Suicídio e os desafios para a Psicologia

Conselho Federal de Psicologia
Conselhos Regionais de Psicologia

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM
PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

O SUICÍDIO E OS DESAFIOS PARA A PSICOLOGIA

Brasília, dezembro, 2013
1ª Edição

Conselho Federal de Psicologia

O Suicídio e os Desafios para a Psicologia / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013.

152p.

ISBN: 978-85-89208-70-3

1. Suicídio 2. Psicologia 3. Saúde pública

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte. Disponível também em: www.cfp.org.br

1ª edição – 2013
Projeto Gráfico – Liberdade de Expressão
Diagramação - Liberdade de Expressão
Revisão – Liberdade de Expressão

Coordenação Geral/ CFP
Yvone Magalhães Duarte

Coordenação de Comunicação Social
Fernanda de Araújo Mendes
André Almeida (Editoração)

Coordenação de Relações Corporativas
Fabíola Borges Corrêa

Equipe Técnica
Rafael Menegassi Taniguchi - Chefe de Divisão – Referências Técnicas
Mariana dos Reis Veras – Analista Técnica – Divisão de Referências Técnicas
Ylo Barroso Caiado Fraga – Analista Técnico – Divisão de Referências Técnicas

Referências bibliográficas conforme ABNT NBR

Direitos para esta edição – Conselho Federal de Psicologia: SAF/SUL Quadra 2,Bloco B, Edifício Via Office, térreo, sala 104, 70070-600, Brasília-DF
(61) 2109-0107 /E-mail: ascom@cfp.org.br /www.cfp.org.br
Impresso no Brasil – Dezembro de 2013

Catalogação na publicação
Biblioteca Miguel Cervantes
Fundação Biblioteca Nacional

XV Plenário
Gestão 2011-2013

DIRETORIA

Aluízio Lopes de Brito – Presidente
Humberto Cota Verona – Presidente licenciado
Monalisa Nascimento dos Santos Barros – Tesoureira
Deise Maria do Nascimento – Secretária

CONSELHEIRAS EFETIVAS

Ana Luiza de Souza Castro
Secretária Região Sul
Flávia Cristina Silveira Lemos
Secretária Região Norte
Heloiza Helena Mendonça A. Massanaro
Secretária Região Centro-Oeste
Marilene Proença Rebello de Souza
Secretária Região Sudeste
Clara Goldman Ribemboim
Secretária Região Nordeste

CONSELHEIROS SUPLENTES

Celso Francisco Tondin
Henrique José Leal Ferreira Rodrigues
Roseli Goffman
Sandra Maria Francisco de Amorim
Tânia Suely Azevedo Brasileiro
Marilda Castelar

PSICÓLOGAS CONVIDADAS

Angela Maria Pires Caniato
Márcia Mansur Saadallah

CONSELHEIRA RESPONSÁVEL

Monalisa Nascimento dos Santos Barros

APRESENTAÇÃO

Este livro é fruto da transcrição dos debates online "Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a Psicologia clínica" e "Suicídio: o luto dos sobreviventes", realizados, respectivamente, pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 24 de julho e no dia 21 agosto de 2013.

O intuito foi chamar atenção para uma situação que retira a vida de milhões de pessoas em todo mundo e que pode ser evitada, especialmente por meio do apoio psicológico para os que atentam contra a própria vida e para aqueles que vivenciam o luto da perda.

Pela audiência dos dois debates, que atingiram 6.804 pontos conectados em todo Brasil, foi possível constatar que suicídio é um assunto que desperta o interesse massivo de psicólogas (os). Foi o maior número de acessos em debates em a toda história do CFP, inclusive na quantidade de perguntas enviadas pelo público, que somaram mais de 350 enviadas aos palestrantes.

O livro "Suicídio e os Desafios para a Psicologia" possui um caráter ainda mais especial por registrar o último texto da psicóloga uruguaia Blanca Susana Werlang, que faleceu no mês de novembro, em decorrência de um câncer. Blanca era doutora em ciências médicas e saúde mental pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e uma das participantes do primeiro debate online, cujas palavras sempre serão lembradas no primeiro capítulo desta publicação.

Alem de Werlang, este livro contem as falas dos outros debatedores, o psicólogo e professor da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Nilson Berenchtein Netto e a psicóloga e especialista em Psicologia Hospitalar, Soraya Carvalho Rigo, da Bahia, que também falaram sobre o suicídio como uma questão de saúde pública e um desafio para a profissão.

O capítulo sobre o luto dos sobreviventes, tema do segundo debate, contempla as falas do doutor em Psicologia Clinica, Marcelo da Silva Araujo Ta-

vares, do Distrito Federal, da doutora em Psicologia, Lucia Cecilia da Silva, do Paraná, e do PhD em antropologia com ênfase na antropologia médica e etnopsiquiatria, Carlos Coloma, do Mato Grosso do Sul. A força deste trabalho consiste na diversidade das histórias aqui reunidas, incluindo a transcrição das falas dos debatedores até as perguntas feitas pelo público e respondidas pelos especialistas.

Esperamos que este livro sirva de referência para as (os) psicólogas (os) que atuam na área e para ações futuras da Psicologia, pautadas em políticas públicas que busquem dar assistência à questão do suicídio com análises sociais e psicológicas aprofundadas voltadas para dirimir esse tipo de situação.

Aluízio Lopes de Brito
Presidente do CFP

SUMÁRIO

Introdução 10

Parte 1 – SUICÍDIO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E UM DESAFIO PARA A PSICOLOGIA CLÍNICA 13

I. Nilson Berenchtein Netto 15

II. Blanca Werlang 25

III. Soraya Carvalho Rigo 30

Parte 2 – SUICÍDIO: O LUTO DOS SOBREVIVENTES 43

IV. Marcelo da Silva Araújo Tavares 45

V. Lúcia Cecília da Silva 59

VI. Carlos Coloma 65

Parte 3 – PERGUNTAS E RESPOSTAS 77

VII. Respostas do Nilson Berenchtein Netto 79

VIII. Respostas do Carlos Coloma 108

IX. Respostas da Soraya Carvalho Rigo 125

X. Respostas da Lúcia Cecília da Silva 139

XI. Respostas do Marcelo da Silva Araújo Tavares 141

XII. Respostas da Blanca Werlang 144

INTRODUÇÃO

Mais de um milhão de pessoas tiram a própria vida todos os anos no mundo. Trata-se de um problema social de grande relevância para a saúde pública, e que pode ser evitado. Pensando em aproximar psicólogas (os) do tema, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) lança esta publicação "Suicídio e os Desafios para a Psicologia".

A ideia de fazer o livro surgiu da grande repercussão dos dois debates online, realizados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em julho e agosto, que chamaram atenção de milhares de psicólogas (os) em todo Brasil para um assunto que foi, por muitos anos, absolutamente velado.

Apesar dos fatores que contribuem para o suicídio variarem entre grupos democráticos e populações específicas, os mais vulneráveis são os jovens, os mais idosos e os socialmente isolados, como a população indígena.

Os países de baixa e média renda são os que têm a maior parte da carga suicida global, isso inclui o Brasil – cujo índice anual ultrapassou os nove mil em 2011. Estes locais estão relativamente menos equipados para impedir o suicídio, pois estão pouco capacitados para acompanhar a demanda crescente que vai da assistência à saúde, em geral, até a assistência especializada em saúde mental.

Além disso, os serviços são escassos e, quando existem, são de difícil acesso e contam com poucos recursos econômicos. As atenções apropriadas são essenciais para a saúde e bem estar, bem como a acessibilidade a profissionais capacitados para identificar os sintomas e a intervir no processo antecipadamente.

Uma grande questão vinculada ao suicídio é que a prevenção, de forma global, é possível. Logo, os comportamentos suicidas podem ser contextualizados como um processo complexo, que pode variar desde a ideia de retirar a própria vida, que pode ser comunicada por meios verbais e não verbais, até o planejamento do ato, a tentativa e, no pior dos casos, a morte.

É importante tratar das causas específicas básicas que levam uma pessoa a se matar e a desenvolver planos de ação adequados ao cenário brasileiro e à saúde pública. O CFP, portanto, assume a responsabilidade neste momento de promover este aumento do acesso público e profissional às informações sobre os aspectos de prevenção e comportamentos de suicídio e possibilitar a promoção de serviços de apoio e reabilitação de pessoas afetadas por esse tipo de ocorrência.

Entendemos que a troca de experiências e a explanação de especialistas no assunto possa motivar o aprofundamento das questões envolvidas na assistência aos envolvidos com o suicídio, de forma técnica ética e compromissada com a sociedade. Que esta publicação cumpra seu objetivo, boa leitura!

Monalisa Nascimento dos Santos Barros
Conselheira do CFP e responsável pela publicação

Parte 1

SUICÍDIO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E UM DESAFIO PARA A PSICOLOGIA CLÍNICA

Debatedores: Nilson Berenchtein Netto, Blanca Werlang e Soraya Carvalho Rigo

Coordenação da Mesa: Monalisa Nascimento dos Santos Barros

Nº de acessos: 3.787

Capítulo I

Nilson Berenchtein Netto [1]

Gostaria de começar trazendo uma questão que me parece ser fundamental de se pensar, que é o fato do suicídio não ser qualquer morte, é uma morte em específico, é uma determinada morte. E eu não estou falando de um suicídio em qualquer momento histórico, mas em um momento histórico específico, na sociedade capitalista. Essas duas questões têm implicações bastante sérias que fazem com que pensemos nesse fenômeno, tanto do ponto de vista de como o suicídio acontece e de seus determinantes, quanto do ponto de vista de como nós lidamos com ele.

Para trazer alguns elementos para essa reflexão, irei me remeter a uma passagem de um autor estadunidense que traz algumas críticas importantes, mas insuficientes, pois partem de sua postura liberal. Contudo, trata-se de um autor que vale a pena ser lido criticamente, Thomas Szasz, que em um livro chamado Libertad Fatal - Ética y Política del Suicídio, diz que:

> *[...] usamos a palavra 'suicídio' para expressar duas ideias bastante diferentes: por um lado, com ela descrevemos uma maneira de morrer; ou seja; tirar a própria vida, voluntária e deliberadamente; por outro lado, no lugar de utilizamos para condenar a ação, ou seja,* ***para qualificar o suicídio de pecaminoso, criminoso, irracional, injustificado...*** *em uma palavra, mal. (SZASZ, 2002, p. 21 – grifos no original).*

É interessante pensarmos que, nessa passagem final, Szasz faz uma brevíssima síntese de como o suicídio foi visto historicamente, desde a época em

[1] *Psicólogo, Doutor em Educação: Psicologia da Educação, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2012) e mestre em Psicologia: Psicologia Social, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2007). Professor Adjunto na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Paranaíba (CPAR). Pesquisador do Grupo de Pesquisas Percursos Suicidas, Sociedade, Cultura, História, Trabalho e Saúde (UNIFESP), desde 2010, no qual coordena a Linha de Pesquisa Suicídio: história, ética e política.*

que, entre os antigos, não existia necessariamente uma pejoração em relação à morte voluntária (a palavra suicídio vai surgir por volta do século XII, segundo os dados até então disponíveis), o que havia eram formas de se descrever o ato.

É principalmente a partir de Agostinho de Hipona (séc. V), também chamado por alguns de Santo Agostinho, que a morte de si passa a ter uma conotação pecaminosa. Posteriormente, ainda na Idade Média, passa a ser compreendida como crime, porque lesava os interesses da Coroa: aqueles que se matavam tinham seus bens confiscados pela Coroa, em detrimento de suas famílias, e os cadáveres eram penalizados. Ao final da Idade Média, com a separação entre a Coroa e a Igreja, o poder médico passa a ocupar um lugar privilegiado no controle da sociedade, de maneira que, a partir de então, são os "médicos" que definem a negatividade da morte voluntária, deslocando o fenômeno do pecado à patologia e qualificando-o como loucura.

Assim, a morte voluntária foi se constituindo como um fenômeno que tem características específicas, em momentos históricos distintos. Mas essa forma que Thomas Szasz usa para falar do suicídio na atualidade, como uma síntese que se expressa na palavra mal, traz um elemento importante, porque a forma mais desenvolvida traz em si incorporada, apesar de superadas, as formas que a antecederam. Trata-se de uma forma moralizante, que tende a compreender o suicídio como um fenômeno necessariamente negativo, do qual se quer buscar constantemente um afastamento. Como constituiu-se, então, essa visão hegemônica, ou seja, a mais comum, a respeito da morte voluntária na sociedade capitalista?

A primeira questão é que, nessa sociedade, a morte em geral é vista como um tabu. As pessoas não gostam e não querem ouvir falar, ou tampouco falar sobre a morte. Dentro disso, uma morte voluntária remete a um problema maior. Outra questão é que, por não gostar e não querer saber da morte, busca-se também a manutenção da vida, a qualquer custo. Busca-se fazer o possível e o impossível para se manter as pessoas vivas, independentemente das consequências que isso possa trazer para as próprias pessoas. A Blanca já havia trazido esse elemento, falando da questão de que os suicídios vêm na contramão da ciência. Isso porque a ciência vem se desenvolvendo justamente no intuito de fazer a manutenção da vida, coisa que a Soraya Carvalho Rigo (uma das palestrantes do debate online) também indicou, ao afirmar que os

médicos, historicamente, foram se apropriando de um poder sobre a vida e a morte e que o suicídio é visto por muitos deles como um questionamento, uma contestação desse suposto poder.

Em uma sociedade que não quer saber da morte, que busca escondê-la ou afastá-la a todo custo para impedir que ela aconteça, alguém que tente ou que consiga tirar voluntariamente a própria vida, só poderia ser considerado, no jargão mais "senso comum" possível, um louco. E é por aí que costumam vir as justificativas do porquê as pessoas costumam tirar suas vidas. Outra questão que é importante de se pensar é que a palavra suicídio tem uma significação de morte bárbara. Há uma pobreza terminológica ao nos referirmos a esse fenômeno e a outros que, porventura, possam se assemelhar formalmente a ele, sem o sê-lo de fato. Nós não temos vários termos como já existiram historicamente. Utilizamos suicídio para expressar as mais diversas formas de tirar a própria vida, independentemente de ter sido, de fato, intencional e deliberadamente, independente da forma e dos meios utilizados, da motivação e da conjuntura em que o fenômeno ocorre.

Estou falando em pobreza terminológica porque, em geral, são derivações da palavra suicídio, que viria supostamente do latim clássico, mas que se formos ver, não tem uma relação tão direta assim, já que sui, no latim clássico, não significa 'de si', como se entende na formação da palavra suicídio, mas suíno (sus/sui). Se um romano, como Cícero, escutasse o termo suicídio, imaginaria provavelmente que teria carne de porco na refeição. Encontraremos somente no alemão a palavra Freitod, que significa morte livre, e não estabelece uma conotação pejorativa como, por exemplo, auto assassinato (self-killer), assassino de si (self-murderer) e coisas do gênero.

Com essas terminologias, costuma-se desqualificar o ato daqueles que tentam tirar a própria vida e daqueles que o conseguem fazê-lo. Ao desqualificá-lo, também se estigmatiza esses sujeitos como alguém que não pode estar são ou no controle da sua própria conduta e, com isso, acaba-se por amordaçar o indivíduo e impedir que tudo aquilo que sua morte poderia trazer à tona se manifeste. Há que se pensar que toda e qualquer morte traz à tona algo sobre a sociedade em que ela acontece.

Em uma sociedade que de fato se preocupa com os indivíduos que a compõem e não somente com a própria manutenção enquanto sistema sociopolí-

tico e econômico, ao se constatar que existem muitas mortes de recém-nascidos, essa sociedade pesquisará as causas disso, para entender o que está acontecendo e fazendo com que esses recém-nascidos morram e buscará tomar as providências cabíveis para evitar que isso permaneça ocorrendo. Se o alto contingente de mortes for entre idosos, a mesma coisa. Por tabagismo, por ingestão de álcool e afins, a sociedade vai parar para pensar e pesquisar as possíveis causas e tomar as providências cabíveis. Vale ressaltar que, na sociedade capitalista, os fatos que costumam motivar as pesquisas e intervenções na Saúde Pública e na Saúde Coletiva são a desoneração do Estado, ou os interesses privados de determinadas corporações, ou ainda o encobrimento das mazelas do sistema econômico-político, como falaremos adiante.

A grande questão que se nos coloca é: o que traz à tona uma série de mortes que se dão exatamente pela intenção do indivíduo de tirar a própria vida? E é isso que muitas vezes se tenta apagar, escamotear, esconder. Uma das formas que se tem para fazer isso, comumente, é utilizar do biologicismo. É lógico que, no discurso, todos nós, principalmente os profissionais da saúde, sempre recorremos à questão do biopsicossocial, à necessidade de se olhar para os diversos aspectos constituintes do psiquismo, para as diversas esferas da vida dos indivíduos, porém, cotidianamente, não costuma ser isso o que nós produzimos ou reproduzimos. Eu trouxe dois elementos, duas passagens para ler para vocês que eu acho que expressam muito bem essa questão.

Uma delas é um trecho de uma entrevista que foi publicada no PSI, Jornal do Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo (CRP-SP), no ano de 2003, em que um dos responsáveis pelas questões de saúde mental da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, Leon de Souza Lobo Garcia, diz o seguinte: "[...] os fatores determinantes [do suicídio] são múltiplos e de interação complexa". Elementos esses que, inclusive, comumente são encontrados em todas, salvo equívoco, as cartilhas de prevenção ao suicídio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e afins. E continua dizendo que "cerca de 90 % dos casos e 40% das tentativas de suicídio estão associados a transtornos mentais, principalmente depressão e abuso de substâncias psicoativas" (CRP-SP, 2003 p.17). Ou seja, ao mesmo tempo em que se afirma que os fatores determinantes são múltiplos e de interação complexa, na sequência, afirma-se que mais de 90% dos casos de suicídio concretizados estão relacionados aos

transtornos mentais, à depressão e ao abuso de substâncias psicoativas. Não teriam tais fatores também determinantes múltiplos e de interação complexa? Parece-me contraditório, logo após afirmar as múltiplas determinações de um fenômeno, reduzi-las a apenas algumas, de ordem orgânica ou psíquica, a depender da análise que se faça. Por fim, o uso das ciências exatas, de forma imprecisa, para legitimar uma informação parcial.

Alguns poderiam questionar que se trata de uma afirmação relativamente ultrapassada. Podemos, então, trazer outra passagem que também nos remete a essa mesma lógica, extraída de uma entrevista concedida à revista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), pelo professor Neury Botega, uma das grandes referências dos estudos sobre suicídio em nosso país, que, com sua equipe, traduziu boa parte dos manuais da OMS para o português e representa, tal como outros tantos, a visão hegemônica acerca do fenômeno e de sua prevenção: "Em 97% dos casos, segundo vários levantamentos internacionais, o suicídio é um marcador de sofrimento psíquico ou de transtornos psiquiátricos" (BOTEGA, 2010).

Nesse caso, vale atentar para algumas questões: primeiramente, está falando de 97% dos casos, ou seja, são praticamente todos, quase ninguém escapa. Porém, o professor na sequência explica, sem esclarecer tal fato, que ele está falando de duas questões distintas, mas que não necessariamente aparecem como distintas em sua fala, mas são. Ele fala de sofrimentos psíquicos e transtornos psiquiátricos. Nós não podemos esquecer que não necessariamente esses dois fenômenos estão associados. Eles podem estar, podem inclusive derivar um do outro, mas não necessariamente eles estão associados. Quero ressaltar que, com isso, o sofrimento psíquico é algo da ordem da vivência, algo da ordem da existência, todos nós mais hora ou menos hora, em maior ou em menor intensidade, desenvolvemos sofrimentos psíquicos, o que não é exatamente a mesma coisa no que se refere aos transtornos psiquiátricos. Não podemos deixar de atentar à referência a estudos estrangeiros para legitimar o que se quer dizer.

Outra questão que é fundamental de se pensar e que é comum de nós, profissionais da saúde e, mais especificamente, profissionais "psi". Trata-se de produzirmos e reproduzirmos cotidianamente certo psicologismo na hora de explicar os suicídios. Esse psicologismo vai se dar, principalmente, por uma

descontextualização e uma atemporalização na hora de estudar, analisar e compreender os fenômenos, bem como a atribuição a características individuais e psíquicas de fenômenos que são sociais e políticos.

