eles discutiam bastante sobre sua divergência de opiniões, sendo o único momento em que os dois conversavam. Ela contou que esta relação ficou deturpada após o término com o antigo namorado, já que o pai continuou tendo contato com ele. Laura falava que tinha muita mágoa do pai por ele não a ter defendido e não ter dado o apoio que ela precisava no momento em que seu namorado a agrediu fisicamente e quebrou seu notebook. Além disso, o pai passou a questionar seu trabalho e faculdade, dizendo que ela estava mudada e passando a desconfiar dela, influenciado pelos relatos do ex-namorado. Com a mãe, Laura tinha um contato supérfluo, não contando sobre seu dia e não se sentindo à vontade para ter um convívio mais carinhoso, de abraçar ou beijar. Contou que o irmão era bem parecido com o pai e repetia as mesmas ideias e que a irritava bastante. A irmã era bastante apegada a ela, sendo a única pessoa da casa com quem ela estabelecia um contato amoroso, as duas dormem no mesmo quarto.

Os irmãos nasceram quando Laura tinha seis anos e segundo seus relatos, foi um momento difícil em sua vida, em que a mãe passou a cobrar muito sua ajuda e passou a ficar bastante estressada. Ela sentia que precisava se cuidar sozinha e que não fazia falta em casa, já que havia outros dois filhos. Naquela época, pensava em se matar e tomar veneno. Após algumas sessões, lembrou que ia para a escola chorando, pois ficava pensando em como sofria em casa. Contou que tinha uma vizinha com uma doença

terminal e que tinha inveja de sua doença, porque sentia o cuidado dos pais apenas quando estava doente. Ao mesmo tempo, ela tinha um grande medo de perdê-los e, voltando da escola, ficava com medo de encontrar sua casa pegando fogo.

Quando tinha dez anos, Laura descobriu que tinha uma irmã gêmea e que a mãe havia tomado remédio para abortá-las, pois não queria ter filhos. A mãe acabou perdendo um dos bebês, mas ela sobreviveu. O relacionamento dos pais nessa época era bastante conturbado, sendo que eles casaram por conta da gravidez. A mãe contou que teve que largar o emprego para morar com o pai e cuidar da filha, de maneira que Laura acabou por sempre se sentir culpada pelo sofrimento da mãe. Segundo os relatos dela, o casamento dos pais era bastante frio, não tinha um contato afetivo, a mãe era bem submissa e mantida financeiramente pelo pai, enquanto ficava com os afazeres domésticos e recebia ajuda apenas das filhas. A mãe contou para a filha sobre uma traição do pai e ela se achou muito nova para saber daquilo. Laura contou que cresceu ouvindo a mãe dizer para ela não ficar igual a ela e sempre trazia nas sessões que não gostaria de parecer com a mãe, por ela ser muito sozinha e fechada. Durante a infância, as duas não tinham um bom relacionamento porque a mãe cobrava que ela ajudasse nos afazeres domésticos e ela não gostava. A mãe brigava sempre com ela e a comparava com outras meninas. Com o pai, Laura conseguia ter um convívio mais carinhoso, tendo sido mais próxima dele em sua infância. Ela disse que sentia muita mágoa da mãe por ela não ter sido desejada e pelas brigas e cobranças da infância. Laura relatou que gostaria muito de ter tido esta irmã gêmea, pois pensava que assim não ficaria sozinha.

Em relação às amizades, Laura possuía uma amiga mais próxima com quem almoçava todos os dias. Quando a amiga precisava faltar e ela tinha que almoçar sozinha, ficava perturbada, pois não gostava de estar sozinha. No