O terceiro elemento, menos comum, mas também presente nas análises ideologizantes que se costuma fazer acerca do suicídio, é o sociologismo, que pode ser encontrado na obra de um dos pioneiros nos estudos sobre suicídio, Émile Durkheim, quando ele diz que "cada sociedade possui uma disposição definida de indivíduos doados voluntariamente para o suicídio", o que leva a crer que a própria organização das sociedades faz com que isso aconteça. Também podemos encontrar vestígios de sociologismo na obra de Tomas Szasz, liberal que diz que o suicídio é da conta de cada um, não cabe a ninguém impedir as pessoas de atentarem contra si, o que se deve fazer é permitir que o cometam e, com isso, exime-se também qualquer responsabilidade da sociedade na constituição do fenômeno. Tanto um quanto outro acabam desresponsabilizando a sociedade no que se refere ao suicídio, reafirmando ou recolocando a condição individual que já é tradicionalmente impressa nesse fenômeno.

Por que, então, previne-se o suicídio? Se, como disse, a princípio, as mortes trazem consigo denúncias ou manifestações de coisas que se dão no âmbito da vida e da saúde de uma determinada sociedade, essas mortes específicas, intencionalmente provocadas, também vão explicitar essas questões. O que então essas mortes voluntárias poderiam explicitar sobre a nossa sociedade?

Nós estamos falando do suicídio na sociedade capitalista, sociedade esta que é fundada na exploração e profundamente marcada pela opressão, pela desigualdade, pela competitividade e pelo individualismo. Onde estão esses, entre outros elementos, na hora que se analisam as ideações, tentativas e, principalmente, suicídios consumados?

Nas horas em que se justificam as mortes por transtornos psiquiátricos - que também deveriam ser compreendidos como fenômenos de causas complexas e de múltiplas determinações - tal como o suicídio, sempre costuma ser manifestado?

O que nós profissionais da saúde acabamos fazendo, como papel típico que nos foi atribuído enquanto ciência autônoma, na consolidação do capitalismo, é adaptar os indivíduos e incutir-lhes, ainda mais, as ideias de que são os principais ou únicos, exclusivos, responsáveis pelo seu sucesso e pelo seu fracasso.

Gostaria de ler para vocês uma passagem de um senhor chamado Ignácio Gonzales Olivares, falando sobre o suicídio em seu momento histórico, em sua época. Ele era um representante da Coroa espanhola na colônia cubana e escreveu que

> *[...] a escravidão é uma condição necessária, indispensável para a existência social desta ilha, pelo menos por enquanto. Assim, é necessário investigar formas de parar ou reduzir o suicídio sem alterar a ordem da sociedade existente. (OLIVARES apud PÉREZ JÚNIOR, 2005, p. 51).*

Gostaria de refletir com vocês o que nós estamos fazendo de muito diferente disso que o senhor Inácio Gonzales Olivares manifestou acerca da sociedade em que vivia, no seu momento histórico, no que se refere à questão do suicídio. Lembrando que o suicídio era um fenômeno que ocorria frequentemente entre os escravos, fossem eles africanos ou indígenas escravizados na colônia cubana e não só nela, como no Brasil Colonial e também em outras tantas colônias nas Américas.

Substitua-se a palavra escravidão por trabalho assalariado e ilha por sociedade capitalista e veremos o quanto hoje nós também seguimos e reproduzimos ideias e práticas muito semelhantes às daqueles tempos, diante da necessidade de diminuir os suicídios ou inclusive de impedi-los totalmente, se possível, lógico, sem alterar a ordem da sociedade em que vivemos, sem alterar aquilo que faz com que as pessoas desejem e busquem pelas próprias mortes.

O que é que nós estamos fazendo diferente nesse sentido? O que fazer para que a vida miserável que faz com que as pessoas desejem a morte não permaneça a mesma e para que as pessoas não tenham que suportar essa condição, pelo bem daquilo que elas mal conhecem, mas que elas entendem ser necessário? Essas mortes, então, deveriam nos levar a algumas reflexões que são importantes de serem feitas. Como nós profissionais da saúde, seja no âmbito da prevenção, seja no âmbito da promoção da vida estamos agindo?

Vale lembrar que para prevenir o suicídio ou promover a vida não se precisa tocar especificamente ou diretamente no assunto do suicídio, trata-se, justamente, de promover ou valorizar entre as pessoas a questão da vida. Mas qual vida nós queremos valorizar? Quais condições de vida?

Quantas vezes faz-se com que o sujeito permaneça vivo, mas sem lhes dar qualquer condição de entender por que ele está buscando a morte, por que ele está desejando essa morte. Ele simplesmente continua suportando aquela condição por achar que é um pecado, por não querer causar um transtorno ainda maior para sua família, acaba suportando essa condição miserável de vida que lhe é imposta, sem sequer questioná-la, muitas vezes por não compreendê-la, ou não saber ou acreditar que é possível mudá-la.

Junte-se a isso a medicalização da vida e teremos um bom retrato do que vem acontecendo. Mantém-se, a qualquer custo, as pessoas vivas e para que possam suportar aquela existência degradante à qual estão submetidas cotidianamente, é oferecida como solução a utilização de psicofármacos, que em absoluto transformam a realidade adoecedora em que vivemos, mas que, ao atuar em nossa química orgânica, dá-nos uma percepção distinta dessa realidade, que permanece a mesma, aquela, que até então nos fazia desejar a morte. Não se trata aqui de uma apologia contra a utilização de medicamentos, esses, quando corretamente administrados, cumprem um papel importante em nossa sociedade, contudo, esse uso "ideologizante" do medicamento apenas encobre os sintomas que se manifestam nos indivíduos, sem tocar em suas profundas raízes sociais. Atua-se nas pessoas individualmente, quando se trata de um problema social.

Diante disso, cabe relembrar uma passagem da carta que resultou da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, que diz:

> *A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. (CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, p.1)*

Onde se diz comunidades, prefiro usar classe trabalhadora e, apesar da ideia de empoderamento me parecer insuficiente, é indiscutível a necessidade da participação, tanto da classe que produz a vida e dela não pode usufruir, quanto

daqueles que compõem essa classe, na criação de estratégias de superação das condições desumanizadas e desumanizantes impostas por essa sociedade.

Nesse sentido, podemos recorrer a uma reflexão de Inácio Martín-Baró - psicólogo salvadorenho assassinado em 16 de novembro 1989, por conta do seu envolvimento com as lutas da população salvadorenha pelo fim da ditadura naquele país - quando se refere à relação entre saúde mental e guerra:

> *Haverá mentes sãs, livres e criativas em nosso país à medida em que gozemos de um corpo social livre, dinâmico e justo. Por isso, o objetivo não se limita a atender os destroços e transtornos ocasionados pela guerra; o objetivo se pauta em construir um homem novo em uma nova sociedade (MARTÍN-BARÓ, 2000, p. 38).*

Evidentemente, ele está se referindo à guerra civil salvadorenha, da qual inclusive foi vítima, mas penso que, sem prejuízo, nós podemos substituir essa guerra, pela guerra de todos contra todos, tal como caracteriza Engels, a sociedade capitalista. O objetivo pauta-se em construir um homem novo e uma nova sociedade, ou seja, nós não podemos centrar os nossos esforços somente em garantir a sobrevivência dessas pessoas, que já foram tão atingidas por essa guerra de todos contra todos, mas também temos que fazer algo que vá em direção à transformação radical das relações de exploração que constituem essa sociedade e que as pessoas possam se entender e se assumir partícipes dessa transformação. Não uma transformação que seja feita por outros, mas para que elas possam participar disso, para que tenham a condição de transformar as condições de vida que lhe fazem desejar a morte.

Por fim, ressalto uma reflexão de Vigotski, um psicólogo soviético, na qual ele afirma que

> *A morte é interpretada somente como uma contraposição contraditória da vida, como a ausência da vida, em suma, como o não-ser. Mas a morte é um fato que tem também seu significado positivo, é um aspecto particular do ser e não só do não-ser; é um certo algo e não o completo nada (VIGOTSKI, 1996, p. 265).*

Trago essa passagem para que possamos refletir a respeito do quanto as mortes dessas pessoas nos trazem elementos sobre a vida. O que nós podemos pensar a partir delas. Ao calarmos essas pessoas, estamos mais uma vez violentando-as e impedindo-as de trazer à tona as críticas que, não fossem as condições de vida que essas pessoas tiveram, poderiam fazê-las em vida.

Capítulo II

Blanca Werlang [2]

O tema "Suicídio" é de extrema importância devido a seu impacto social, seja em termos numéricos, seja em relação a familiares, amigos ou conhecidos das pessoas que fazem uma tentativa ou ameaçam se matar. A Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra, em várias publicações, que o suicídio tem aumentado nas últimas décadas. Nas últimas quatro décadas, o suicídio cresceu significativamente em todos os países, envolvendo todas as faixas etárias e, também, vários contextos socioeconômicos. Pode-se dizer que o suicídio está entre as dez principais causas de morte. A OMS registra suicídios a partir dos cinco anos de idade e isso é altamente impactante, já que pensar que uma criança de cinco anos de idade, que está em processo de desenvolvimento cognitivo e emocional possa buscar intencionalmente uma alternativa para o seu sofrimento, tirando sua própria vida. Assim, é preciso dar atenção especial a esse problema.

O suicídio não apenas está entre as dez principais causas de morte, como também está entre as duas ou três causas mais frequentes de morte para o grupo de adolescentes e adultos jovens. A adolescência e a juventude são

[2] *Graduou-se em Psicologia pelo Instituto de Filosofia Ciências e Letras de Montevidéu/Uruguai; foi Especialista em Diagnóstico Psicológico pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; realizou Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS e Doutorado em Ciências Médicas/Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Foi Diretora da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul no período 2005 a 2009. Integrou o Grupo de Trabalho para desenvolver e implantar Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio do Ministério da Saúde. Seu último trabalho foi como professora titular da Faculdade de Psicologia da PUCRS; era integrante no Conselho Federal de Psicologia a Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica; era professora pesquisadora no Programa de Pós Graduação em Psicologia/PUCRS. Possuía experiência na área de Psicologia Clínica, com ênfase em Fundamentos e Medidas da Psicologia (Construção e Validação de Medidas Psicológicas) e Tratamento e Prevenção Psicológica. Atuou principalmente nos seguintes temas: Desenvolvimento e Adaptação de Instrumentos de Avaliação e Intervenção Clínica e no estudo de Comportamentos Violentos e Manifestações Psicológicas decorrentes de violência auto infligida, interpessoal, coletiva e de eventos catastróficos. Foi organizadora de livro, autora e coautora de vários capítulos e artigos relacionados ao tema Comportamento Suicida.*

fases em que o indivíduo define sua ocupação, sua profissão, escolhe seu parceiro para viver. É, assim, um assunto impactante, por influenciar tanto em termos emocionais quanto em termos econômicos. São pessoas que não estão de bem com a vida, portanto, não têm uma boa qualidade de vida e isso interfere na relação com as pessoas com quem o indivíduo convive.

É correto falar sobre comportamento suicida, pois isso engloba uma situação de pessoas que ameaçam tirar sua vida, mas não logram efetivação. Por outro lado, há pessoas que conseguem levar o suicídio às últimas consequências. Então, podemos dizer que o comportamento suicida é uma tragédia pessoal e familiar e, assim, torna-se um problema de saúde pública. É bastante difícil compreender por que um determinado indivíduo decide cometer suicídio, ao passo que outras pessoas em situação similar não o fazem. O que se pode afirmar, considerando a experiência clínica e a experiência de pesquisa, é que há grande complexidade para compreender o comportamento suicida. Sabemos que há fatores emocionais, psiquiátricos, religiosos e socioculturais. São um conjunto de fatores que ajudam a compreender a situação de vida, o sofrimento que essa pessoa carrega e, por isso, a busca da morte. Até podemos dizer que, por vezes, a pessoa não quer se matar. Quer, antes, eliminar a dor, diminuir o sofrimento e, por isso, busca, de repente, um método que o leva a morte.

O fenômeno do comportamento suicida é extremamente complexo e difícil de ser abordado, até porque, no mundo ocidental, a morte, por si só, já é um tema difícil de ser trabalhado nos diversos espaços sociais, como na escola, na família, no contexto acadêmico, e nos cursos profissionais da área de saúde em geral. Então, falar de um comportamento relacionado à morte, que vai na contramão da ciência, é mais difícil ainda, porque a ciência emprega grandes esforços para alongar os dias de vida e a pessoa que comete o suicídio vai de encontro a essa ideia, provocando um choque, um paradoxo.

Do ponto de vista clínico, é importante compreender o sofrimento para entender como se chega ao ato do suicídio. Não só o indivíduo que tentou e não alcançou a morte, como também os familiares, os amigos e demais pessoas. Sabemos que cerca de seis a dez pessoas são afetadas quando acontece um suicídio de uma pessoa próxima. Por exemplo, pensemos no suicídio de um adolescente, teremos o sofrimento do próprio adolescente que buscou a morte, teremos uma série de sentimentos de culpa, vergonha, tristeza, raiva dos

familiares mais próximos e até dos amigos mais próximos, impactando inclusive na sala de aula em que esse adolescente frequentava. Dessa forma, o número de envolvidos pode ser bem maior que seis ou dez pessoas.

Alguns países apresentam índices de suicídio muito elevados, chegando a até 40 casos em 100.000 habitantes. Temos, ainda, países com um registro epidemiológico mais moderado e os países com um número de registros bem pequeno. Há, também, países que não enviam informações sobre o tema à Organização Mundial de Saúde e isso nos coloca frente a um fato bem importante, em que os números são subestimados. Nós temos um número registrado daqueles países que enviam informação e mesmo aqueles que as enviam, provavelmente, não são informações completas. Isso torna a situação muito mais catastrófica, no sentido de que, logicamente, os países têm de pensar em programas de prevenção. Existem países que, de longa data, têm esses índices altos e têm tentado estruturar planos, trabalhos de prevenção. Alguns planos de prevenção têm dado certo e têm colaborado com aquela comunidade para diminuir os índices de suicídio, mas alguns desses planos não obtiveram sucesso.

Em 2005, o Ministério da Saúde criou um Grupo de Trabalho (GT) com a finalidade de organizar diretrizes nacionais para trabalhar com o comportamento suicida. Esse GT foi integrado por pesquisadores. Assim, foi possível, em 2006, organizar diretrizes em Porto Alegre, por ser o Rio Grande do Sul o estado que apresenta os maiores índices de suicídio no país. Toda a região Sul, formada por Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul, apresenta o maior número de suicídio. Esperava-se que os municípios e estados, por meio de suas Secretarias de Saúde, incentivassem a criação de equipes que pudessem trabalhar com prevenção a respeito do comportamento suicida.

A prevenção do comportamento suicida deve começar na família. A família tem de saber lidar com a morte. Geralmente, esse é um assunto que a família esconde, por acreditar que os filhos pequenos não terão recursos psíquicos para encarar a situação. Seguido da família, o trabalho nas escolas é tão importante quanto e deve ser iniciado desde as pré-escolas. Deve-se trabalhar, com as crianças, questões sobre a valorização da vida e as escolas podem organizar programas psicoeducativos que possam mostrar que certos valores precisam ser resgatados. A fraternidade, a harmonia e o respeito são elemen-

tos que, quando trabalhados da forma correta, preparam a criança para enfrentar as dificuldades.

É fundamental que se possam fazer trabalhos de treinamento com as equipes de saúde, com as equipes de educação, com engenheiros, arquitetos, com pessoas da área do Direito, com bombeiros e policiais, dentre outros profissionais. Se esses profissionais estiverem preparados e souberem identificar qualquer coisa que estiver relacionada ao comportamento suicida, já poderão intervir. É importante, também, frisar que, para se identificarem e intervirem no comportamento suicida, os profissionais devem trabalhar em rede. Por exemplo, engenheiros e arquitetos, ao planejarem espaços públicos, podem se atentar a locais onde possíveis suicídios possam ocorrer, tornando-os inacessíveis.

O psicólogo deve, então, conscientizar-se de que precisa ler mais, informar-se sobre o fenômeno, sabendo que há diversos fatores de risco para o suicídio, como um transtorno psiquiátrico, brigas na família e a perda de um emprego, por exemplo. Há sempre uma vulnerabilidade psíquica que precisa ser compreendida.

O comportamento suicida pode ser prevenido e, para isso, um bom planejamento e a criação de programas envolvendo diversos profissionais qualificados para tal fim são necessários. A comunidade, evidentemente, deve ser trabalhada conjuntamente. Não só podemos trabalhar com os profissionais que estão no posto de saúde, mas também com os voluntários que desenvolvem algum tipo de trabalho nos bairros, com igrejas, organizações não governamentais (ONGs). A prevenção do comportamento suicida é um grande desafio não só para a Psicologia, mas para toda a sociedade, por ser um desafio social, econômico e político.

As estatísticas nacionais apontam que há, no Brasil, 4.6 casos de suicídio para cada 100.000 habitantes. Apesar de serem apenas um lado do comportamento suicida, as estatísticas são importantes para mostrar aos órgãos públicos o impacto que esses números têm em nossa sociedade. A prevenção do comportamento suicida, inclusive, conseguiu diminuir seus números em alguns países europeus, mostrando, assim, a eficácia de um bom programa, com profissionais qualificados. Outro dado estatístico mostra que a idade média das pessoas que cometem suicídio vem diminuindo, além de mostrar tam-

bém que mulheres apresentam o maior índice de tentativa de suicídio, apesar de os homens liderarem a consumação do ato.

No âmbito da saúde pública, o psicólogo pode intervir a partir do momento em que possui a qualificação suficiente para entender o fenômeno e identificar fatores que levam ao risco do suicídio. O psicólogo e todos os profissionais que atuam na área da saúde têm disponíveis publicações, de órgãos como o Ministério da Saúde, que auxiliam o profissional a atuar de forma mais adequada.

Capítulo III

Soraya Carvalho Rigo[3]

Inicialmente, agradeço ao Conselho Federal de Psicologia pelo convite para participar deste debate, e o parabenizo pela iniciativa de promover uma discussão sobre um tema tão pouco abordado, mas de incontestável relevância para a sociedade. Por fim, expresso minha enorme satisfação em estar com colegas reconhecidos pelo trabalho que desenvolvem em torno da temática do suicídio.

Gostaria de falar um pouco do trabalho clínico que desenvolvo há 22 anos com pessoas em risco de suicídio no Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (Neps), uma instituição pública que faz parte do Centro de Informações Antiveneno (Ciave), centro de referência em toxicologia ligado à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

O Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (Neps) promove ações de prevenção e tratamento voltadas aos pacientes com depressão grave e risco de suicídio, por meio de atividades que englobam o paciente, a família e os profissionais de saúde. Com o paciente, o Neps disponibiliza acompanhamento psicológico, psiquiátrico e terapia ocupacional; com a família, promove reuniões informativas sobre depressão e suicídio, colhendo queixas, informando e construindo alternativas para lidar com a depressão e a tentativa de suicídio do familiar, visando minimizar os mal-entendidos provenientes dos equívocos causados pela falta de informação; e com os profissionais de saúde, realiza cursos de capacitação, com o objetivo de instrumentalizá-los para o reconhe-

[3] Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (1987), é Psicanalista e especialista em Psicologia Hospitalar. Idealizadora, fundadora e coordenadora do Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio - NEPS, desde 2007. O NEPS é um dos serviços do Centro de Informação Antiveneno - CIAVE, Centro de Referência em Toxicologia do Estado da Bahia, onde exerce a função de psicóloga tratando pacientes vítimas de tentativas de suicídio desde 1991. Atua também como psicanalista em consultório próprio. Tem experiência na área de Psicologia Clínica e Psicologia Hospitalar com ênfase em Tratamento e Prevenção Psicológica, principalmente na área da depressão e do suicídio. É membro-docente da Associação Científica Campo Psicanalítico, membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano do Brasil - Fórum Salvador, e membro da Internacional dos Fóruns. Integra o GT13 - Grupo de Trabalho sobre Suicídio da ULAPSI - União Latino Americana de Psicologia.

cimento de sinais e sintomas que indiquem risco de suicídio, possibilitando o encaminhamento precoce desses pacientes para tratamento. A capacitação inclui profissionais da saúde de nível superior e de nível médio, além de agentes comunitários.

Classificado pelo Código Internacional das Doenças, (capítulo XX da CID-10) como morte violenta por causas externas, isto é, morte não decorrente de doença (OMS, 10ª Revisão, CID-10, 1995), o suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial no qual a interação de fatores individuais, sociais e culturais será determinante na decisão de tirar a própria vida.

A inexistência de explicação universal para o ato suicida torna necessário, para compreendê-lo, levar em conta a associação de três fatores: os precipitantes (normalmente atuais e externos ao sujeito), os internos (relacionados à sua história de vida e aos transtornos mentais preexistentes) e o contexto sociocultural do ato.

No âmbito da Psicologia clínica, o trabalho deve partir da análise das causas precipitantes do suicídio buscando estabelecer sua relação com as motivações internas causadoras do ato, geralmente situações de muito sofrimento vividas anteriormente pelo sujeito. Quando um elemento atual dispara a ocorrência de um sentimento devastador capaz de provocar um suicídio, é geralmente porque ele reedita uma situação anterior de sofrimento, potencializando-a e tornando intolerável o momento atual. Nesses casos, o suicídio se apresenta como uma saída, uma possibilidade de aliviar a dor e o sofrimento.

O suicídio, como costumo defini-lo, é uma manifestação humana, uma forma de lidar com o sofrimento, uma saída para livrar-se da dor de existir. Por essa razão, considero o suicídio uma carta na manga, isto é, aquilo de que o sujeito pode dispor quando a vida lhe parecer insuportável.

Ao longo da história da humanidade, o suicídio sempre esteve presente, tendo adquirido significados e valores diversos, a depender da civilização e do momento histórico. Na atualidade, o fenômeno do suicídio vem ganhando proporções alarmantes, com taxas que ultrapassam um milhão de mortes por ano no mundo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). Apesar disso, o suicídio ainda figura como um enigma sem resposta, sobre o qual nos debruçamos, pesquisamos, estudamos, na tentativa de compreen-

dê-lo. Diante da complexidade desse fenômeno, resta-nos a questão: afinal, por que as pessoas se matam? Por que, diante de situações "semelhantes", algumas pessoas se precipitam num ato suicida e outras não?

Estudos mostram que mais da metade das mortes violentas no mundo são em decorrência do suicídio, com números que apontam em torno de três mil mortes por dia no mundo. Tendo em vista a subnotificação desse evento, esses números devem atingir índices ainda maiores. No que se refere à tentativa, estima-se que, para cada suicídio consumado, ocorram entre 10 e 25 tentativas, ou seja, 10 a 25 milhões de tentativas de suicídio por ano no mundo. E, se consideramos que metade das pessoas que se suicidam, realizaram uma tentativa anterior, isso faz da tentativa de suicídio um importante fator de risco do suicídio. Por essa razão, o tratamento de pessoas que tentaram contra a própria vida se torna uma ação essencial na prevenção do suicídio.

Diante desses números, o suicídio passou a ser considerado pela Organização Mundial de Saúde como um grave problema de saúde pública mundial, resultando na criação do Suicide Prevention Program (Supre), um manual de prevenção do suicídio, em que a OMS propõe recomendações para que os países-membros desenvolvam ações e políticas próprias que englobem assistência e prevenção do suicídio.

Alguns estudos relacionam o suicídio a transtornos mentais. Entre eles, a maior incidência de suicídio é nos casos de depressão, esquizofrenia e alcoolismo. A depressão, por sua vez, figura como o mais prevalente entre esses transtornos. Outros estudos mostram que apenas 15% a 20% das pessoas com depressão se suicidam. O que leva a duas conclusões: nem todo deprimido se suicida e nem todas as pessoas que cometeram o suicídio cursavam com depressão. Deste modo, parece mais prudente considerar a depressão como um fator de risco, não como causa do suicídio.

Mas quem é esse sujeito que diz não à existência e tenta tirar a vida com as próprias mãos? Partindo da perspectiva da psicanálise, em linhas gerais, o sujeito humano está sempre tentando encontrar um objeto capaz de preencher seu vazio existencial. Nesse movimento, encontra e elege um objeto, elevando-o à categoria de ideal, (ideal que pode estar representando uma pessoa, um país, uma causa), acreditando que esse ideal poderá tamponar sua falha estrutural.

Sendo esse vazio próprio da estrutura do ser falante, quer dizer, decorrente de sua entrada na linguagem, é um vazio impreenchível. A condição de falante é a prova de que o sujeito é marcado por uma falta e essa falta, esse vazio, é o que institui o desejo, responsável por impulsioná-lo na vida em busca de uma causa, um sonho, algo que dê sentido a sua existência. Na incessante procura de preencher sua falta estrutural, o sujeito idealiza um objeto, com o qual se liga, experimentando a falsa ideia de completude. Para alguns sujeitos, entretanto, sua ligação a esse objeto torna-se vital, de tal modo que se essa relação se desfaz, seja por morte, seja por perda ou abandono do objeto, expõe no sujeito sua incompletude, sua falha estrutural, favorecendo o desencadeamento de uma depressão.

A depressão, portanto, está geralmente associada a situações de perda do objeto idealizado, que pode ser experimentada como abandono, decepção, desapontamento, desilusão. Há também outras situações comumente observadas entre crianças, adolescentes e jovens, nas quais a depressão é desencadeada pela incapacidade do sujeito em atender às exigências do ideal eleito por ele.

Numa sociedade orientada pela lógica capitalista, cujo discurso se caracteriza por um imperativo de gozo e de satisfação, em que não há lugar para a tristeza, para a falha, ou mesmo para a dor. Uma lógica que impõe ao sujeito o dever do sucesso, criando a ilusão de que objetos de consumo podem tamponar sua falta estrutural. E a família, como um núcleo social, tende a reproduzir essa lógica, exigindo que seus jovens sejam bem-sucedidos, que se tornem ícones do seu tempo. Num contexto em que não é permitido falhar ou errar, muitas crianças e jovens sentem-se incapazes de atender a essa demanda, a esse imperativo de sucesso, se refugiando numa depressão e, por vezes, se precipitando num ato suicida. O suicídio, nestes casos, se configura como uma saída do sujeito para se livrar da angústia provocada por sua incapacidade de atender as expectativas do Outro.

A angústia, segundo Lacan, é o único afeto que não engana, visto que é real e experimentado no corpo. O sujeito deprimido é aquele mergulhado numa angústia desmedida, angústia materializada no corpo sob a forma de dor. Dói o corpo, dói o peito, dói a alma, como relatam alguns pacientes. É comum atribuírem a esta dor a causa precipitante do seu ato suicida, quando afirmam que matar-se seria a única forma de livrar-se dela.

A clínica com esses sujeitos, contudo, nos leva a estabelecer uma diferença entre o ato suicida cuja intenção de morte é incontestável daquele em que o sujeito inconscientemente deseja que fracasse. Deste modo, propomos identificar o tipo do ato suicida tomando como referência os fenômenos que a psicanálise denomina de *acting out* e de passagem ao ato. Num ato suicida por *acting out*, o sujeito, através do seu ato, dirige ao Outro uma demanda: demanda de amor, de atenção, de reconhecimento. Percebe-se aí um elemento de mostração, em que o sujeito cria a cena, se insere nela e desse lugar faz um apelo ao Outro. Numa passagem ao ato, diferentemente, o sujeito identificado ao nada e reduzido ao resto, ao dejeto do mundo, não se reconhece mais como um sujeito historiado, por isso ele sai de cena, por meio de um ato radical.

Para fins ilustrativos, darei um exemplo em que uma pessoa tenta suicídio fazendo um *acting out*: um homem que, diante de uma decepção amorosa, quando descobre que está sendo traído pela companheira, mergulha numa grande tristeza e decide matar-se. Para isso, ele ingere uma quantidade razoável de medicamentos ou de veneno, deixando a embalagem vazia do produto do seu lado, de modo que, ao ser encontrado, possam deduzir tal ingestão, com tempo hábil para ser socorrido. Isso é um *acting*, ou seja, inconscientemente não há intenção de morrer, mas um apelo ao Outro, o que não significa que não haja sofrimento. Por essa razão, não se deve rotular esse tipo de tentativa de suicídio como um ato para chamar atenção, porque, quando reduzimos a isso, é como se minimizássemos sua dor, não lhe creditando qualquer valor. Isto porque, mesmo que o considerássemos um ato para chamar atenção, uma pessoa que necessite utilizar métodos tão arriscados para chamar a atenção do outro, estaria, sem dúvida, vivenciando grande padecimento.

Por isso, nas tentativas de suicídio por *acting out,* mais do que um ato para chamar atenção, trata-se de um ato para clamar atenção. Neste sentido, orientamos os profissionais da saúde a evitar este tipo de rotulação diante de qualquer tentativa de suicídio, o que infelizmente é uma situação bastante frequente nas emergências, posto não ser possível avaliar o grau de sofrimento de um sujeito, só porque, inconscientemente, ele não deseja o êxito do seu ato.

A expressão “chamar atenção”, quando associada a um ato, ganha tom bastante pejorativo em nossa cultura. Fato que talvez possa ser explicado pelo duplo sentido que comporta tal expressão: “chamar atenção” como um

pedido de atenção, e "chamar à atenção" como uma repreensão. Ou seja, num sentido, um pedido ao Outro para que lhe transfira o foco de sua atenção e, num outro sentido, uma repreensão ao Outro por estar falhando em seu "dever" de dar atenção ao sujeito. A repreensão gera um sentimento de culpa e o "dever", um sentimento de indignação. Por essa linha de pensamento, pode-se compreender por que uma tentativa de suicídio como um *acting out*, como uma atuação, provoca reações tão desagradáveis nas pessoas em geral.

Num caso de suicídio por passagem ao ato, o paciente, por não desejar ser salvo, pode, por exemplo, comunicar à família que fará uma viagem, devendo se ausentar por alguns dias, mas, na realidade, dirigir-se à própria casa, onde ingere uma grande quantidade de medicamentos ou veneno, ou mesmo utiliza métodos mais radicais, como enforcamento ou arma de fogo, conseguindo, muitas vezes, consumar o suicídio. Entretanto, seja num acting out ou numa passagem ao ato, o que está em jogo é o sofrimento do sujeito, impossível de ser mensurado. Desta forma, o psicólogo ou qualquer outro profissional da saúde precisa estar ciente de que independentemente do tipo de ato, se foi uma tentativa de suicídio para dar certo ou para fracassar, o paciente deve ser tratado com respeito e dignidade.

Mas quem é esse sujeito que tenta o suicídio ou que se suicida? A princípio, é um sujeito que, com seu ato, desorganiza a dinâmica familiar, social e médica. Ao dizer não à existência, o sujeito desestabiliza a ordem, posto que o suicida é aquele que subverte a ordem médica, contraria as leis cristãs e desafia a lógica capitalista.

Por que o suicida subverte a ordem médica? Ao longo da história, o médico, afinado com a ciência, vem acumulando saber sobre a saúde e a doença, sobre a vida e sobre a morte, um saber responsável por lhe conferir status e poder. A ordem médica, em consonância com sua ética, baseia sua prática no princípio de que a vida está acima de tudo e de que todos os esforços devam ser empreendidos no sentido de preservá-la. Ao tentar contra a própria vida, o sujeito, de certa maneira, subverte essa ordem. É como se, com seu ato, ele competisse com o saber e, consequentemente, com o poder médico, tornando-se, por esta razão, uma persona non grata, muitas vezes indesejado e "maltratado" pela equipe médica.

São muitas as cenas que podem ilustrar isso e que fazem parte da rotina das emergências de hospitais gerais, por exemplo: o que diz um médico numa emergência diante de um paciente que tentou o suicídio: "Você não queria morrer, só está querendo atrapalhar o meu plantão. Olha aqui, da próxima você faz o seguinte: se joga do Elevador Lacerda, que é tiro e queda!" Esta é uma intervenção absolutamente inadequada, que aponta o incômodo do médico diante daquele que contraria a ordem médica, pondo em xeque sua importância e tornando-o prescindível, situação com que ele não sabe lidar, porque não aprendeu durante sua formação acadêmica. Quando um paciente recebe comentários dessa natureza, é frequente que durante o atendimento psicológico ele desabafe: "Se nem o médico acha que eu devo viver, então é porque eu tenho mesmo que morrer!" Nesse sentido, o suicida é aquele que incomoda a equipe de saúde, por subverter o preestabelecido pela ordem médica. O suicida é aquele que, com o ato, subverte a ordem médica.

Ao tirar a própria vida, este sujeito também contraria as leis cristãs, uma vez que, se Deus lhe deu a vida, só a Ele é reservado o direito de tirá-la. Ele também desafia a lógica capitalista, uma vez que essa lógica produz um discurso que prega: "Você não pode fracassar, não pode sofrer, não pode ficar triste! Contra isso temos remédio: os antidepressivos, a pílula da felicidade!" Mas se o paciente com seu ato comunica: "Não, eu não vou compactuar com isso, vou deprimir, vou sofrer, vou fracassar", ele estará desafiando e contrariando a lógica vigente, e por isso acabará sendo segregado pela sociedade.

Desta maneira, com seu ato, o sujeito evidencia a impossibilidade, o furo e a inconsistência dos discursos: médico, científico, religioso e capitalista, embaraçando e inquietando os que com ele se relacionam. Por esta razão, na maioria das vezes, ele se torna um sujeito prejulgado e condenado pela sociedade.

A clínica do suicídio é composta de muitos desafios. E esses desafios dizem respeito não apenas ao paciente, mas também aos seus familiares e à equipe de saúde que o assiste. Diante de um tema como o suicídio, impregnado de tabus religiosos e morais, o psicólogo terá de enfrentar não apenas os obstáculos clínicos com o paciente, como também terá de lidar com o desconhecimento do fenômeno e o despreparo emocional tanto dos familiares quanto da equipe de saúde.

A clínica do suicídio é uma clínica do limite, da urgência, da dor psíquica extrema. Suas especificidades devem levar o psicólogo a uma reflexão não apenas sobre sua prática, mas também sobre a técnica e a ética que orientam seu exercício profissional. Diante de sujeitos decididos a morrer por meio de um ato radical como o suicídio, independentemente da abordagem adotada, o psicólogo deve estar advertido de que neste ato a dimensão do sofrimento está sempre presente, mesmo em casos em que não esteja configurado um transtorno mental.

Desafios quanto ao paciente:

Na clínica do suicídio, o psicólogo encontrará obstáculos para a realização do seu trabalho, devido às especificidades próprias a essa clínica: são sujeitos sem demanda, sem sintoma, sem desejo, que se orientam por uma ética de puro gozo, gozo de morte, gozo da morte. Por esta razão, o sujeito que decide pela morte, na maioria das vezes, não procura tratamento, ele é conduzido, levado a buscar ajuda de um profissional, se configurando, no caso de uma psicanálise, numa situação terapêutica às avessas, isto é: do lado do paciente, onde deveria estar uma demanda de análise, um pedido de ajuda, se coloca uma oferta; onde deveria estar um sujeito dividido, se interrogando sobre o enigma do seu sofrimento, se encontra um sujeito portador de uma certeza sobre a morte; e ali onde deveria haver sintoma, tem-se o ato.

No lugar do sujeito do desejo, encontra-se um sujeito orientado pela ética do gozo. Por ética do gozo, entende-se um gozo mórbido, uma satisfação mórbida com o sofrimento. Do lado do analista, ali onde ele deveria exercer sua função com neutralidade, espera-se que ele seja mais atuante no sentido de convocar ao tratamento este sujeito sempre disposto a desistir, até fazer que uma demanda possa advir. E assim, seja como analista, seja como psicólogo, o profissional não deve recuar diante da morte, devendo estar advertido de que, para além do sofrimento do qual o sujeito se lamenta, há uma satisfação, um gozo, mortífero sem dúvida, mas há gozo, o gozo da morte. E se um sujeito escolhe a morte, ele o faz não porque a deseja, visto que o inconsciente não a reconhece, mas porque dela pretende obter alguma satisfação. E satisfação não é necessariamente sinônimo de prazer, ao contrário, por vezes, ela adota meios desprazerosos para atingir seu alvo.

Diante das especificidades desta clínica, o maior desafio é fazer com que o sujeito fale no lugar de atuar e assim possa se implicar no seu ato e demandar um tratamento. Desta maneira, o tratamento deverá possibilitar que a pulsão de morte, esse apetite pela morte, dê lugar ao desejo de saber, permitindo o reaparecimento do sujeito que fora abolido pelo ato. A partir daí, que ele possa encontrar outras formas de expressar seu sofrimento, que não no ato suicida, dando um novo sentido à vida, uma vida em que exista lugar para o sonho.

Em linhas gerais, diante de um sujeito que se decide pela morte, o que pode um psicólogo? Primeiramente, acolher a dor, o sofrimento, a queixa do paciente, por meio de uma escuta atenta e interessada, sem julgamentos ou expectativas. Para enfrentar os desafios na clínica com esses pacientes, é preciso ter ânimo. Â-N-I-M-O é uma sigla que traz em si as letras que direcionam nosso trabalho: (A) de atenção: porque é fundamental estar atento ao percurso desse sujeito, tanto na vida quanto no tratamento. Por exemplo, se ele falta à sessão, devemos contatá-lo para saber o motivo de sua falta, remarcar a sessão; quando algo importante em sua vida está por acontecer ou diante de uma decisão importante que tenha de tomar, telefonamos para saber os desdobramentos. O psicólogo deve estar atento, ser ativo, atuante. (N) de neutralidade: diante do que se escuta, e isto quer dizer ouvi-lo sem críticas ou julgamentos, não significa passividade. (I) de interesse: que é uma das principais características do nosso trabalho.

Estar interessado no que o paciente tem a dizer, na sua singularidade, na sua história. Isso me faz lembrar um caso muito bonito que acompanhei, vou apenas trazer um fragmento dele. Em sua primeira consulta no ambulatório do Neps, um paciente, logo que entrou na sala, disse: “Eu não vinha porque eu não tinha o dinheiro para o transporte”. Ele morava muito longe e chegou com três horas de atraso para o atendimento. Ao sair de casa, sua mulher lhe perguntou como iria à consulta se estava sem dinheiro. Ele lhe respondeu: “Vou a pé e volto com uma música”. Eu lhe perguntei: “Como assim, volta com uma música?” E ele me respondeu: “Ah, é porque eu faço música”. E eu falei: “Você faz música? Então canta uma música sua para eu ouvir”. Ele ficou tão impactado com o que eu havia lhe dito e deixou escapar: “Poxa, é a primeira vez em minha vida que alguém me pede para eu cantar uma música minha”. O que eu fiz? Absolutamente nada demais, ele me disse que escrevia músicas, me

interessei e perguntei. É simples: quando atendemos um paciente, principalmente se ele está deprimido, escutá-lo com interesse faz a diferença. E, por fim, precisamos ter (MO) de motivação, aquela dose de entusiasmo necessária para sustentar o trabalho com essa clínica. Uma clínica em que precisamos ser pacientes para suportar sem pressa ou expectativas, o tempo do paciente.

Além disso, na clínica com pacientes suicidas é importantíssimo, também, que o terapeuta disponibilize o número do seu telefone celular para que o paciente possa contatá-lo em momentos de desespero e urgência psíquica, mesmo que isso ocorra fora do horário comercial.

Para concluir, os desafios que o psicólogo enfrenta com os familiares do paciente e com a equipe de saúde que o assiste, são igualmente importantes. Em ambos os casos, o tabu em torno do suicídio gera o maior dos desafios: o preconceito. E este preconceito gerado pela falta de informação sobre o fenômeno do suicídio pode ser observado tanto na equipe quanto na família. Desta forma, o psicólogo necessita informá-los, instrumentalizá-los para impedir que façam julgamentos prévios baseados em valores absolutamente equivocados e que irão provocar a condenação do paciente.

Outro desafio é o despreparo emocional tanto da família quanto da equipe, responsável por permitir interpretações simplistas do fenômeno e por provocar reações de indignação, de punição, ou mesmo de compaixão quanto ao paciente. Então, se havia proposto o ânimo para enfrentar os desafios com o paciente, com a equipe e a família proponho PIC, (P) de parceria, (I) de informação e (C) de coragem. Portanto, ÂNIMO e PIC são ingredientes que não podem faltar no trabalho conjunto para fazer frente, desafiar, prevenir o suicídio.

REFERÊNCIAS

CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE. (1986). Recuperado em 23 de julho de 2013, de: http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf.

MARTÍN-BARÓ, Ignacio. *Guerra y salud mental*. In. MARTÍN-BARÓ, I. (org). Psicología social de la guerra. San Salvador: UCA, 2000.

PÉREZ JUNIOR, Louis A. USA: University of North Carolina Press, 2005.
SZASZ, Thomas. Libertad fatal – Ética y política del suicidio. Buenos Aires: Paidós, 2002.

VIGOTSKI, Lev. S. *Teoria e método em psicologia*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

Parte II

SUICÍDIO: O LUTO DOS SOBREVIVENTES

Debatedores: Marcelo da Silva Araújo Tavares, Lúcia Cecília da Silva e Carlos Coloma

Coordenação da Mesa: Celso Francisco Tondin

Nº de acessos: 3.017

Capítulo IV

Marcelo da Silva Araújo Tavares [4]

A prevenção do suicídio e a compreensão da experiência de quem perde alguém que tirou sua própria vida é um tema muito importante e que requer cada vez mais destaque. O acompanhamento das tendências demográficas do risco de suicídio e do suicídio mostra a necessidade de enfrentamento direto desse problema. Ele afeta a qualidade de vida das pessoas e da família e é tanto um problema de saúde quanto um problema social. Pelo menos, precisamos compreender, cada vez mais, as principais questões associadas.