curso não possuía amigas porque sentia que quando havia ingressado na universidade estava bloqueada para aproveitar as oportunidades da faculdade, tanto em relação às matérias, quanto em relação às pessoas. Contou que sentia muita dificuldade em criar vínculos com as pessoas, dificuldade de enfrentar brigas ou desentendimentos e de mostrar quem era, por medo de se magoar. Laura tinha muita dificuldade de estar sozinha e relatou que seu maior medo era se sentir solitária. Quando estava sozinha não conseguia fazer nada para si e não sabia dizer do que gostava, quais eram seus *hobbies* e preferências. Contou que não gostava dos finais de semana, pois tinha que passá-los em casa, onde permanecia a maior parte do tempo no quarto sem fazer nada, e que sua vida acontecia de segunda a sexta. Laura demonstrou na terapia uma dificuldade grande em se aceitar, por ter uma visão ruim de si própria, relatando não gostar de si mesmo, não querendo fazer coisas para si por não se sentir satisfeita e dizendo que não era feliz sozinha. Portanto, voltando toda sua atenção ao outro, principalmente em se tratando dos relacionamentos amorosos. As características que via como ruins em si, relacionava à mãe, como a falta de vontade em fazer as coisas e os sintomas depressivos. Ao mesmo tempo, se sentia bastante identificada ao pai, na questão do orgulho, em ter um lado sexual mais a florado, o uso do cigarro durante a adolescência.

Em relação à faculdade, Laura queria ter feito psicologia, mas, por se tratar de um curso integral na universidade pública da região, não obteve apoio dos pais, que gostariam que ela fizesse direito. Ela decidiu por uma opção intermediária por conta do magistério que havia cursado na adolescência, mas não gostou do curso e indicou que terminaria apenas para ter um diploma para apresentar aos pais. Contou que foi muito difícil assumir uma posição diferente da dos pais, pois tinha dificuldade de ir contra a opinião deles. Nas sessões, Laura demonstrou uma grande

preocupação com o futuro e o medo de fracassar, assim como o pai preconizava, dizendo que sua chance de ter sucesso era casando-se com alguém que a sustentasse. Ela indicou que gostaria de ter sua independência financeira para sair de casa, mas ficava indecisa sobre o que fazer após a faculdade e com o que poderia trabalhar.

No desenvolver da terapia, Laura fez uso do divã, tendo dificuldade no começo e procurando a terapeuta com o olhar, relatando que ficava preocupada se ela estava interessada em seu relato. A partir da sétima sessão, conseguiu deitar e entender o seu uso. No começo chegava bastante atrasada, mas sempre que precisava faltar tentava remarcar a sessão. Laura adotava uma postura brincalhona nas sessões, mas quando tratava de assuntos mais sérios, ela ficava mais quieta e chorava bastante de forma silenciosa. Após dois meses de terapia, passou a tomar fluoxetina, por conta própria, parou algum tempo depois por conta própria também. Durante o atendimento, foi percebida a necessidade de encaminhamento para a psiquiatria, pelos sintomas apresentados de depressão. O vínculo foi conquistado ao longo das sessões e a terapia passou a adotar uma frequência de duas vezes por semana.

Diante da iminência do término do ano letivo e, conseqüentemente do atendimento psicológico com sua terapeuta, a paciente questionou sobre o paradeiro da terapeuta após a formação, demonstrando interesse em manter a terapia independente do contexto de serviço-escola que teria a duração de um ano. Relatou que a terapia, apesar ser um processo doloroso e de sair angustiada em algumas sessões, estava fazendo bem para ela e que as pessoas à volta estavam percebendo suas mudanças, assim como ela percebia algumas, como, por exemplo, conseguia fazer sozinha algumas atividades. Além disso, Laura percebeu algumas questões importantes relacionada à sua personalidade: a falha de seus pais na infância, a imagem

negativa que tem de si, o medo que tem de ficar sozinha e como deposita no outro sua felicidade.

Discussão

A teoria winnicottiana ressalta a importância do papel do analista na realização do trabalho de análise, envolvendo o *holding*, que seria uma sustentação do paciente, oferecendo um ambiente que permita seu processo de integração. Na terapia, o dever do analista é cooperar com o paciente no seguimento desse processo em que ele possui um ritmo e rumo próprio. Por meio do *holding* do analista, os sentimentos agonizantes do paciente podem ser transformados em experiências positivas e o indivíduo pode adquirir confiança na realidade e nos contatos humanos. Dessa forma, no *setting* analítico, a atenção e o trabalho interpretativo do analista criam um ambiente de sustentação que norteia o atendimento às necessidades psicológicas e físicas do paciente, possibilitando que neste meio de estabilidade, confiança e esperança, ele possa se constituir como sujeito, emergindo o seu *self* verdadeiro (JANUÁRIO; TAFURI, 2011).

No caso apresentado, pode-se perceber que houve uma falha no ambiente facilitador em sua infância, dificultando sua integração e amadurecimento emocional, tanto pela falta de desejo da mãe em ter a filha com a tentativa do aborto, como pela falta de cuidados quando os irmãos nasceram e o sentimento de não se sentir amada e acolhida na família. Nesse sentido, não houve uma mãe suficientemente boa que pudesse dar amparo ao ego frágil do bebê no início de sua vida, impedindo o desenvolvimento para a dependência absoluta e sua integração de forma completa, gerando sentimentos de insuficiência, solidão, baixa autoestima e até a ideia suicida na paciente. Como exposto anteriormente, os estágios iniciais vão influenciar fortemente a personalidade e a saúde psíquica do indivíduo,

portanto, essa falha na infância de Laura gerou consequências que foram percebidas principalmente em sua juventude, denunciadas na falta de apoio dos pais no término do relacionamento, assim como a falta de apoio deles frente ao nascimento dos irmãos e cuidados parentais, gerando um bloqueio frente a novos relacionamentos saudáveis, exclusão na faculdade e a dependência das poucas pessoas com quem tinha mais contato.

Entretanto, com o auxílio do analista, a paciente pôde dar seguimento a esse processo. Para facilitar o manejo, fez-se necessário a frequência de duas vezes por semana da terapia, assim como buscou privilegiar o acolhimento da paciente, com resumos finais sobre o que ela trazia a cada sessão. Para dar continuidade ao processo de integração, foi indicada a terapia fora do contexto do serviço-escola com a mesma terapeuta, devido ao vínculo criado. Foi avisado com antecedência para que a paciente pudesse se planejar em relação aos gastos financeiros, já que o atendimento na clínica era gratuito.

Mesmo com as falhas do ambiente, a paciente hesitava em falar coisas ruins sobre os pais, por sentir que estava sendo ingrata. Ela relatava não saber seus gostos e não conseguia fazer suas atividades quando estava sozinha, dizia sentir a sensação de estar “vegetando”. Também demonstrava não conseguir mostrar seu lado mais íntimo, apontando várias vezes o bloqueio em se relacionar com os demais, se abrir para novas pessoas e evitando sempre conflitos com pais, amigos ou namorados.

Esses relatos demonstram a falta de integração do ser e a dificuldade em se sentir real, pela cisão do *self* verdadeiro em um *self* falso. O manejo vai envolver a capacidade do psicoterapeuta em saber lidar com os momentos regressivos que surgirem, dando sustentação onde o ambiente inicial foi falho, criando uma nova possibilidade de vir a ser. Por meio do ambiente de

confiança, o falso *self* vai se entregar ao analista. Esse processo é doloroso, por isso é necessária a formação contínua do terapeuta, sendo exigido que o terapeuta esteja atento aos seus erros ao surgir as resistências.

A falha do analista no *setting* irá permitir que o paciente sinta raiva das falhas do ambiente ao invés de ter sentimentos de inutilidade e vazio, se libertando da dependência do ambiente (KEHDY, 2002). Neste sentido, a antiga falha ambiental pode ser revivida no contexto do atendimento psicológico, havendo um descongelamento do amadurecimento interrompido, devendo haver para isto um destino diferente daquele vivenciado inicialmente na família. Neste sentido, o “‘descongelamento’ da situação traumática e a sobrevivência do analista são fundamentais para que se restabeleça o processo de desenvolvimento” (FORLENZA NETO, 2004, p. 313).

Assim como um ambiente que não é suficientemente bom distorce o desenvolvimento, o mesmo pode ocorrer com no âmbito da terapia, favorecendo a permanência do falso *self* e tornando a análise inútil (WINNICOTT, 1960/1979). Portanto, o analista precisa estar atento, para não confundir o falso *self* com o verdadeiro *self*. No caso apresentado, a paciente demonstrava uma preocupação com o que a psicoterapeuta estava pensando dela ou se estava interessada em seu relato, deixando de lado sua espontaneidade. Sempre que isso ocorria, a analista explicitava que ali ela poderia ser ela mesma e falar sobre o que quisesse, sem julgamentos, pois aquele era um espaço para ela e dela.