Gostaria de começar, talvez pelas portas dos fundos, tratando do contexto no qual uma morte se dá, ou seja, qualificando o suicídio entre outros *modos de morte*. Estamos acostumados a tratar de causas de morte no sentido médico tradicional, mas a compreensão da morte como fenômeno ultrapassa esses limites. Dessa compreensão, depende o desenvolvimento de estratégias de prevenção da mortalidade precoce, que requer a classificação das causas de morte em *modos* de morte. Nessa concepção, c*ausas e modos* de morte são conceitos distintos.

A primeira subdivisão importante é entre causas internas e causas externas. Causas internas estão associadas ao processo de saúde-doença dentro

[4] *O professor Marcelo Tavares obteve seu Mestrado em Psicologia (1989) e o Doutorado em Psicologia Clínica (1993) pela United States International University. Atualmente é Professor Adjunto da Universidade de Brasília no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PsiCC). Coordena o Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio. Seu interesse principal envolve o psicodiagnóstico clínico, a psicopatologia, a intervenção psicoterapêutica e a prevenção em Saúde Mental. As questões principais abordam as situações de crise, sofrimento ou vulnerabilidade psíquica grave, os transtornos mentais e as situações de risco, em especial, no contexto de ideação e/ou tentativas de suicídio. As pesquisas do Núcleo se organizam em três direções primordiais, incluindo: (1) o estudo de estratégias preventivas, onde predominam o desenvolvimento de métodos de identificação precoce de risco e a intervenção preventiva com os mais jovens (estudantes entre 15-25 anos); (2) a identificação de risco em Saúde Mental, com o desenvolvimento de protocolos de avaliação diagnóstica para a triagem e planejamento terapêutico com usuários de serviços de Saúde Mental; e (3) o desenvolvimento de técnicas de tratamento dessas condições, nas quais encontramos, via de regra, o comprometimento das estruturas da personalidade, comorbidade psicopatológica frequente e graves conflitos relacionais. A abordagem clínica principal é psicodinâmica, utilizando técnicas expressivo-suportivas com base nas Teorias das Relações Objetais.*

do modelo médico tradicional, ou seja, estão associadas às condições biológicas que podem levar à morte, como uma parada cardiorrespiratória ou uma pancreatite. Essas causas internas caracterizam o *modo de morte natural*, do qual se distinguem os outros três modos de morte mais importantes: *morte acidental, homicídio e suicídio*. Esses modos de morte estão associados às causas externas – e não são provocados pelos problemas de saúde no sentido biológico, médico tradicional.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que esses modos de morte (provocados por causas externas) ocorrem em maior frequência em praticamente todos os países, especialmente entre os mais jovens. Em geral, os acidentes estão em primeiro lugar, seguidos de homicídios ou suicídios, que disputam a segunda ou terceira posição. Constatamos, portanto, que os três modos de morte mais importantes na nossa sociedade hoje são resultados de comportamentos.

Nesse sentido, associamos *"causas externas"* com comportamentos de risco. O risco desses três modos de morte ocorrer é, com frequência, associado ou em decorrência de outros comportamentos de risco, como o uso de drogas e álcool, a agressividade e a violência, por exemplo. Os acidentes, os homicídios e os suicídios são três grandes grupos que reúnem condições que levam à morte e são todos associados ao comportamento, ao estilo de vida e ao contexto sociocultural. A compreensão desse fato tem grande relevância para a Psicologia na Saúde Pública: pouco se pode fazer para a prevenção do sofrimento e da mortalidade precoce nesses casos, se nos limitarmos ao ponto de vista médico tradicional.

Os indicadores mais diretamente apontados pelas pesquisas como associados a esses modos de morte são também de ordem comportamental, emocional ou psicológica e estão associados ao contexto familiar, ambiental, social, econômico e cultural. Exemplos comuns de fatores de risco incluem a experiência de privação, negligência ou abuso na infância, violência doméstica, condição socioeconômica precária, falta de acesso à educação de qualidade e à oportunidade, problemas graves em pelo menos um dos cuidadores (alcoolismo, doenças mentais, ausências prolongadas, desemprego etc.), ser vítima de *bullying*, isolamento ou problemas interpessoais graves, transtornos mentais diagnosticáveis, uso de drogas e álcool, impulsividade e hostilidade e

a vivência de afetos intoleráveis (desespero, depressão, desamparo, desesperança, abandono, humilhação, vergonha, ódio, inveja, entre outros).

Ou seja, para melhorar a expectativa, qualidade de vida e a saúde geral da população, precisamos investir em compreender e prevenir problemas associados a questões de ordem comportamental, emocional e psicológica que atuam como fatores de risco no contexto da família e da sociedade. A avaliação de fatores de risco é uma atividade de extrema importância tanto para o desenvolvimento de programas preventivos quanto para a atuação no contexto da intervenção, como nos casos de violência, abuso, autoagressão, suicídio, entre outros problemas relevantes do nosso tempo.

Essa constatação aponta para a função e importância da inserção da Psicologia enquanto profissão em vários contextos da sociedade. Também aponta para esses comportamentos extremos como indicadores finais de uma longa cadeia de processos que comprometem a qualidade de vida e bem-estar pessoal e social. Os dois exemplos mais nítidos de uma longa e complexa cadeia de fatores que levam a resultados indesejáveis são a violência e o suicídio.

Essa reflexão coloca em relevo o impacto que o risco de suicídio e o suicídio têm do ponto de vista pessoal, familiar e social. Há um grande prejuízo tanto de ordem material quanto subjetiva para a pessoa em risco. Quase sempre observamos que o risco de suicídio se estabelece a partir de experiências adversas precoces e ao longo da vida, que levam ao sofrimento psíquico grave, aos comportamentos de risco, às tentativas de suicídio e ao suicídio, com seu desfecho trágico e irreversível.

As pesquisas apontam que, em pelo menos 90% dos casos de suicídio, encontramos um transtorno mental diagnosticável. Apontam também que o suicídio ocorre com frequência em condições de inacessibilidade ao tratamento ou em um período de ruptura no processo de tratamento, seja por dificuldades da pessoa em risco ou por dificuldades do profissional em lidar com os desafios das demandas do tratamento ou da natureza da relação com o paciente. Pessoas que fazem tentativas graves, com danos médicos, relatam um estado de sobrecarga emocional, uma experiência de sofrimento subjetivo insuportável, do qual sentem a necessidade definitiva e imediata de alívio. Apesar da evidência de haver um processo de sofrimento significativo e muitas vezes prolongado, essas observações reforçam a concepção de que essa seria uma

morte evitável, considerando que esses estados tendem a ser transitórios e podem ser transformados com escuta e tratamento adequados.

Mas o impacto de uma tentativa de suicídio ou de um suicídio não se limita à pessoa em processo de sofrimento. Esse impacto se estende às pessoas na família e nas relações sociais e de trabalho. Um entendimento desse impacto na sociedade e na cultura está associado ao entendimento da experiência de conviver com o risco ou de perder alguém por meio de um suicídio. Conviver com o risco significa saber ou intuir que alguém que amamos ou com quem convivemos pode se matar. Perder alguém para o suicídio significa saber que a pessoa tirou a própria vida e, em decorrência, sentir-se submetido à necessidade de dar sentido a esse ato, de ter de justificar e sustentar o valor de nossas próprias vidas, especialmente em momentos mais difíceis. Chamamos quem vive esse processo de "sobrevivente". O impacto de ser sobrevivente é tão significativo que ter se relacionado com alguém que se matou é um dos principais indicadores de risco futuro de suicídio. Ou seja, colegas, amigos e familiares de pessoas que se mataram estão em maior risco do que a maioria das pessoas.

O impacto de ser sobrevivente tem sido mais extensamente tratado no contexto das famílias enlutadas por ter perdido alguém pelo suicídio. Estudar os processos de ser sobrevivente nos ajuda a compreender também o processo de sofrimento antecipatório de uma família que acompanha uma pessoa em sofrimento grave com ameaça de suicídio. Existem também famílias que são surpreendidas por não terem percebido, compreendido ou valorizado em tempo a natureza do risco. Para estas, compreender como não haviam percebido, compreendido ou valorizado o risco em tempo pode ser um processo doloroso, mas extremamente necessário, de se identificar e elaborar sentimentos de raiva e culpa. Dinâmicas de raiva e de culpa tendem a dificultar uma a elaboração da outra. Quando alguém da família tinha o conhecimento do risco, sentimentos de impotência e fracasso nos cuidados com o ente querido se agregam ao processo. Culpabilização (projeção da culpa) e autoflagelo não são experiências incomuns.

As reações que se têm ao risco de suicídio ou ao suicídio provocam emoções muito poderosas: o medo, a culpa, a raiva, a tristeza, a ansiedade, a vergonha, a saudade. Mas os sobreviventes não ficam apenas afetados por

emoções como essas; também sofrem de outras decorrências dessas emoções intensas, como a negação, depressão, isolamento, não aceitação daquela ausência, problemas de ajustamento, dificuldades de estabelecer novas relações, sensação de desamparo, queda de produtividade, desenvolvimento de transtornos mentais, aumento do uso de drogas ou álcool e desinvestimento em sua própria vida.

Para muitos, principalmente os mais próximos, a vida fica radicalmente transformada. Então, as pessoas precisam dar significado a essa perda, buscar um sentido em sua vida para o ato de pôr fim à própria vida, como fez o ente querido que se foi. A partir do momento em que uma perda desse tipo fica constituída na história de alguém, essa pessoa tem a sua vida irremediavelmente marcada por um evento. Passamos a chamá-los de sobreviventes, por terem suas vidas marcadas por um evento extremo: são sobreviventes a um suicídio.

Mas não podemos nos iludir por essa aparência. A razão pela qual é absolutamente fundamental que tomemos esse problema em consideração e de maneira séria é que o suicídio não é um evento singular, que ocorre repentinamente. Ele é um evento previsível que é resultado de anos de sofrimento e tentativas frustradas de superá-lo. Em geral, as pessoas que vêm a se matar passaram por um processo longo e complexo de ideação suicida, planejamento e tentativa. Muitas fazem múltiplas tentativas. Então, aquilo que emerge como uma tentativa de suicídio é na verdade um indicador, em outras palavras, um sintoma de um processo de sofrimento muito maior, como que um último grito de socorro. É uma consequência de uma história de vida com eventos adversos, vulnerabilidades e dificuldades, com um desfecho trágico.

Até aqui, vimos uma breve colocação da experiência do sujeito em risco e da família sobrevivente, o que tem sido muito bem tratado na literatura. Gostaria de considerar, no restante deste texto, os efeitos, no profissional, de trabalhar em um contexto no qual pode vir a se tornar um sobrevivente. Os profissionais de Saúde Mental convivem com o risco ou a possibilidade – e em alguns casos, a probabilidade – de se tornar um sobrevivente. Ou seja, esses profissionais podem, de fato, vir a perder um de seus pacientes. O impacto da perda de uma pessoa pelo suicídio não se limita à família ou aos amigos. Todos que convivem com a pessoa em sofrimento e em risco de suicídio, inclu-

sive o profissional, são impactados por esse processo. O profissional também pode ser afetado de modo decisivo.

Essa constatação requer um enfoque mais direto na experiência do profissional. Dois tipos de expectativas recaem sobre o profissional em Saúde Mental. Uma, mais geral, envolve a noção básica de cuidado. Outra define expectativas técnicas e profissionais sobre tipos de atenção esperados nos serviços de Saúde Mental. Em ambas, a expectativa pode ser vivenciada como ônus ou sobrecarga difícil de se enfrentar.

Sobre a atuação técnica, há a expectativa de que os profissionais de saúde desenvolvam ações preventivas, ou seja, ações: (1) dirigidas para as pessoas que precisam de suporte, por estarem em sofrimento psíquico intenso ou grave com ideação suicida atual ou comportamento suicida passado; (2) dirigidas para as famílias dessas pessoas; e (3) dirigidas para as famílias enlutadas por suicídio. Não é a atividade técnica que parece ser o maior dos entraves para o exercício profissional diante do risco de suicídio. Nesse trabalho, o profissional pode acabar se vendo diante de um paciente com o desejo de morte, que considera sem sentido ou, pelo menos em nossa cultura, que desafia nossas expectativas mais corriqueiras, pois não se espera que alguém queira ou possa tirar a própria vida.

A nossa profissão é toda dirigida para as noções de ajudar, de cuidado e de dar apoio a quem busca ajuda. Estar diante de alguém que chega à nossa atenção profissional por meio de uma tentativa de suicídio pode evocar sentimentos bastante contraditórios. Nós, profissionais, somos pessoas e as nossas reações, antes de mais nada, são reações como pessoas. Então, esses sentimentos, comuns para um familiar que convive com o risco ou que experimentou o suicídio de alguém na família, também acontecem com profissionais.

Uma maneira possível do profissional desenvolver uma condição favorável de enfrentamento dessa situação, sem que ele próprio entre em sofrimento, *é se permitindo se pensar também como um sobrevivente*. Primeiro, nessa situação da convivência antecipatória com o risco de suicídio, depois, na relação de si com um suicídio consumado e, finalmente, na sua relação consigo mesmo, considerando sua posição pessoal diante do valor da vida e de sua posição frente à morte.

Em outras palavras, uma maneira de se desenvolver resiliência no enfrentamento do risco de suicídio e do suicídio consumado seria se perguntando: "Como seria a minha experiência se eu fosse um sobrevivente ao suicídio, ou seja, se eu tivesse de fato perdido alguém (um paciente) por suicídio?". Isto é, na verdade, uma situação plausível na medida em que trabalhamos com pessoas em risco. Essa reflexão pode nos levar a compreender um pouco mais sobre as interações afetivas paciente-terapeuta e terapeuta-paciente no contexto do risco de suicídio. Pode nos sensibilizar e nos instrumentalizar para essa experiência interna de estar vinculado emocionalmente a alguém que deseja pôr fim à própria vida. Esse tipo de reflexão e a aceitação desses sentimentos que surgem em nós nos permitem uma elaboração mais profunda, que pode nos proporcionar a condição profissional de estar com essas pessoas.

Considerando haver um treinamento básico no acompanhamento desses casos e havendo disponibilidade de supervisão (pelo menos nas situações mais difíceis), *pensar-se antecipadamente como sobrevivente* é um caminho mais seguro para se desenvolver empatia e habilidades técnicas no trato com casos de risco. Eu preciso primeiro entrar em contato com o que eu sinto para poder ter acesso à experiência do outro. No conceito de empatia, a expectativa é que eu possa ter uma sensibilidade para o sentimento do outro. Por outro lado, se eu tenho esse bloqueio em relação aos meus próprios sentimentos, essa via de acesso ao sentimento do outro fica prejudicada. Dessa forma, aceitar os meus melhores e piores sentimentos, minhas angústias e conflitos, faz parte do processo de elaboração do profissional que deseja compreender a dor da perda pelo suicídio, seus efeitos nas pessoas e seu efeito na pessoa em risco. Nesse processo de elaboração, o profissional se sairá melhor se tiver o suporte necessário tradicionalmente conferido nas relações de supervisão, preferencialmente com um profissional que tenha feito esse percurso.

Então, é comum sentir raiva do paciente ou impotência no contexto de tratamento. Não é adequado, porém, que eu atue o sentimento de impotência, abandonando o paciente, ou de raiva, sendo duro com ele. Mas se permitir ter a consciência de se sentir afetado é o primeiro passo para a qualificação do profissional que lida com situações-limite, como tendem a ser as que envolvem o risco de suicídio. Por exemplo, poder me imaginar na condição de profissional que aceita trabalhar com alguém que pode pôr fim à própria vida

pode significar aceitar ter de me colocar, diante de meus colegas, como um profissional que veio a perder um paciente. Para se trabalhar nesse contexto, é preciso aceitar esse risco.

Por isso, é importante criar recursos internos para a realização desse trabalho. Suporte externo é também fundamental: é necessário buscar suporte relacional de colegas e supervisores, além do institucional, que deve prover condições necessárias para a atenção a pessoas em risco. É muito importante que os profissionais não fiquem sozinhos ao trabalhar com casos ou situações clínicas difíceis; que procurem estar acompanhados por colegas; que participem de grupos de discussão nos quais possam expor casos difíceis e tirar dúvidas, visando uma definição de estratégia terapêutica mais segura. Eu gosto de dizer que, no tratamento de situações limite, é importante socializar a dúvida.

A avaliação do risco de suicídio é uma coisa delicada. Imaginemos que alguém esteja ativamente com ideação suicida e o profissional encontre-se preocupado se deve ou não avisar à família, por exemplo, ou se é necessária uma internação, ou se outra conduta seria necessária para proteger. Esse momento pode ser tão delicado que podemos ficar em uma situação de dúvida que pode nos paralisar ou produzir uma grande ansiedade, preocupação, angústia e até mesmo ressentimento do paciente, por nos colocar nessa situação. Se, em momentos como esse, eu me permito buscar supervisão ou recorrer a colegas com experiência similar e compartilho minhas observações, reações e reflexões diante da experiência com o paciente de risco, eu posso, de maneira mais direta e contundente, criar um contexto de contato em maior profundidade destas duas subjetividades: o encontro de minha experiência com a experiência do outro, o paciente em processo de sofrimento.

Essa recomendação é válida até mesmo para o profissional experimentado, que de tempos em tempos se beneficiará da consulta a colegas sobre casos que encontra. Quando compartilho uma situação clínica que eu estou vivendo, eu posso buscar uma validação daquela reflexão ou decisão que tomo e, com isso, diminuir a minha carga de sofrimento ou ansiedade, sentindo-me validado pela escuta e pelo olhar de um outro profissional, que pode também acompanhar o meu raciocínio e talvez até, se for o caso, ter sugestões relevantes, ou me alertar para questões importantes que possam

de alguma forma me ajudar a alcançar uma conduta mais segura e, portanto, menos ansiosa.

Os sentimentos "contratransferenciais", como são chamados todos os afetos que o profissional experimenta em relação a seus pacientes, vêm sendo discutidos de maneira mais ampla há muito tempo. É normal e compreensível ter afetos em relação aos pacientes, seja esses afetos experimentados como bons ou maus, agradáveis ou desagradáveis. Esses afetos comunicam aspectos essenciais do sofrimento do paciente na interação com o profissional. Uma ação com base neles, sem a devida compreensão do sentido dessa comunicação e do possível efeito de nossa intervenção, pode ser desastrosa para o paciente. Agir com base nesses sentimentos sem compreender seu sentido, função e efeito em relação ao sofrimento do paciente, não é adequado e corre grande risco de ter consequência desastrosa.

A elaboração consciente e suficiente dos motivos para a emergência de um afeto (contratransferencial) no profissional, mesmo que desagradável, pode conduzir a uma ação terapêutica adequada. Essa distinção é, portanto, significativa: primeiro, na base, existem afetos contratransferenciais que são geralmente aceitáveis como parte integrante do processo de elaboração do profissional; segundo, em decorrência desses afetos, podem existir atuações contratransferenciais que se contrapõem às ações terapêuticas.

Atuações contratransferenciais geralmente resultam em situações clínicas prejudiciais ao paciente e são associadas a dificuldades do profissional no processo de elaboração de sua experiência subjetiva com o paciente. Um sentimento positivo, como o desejo de ajudar, pode ter uma manifestação não desejada, como uma atitude maternalista, que mantém o paciente em posição dependente dos "bons conselhos do terapeuta". A raiva ou ressentimento pode levar a uma atuação inadequada de desqualificação da dor do paciente quando, por exemplo, o profissional trata um comportamento de risco como "pura manipulação". Vários trabalhos mostraram o risco dessas atitudes para configuração de fracasso terapêutico e novas tentativas de suicídio ou suicídio do paciente.

Muitas são as formas e manifestações dessas reações que o profissional pode ter em relação ao paciente suicida. Existem duas classes de atuações contratransferenciais indesejáveis, baseadas na aversão ou no ressentimento.

São reações comuns ao paciente que está em risco. A primeira dessas atuações deriva da aversão e do desejo de evitar o paciente, de afastamento daquele contrato, de retirada, de recusa. E, aí, surgem os desejos de encaminhar o caso. Um encaminhamento pode ser realizado com elaboração adequada e, até mesmo, com um sentido positivo de cuidado para o paciente. Nesse caso, o paciente pode ter a experiência de encontrar um terapeuta capaz de aceitar suas limitações pessoais e, mesmo assim, trabalhar isso de modo suficientemente respeitoso e cuidadoso para proteger o paciente de suas dificuldades pessoais.