Pode-se perceber que há uma forte ligação entre o falso *self* e a ideiação suicida da paciente. Ela sempre trazia questões relacionadas à morte e de como essa seria uma solução para acabar com o sofrimento, sentindo que não faria falta para ninguém e dizendo que sua vida não fazia sentido sem ter algo para se dedicar que envolvesse o outro,

como seu relacionamento atual. A busca pela terapia foi vista como uma última esperança para saciar com esse sentimento de tristeza profunda em que ela se encontrava. Assim como apontado na teoria winnicottiana, o paciente cria uma compulsão pela morte quando a vida futura não traz alívio. Laura via o futuro sempre pensado com muito pessimismo, trazendo suas inseguranças em não dar certo ou ser feliz.

Faria (2007) ressalta novamente a importância de o terapeuta ter o esclarecimento que nestes casos não é ideal um trabalho interpretativo, que exige uma maturidade não existente em pessoas com um falso *self* bem estruturado, mas um sim um manejo pautado no holding. Isto porque o falso *self* pode se adaptar às invasões do ambiente e se submeter às interpretações do analista forjando uma cura e ampliando o isolamento do verdadeiro *self* pela desesperança em encontrar uma possibilidade de comunicar sua dor. Portanto, torna-se importante o acolhimento e disponibilidade do analista.

Além disso, percebeu-se a dificuldade em estar só da paciente em sua vida em muitos sentidos, inclusive na terapia. Essa capacidade é desenvolvida no processo de amadurecimento emocional, que por ter sido falho no caso de Laura, gerou essa inabilidade. Quando sozinha, Laura ficava em constante agonia, mostrando se sentir incompleta e sem um sentido, não conseguindo realizar atividades para si e odiando os finais de semana em que passava em casa. Adotou-se o uso do divã nas sessões para que ela pudesse entrar em questões mais profundas sobre si, sem o olhar da psicoterapeuta, assim como pudesse encarar seus momentos de silêncio, quando em contato com questões dolorosas, estando sozinha na presença da terapeuta. Svartman (2000) expõe que o silêncio no processo analítico pode representar a conquista da capacidade de estar só, na presença do terapeuta, e como um momento de contato profundo consigo. Nesse sentido, é importante que o

terapeuta respeite os momentos de silêncio do paciente e se prepare para não viver esse silêncio como um abandono, portanto a importância da análise do analista.

Zana & Kovács (2013) expõem que os cuidados psicológicos em casos com ideação ou tentativas de suicídio é fundamental, não focando na desvalorização ou supervalorização desse tema, mas no acolhimento do paciente, e quando necessário, a utilização de uma equipe multidisciplinar. Portanto, essa informação entra em consonância com os dados apresentados, sendo que o ponto crucial do atendimento foi o acolhimento da paciente na psicoterapia, também sendo encaminhada para o atendimento psiquiátrico a fim de proporcionar um cuidado em outros aspectos.

Considerações finais

A partir do caso apresentado e da contextualização com a literatura sobre a teoria winnicottiana, foi possível perceber que o ambiente facilitador do lactante vai influenciar o amadurecimento emocional e o processo de integração do psiquismo humano. Esse desenvolvimento, por sua vez, vai ditar a construção do verdadeiro e falso *self*, de forma saudável ou patológica. Uma falha no ambiente suficientemente bom fará com que o falso *self* suprima verdadeiro *self*, como uma proteção contra as agonias impensáveis, trazendo um sentimento de irrealidade para o sujeito. Esse sentimento de irrealidade vai encontrar no suicídio, um gesto de desespero, um ato de espontaneidade do verdadeiro *self*, como uma forma de acabar com o sofrimento. Dessa forma, na análise o sujeito poderá encontrar uma forma de reviver a experiência traumatizante num ambiente suficientemente bom proporcionado no *setting* terapêutico, por meio do *holding* do analista, retomando o contato com verdadeiro *self* e construindo um viver pautado na espontaneidade e não

mais na submissão ao meio externo, fato que traz o sentido perdido para o viver.

Em relação à Laura, o processo terapêutico permitiu que ela elaborasse importantes questões e revivesse traumas da infância amparada pela sustentação da psicoterapeuta. Entende-se que alguns pontos foram cruciais para o manejo do caso, como o aumento da frequência semanal da terapia, o uso do divã e a disponibilidade da analista. O prolongamento da análise também se mostrou como primordial para possibilitar a continuidade do desenvolvimento de questões pertinentes ao caso, algo nem sempre possível nas clínicas psicológicas universitárias, haja vista a fila de espera e dinâmica de funcionamento deste tipo de serviço.

Referências

DIAS, E. O. A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. **Natureza humana**, v. 10, n. 1, p. 29-46, 2008.

FARIA, F. D. M. A questão do suicídio na teoria de D. W. Winnicott. **Winnicott E-prints**, v. 2, n. 1, p. 23-27, 2007.

FORLENZA NETO, O. Aplicação das idéias de Winnicott na clínica de pacientes difíceis (esquizóides, fronteirios e psicóticos). **Natureza humana**, v. 6, n. 2, p. 307-335, 2004.

GALVÁN, G. B.; AMIRALIAN, M. L. T. M. Os conceitos de verdadeiro e falso *self* e suas implicações na prática clínica. **Aletheia**, n. 30, p. 50-58, 2009.

JANUÁRIO, L. M.; TAFURI, M. I. A relação transferencial para além da interpretação: reflexões a partir da teoria de Winnicott. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 14, n. 2, p. 259-274, 2011.

KEHDY, R. O manejo na psicoterapia psicanalítica: uma visão winnicotiana. **Psic: revista da Vetor Editora**, v. 3, n.1, p. 06-15, 2002.

KLAUTAU, P.; SALEM, P. Dependência e construção da confiança: A clínica psicanalítica nos limites da interpretação. **Natureza humana**, v. 11, n. 2, p. 33-54, 2009.

LOPARIC, Z. A teoria winnicottiana do amadurecimento pessoal. **Infanto-Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, v. 7, supl 1, p. 8-41, 1999.

NAFFAH NETO, A. Falso *self* e patologia *borderline* no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. **Natureza humana**, v. 12, n. 2, p. 1-18, 2010.

SVARTMAN, B. Winnicott: conceitos que abrem novos caminhos. **Revista da SPAGESP**, v. 1, n. 1, p. 117-125, 2000.

VALLER, E. H. R. A teoria do desenvolvimento emocional de D. W. Winnicott. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 24, n. 2, p. 155-170, 1990.

WINNICOTT, D.W. (1958). A capacidade de estar só. In: **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Ed Artes Médicas Sul, 1979. p. 31-37

WINNICOTT, D.W. (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In: **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Ed Artes Médicas Sul, 1979. p. 128-139

WINNICOTT, D.W. (1963). O medo do colapso. In Clare WINNICOTT, C.; DAVIS, M.; SHEPHERD, R. (Orgs). **D. W Winnicott: Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994. p. 70-76.

ZANA, A. R. O.; KOVÁCS, M. J. O Psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 13, n. 3, p. 897-921, 2013.

Sobre os autores

Anna Maria Victória Zandoná Mack – graduanda do curso de Medicina na Universidade Estadual de Londrina.

Bruna Sanches Ognebene - Psicóloga Clínica pela Universidade Estadual de Londrina com abordagem psicanalítica. Pós-graduação e Formação em Psicanálise e Transdisciplina, Intervenção Precoce e Psicopatologia da Infância e Direção da Cura.

Charles de Freitas Vilas Boas – Advogado, formado em Direito pela Faculdade Pitágoras, atua nas áreas da Vara da Família e no Direito Trabalhista.

Francislaine Brasil Cenci – Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina. Especialização em Psicanálise e Filosofia. Pesquisa principalmente os seguintes temas: psicologia, psicanálise, filosofia, modernidade e cultura.