Primeiro, ao buscar apoio e encaminhamento em outros profissionais que se sentem em condições de aceitar e trabalhar com um paciente como esse e, segundo, ao acompanhar o encaminhamento até sua finalização e continuidade de tratamento. Chamamos esse processo de *transição de cuidados.* Uma situação terapêutica indesejável (não estar em condições de acompanhar um paciente) é transformada em estratégia eficaz de continuidade do processo terapêutico. Por outro lado, quando o terapeuta já está em contato com o paciente há algum tempo e desiste inconscientemente, quando não é capaz de elaborar esses afetos na consciência e começa a apresentar dificuldades na escuta, a tendência desses sentimentos contratransferenciais é criar um contexto de ruptura no tratamento, que pode ser concebido como abandono ou abuso terapêutico. O profissional pode até permanecer lá, mas já não está lá em uma função terapêutica. Ele afasta-se emocionalmente desse paciente ou terá reações adversas. Pode ser difícil ou doloroso perceber que é isso que está acontecendo, pois essa percepção é contrária aos ideais profissionais.

A outra forma de atuação contratransferencial indesejada comum com o paciente suicida envolve um sentimento de irritação que leva a atitudes de malícia, maldade ou maus-tratos ao paciente. Trata-se de uma espécie de reação a partir do superego punitivo do profissional, de exigência ou de cobrança de que o outro corresponda à sua visão do modo "correto" de ser ou fazer. O paciente simplesmente deveria "ser diferente", "comportar-se de outro modo" ou "responder positivamente" aos esforços do terapeuta ou às intervenções do tratamento.

Nesse contexto, as dificuldades, déficits ou vulnerabilidades do paciente tendem a ser interpretadas como má vontade, má-fé, como se ele não mudasse "porque não quer". Por trás, existe uma visão autocentrada do profissional

de que o paciente deve atender ao seu desejo de ajudar, ou seja, deve corresponder a sua visão de si mesmo como "bom" terapeuta e não deve sobrecarregá-lo com afetos indesejáveis. Essas cobranças frequentemente resultam em ações do profissional, que são vivenciadas pelo paciente como confrontos agressivos ou punitivos. Como exemplo, já testemunhamos tratamentos punitivos prescritos para pacientes após tentativas de suicídio, como a internação e intervenção médica desnecessária.

Em um desses exemplos, houve a prescrição e administração de uma lavagem gástrica sem necessidade. No relato do profissional em questão, a indicação, supostamente terapêutica, era uma forma de "mostrar para o paciente o que é bom!". O sarcasmo transmite o conteúdo agressivo da ação. Isto é, uma atuação claramente perversa e, no contexto dos serviços de saúde, comunica ao paciente que ali não é o lugar efetivo de se buscar apoio para o seu sofrimento, que ninguém ali deseja ou é capaz de compreendê-lo. Considerando-se que essas pessoas já têm uma história de múltiplas relações de ajuda fracassadas, ações desse tipo aumentam o sentimento de desamparo e estão relacionadas a novas tentativas, muitas vezes mais graves, e apontam para a direção oposta ao ideal de eficácia terapêutica.

Esses exemplos são graves, mas existem muitas formas amenas de se atuar sentimentos de irritação ou ressentimento para com o paciente. Pacientes indesejados tendem a receber as piores opções de horários, tendem a ter seus horários cancelados ou remarcados com maior frequência, ou percebem atrasos no atendimento. Terapeutas tendem a culpar esses pacientes por não aderirem ao tratamento, por não observarem as regras. Nesses exemplos, podemos perceber uma mistura de sentimentos de aversão, irritação e ressentimento.

A desqualificação da comunicação suicida ou do desejo de morte do paciente ("é manipulação"; "é só para chamar atenção"), a desqualificação de seu sofrimento ("ele não tem motivo para estar assim"), a desqualificação de suas dificuldades e vulnerabilidades ("se quisesse mesmo, ele já tinha resolvido isso"), são outras formas sutis de aversão e ressentimento. Na verdade, representam uma desqualificação do mundo subjetivo do paciente. Sabemos que muitos destes terão sofrido eventos de vida traumáticos (negligência, abusos, violência, perdas, abandono etc.). Sabemos, hoje, que esses traumas na infância e adolescência terão constituído um desenvolvimento neural comprometido.

Em outros termos, o déficit ou vulnerabilidade na capacidade de organização psíquica tem bases neuropsicológicas que alteram as possibilidades de adaptação e enfrentamento da realidade, frente às relações e às demandas da vida. Esse paciente encontra-se aprisionado em uma organização psíquica precária e, para sair dela, precisa de uma relação de escuta estável, confiável e capaz de compreender o seu funcionamento em profundidade *para que uma nova reorganização da subjetividade possa se constituir na relação*. No fundo, essas pessoas estão tentando, desesperadamente, comunicar esse sofrimento da melhor forma que podem. Nós, terapeutas, precisamos encontrar recursos pessoais para entrar em contato com tamanha *dor psíquica*.

A melhor forma de ajudar uma pessoa que fez ou está considerando fazer uma tentativa de suicídio é realmente ouvindo e desenvolvendo uma sensibilidade para o seu sofrimento. Uma pessoa, quando chega ao ponto de considerar um gesto suicida, provavelmente já tentou todo tipo de recurso que estava disponível para ela. Então, se, nesse momento, precisa dar esse grito de socorro, é provável que todo o resto que ela podia conceber já falhou; ela já não vê mais alternativas, outras maneiras mais adequadas de buscar ajuda. Nesse momento, é necessário parar e pensar o que é que está acontecendo na vida dessa pessoa que a leva a comunicar dessa maneira sua necessidade de ajuda, de apoio. E esse comportamento de desqualificação da subjetividade do outro recairia dentro de uma daquelas formas de aversão e ressentimento, no sentido de uma cobrança superegóica de que o paciente "deveria estar bem".

Há uma tendência a tratar esse paciente como se ele estivesse "fazendo isso para incomodar". No contexto do hospital, isso é comum, porque o paciente está ali, mas não tem uma dor visível, não tem uma ferida aberta e as pessoas não compreendem que esse tipo de sofrimento seja tão intenso e que demande atenção de saúde com cuidados especiais e específicos. Então, levar a sério uma ameaça de suicídio é sempre muito importante, independentemente de sua gravidade. Levando essa ameaça a sério, nós criamos uma possibilidade de que essa pessoa se sinta ouvida. Quando essas pessoas se sentem ouvidas, a vida delas começa a se transformar, não porque nós a "curamos", mas porque criamos a possibilidade dela começar a se entender e a descobrir novas alternativas no encontro com uma alteridade capaz de

assimilar e elaborar seu sofrimento. Quando se sentem ouvidas, essas pessoas relatam a importância e a grande diferença que essa oportunidade lhes confere na vida.

Recapitulando, iniciei apresentando um argumento acerca da importância da subjetividade na constituição dos maiores problemas de sofrimento humano e da mortalidade a partir do conceito de modos de morte (morte acidental, homicídio e suicídio) associado a comportamentos de risco, como a violência e o uso de drogas e álcool, e às experiências traumáticas dos eventos adversos de vida. Abordei as mais diversas formas de afetos associados à perda por suicídio, que caracterizam a experiência de ser um sobrevivente ao suicídio, seja este um familiar, amigo, colega ou profissional que o acompanha. Em seguida, transpus essa reflexão acerca da experiência geral da condição de ser sobrevivente, para a relação específica do profissional com o paciente que considera fazer ou fez uma tentativa e, nesse contexto, fiz considerações acerca de como esses afetos da vida subjetiva do profissional podem potencializar ou interferir com a capacidade de atuação terapêutica.

A tentativa de suicídio coloca a sociedade diante de um dilema muito grande. As pessoas que sofrem, seus familiares, a maior parte dos profissionais de saúde e a grande maioria dos que cuidam das políticas de saúde ainda permanecem quase inteiramente imobilizados diante desse dilema. Compete a nós, profissionais de saúde, quebrar o silêncio e a invisibilidade desse tipo de sofrimento, quebrar esse ciclo de dor e reprodução de situações traumatizantes. Infelizmente, algumas pessoas acham que não se deveria empregar dinheiro público com quem deseja se matar. Diriam: “Melhor que se fossem logo!”. Já ouvimos isso. Precisamos enxergar, por trás do risco de suicídio, os vários outros riscos e prejuízos associados, que acarretam perdas e sofrimento, como a violência, histórias de vida com traumas repetidos, como as situações de abuso, violência doméstica, bullying e tantas outras formas de sofrimento invisível. Estes afetam toda a sociedade e produzem perdas materiais e pessoais significativas e, às vezes, irreparáveis.

Meu argumento é que: (a) quando o profissional escolhe, em suas reflexões, ativamente ocupar o lugar de sobrevivente; (b) quando busca compreender a família enlutada e se permite usar sua sensibilidade para entrar em contato com toda ordem de afetos que podem invadi-lo e dominá-lo, por estar

vinculado a outra que pode se matar ou que se matou; (c) quando o profissional se permite tornar-se consciente do que significa se perceber sobrevivente a um suicídio, uma nova possibilidade de compreensão e intervenção com esses pacientes e famílias se descortina: desenvolvemos mais nossa capacidade de escuta desse tipo de sofrimento e, com isso, ficamos mais perto de compreender o modo e a extensão desse sofrimento, mais perto da possibilidade de responder com novas formas de intervenção, que respeitem a individualidade e necessidades subjetivas e contextuais de cada situação.

Tornamo-nos mais facilmente capazes de tolerar a situação de dor extrema, de impotência, de perda. Podemos ajudar a pessoa a se liberar das formas aprisionadas de organização da subjetividade e a desenvolver uma vida psíquica mais livre, de modo a operar mudanças significativas em seu meio e conquistar uma vida mais significativa e satisfatória. Ocupando esse lugar de sobrevivente, reconhecendo sua possibilidade concreta, mas priorizando, dentro de cada um, a reflexão subjetiva e sensível, podemos começar a ter esse olhar com mais cuidado, mais atenção, mais sensibilidade em todos os níveis dos serviços de saúde pública, seja este profissional um médico, enfermeiro, atendente, psiquiatra, psicólogo, assistente social, ou qualquer outro. Com a escuta verdadeira desse sofrimento, nós criamos uma condição que pode mudar radicalmente a vida dessa pessoa.

Concluindo, quis chamar a atenção para o fato de que nós, profissionais, muitas vezes, precisamos pensar na nossa experiência com o paciente como sendo a experiência de um sobrevivente, como alguém que pode perder ou perdeu alguém para o suicídio, alguém que vai viver uma carga emocional e vai ter de fazer o mesmo trabalho de elaboração interna para dar sentido a esse ato que questiona nosso próprio sentido e valor da vida. Precisamos dessa consciência para poder estar diante de e em relação com uma pessoa que considera a morte como alternativa. E nós precisamos também compreender essa experiência para dar um apoio emocional às famílias que convivem com o risco e às famílias enlutadas, que perderam alguém por suicídio.

Capítulo V

Lúcia Cecília da Silva [5]

Parabenizo o Conselho Federal de Psicologia (CFP) por trazer à tona a discussão o tema do suicídio, que é tão importante para nós, psicólogas e psicólogos, enquanto profissionais das Ciências Humanas e das Ciências da Saúde. Temos que nos preocupar e pensar na formação da (o) psicóloga (o) para enfrentar problemas graves que abalam a nossa sociedade, como é o caso do suicídio.

Eu vou começar apontando algo que já foi comentado no debate anterior, que é o dado que a Organização Mundial de Saúde (OMS) traz, afirmando que para cada suicídio, de 5 a 10 pessoas sofrem graves consequências psicológicas, sociais, econômicas e emocionais advindas do ato de alguém de sua proximidade que comete o suicídio. Eu penso que esse número pode alcançar um nível ainda maior se considerarmos não só a família, mas também os amigos próximos. Podemos incluir como sobreviventes ao suicídio os colegas de trabalho, os colegas de escola, os de grupos religiosos, de lazer, os vizinhos. Então, sem dúvida, o suicídio é um ato que provoca um trauma em muitas pessoas.

Nos vários contextos da vida cotidiana, vamos encontrar vidas abaladas, vidas que passarão pelo luto em função desse fenômeno que vem aumentando em nossa sociedade. Vou focar em alguns elementos presentes no luto da família que perdeu seu ente querido por suicídio. Acredito que ajudar a família a lidar com essa dor é uma questão de prevenção ao suicídio, porque é sabido que, principalmente os mais jovens, os adolescentes e as crianças, são muito suscetíveis ao suicídio cometido por alguém próximo a eles, pois um dos fatores associados ao suicídio é ter tido alguém na família que cometeu o ato.

---

[5] *Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (1984), mestrado em Educação pela Universidade Estadual de Maringá (1995) e doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (2007). Atualmente é professora adjunta da Universidade Estadual de Maringá, onde atua na graduação e pós-graduação. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Fundamentos da Psicologia, Psicologia da Saúde e Atenção em Saúde numa perspectiva fenomenológica e histórica, atuando principalmente nos seguintes temas: abordagem fenomenológico-existencial, cuidado em saúde, psico-oncologia, morte e morrer.*

Desse modo, lidar, acolher, trabalhar com o luto da família é importante para a prevenção do suicídio. Além disso, penso que ao falar do que acontece com a família, a gente pode, por analogia, pensar nesses elementos e entender o que acontece, de maneira geral, com todo enlutado pelo suicídio.

O primeiro ponto que quero trazer e que acho importante, é que, há pouco tempo, falava-se da provável ocorrência de luto patológico em relação a essa vivência pela morte do suicídio, mas não concordo com isso. O luto não é algo patológico, é uma vivência esperada pela perda de alguém querido e pode, em algumas circunstâncias, se tornar mais sofrido, principalmente nas condições em que o suicídio se dá. Os pesquisadores e a experiência têm mostrado que o luto pelo suicídio pode ser complicado, e este é um termo preferível ao patológico. É uma experiência, vivenciada de modo extremamente sofrido e isso pode ter algumas consequências.

Bem, algumas características desse tipo de morte implicam na vivência mais intensa do luto: é uma morte que aconteceu por escolha do falecido, é uma morte abrupta e violenta. A violência não diz respeito somente ao ato de tirar a própria vida, ou ao método utilizado, mas é também uma violência do gesto da própria pessoa que tira sua vida que, muitas vezes, endereça esse ato a alguém. Já lidei com pessoas enlutadas assim e elas falam: "nossa, isso que ele (a) fez foi um cala-boca, um cala-boca que eu não pude retrucar, não tive como dar uma resposta". Então, a começar por isso, o suicídio dificulta a pessoa a elaborar alguma questão com o falecido, fica uma lacuna, fica o sentimento de que não se fechou o assunto. Muitas vezes uma possível reconciliação fica a meio caminho, no ar.

É preciso acrescentar os fatores culturais, religiosos e sociais implicados na questão do luto e da própria concepção do suicídio. Determinadas concepções culpabilizam as pessoas em torno do suicida, o estigmatizam, de forma que os enlutados sofrem esse estigma, sentem-se envergonhados. Muitas vezes, a gente percebe que a pessoa que cometeu suicídio é condenada socialmente e junto com ela, a família. O luto por suicídio, por ser uma experiência dolorosa, difícil, traumática, cuja vivência se dá por intenso sofrimento psíquico, provoca, não raras vezes, adoecimentos físicos.

Há pesquisadores que consideram que os sobreviventes ao suicídio passam também pelo transtorno pós-traumático; eles vivenciam duas situações,

o trauma e o próprio luto pela perda. Um ponto a salientar é que o luto é uma vivência toda própria. Cada família, cada indivíduo passará por isso de uma maneira singular, pois cada família, cada grupo, cada indivíduo tem suas singularidades, tem sua história de vida e isso interfere na sua vivência e na sua experiência do luto. Porém, alguns elementos podem nos guiar, nos orientar a pensar sobre essa situação, procurando, inclusive, a empatia que deveríamos ter sempre com essas pessoas para poder acolhê-las e acompanhá-las.

Podemos dizer que, de modo geral, há elementos comuns na vivência do luto dos sobreviventes que nos ajudam a pensar como eles vão passar, como vão apresentar sintomas similares aos sintomas da depressão, aos sintomas do transtorno, do estresse pós-traumático. Entre esses sintomas, há aqueles relacionados aos aspectos físicos, psicológicos e psíquicos. Observamos aqueles sintomas mais comuns como a dormência física, a anestesia emocional, o desprendimento da realidade, o isolamento, a perda de interesse por suas atividades cotidianas, por suas atividades no trabalho, de apetite, a fadiga, o cansaço, enfim, a prostração que é esperada em uma situação de perda importante.

Algo que ocorre principalmente com a pessoa que encontra o corpo de quem cometeu suicídio é rememorar, em flash, esse encontro do corpo, muito similar ao que ocorre nas catástrofes, em que a pessoa fica relembrando, ruminando a cena vivenciada. A cena invade o campo mental da pessoa de forma inesperada e aparece também durante o sono, na forma de pesadelos. Como mencionei antes, o estigma e o preconceito em relação ao suicídio também interferem na vivência do luto pelos familiares, de modo que eles entendem que é melhor não falar sobre o assunto, muitas vezes se isolam, sentem vergonha e evitam comentar sobre o que estão passando ou falar sobre a morte do seu ente querido.

Então eles não compartilham sua dor, evitam o contato social. A família e principalmente a mulher, por ser mãe, esposa, sente muita vergonha por não ter sido suficientemente cuidadora. Ela fica pensando que não cuidou suficientemente. Acha que foi negligente e tem medo que as pessoas pensem isso dela. É bom a gente considerar que a questão de gênero também perpassa não só a questão do suicídio, mas também a questão do luto dos sobreviventes.

As pessoas que compõem a rede social do enlutado, por outro lado, também se sentem constrangidas em relação a esse modo de morte, não sabem o que dizer ao enlutado, como ajudar; não sabem se devem evitar tocar no assunto ou não. É uma situação que também as constrange. E assim - evitando o assunto, não sabendo como lidar com isso - em alguns casos, acontece da família manter segredo sobre o tipo de morte do seu ente querido.

Algo que costuma aparecer na vivência do luto por suicídio é a sensação de alívio misturada a sentimentos contraditórios, conflituosos com o sentimento de culpa. Isso acontece porque a família, muitas vezes, já vem lidando há muito tempo com o sofrimento daquela pessoa que encontrou na morte a solução para o seu sofrimento. A família pode vir lutando há muito tempo com comportamentos mais agressivos, com a falta de perspectiva que a pessoa tinha, com problemáticas ligadas ao transtorno mental, à dependência de drogas e outras dificuldades desse gênero. Então, a família pode já estar muito desgastada, fragilizada e debilitada, e passando ainda por esse momento de luto, ela fica com uma dinâmica bastante complicada.

Outros sentimentos que aparecem na vivência do luto são a culpa e a raiva. A culpa e a raiva porque os familiares vão se perguntar: "por que meu ente querido, meu familiar se matou? Não fizemos aquilo que deveríamos? Não soubemos ver o sofrimento dele, não soubemos acudir"? Os familiares podem ficar indignados, irados pelo falecido ter feito o que fez. "Como é que ele fez isso? Por que ele fez isso com a gente? Qual foi o motivo? Não pensou como a gente ia sofrer"? As pessoas ficam procurando um motivo e não entendem, ficam procurando um sentido para o ato cometido. E aquela questão que eu mencionei anteriormente, o sentimento de alívio, vem muito misturado com isso, trazendo também a culpa.

Uma vez uma adolescente me perguntou: "Que porcaria de filha que eu sou? Que porcaria de filha que eu fui que minha mãe não conseguiu viver sequer por mim?" "Ela não conseguiu sequer viver pelos seus filhos!". Então, os membros da família ficam extremamente abalados e se perguntando que sentido terá suas vidas agora que seu ente querido se matou e que sentido teve o suicídio dele, repercutindo em todas as suas vidas.

A partir da morte de um dos seus, a dinâmica familiar seguramente muda, porque os papéis serão modificados, já que haverá uma lacuna na rede rela-

cional familiar. Conflitos podem aparecer, encobertos inclusive, como desavenças conjugais, ciúmes entre irmãos. Os pais de filhos suicidas, por estarem sofrendo seu luto, poderão ficar tão absortos no seu próprio sofrimento que não conseguem dar atenção a outros filhos. A dor da perda de um filho por suicídio é seguramente uma dor extremamente sofrida. Adolescentes enlutados também poderão se envolver com álcool e outras drogas, podem manifestar comportamentos violentos, se deprimir.

Então, a atenção ao luto dos sobreviventes deve preconizar, segundo o que penso, uma atitude extremamente acolhedora, uma atitude em que todos esses enlutados – seja a família, seja outro tipo de grupo (como escolares), seja um indivíduo - possam falar, possam compartilhar os seus sentimentos e possam se sentir seguros de que não serão julgados.

Eu creio que seja muito importante o não julgamento nesse acolhimento, nessa atenção ao enlutado por suicídio. Deve ser um espaço e um tempo em que seja permitida uma comunicação aberta, sincera, a fim de que esses enlutados possam dar significado a sua perda e possam prosseguir vivendo. Quero finalizar minha fala salientando o papel da saúde pública. Eu creio que essa é uma luta de todos os profissionais, pesquisadores, formadores, que pensam a questão do suicídio, que deve ser enfrentada pela saúde pública. Temos aí as estratégias de prevenção dadas pelo Ministério da Saúde, mas bem poucos estados e municípios sabem disso, bem pouco a gente encontra disso nos nossos locais de atuação.

Então a saúde pública deve se preparar para acolher esse tipo de sofrimento e oferecer várias modalidades de atenção, de cuidado, como, por exemplo, a formação de grupos de enlutados. Grupo, nesses casos, funciona muito bem. O papel da estratégia Saúde da Família é fundamental na vigilância, no controle e na prevenção do suicídio, bem como no acompanhamento dos enlutados. Assim, os seus profissionais devem ser preparados para esse tipo de cuidado, para esse tipo de ocorrência e não só os profissionais da saúde - os profissionais da educação também têm um papel importante nessa questão.

É interessante que ações conjuntas, que extrapolem a intimidade individual e a intimidade do grupo familiar, sejam pensadas para acompanhar em todos os níveis e contextos essa situação, com atenção especial às crianças e aos adolescentes. E volto afirmar que, nesse aspecto, o contexto escolar

é bastante importante. Ações nesses ambientes, no ambiente de trabalho, podem oferecer esse tipo de acolhimento e suporte. Devemos pensar como chegar, como atuar de um modo mais incisivo, procurando desenvolver habilidades nas pessoas desde muito cedo para enfrentar frustrações, para enfrentar adversidades. Penso então que, no aspecto da formação profissional, devemos pensar em uma educação para a morte no geral. A morte faz parte da vida e pensar na morte, pensar no sofrimento decorrido dela, é pensar na vida.

Capítulo VI

Carlos Coloma [6]

O fenômeno suicídio não só mobiliza as emoções coletivas de uma sociedade, como adquire uma dimensão política, ideológica e social em torno da perspectiva de vida, já que muitas vezes diversos fatores de contexto não permitem que essa perspectiva seja desenvolvida plenamente. É fundamental que os profissionais que intervêm no processo de condutas suicidógenas tenham em mente a necessidade de observar o conjunto das emoções na história de vida pessoal e coletiva da população como um bem social indispensável.

O suicídio nas populações indígenas – em especial aquelas que possuem altas taxas, talvez as maiores do Brasil, como os Guarani Kaiowá – é altamente significativo como expressão do mal-estar social, mas essa situação não é exclusiva dos povos indígenas. Esse fenômeno é observado em diversos setores sociais no país.

Interessa-nos entender esse fenômeno em termos de suas manifestações pessoais e como um fenômeno social. No caso dos indígenas, chama a atenção que isso acontece na maioria dessas populações do mundo. Na publicação da Academia Internacional de Pesquisa em Suicídio (2006)[7] encontram-se evidências sobre essa questão, que é extremamente grave. O suicídio indígena apresenta taxas elevadas no Canadá, Estados Unidos, Noruega, Austrália, Nova Zelândia e Brasil. A questão é que, na diversidade dos modelos econômicos, políticos e sociais desses países, apresenta-se a característica comum de que os indígenas se suicidam de dez a vinte vezes mais que a população em geral. É significativo que a maioria destes suicídios se observe na população jovem, predominantemente masculina, mas também é possível enxergar altas taxas de suicídio feminino a partir dos 10 anos de idade.

Na maioria das vezes isso é atribuído a fatores culturais, como um caráter imputado pela sociedade majoritária. No entanto, isso requer uma melhor definição sobre a questão da cultura, que deve ser contextualizada nas

[6] *Médico etnopsiquiatra do Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI/MS, PhD em antropologia com ênfase na antropologia médica e etnopsiquiatria.*

[7] *Archives of Suicide Research, Vol. 10, 2006. International Academy for Suicide Research. Routledge, Taylor & Francis Group. U.K., N.Y.*

condições materiais de vida em que o suicídio acontece com alta incidência. Isso permite compreender melhor como as culturas interpretam os modos de morrer e sua correlação com as perspectivas de vida em economias de subsistência e de confinamento nas "reservas". Além disso, é preciso ver a profundidade do fenômeno em termos psicológicos em um tipo de população que não tem uma Psicologia exclusivamente centrada no indivíduo. Esses povos possuem um modo de vida com maior interdependência coletiva, que define uma maneira de se vincular, de como se elaboram as emoções e de como se constroem os fenômenos em torno dos eventos da vida e da morte.

Em muitas culturas indígenas, a sequência de suicídios é entendida como um modelo explicativo de "contágio". Assim como as emoções que são projetadas ou transferidas aos significados do ato suicida em sociedades corporativas ou de limitada expressão das individualidades, as atribuições da causalidade do ato não são atribuídas apenas aos problemas da pessoa. Trata-se de um ato de vulnerabilidade social em que cada óbito pode acontecer em diferentes pessoas, ainda mais com aqueles vínculos familiares ou de amizade muito próximos (por exemplo, a atribuição da causalidade ao feitiço).

Entre os Guarani Kaiowá, o corpo do suicida deve ser retirado o mais rápido possível para evitar a exposição pública, especialmente das crianças. No caso dos jovens que reproduzem o ato suicida, e ainda que muitos desses jovens não necessariamente compartilhem os paradigmas de sua tradição cultural, é entendido socialmente que existem impulsos de morte estimulados pelo espírito do suicida que visita os familiares – ou fala com os amigos para não ficar na solidão e solicita sua companhia para a passagem a outro mundo. Por esses princípios, os rituais funerários do suicida diferem de outros óbitos considerados como naturais.

Estatisticamente, no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI/MS), 39% do total de mortalidade no ano de 2012 ocorreu por causas externas. Estes óbitos, além dos casos de suicídio, correspondem aos homicídios, acidentes de trânsito, diversos traumatismos, queimaduras, etc.

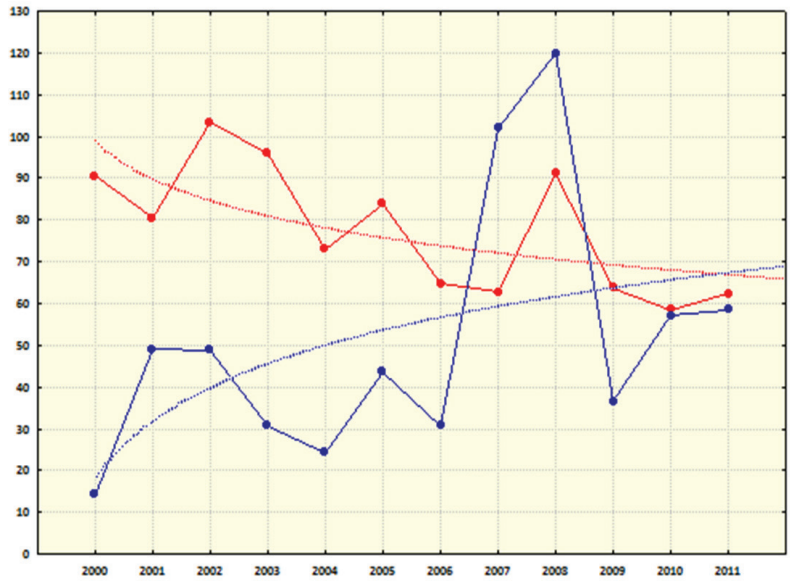
Nesse sentido, é fundamental sublinhar que o suicídio é um ato de morte entendido formalmente como autoagressão, que não está isolado do contexto social de violência em que a agressão dirigida aos outros é expressa mediante traumatismos nos quais, particularmente os homicídios, também apresentam taxas de incidência significativas.

A história de vida coletada nos casos de suicídio permite observar que a enculturação desde a primeira infância acontece no contexto da violência estrutural da sociedade em que os modos de punição e gratificações familiares são variáveis (flexibilidade – rigidez). O início precoce da sexualidade, a rápida mudança sociocultural dos jovens – que são mais influenciados pelos modelos externos a sua sociedade –, o impacto das novas tecnologias de comunicação, acabam por gerar uma descontinuidade das normas e valores geracionais, tendo como consequência o aumento dos conflitos na família (pais – filhos).

Esse cenário nos leva a refletir na perspectiva da saúde pública, clínica, do conhecimento da construção sociocultural do processo de morte, em que o suicídio na sociedade indígena constitui um modo de morrer em um contexto de violência como um fundo contínuo e permanente desde o momento de nascer e que o acompanha durante toda a vida desta população.

No gráfico seguinte, são apresentadas as taxas de homicídio e suicídio e suas tendências (algébricas):

Taxas de suicídio e de homicídios (100.000), 2000-2011



Nas tabelas seguintes, são apresentadas as taxas de suicídio por sexo e grupos etários, coletadas desde a criação do DSEI Mato Grosso do Sul.

Taxas de suicídio masculino (100.000), 2000-2011 (n = 385)

Ano	10-14	15-19	20 - 29	30 >
2000	0,00	426,14	580,62	146,47
2001	50,81	453,66	352,80	213,81
2002	235,07	718,48	565,40	85,67
2003	310,97	1024,33	430,11	20,37
2004	124,84	604,96	420,02	177,85
2005	120,87	598,15	443,53	144,54
2006	74,60	762,20	234,82	91,18
2007	104,02	470,15	464,34	106,75
2008	131,54	666,37	642,05	202,80
2009	93,28	499,38	156,05	133,79
2010	40,64	289,17	163,10	52,00
2011	38,40	301,13	168,49	97,10

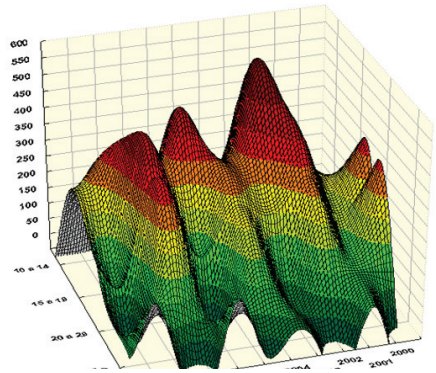
Taxas de suicídio feminino (100.000), 2000-2011 (n = 162)

Ano	10-14	15-19	20 - 29	30 >
2000	108,75	443,32	140,45	37,34
2001	185,19	340,91	162,87	30,41
2002	0,00	0,00	114,46	29,21
2003	248,14	381,06	71,33	54,70
2004	238,95	156,82	0,00	26,02
2005	307,34	297,03	65,19	24,80
2006	218,90	0,00	94,82	46,78
2007	138,22	129,03	30,41	0,00
2008	33,01	124,07	57,70	83,58
2009	185,01	79,65	27,56	119,09
2010	60,28	76,69	68,98	32,96
2011	76,80	97,21	31,63	10,25

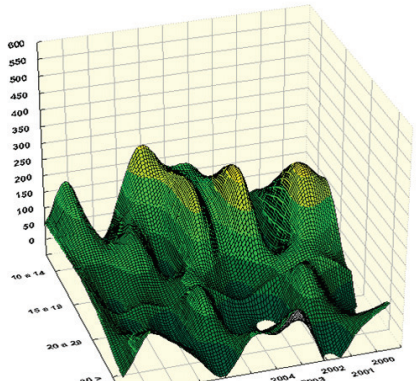
Quando observado o perfil da incidência dessas taxas (gráfico seguinte), pode-se inferir que, a partir de 2012, será iniciado um novo aumento da incidência em ambos os sexos. Esses aumentos cíclicos das curvas manifestam momentos hiperendêmicos no fenômeno do suicídio em todas as sociedades.

Em relação ao suicídio feminino, o aumento das taxas em idades mais elevadas (maiores de 30 anos) foi explicado desde a perspectiva qualitativa, devido ao fato de terem sido registrados casos de suicídio em mães que tiveram óbitos de filhos por suicídio ou homicídio. Questão que nos coloca o desafio da prioridade na intervenção no luto familiar, especialmente o feminino.

Taxas de suicídio masculino (100.000) por faixas etárias, 2000-2011 (n = 385)

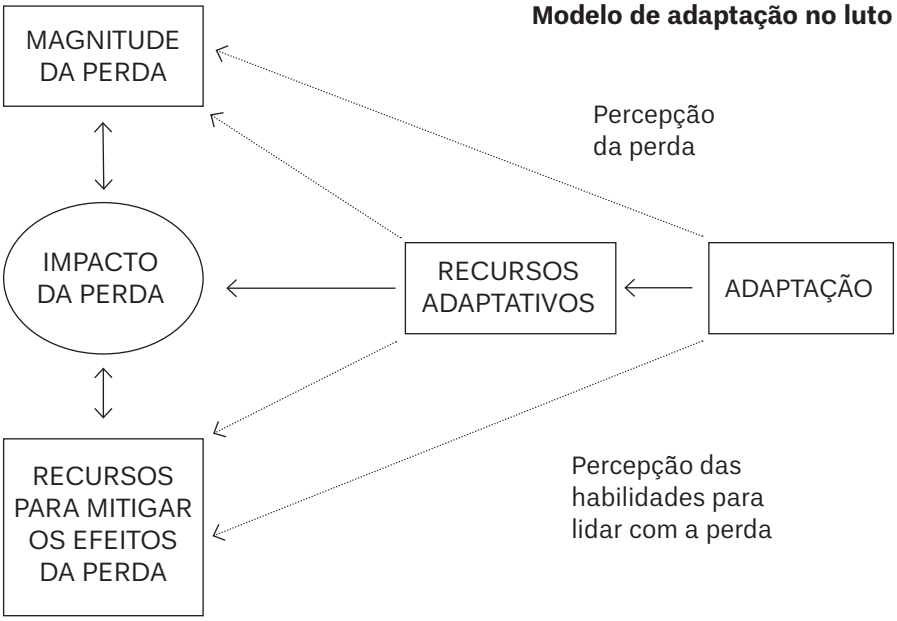


Taxas de suicídio feminino (100.000) por faixas etárias, 2000-2011 (n = 162)



Para compreender o processo de luto, adotamos o modelo proposto por Cleiren e Diekstra (1995):

Modelo de adaptação no luto



Esse modelo nos permite entender os mecanismos do impacto do suicídio, que acontecem com aqueles chamados sobreviventes, que afeta principalmente os familiares ou amigos do falecido, assim como os processos de resposta à perda, entendido como a elaboração do luto. Isso representa um jogo de forças, de tensão entre a magnitude da perda e os recursos para tratar de neutralizar, de mitigar e de superar essa perda.

A magnitude da perda tem uma intensidade que está relacionada segundo o vínculo mantido entre o suicida e as pessoas com as quais ele se relaciona, isto é, a intimidade, intensidade do relacionamento, frequência do contato, ou os tipos de ambivalência mantidos durante o vínculo. Os modos de morrer também influenciam o processo de luto, por exemplo:

- O impacto de uma morte inesperada ou esperada segundo as manifestações prévias da pessoa (expressão de ideações de morte, tentativas de suicídio, condutas de risco etc.);
- A consideração social de que uma morte é natural ou não natural. Na perspectiva da cultura Guarani Kaiowá, o suicídio é sempre considerado como uma morte não natural já que, na maioria dos casos, é atri-

buída à intervenção da feiticeira como modelo explicativo. Segundo relatos de sobreviventes às tentativas de suicídio, a morte provocada seria um ato natural de passagem para "a terra sem mal", o ideal de mundo na cosmovisão dessa cultura;

- O método ou o tipo de violência utilizada pode variar entre a utilização de químicos (drogas ou venenos) até as armas de fogo. Entre os Guarani Kaiowá o método mais frequente utilizado é o enforcamento ou a sufocação (estrangulamento das vias aéreas com cadarços, roupas, com a pessoa posicionada de joelhos e as cordas ou outros meios fixados em objetos de baixa altitude).

O impacto da perda acontece de maneira imediata nos familiares e amigos em todas as sociedades. Esse impacto é mais evidente nos óbitos por suicídio comparados com outros tipos de morte. Esse é um fenômeno multiforme, complexo, construído e manifestado social e culturalmente.

No livro Suicídio e Luto, são identificados sete componentes no processo de elaboração do luto no âmbito familiar. O autor Hewett J. sublinha que essas etapas não acontecem sequencialmente, elas podem se manifestar de maneira simultânea ou sobreposta. Isto é devido, como já foi mencionado anteriormente, à variabilidade observada nas pessoas e também aos diversos contextos sociais e culturais.

As principais manifestações observadas são:

1. Estado de choque

Isso acontece de maneira imediata, geralmente as pessoas se perguntam: Por que isso aconteceu? Quais foram as causas? O que fiz de errado? Outras pessoas, apesar das evidências, negam o fato nos primeiros dias do choque. Podem ser observados sinais e sintomas físicos como: aperto na garganta, mal-estar estomacal, diarreia, respiração ofegante etc.

2. Alívio

Esse sentimento é muito comum quando os vínculos psicológicos e as relações cotidianas foram superficiais ou destrutivas, mas pode ser observado que esse estado pode ser seguido de um estado de choque.

3. Catarse (do grego “purga” e “purificação”)

Frequentemente é observada após o estado de choque uma etapa em que o conjunto das emoções é expresso, às vezes, de maneira incontrolável, com emoções sobrepostas – geralmente observado nos momentos relacionados ao funeral. Deve ser sublinhado que essa situação apresenta uma grande variação segundo as culturas e os tipos de rituais mortuários.

A catarse pode também ser autorreprimida, mas em algum momento essa etapa estará presente. Pode ser estimulada como um momento importante para aceitação dos fatos, e clarear as dúvidas ou ajudar nas respostas que permitam elaborar o luto. Deve ser ressaltado que a catarse é também uma experiência angustiante.

4. Depressão

Geralmente acontece após a “descarga emocional”, uma depressão nos desejos, e as emoções ficam menos intensas. Existe uma depressão reativa que é variável e depende da experiência de vida das pessoas. O período depressivo pode durar meses e varia segundo as respostas de cada pessoa, podendo durar anos naquelas que procuram o isolamento. Esse estado deve ser entendido como uma injúria emocional e deve ser tratado nos primeiros meses, já que a ajuda externa é fundamental para superá-lo. A intervenção deve procurar evitar que se instale um quadro crônico para prevenir e impedir diversos comportamentos derivados desta situação, especialmente naqueles que se manifestam como autoagressivos dentre centenas de sintomas psicossomáticos (expressão física de sinais originada pelos estados emocionais).

5. Culpa

Essa condição, expressada também como sentimento, deve ser observada com cautela, considerando os paradigmas de cada cultura. Em muitas sociedades, os fatores de causalidade do suicídio podem ser atribuídos a um conjunto de causas externas, por exemplo: “O espírito da pessoa estava enfraquecido e foi pego por um espírito maligno que o levou a se matar”, “feitiçaria”, “loucura” etc. Os fatores como os vínculos afetivos e outras circunstâncias na vida emocional adotam um papel secundário, apenas associado como uma manifestação da causalidade não natural.

Isso não evita que algumas perguntas estejam presentes em membros da família ou amigos: Eu poderia ter ajudado? Poderia ter feito algo para evitar a morte? O que eu fiz de errado?

No caso da identificação do sentimento de culpa, apesar de diversas formas de minimização do impacto do evento (como: "foi uma fatalidade...", "vivia com muitos problemas...", "estava fora de controle", "foi um ato impulsivo" etc.), isso nos remete à questão da responsabilidade sobre os fatos. A culpa se apresenta de diversas maneiras, muitas vezes de forma fantasiada, já que pode ser consciente ou inconsciente. No caso do suicídio de um cônjuge, imediatamente deve se prestar muita atenção sobre o parceiro (a), já que o casal, objeto de um papel público, sente ou é sinalizado como ter falhado ou é responsável pela situação que levou ao suicídio. Muitas questões são colocadas pela família, por exemplo: Por que não falou sobre a gravidade dos problemas? Por que não foi forçado a solicitar ajuda?

Nas sociedades indígenas, a culpa pode ser extensiva à família de um dos parceiros, por exemplo: em um caso de suicídio de casal, a família do marido acusou a família da esposa de ter assassinado o casal e simulado o suicídio e vice-versa.

A recomendação para a pósvenção do suicídio, nesses casos, é racionalizar o ato suicida como a consequência do processo vivido pela pessoa, objetivando as condições emocionais e as limitações sentidas na resolução do acúmulo de problemas. Não se trata de transferir a culpa ao suicida, mas sim uma análise que permita obter mais conclusões para a mudança de atitudes e comportamentos, visando alternativas de maior observação das emoções não somente na resolução dos problemas, também para gerar um reforço da proteção e cuidado pessoal e social do outro.

6. Preocupação com a perda

Durante a depressão, muitos momentos são dominados pelo pensamento acerca do suicídio, que provocam emoções muito dolorosas. Devem ser consideradas com situações esperadas no processo de luto.

Existem muitas vias ou maneiras de manifestar o sentimento de perda e estas podem ser manifestadas durante o sonho. Às vezes um familiar adota atitudes de identidade com o falecido mediante a mímica (repetição de atos

e modos de agir, inclusive a imitação do tom da voz). Em outros casos há a idealização do amigo morto, e podem ser estabelecidos rituais e comemorações baseados na imagem do colega falecido. Ao longo do tempo, acontecem momentos de lembranças específicas do evento, de maneira descontinuada e que podem ser periódicas, onde cada um deles é vivenciado como momentos de fragmentos de luto.

7. Raiva

Essa etapa é um dos estados emocionais que podem ser considerados como uma meta da pósvenção. Ainda que a raiva seja expressa de forma tumultuada no âmbito familiar, é um sintoma que indica quando a pessoa está saindo das profundezas da depressão. Os desejos agora estão sendo manifestados sem medo e já é uma manifestação saudável.

A raiva é provocada e explica um conjunto de fatores que acontecem na mente:

- As pessoas sentem raiva por não interferir para evitar o suicídio, que é diferente do sentimento de culpa – que pode ser expressa como um sentimento autodestrutivo. Nesses casos, é necessário redirecionar o objeto da raiva para ser exteriorizada, como por exemplo, mediante atividades físicas intensas;
- É uma resposta ao "... abandono do vínculo por parte do suicida" é assumir o fim dessa relação que já não é possível na vida material de reciprocidade e de retroalimentação;
- Como o evento de suicídio tem um caráter devastador nas pessoas próximas, a raiva supera esse efeito como resposta ao sentimento de agressão afetiva por parte do suicida.

No caso dos indígenas temos que considerar, além do anterior, o contexto da crise social, crise familiar, crise pessoal, que nos leva a questionar por que algumas famílias apresentam mais dificuldades na elaboração do luto, apesar de estarem em um contexto de vida material semelhante de sobrevivência.

A variabilidade de resposta à perda nos leva, em primeiro lugar, a identificar e estimar o risco familiar. Isso operacionalmente é a identificação de casos de óbitos por causas violentas nas famílias extensas e que habitam

em distintos domicílios, assim como a sequência temporal dos óbitos. Mas as necessidades de intervenção sobre o fenômeno de suicídio, homicídio e luto ainda nos demandam um maior conhecimento para poder compreender cada efeito e os sintomas manifestados no luto que enunciamos anteriormente.

Nesse sentido, os recursos para mitigar os efeitos da perda são fundamentais para que os recursos adaptativos à nova situação sejam estimulados mediante o suporte emocional. No caso dos indígenas, o suporte social é fundamental entre os jovens, quando acontece um suicídio paterno, já que muitas vezes essa figura de referência é substituída por um familiar, geralmente um tio. Observamos casos que na ausência desse suporte a vulnerabilidade de algum familiar (especialmente a mãe) que não consegue elaborar um processo de luto, a perda de significados no sentido da vida gera um estado de autodestruição, manifestado pelo isolamento, abuso do consumo de bebidas alcoólicas, brigas etc. Isso provoca um estado de autoexclusão dentro da família e da sociedade até justificar sua morte (por suicídio ou outras violências) após seis ou mais anos do acontecimento do suicídio de um familiar.

Os tipos de recursos a serem utilizados dependem das características e impactos da perda sentida. Nessa percepção subjetiva da perda deve ser observada também a percepção das habilidades para lidar com ela, de modo a estimular ou apoiar os recursos adaptativos da pessoa à nova situação. A questão dos significados sociais e culturais da perda é fundamental na multiplicidade de situações que vivem as pessoas para poder definir as especificidades das intervenções psicossociais. Os esforços para reduzir o impacto da perda podem ser misturados com ações de proteção e apoio reativas e/ou proativas, segundo os sintomas e momentos do processo de luto.

Na pósvenção realizada no caso do suicídio indígena ou dos homicídios, devem ser considerados certos aspectos particulares:

- A evidência empírica demonstra que a sequência temporal entre os casos acontecidos na mesma família gera um impacto imediato. Consequentemente, consideramos que a pósvenção deva ser realizada no máximo nos 15 dias após o evento. Ainda que em termos gerais se mencione que os indígenas são impulsivos, o processo de construção da morte leva muitos anos, com uma série de sintomas e sinais muito sutis e, muitas vezes, sem nenhum tipo de manifestação significativa;

- A escuta é fundamental porque geralmente o jovem indígena tem voz e escuta limitada entre os adultos e tem um limitado apoio sobre o que ele espera;
- A pósvenção deve incluir um tipo de apoio físico ou corporal, já que a relação entre a Psicologia e o paradigma cultural da concepção de espírito é de fundamental importância. Essa situação de conflito se expressa no corpo, especialmente na síndrome cultural conhecida como Nhemerõ – termo que pode ser traduzido como "dor de romper o coração", ou seja, o sofrimento psíquico é simbolizado no órgão que expressa as emoções;
- A questão do tempo (o suicídio acontece geralmente durante a noite) e o espaço (aconteceram casos em que o ato suicida é realizado no lugar onde seu irmão ou parente foi assassinado, ou perto do domicílio) representam que o ato de morrer é um ato simbólico que reúne um espaço de morte essencialmente familiar;
- As particularidades emocionais observadas em conflitos familiares ou de atos de censura como a humilhação pública do jovem possuem uma ressonância de uma maneira tão significativa que pode ser causa ou motivo de suicídio.

A pósvenção na sociedade indígena requer um conhecimento profundo das características dos eventos de suicídio como condição essencial para intervir no processo de luto. As dificuldades dos (as) colegas psicólogos (as) e dos outros profissionais de saúde na atenção básica devem incluir a interpretação cultural dos sintomas, suas manifestações familiares e sociais, e suas dimensões simbólicas em uma situação de mudança sociocultural intensa. Além dos conhecimentos aportados pela Suicidologia, baseada nas sociedades de cultura ocidental, ainda é necessária a incorporação dos conhecimentos do fenômeno de suicídio fundamentado por paradigmas de outras culturas e de sociedades que vivem em condições de subsistência e de restrições fundamentais na sua perspectiva de vida. Sem dúvida, esses conhecimentos constituem uma contribuição fundamental à saúde pública, especialmente sobre a visão homogeneizante dos programas formulados nas instituições públicas.

Parte III

PERGUNTAS E RESPOSTAS

Especialistas respondem 117 perguntas enviadas pelo público durante os debates online dos dias 24 de julho e 21 de agosto de 2013

O conteúdo respostas são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo, necessariamente, a posição do Conselho Federal de Psicologia, tendo em vista que são baseadas na teoria e visão de homem utilizados por cada profissional.

Capítulo VII

Perguntas respondidas por Nilson Berenchtein Netto

Respondendo às perguntas especificamente, vou começar pela do Moisés, que questiona como trabalhar com as entidades religiosas para a prevenção do suicídio. Acho que uma questão importante de a gente pensar é a seguinte: Boa parte das religiões tem uma forma bastante peculiar de lidar com o suicídio e de não aceitá-lo, na grande maioria das vezes. E aí, nós temos que pensar no que isso implica para as pessoas que tentam se matar, para as pessoas que, porventura, pensam em se matar e para os familiares e amigos que sobrevivem ao suicídio daquelas pessoas que se mataram.

O fato de o sujeito não poder, por exemplo, ser sepultado em território sagrado, o fato, por exemplo, de ele acreditar que não irá para um lugar específico no pós-morte, que ficará no limbo, ou que irá para um local específico, porém indesejável, o inferno, acaba gerando grande sofrimento nas pessoas. Sofrimento esse que em nada contribui para suas vidas e tampouco para a memória que fica daqueles que se mataram. Essas implicações são bastante pesadas e severas para as pessoas que ficam e para as pessoas que tentaram tirar suas vidas.

Em um tratado judaico sobre a morte, o sepultamento e luto, chamado Šĕmaḥoṯ[8], há algumas reflexões a respeito disso. Alguns suicídios, inclusive, de crianças (eu tenho sérias discordâncias no que se refere à existência do suicídio de crianças, acho que é uma questão que precisamos pensar bastante a respeito, e tratarei sobre isso em resposta a outras questões) são, ali, analisados. O interessante desse tratado é que ele mostra como os rabinos tratavam cada caso, considerando a conjuntura, o método, os motivos e afins.

[8] O Šĕmaḥoṯ compõe um corpo literário judaico identificado como beraitot, que significa exclusões. Um desses beraitot levou o nome de Evel rabbati (O grande tratado sobre o luto), mas também ficou conhecido, após o século XI, pelo eufemismo maḥoṯ , que significa "júbilo", "regozijo". Nesse tratado, apresentam-se e discutem-se as regulamentações relacionadas com a morte, os enterros, os funerais e o luto.

Não são poucas as ocorrências de mortes voluntárias no Antigo Testamento. Podemos lembrar de Abimelec, Sansão, a filha de Jefté, Saul e seu escudeiro, Zambri e nos livros apócrifos, encontramos Ptolomeu (também chamado por Macrón), Razis e os sete irmãos. Além das ideações de Jonas, Elias e Jó, que depois recusa a ideia, quando dada por sua esposa. Vale dizer que nenhuma dessas mortes voluntárias é analisada na Bíblia de forma pejorativa ou tendo qualquer juízo negativo de valor. Algumas das versões da história de Xangô consideram que ele tenha sido um rei que colocou, voluntariamente, fim em sua vida. Idem no que se refere a algumas das versões da história de Sidartha. E se formos olhar para cada umas das diversas religiões, desde as pagãs, encontraremos mortes voluntárias que, a seu tempo, não foram valoradas negativamente.

Os cristãos não podem se esquecer que eles têm, na origem de sua crença (para além das mortes que mencionei no Antigo Testamento), alguém doando voluntariamente a sua vida para salvar os seres humanos de seus pecados. Contudo, não chamarão essa morte por suicídio, jamais, pois o nome correto é auto-oblação (auto-oferenda). Mas é uma morte voluntária. Algumas pessoas que discutem essa questão explicam que, por martírio, outro tipo de morte voluntária bastante comum entre os cristãos primitivos (protocristãos), tratava-se... Quando era a morte deles próprios, reservando o termo suicídio (palavra que ainda não existia naquele momento histórico), ou para ser mais exato, os termos reservados à referência pejorativa, à visão negativa do fenômeno, eram sempre utilizados quando se tratava das mortes voluntárias ocorridas entre os outros, vide a discussão feita por Agostinho de Hipona acerca das santas virgens da igreja e da morte de Lucrécia, esta última, ícone da virtude romana pagã.

Então, não podemos esquecer que, no próprio surgimento do cristianismo, em seus primeiros séculos, ou seja, do século I até o século V mais ou menos, foi muito comum aos cristãos doarem-se voluntariamente à morte. E, mais uma vez, nós não vamos chamar essas mortes de suicídio, mas hoje nós tendemos a chamar toda e qualquer morte promovida pelo próprio indivíduo de suicídio, tendemos a compreender a morte de todas essas pessoas da mesma forma.

Para além disso, é fato notório que a religião é compreendida pelas instituições oficiais como um elemento positivo no que se refere à manutenção da

vida das pessoas, porque se estabelece uma rede de relações que faz com que o sujeito repense algumas condições da sua vida, reestabeleça laços, vínculos sociais e tudo mais. De maneira imediatista, pode ser visto como uma possibilidade, mas eu fico pensando o quão importante isso não seria na sociedade como um todo, que esse reestabelecimento de redes solidárias e fraternas se disseminasse para todos os espaços, não só entre aqueles que professam a mesma fé, mas, volto a lembrar, que a nossa sociedade é marcada pela competitividade e pelo individualismo. Ou seja, essas redes se tornam muito mais difíceis em outros espaços, que não sejam mediados pela ideia de um bem maior transcendental, o que desempenha papel profundamente ideologizante e que, geralmente, costuma contribuir para a manutenção da sociedade sem alterar sua ordem.

As religiões trabalham a questão do suicídio, bem como a das adições, a partir da fé, desde um ponto de vista moral religioso, e não do esclarecimento, da ciência e da conscientização. Com isso, em seu trato com tais questões, mobiliza sentimentos como a culpa, o medo e o imobilismo.

De qualquer maneira, não cabe à ciência dizer como deve proceder a religião, mas tratar dessas questões de modo a buscar a conscientização e a emancipação humana.

Sobre o suicídio racional ou suicídio filosófico:

Gostaria de me deter mais a três outras questões, uma do Tobias Júnior, que fala: "queria trazer para o debate da Psicologia uma frase do Albert Camus sobre o suicídio, quando ele disse que o suicídio é uma grande questão filosófica do nosso tempo, decidir se a vida merece ou não ser vivida, é responder uma pergunta fundamental da Filosofia".

É certo que esse trecho se delonga por um livro inteiro, que é O Mito de Sísifo, e é mesmo uma questão fundamental de ser respondida, pensada e refletida, inclusive ao pensarmos as questões da promoção e da prevenção, por exemplo. Essa frase, digo isso empiricamente, mas sem um estudo a respeito - deve ser a frase mais citada nos trabalhos sobre o tema do suicídio. Praticamente todos os manuais da Organização Mundial da Saúde (OMS) trazem-na citada, o que me causa certo estranhamento, já que, me parece, o Camus e a OMS não compactuam da mesma compreensão acerca desse fenômeno,

entretanto, não resta dúvida de que se trata de uma frase de grande impacto e talvez daí o fato de ser tão mencionada.

Durante a fala da Soraya, eu estava lembrando, na clínica psicológica, tem um caso clássico, que é o do Ludwig Binswanger, um psiquiatra existencialista, que considerou sucesso terapêutico o suicídio de Elen West, que era um nome fictício da paciente dele. Quer dizer, há produções diversas dentro da nossa ciência que apontam para caminhos que não são os mais comuns, ou os hegemônicos, os que são costumeiramente tratados, os cotidianos. Devemos analisar criticamente essas experiências para refletir sobre elas.

Acho que Albert Camus traz importantes contribuições para a reflexão sobre suicídio, apesar de eu não ser existencialista e ter inúmeras discordâncias com suas propostas. Eu acho que os existencialistas trazem profundas contribuições para se pensar esse fenômeno, não a partir da questão moralista e moralizante e que trazem tanto juízo de valor a respeito do fenômeno, no entanto, vale lembrar, insuficientes.

Penso que, ao lermos essas proposições, conseguimos nos despir de uma série de preconceitos relacionados a esse fenômeno, o que me parece ser bastante saudável e profícuo.

A outra questão que foi feita é do Cristhian e da Camila, a respeito do suicídio racional ou do suicídio filosófico, como também costuma ser chamado. Não podemos esquecer que, dentro da literatura a respeito do tema, há várias discussões sobre isso. Nietzsche trará uma discussão que lembra o que a Soraya disse hoje, quando mencionou o suicídio como uma carta na manga. Nietzsche vai dizer, em seu livro Para além do bem e do mal, que "a ideia do suicídio é um potente meio de conforto: com ela superamos muitas noites más". Dessa maneira, o fato de sabermos que sempre nos resta essa última possibilidade, que se tudo der errado, ainda temos essa última escolha, para alguns autores trata-se de um conforto, um resquício de liberdade e certo controle sobre nossos destinos.

Na história, não foram poucas as situações em que, sob condições extremas, indivíduos tiraram suas vidas como forma de resistir a seus algozes. Politicamente, esse fato tem certo impacto também, resistir ao opressor, de Comas (capitão do exército grego) a Walter Benjamin, passando por inúmeros escravos ou humanos livres que impediram, dessa maneira, sua escravização,

até os militantes diante das torturas e possibilidade de delação nas ditaduras latino-americanas.

A ideia de Nietzsche não vai, exatamente, na linha do exposto, mas no sentido de que o sujeito consiga enfrentar uma série de coisas negativas na sua vida sem necessariamente se matar. Emil Ciorán, um filósofo romeno, fez discussão similar. Um dia, por ele ser um... Eu não diria um apologeta do suicídio, mas alguém que defende essa possibilidade, ao responder uma entrevista na qual lhe foi perguntado por que ele não se matou, ele respondeu, ao estilo hegesíaco: "eu nunca propus que as pessoas se matassem, só proponho que elas pensem a respeito dessa possibilidade".

Essa é uma possibilidade legítima, que está dada às pessoas. É uma possibilidade entre as inumeráveis possibilidades que se apresentam na vida humana e cabe às pessoas poderem refletir sobre ela, refletir conscientemente. Agora, é difícil pensarmos em alguma escolha de fato racional, nessa sociedade completamente alienada na qual vivemos. Todavia, não poderíamos dizer, por exemplo, que o suicídio do André Gorz, ou da Laura Marx e do Paul Lafargue, seriam suicídios alienados tal como a grande maioria dos suicídios que ocorrem. São uma minoria, sem dúvida nenhuma, esses suicídios racionais ou filosóficos. Mas acho que é algo que tem que ser discutido e pensado mais a fundo, com maior seriedade. E, aí, já faço uma amarração com a próxima pergunta que vai falar sobre o tabu.

Deixaremos de ver o suicídio como um tabu, quando pudermos falar sobre ele de uma forma mais tranquila e "natural", com maior respeito, sem tantos juízos de valor, sem tanta valoração, valoração negativa especificamente, a respeito desse fenômeno. Pensá-lo de outra forma permite que lidemos com ele também de outra forma. Mudar as nossas práticas sociais, permitindo que vejamos esse fenômeno de uma maneira distinta, já é uma contribuição para desfazer esse tabu que circula em torno da morte em geral e do suicídio em específico. O Leonardo vai trazer algumas questões relacionadas às grades curriculares e à formação do psicólogo, mais especificamente.

Bom, sempre que possível, eu dou uma disciplina optativa, de psicologia da morte, para poder discutir essas questões com os/as estudantes. Imagino que as colegas também, sempre que têm a oportunidade, tentam inserir essa discussão, mas não são todas as instituições de ensino que trazem essa pos-

sibilidade. Eu penso que muito da formação dos estudantes também passa por eles e por suas reivindicações. Eles podem se organizar e reivindicar esse tipo de discussão nas suas universidades, para que isso faça parte da sua formação, que, sem dúvida, é uma questão bastante importante e premente. Estamos vendo que, atualmente, é um tema que está em voga, as pessoas se interessam muito por essa questão. Apesar de ainda ser um tabu.

EUTANÁSIA

Davinni S. M. – ***Todo aquele que decide morrer é suicida? O que dizer de pacientes terminais que desejam a morte?***

Wallace H. – ***Está ficando claro que há uma forte determinação social (política, econômica e cultural) para a motivação suicida, o que implica também a responsabilização social na explicação das causas desse fenômeno e do sofrimento psíquico. O que dizer sobre os casos em que o ato não está atrelado a um transtorno mental, mas sendo deliberado fora de uma experiência subjetiva de sofrimento psíquico, de forma consciente, a exemplo daqueles que decidem pela eutanásia? Podemos garantir o direito de o sujeito dar fim a sua própria vida? Como se posicionar eticamente nesses casos? E como diferenciar o suicídio motivado por transtorno/sofrimento mental daquele motivado por uma decisão, aparentemente, sóbria e consciente?***

Davinni S. M. e o Wallace H. trazem questões acerca da eutanásia.

Nem toda morte causada pelo próprio indivíduo pode ser considerada suicídio. É para isso que tento atentar quando falo da pobreza terminológica para nos referirmos à morte de si, pois, ao considerarmos que tudo é suicídio, acabamos perdendo o foco e a especificidade de tal morte, e caímos em um vazio no que se refere às discussões próprias dessa forma de morrer.

A luta organizada pelo direito de morrer uma morte eleita e digna, na modernidade, remonta, pelo menos à década de 1970, quando médicos e ativistas políticos, principalmente militantes anarquistas, começam um debate, na França, acerca do direito ao suicídio e à eutanásia. Parte desse debate se deu em uma revista especializada da área da saúde chamada Tankonala Santé.

Desse debate, surgiram associações pró-eutanásia, suicídio e suicídio assistido, muitas das quais existem ainda hoje e, depois disso, outras tantas surgiram. Um pouco dessa história e dos argumentos então utilizados podem ser encontrados em um livro dos franceses Claude Guillon e Yves Le Bonniec intitulado Suicídio: modo de usar.

Entre as propostas de tais associações estavam o auxílio médico na morte de pacientes terminais que desejassem morrer, perpetrados pelo médico, o auxílio médico a pessoas em estado terminal, tendo o médico como auxiliar, ou seja, alguém que administra e prescreve os medicamentos e as doses, contudo, o ato é cometido pelo próprio indivíduo. Por fim, a veiculação de manuais que ensinassem àqueles que desejassem tirar suas próprias vidas a fazê-lo, de forma a conseguirem lograr exitosamente seu intento de se matar, de modo eficaz e indolor, com substâncias que, caso esses sujeitos não morressem, não corressem o risco de ter lesões ou danos sérios que lhe prejudicassem a vida dali por diante. Havia uma preocupação moral, ética e política nas discussões.

Hoje, em alguns países como a Holanda, essas associações não só existem como funcionam e cumprem com suas propostas. Legislar a respeito é fundamental, contudo, há um entrave bastante sério e relativamente difícil de ser superado. A indústria da "manutenção da vida a qualquer custo" gera divisas substanciais às indústrias farmacêuticas, aos lobbys médicos e aos oligopólios de donos de hospitais privados.

Os moribundos permanecem sendo consumidores e consomem um tipo de mercadoria que é bastante rentável aos capitalistas, pois são de consumo imediato e costumam custar bastante caro. Além disso, precisam constantemente de cuidados médicos e outros cuidados especializados, fazendo uso constante de serviços de home care (atendimento em casa) e internações hospitalares. Não me parece que os beneficiados pelo sofrimento alheio estão dispostos a abrir mão desses valores.

Outro obstáculo a uma discussão mais ampla e profícua acerca da eutanásia são as crenças religiosas, que, na sua grande maioria, entenderão que essa forma não é uma forma natural de morrer. Assim, usurpa da divindade o direito sobre a vida e a morte das pessoas, delegando, com isso, o inferno, o umbral ou o limbo a esses moribundos. Toda a organização da sociedade está dada a favorecer a manutenção da lucratividade do moribundo àqueles que disso tiram proveito.

Parece-me que a luta pelo direito à eutanásia e o suicídio assistido não estão muito avançados em nosso país, mas é uma questão importante de ser trazida à tona, sem dúvida alguma. Há um bonito filme que conta a história da luta de Ramón Sampedro pelo direito à morte digna, chamado Mar adentro e um livro escrito por ele, Cartas do Inferno, que está traduzido para o português.

GENÉTICA

Bom, tem duas que são bem rápidas, uma até daria para responder com mais delongas, mas acho que vai ter que ser bem rápido. Davini S. M. questiona se há estudos que ligam o suicídio à questão genética. Há sim, inclusive, até outro dia, não sei se ainda hoje - acho que a Blanca saberia falar melhor sobre isso - mas o Brasil era um dos lugares que produzia pesquisa de ponta nesse assunto. O professor Humberto Correia, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), junto com sua equipe, são os grandes responsáveis por esses estudos relacionando questões genéticas e suicídio. Então, vou limitar a minha resposta a dizer que sim e dar a referência.

Ele publicou um livro com o professor Sérgio Barrero, um médico cubano. É bem fácil e acessível o trabalho dele e de seus colaboradores.

Esse tipo de pesquisa, parece-me, leva o biologismo ao extremo, isso me preocupa bastante.

SUICÍDIO E TRABALHO

Vitor C. – ***A exploração no trabalho, típica de nosso sistema econômico, é muitas vezes seguida pelo suicídio dos trabalhadores. Nesse caso pode ser considerado um assassinato? Como lidar com isso em um ambiente de trabalho muitas vezes opressor?***

Catarina V. – ***Como identificar o perfil de uma pessoa que apresenta possibilidades de suicídio na empresa, quando o sujeito não expõe o sofrimento no ambiente de trabalho?***

Rayza C. – ***O Nilson falou sobre a responsabilidade social e sobre o individualismo. Sou do Rio de Janeiro e vim morar em Venâncio Aires, Rio Grande do Sul. Aqui, encontrei a cidade com o maior índice de suicídio do Brasil, depois de Porto Alegre. Até que ponto o grupo influencia no comportamento? Até que ponto a responsabilidade social pode interferir na decisão da pessoa? Vi alguns estudos que apontam o uso de agrotóxicos como um dos principais causadores. Isso seria possível?***

Geraldo T. – ***Dentro dessa sociedade capitalista, na qual vivemos em um mundo de trabalho selvagem e individualista com o lucro acima das pessoas, metas abusivas, adoecimento e depressão ocasionada pela atividade laboral, como responder a essa incoerência em que o trabalho não ajuda o ser humano e sim faz mal?***

Vitor, a Catarina, a Rayza e Geraldo perguntam sobre o suicídio relacionado ao trabalho.

Cada vez mais, os suicídios relacionados ao trabalho estão alarmantes e nunca estiveram tão evidentes. Lógico que os suicídios relacionados ao trabalho existiram, inclusive em outros modos de produção, antecedentes ao capitalismo. No escravagismo e no feudalismo não foram poucos os que tiraram suas vidas frente às condições miseráveis de trabalho, contudo, essas condições eram bastante distintas das atuais. Esse é um dos temas sobre os quais mais tenho me debruçado, a relação do suicídio com o trabalho.

O Vitor pergunta se, em certos casos, o suicídio relacionado ao trabalho pode ser considerado um assassinato e como lidar com o ambiente de trabalho que muitas vezes é opressor?

Bom, eu acredito que não só no ambiente de trabalho, como em todos os espaços, muitas vezes, aquilo que nós costumamos chamar de suicídio, na verdade é um assassinato encoberto. Quando a pessoa é conduzida à beira do precipício e largada ali, sem nenhuma condição de se segurar, chamar isso de suicídio pode ser um equívoco.

Florence Bègue dá um exemplo em seu livro com Christophe Dejours, em que conta a história de um homem que, ao chegar em seu posto de trabalho, depara-se com uma forca que ali fora colocada por seus "colegas" de trabalho, que sabiam que estava deprimido. O resultado, como era de se esperar, foi o suicídio desse trabalhador. Quantas e quantas vezes as pessoas não são assediadas,

humilhadas e constrangidas com inúmeras sugestões para que tirem suas vidas e tais fatos são chamados de suicídios?

Podemos verificar, nesse caso, a intenção de conduzir o outro à morte (ou pelo menos de confrontá-lo com a ideia, sugerindo-a) e, de acordo com o artigo 122 do Código Penal Brasileiro, induzir ou instigar alguém a se suicidar ou lhe prestar auxílio para tanto, é crime, com pena de dois a seis anos de reclusão, caso o suicídio se concretize, ou de um a três anos, caso a tentativa resulte em lesão corporal grave. E, aí, eu atento novamente para o fato de que ao chamarmos tudo de suicídio, acabamos perdendo nuances e elementos importantes para compreender os fenômenos.

A Catarina pergunta "como identificar o perfil de uma pessoa que apresenta possibilidades de suicídio na empresa, quando o sujeito não expõe o sofrimento no ambiente de trabalho"?

Bom, em geral, as pessoas temem expor seus sofrimentos no local de trabalho, já que isso pode lhes custar inclusive o próprio emprego, considerando que as empresas buscam trabalhadores que suportem sorrindo as agruras que sofrem cotidianamente. Além disso, não é incomum que empresas, ao identificarem a possibilidade de um trabalhador se matar, em vez de acolherem tal demanda, simplesmente dispensam ou afastam o trabalhador, para que o suicídio não ocorra dentro da empresa, ou para que não se estabeleça o nexo entre o emprego e o suicídio.

Mas há, ainda, situações em que a empresa usa o argumento do suicídio como justificativa para não arcar com suas responsabilidades, como no caso da morte do trabalhador indígena Pedro Terena, que morreu em um acidente de trabalho e a empresa utilizou o fato de ser indígena e de existirem altas taxas de suicídio entre algumas etnias, para dizer que o trabalhador se suicidara e, consecutivamente, não indenizar sua família.

Há, ainda, os suicídios relacionados ao uso de agrotóxicos, que têm como fator relevante a contaminação dos agricultores. Sobre essa questão, é necessário questionar por que são utilizados, em nosso país, agrotóxicos que, sabidamente, são nocivos à saúde dos trabalhadores, tal como denunciam diversos pesquisadores de nosso país.

Muitos desses suicídios no trabalho estão profunda e intimamente relacionados com a questão do assédio moral. Sobre o tema, recomendo a leitura dos

trabalhos de Margarida Barreto e de Terezinha Martins dos Santos Souza. Sobre a questão do suicídio relacionado ao trabalho, Margarida e eu produzimos uma cartilha chamada Suicídio e Trabalho - Manual de promoção à vida para trabalhadores e trabalhadoras, pelo Sindicato dos Químicos de São Paulo. Ela pode ser adquirida gratuitamente, entrando em contato com o sindicato.

Também organizamos um livro, junto com o Lourival Pereira, sobre a questão do suicídio relacionado ao trabalho, assédio moral e outras formas de violência no trabalho, intitulado Do Assédio Moral à Morte de Si - Significados Sociais do Suicídio no Trabalho, que também foi lançado pelo sindicato e é vendido a preço de custo, tornando-o bastante acessível. Pode ser adquirido entrando em contato com o sindicato ou, se alguém tiver interesse, pode entrar em contato comigo, também darei um jeito para fazer com que o livro chegue às mãos dessas pessoas.

Eu acho importante trazer esse elemento do suicídio relacionado ao trabalho, que é uma das coisas que está bastante presente nos nossos dias, tal como suicídio de indígenas, como altos índices de tentativa de suicídio entre as mulheres, o que não é novidade. Mas se não pararmos para pensar a origem, de fato, desses elementos, eu acho que perdemos grandes oportunidades de mudar as relações que causam essas condições.

SUICÍDIO DE CRIANÇAS

Lorraine R. – ***O que fazer quando uma criança tenta o suicídio, mas os pais, ao invés de darem atenção a isso, ignoram e tratam como se a criança tivesse de "palhaçada" (termo usado por eles)? Me sinto omissa e de mãos atadas, pois não posso tomar a frente dos pais, como por exemplo levá-la a buscar tratamento psicológico. É um caso familiar. Sou recém formada em Psicologia e o que fiz naquele momento - já que ocorreu há algum tempo e eu era apenas estudante - foi acolher essa criança da forma que podia. Me pareceu ser de extrema importância para ela, mas tenho medo do que pode vir.***

Regina C. – ***Sou de Belo Horizonte (MG), estudante de Psicologia, e pergunto: Desde a infância a criança dá sinais de ser suicida? Quais são eles?***

Loredanna S.– ***Quais seriam os sinais do comportamento suicida na infância? E quais as melhores formas de intervenção nesses casos?***

Moisés F. – ***Nos casos de suicídio infantil, Angerami-Camon denomina como o "Escarro da Existência Humana". Como se pode prevenir ou ir em direção à prevenção para o suicídio infantil?***
Priscila S. – ***O índice de suicídio infantil é pequeno? Em sua maioria, é por causa de separação e falta de amor dos pais?***

Davinni S. M. – ***O que dizer de crianças que tentam o suicídio?***
Rafaela – ***Se uma criança cresceu sofrendo abuso sexual do pai e, agora, depois de adulta, ela fala em morrer, ainda existe esse risco ou ficou no passado?***

Como mencionei anteriormente, tenho discordâncias no que se refere a chamar certas mortes infantis, causadas pelas próprias crianças, de suicídio.

Podemos ver na produção de alguns autores que se dedicaram ao estudo do desenvolvimento infantil, como Vigotski, Walon e inclusive Piaget, que o desenvolvimento de conceitos da própria volição e da consciência de si são capacidades humanas que levam algum tempo para se desenvolver e, penso eu, que para se considerar suicídio uma morte causada pelo próprio indivíduo, essas funções devem estar plenamente desenvolvidas.

É ponto pacífico o fato de que as idades atribuídas universalmente para o surgimento dessa ou daquela função são apenas indicativos, mas não são estanques. Assim, não se trata de estabelecer uma idade a partir da qual pode-se ou não compreender uma morte como suicídio. Trata-se de se estabelecer se uma criança que ainda não tenha plena consciência do outro e de si, não tenha sua volição plenamente desenvolvida e que não tenha um conceito formado acerca da morte, ou seja, que compreende sua universalidade e, principalmente, sua irreversibilidade, podea tirar, intencional e conscientemente a sua vida.

Se buscarmos na literatura especializada, veremos que muitas dessas mortes se dão por temor da represália, por medo de decepcionar e/ou perder o amor dos pais, por não compreender e não dar conta de avaliar as possibilidades de solução de problemas que se lhes apresentam. Com isso, aos olhos dos adultos, os motivadores das mortes infantis causadas pelas próprias crianças aparecem

como menores e insuficientes. Diante disso, vale lembrar que as crianças ainda não possuem conhecimento suficiente acerca do mundo em que estão inseridas, que lhes permita compreender e enfrentar os problemas da mesma forma que os adultos. O que coloca em destaque o papel do adulto na formação de suas consciências e personalidades e, quando me refiro aos adultos, aqui, não estou falando apenas da família e da escola, mas da sociedade como um todo. Todos e todas deveríamos nos sentir mais responsáveis pela educação e desenvolvimento de nossas crianças e agir de acordo com isso.

Apesar de não se tratar de literatura científica, mas de um documento histórico, no já mencionado Śĕmahoṯ, os rabinos fazem um alerta interessante, de que não se deve ameaçar as crianças com castigos, frente aos quais estas podem se desesperar e acabar tomando atitudes desmesuradas, como tirar as próprias vidas.

Além disso, cabe trazer aqui um exemplo que pode ilustrar a questão da compreensão das crianças acerca da realidade e o cuidado que cabe aos adultos em sua educação. Uma criança, prima de uma adolescente que se matara, por quem ela nutria profundos sentimentos, perguntou à sua professora de catecismo se encontraria a prima quando morresse. A professora respondeu afirmativamente à pergunta da criança que, diante disso, tirou a própria vida, no mesmo local e da mesma forma que a prima. Temos que considerar sempre que a forma de apreensão da realidade pelas crianças tem peculiaridades que devem ser consideradas ao se tratar de determinados assuntos, como, por exemplo, a morte em geral e o suicídio.

O mencionado até aqui, em absoluto diminui a gravidade da questão. Pelo contrário, a meu ver, somente a amplia. Mais que isso, obriga-nos a observar outras questões, que não só a criança, mas a sociedade e suas instituições como a família e a escola, obriga-nos a olhar para ela buscando por outras questões que não necessária e exatamente aquelas que se buscaria caso se tratasse de um suicídio.

Certamente, as crianças podem apresentar comportamentos que indiquem a possibilidade de que atentem contra si mesmas, flagelando-se, machucando-se (inclusive irreversivelmente) ou até tirando suas próprias vidas. Além disso, mesmo o que se conhece por para-suicídio, ou seja, uma tentativa que não tem a intenção de tirar a própria vida, pode ter final trágico entre as crianças, devido

à sua imperícia e ao desconhecimento dos meios e técnicas. Dessa forma, sem a intenção de morrerem de fato, podem iniciar ações irreversíveis.

A manifestação do desejo de morrer, independente da idade (ou seja, em adultos também), deve sempre ser considerada e levada a sério. Deve-se acolher e discutir tal questão com a pessoa e buscar auxílio especializado. Contudo, considerando outras questões anteriormente levantadas, ou seja, há que se possibilitar ao indivíduo, com auxílio, compreender a realidade que lhe faz desejar e, às vezes, buscar a própria morte e ajudá-lo a buscar soluções coletivas para solucionar tal questão.

Situações de violência, seja física ou psíquica, certamente contribuem para que as pessoas, em geral, busquem a morte como uma forma de escapar ao destino que se lhes apresenta. Certamente, quanto mais dependente e vulnerável é esse indivíduo, determinadas formas de fugir às situações violentas se apresentam. Além disso, vale sempre lembrar que as marcas deixadas por qualquer experiência emocional intensa, seja positiva ou negativa, acompanham o indivíduo em sua história, e violência intensa, seja física ou psíquica, desempenha papel nefasto e degradante na constituição do indivíduo. Dessa maneira, situações de abusos e humilhações podem sim conduzir a criança a buscar a própria morte.

CONTÁGIO/ EFEITO WERTHER

Davinni S. M. – ***No caso de famosos que cometeram suicídio, vocês acreditam que há alguma influência destes para os jovens fãs dessas celebridades?***

Poliana[9] *–* ***Gostaria que falassem sobre o "efeito contágio" do suicídio.***

A ideia do contágio, também chamado de "Efeito Werther", recebe esse nome por conta do livro de Johann Wolfgang von Goethe, Os Sofrimentos do Jovem Werther, em que o escritor alemão relata as desventuras amorosas de seu personagem através de cartas fictícias.

[9] *Identificação sem sobrenome.*

A referência é feita porque, à época, houve diversos suicídios que foram relacionados com a leitura do livro, fazendo com que fosse, inclusive, proibido e retirado de circulação em alguns países. A análise que se faz, muitas vezes, é que a leitura do livro induzia à morte ou contagiava os leitores.

Parece-me caber uma análise distinta. Certos autores, compositores, cientistas, entre outros, têm a capacidade de captar e sintetizar, em suas obras, certos sentimentos comuns de determinado momento histórico. O que ocorre, então, não é um contágio, mas um reconhecimento das pessoas na expressão daquele sentimento. Dessa maneira, pode-se analisar os suicídios que ocorrem após a notícia de determinado suicídio, como a expressão de um certo reconhecimento no sofrimento que levou alguém à morte, mas não um contágio propriamente dito.

A Alemanha em que viveu Goethe era uma sociedade de instituições sócio-políticas arcaicas, coexistindo com uma parte da Europa que se desenvolvia a passos largos na direção do capitalismo e das instituições democráticas. O cenário alemão é bucólico, desesperador para o alemão comum. Hoje, lê-se o mesmo livro e não vemos pulular os índices de suicídio em virtude disso.

A ideia de contágio, muitas vezes, serve à mídia de justificativa para calar diante dos diversos suicídios que ocorrem. É certo, tal como recomenda a OMS em seus manuais, a necessidade de cuidado na divulgação dos acontecimentos, como é, na verdade, a divulgação de qualquer acontecimento. Contudo, se a mídia assumir um papel de fato informativo, desempenhará um papel importante na reflexão da sociedade acerca não só do suicídio propriamente dito, como também de suas múltiplas determinações e consequências. Vale lembrar que parte considerável da mídia responde a outros interesses, os da ideologização da realidade e de manutenção da sociedade tal como se encontra e, dessa maneira, discutir seriamente a questão do suicídio seria colocar em risco sua própria condição social.

FAMÍLIA

Aline S. M. – ***Que intervenções são mais eficientes no atendimento da família de um paciente que teve um suicídio frustrado?***

Davinni S. M. – ***Caso a tentativa de suicídio seja concretizada, vocês acreditam que se deve fazer um acompanhamento da família? De que maneira?***

Cindy M. – ***Gostaria de saber como fica o tratamento dos pais de um suicida? Como tratar a culpa dos pais nesse caso?***

Diante da tendência de responsabilizar e culpabilizar a vítima, é comum que recaia sobre as famílias e outras pessoas próximas daqueles que tentaram ou conseguiram tirar suas próprias vidas, uma série de sentimentos como a culpa, a vergonha, a dúvida, além, é claro, da tristeza de perder um ente querido ou uma pessoa próxima.

Diante disso, o apoio à família e a pessoas próximas é importante para contribuir para que superem a perda, para que busquem compreender as questões que a morte daquela pessoa traz à tona e que possam fazer algo de produtivo com isso.

É certo que, em algumas situações, o suicídio pode estar bastante relacionado a questões familiares e, nesse caso, trabalhar tais questões é importante para que isso não corrobore com o suicídio ou adoecimento de outros componentes da família.

CAPITALISMO

Cícero[10] – ***Dentro desta perspectiva, em que a sociedade moderna nos força a ser feliz, deixa-nos sem ferramentas para enfrentar a dor. E, como não sei lidar com essa dor vem a solução de morrer, como remédio para essa dor?***

Jussara M. A. – ***Minha pergunta é para Nilson Netto. Como ele pensa em relação ao aumento dos casos de suicídio, e o imperativo do gozo, trazido por uma sociedade capitalista marcada pela lógica do consumo?***

Paulo V. P. – ***Sou estudante de Psicologia. Gostaria de saber se seria possível levantar a seguinte hipótese sobre a tentativa, ideação e suicídio exitoso - a questão do sentimento de "despertencimento"?***

10 Identificação sem sobrenome.

O Francisco Wilson faz a seguinte pergunta: Por que dar tanta importância