Giovana Pagliari dos Santos – Graduanda do curso de Psicologia na Universidade Norte do Paraná e colunista do Portal Comporte-se, além de participação em grupo de estudos e evento sobre suicídio.

Helton Marculino de Souza – Psicólogo, Especialização em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Londrina e Psicologia Analítica Junguiana pela Universidade Estadual de Campinas. Membro fundador da “Gaia – Psicologia Analítica”. Coordena grupos de estudo e supervisão, ministra cursos e atende adolescentes e adultos em psicoterapia.

José Luciano Tavares da Silva - Doutor em Fisiologia Humana pela USP-SP. Professor Associado do Departamento de Ciências Fisiológicas, Centro de Ciências

Biológicas da UEL. Responsável pelas disciplinas de Fisiologia Humana para o curso de Fisioterapia e Neurofisiologia/Neuroendocrinologia para o curso de Psicologia desta instituição.

Lorrayne Caroline Garcia Silva– Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina. Residente técnica em Gestão Pública com ênfase no Sistema Único de Assistência Social pela Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Luzia Venâncio Zanluqui– Psicóloga clínica pela Universidade Estadual de Londrina, coordenadora do grupo de estudos sobre suicídio “Suicídio: você já parou para pensar” e do grupo de estudos sobre morte, além de ser orientadora no Programa de Formação Complementar “Temas em Neurociências” sobre a temática do suicídio na UEL.

Maíra Bonafé Sei – Psicóloga, Mestre, Doutora e Pós-Doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina.

Marcos Nalli - Possui Graduação em Filosofia, Mestrado em Educação, Doutorado em Filosofia, e Pós-Doutorado na área de Epistemologia. Professor Adjunto da UEL.

Paula Renata Cordeiro de Lima - Psicóloga Clínica pela Universidade Estadual de Londrina. Atua como docente na Universidade Norte do Paraná. Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina.

Sonia Regina Vargas Mansano - Possui mestrado, doutorado e pós-doutorado em Psicologia Clínica pela PUC-SP, graduação em Psicologia pela UEL. É docente do Departamento de Psicologia Social e Institucional e do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) da UEL.

Orlando Marçal Junior - Psicanalista e Psicopedagogo Clínico, Graduado em Filosofia pela Universidade de Brasília, Teologia pelo Seminário Presbiteriano Conservador, Especialista em Psicologia Jurídica, Mestre em Psicanálise pela Escola de Psicanálise Clínica do Rio de Janeiro-RJ, Especialista em Educação e Saúde Mental.

Valdete Ramanauskas - formada em Pedagogia, atualmente aposentada. Voluntária plantonista no CVV e coordenadora da Comissão do PSV - Programa de Seleção de Novos Voluntários.

Vicente Emanuel Ribeiro Macedo Alves - Graduando em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. Atualmente membro colaborador do Núcleo de Psicologia Social Crítica do Departamento de Psicologia e do Programa de Apoio a Vida da Faculdade de Medicina, ambos ligados a Universidade Federal do Ceará.

Uma morte, uma busca pela vida

Quando se fala em suicídio, a maioria das pessoas se pergunta acerca dos motivos que levam alguém a cometer esse ato. Existem inúmeras teorias que arriscam ensaios a respeito disso, mas talvez os verdadeiros motivos jamais possam ser completamente esclarecidos uma vez que se vão junto com aquele que se vai.

A partir de visões e teorias da psicologia em diferentes abordagens, medicina, direito e fisiologia, trazidas por profissionais aqui dispostos a tratar da temática do suicídio, o intuito desse livro é possibilitar um pequeno vislumbre dos possíveis “motivos” que levam alguém a se matar. E mais ainda, do que pode ser feito para prevenir a ocorrência de suicídios.

Trata-se de um trabalho feito com muito carinho destinado não somente à comunidade acadêmica, mas ao público geral, que objetiva discutir o tema e fazer o leitor refletir sobre ele. Suicídio, já parou para pensar? Nós paramos, pensamos e escrevemos. Esperamos, com este livro, fazê-lo pensar, pensar criticamente e, sobretudo, instrumentalizá-lo para ação preventiva.

Impressão:

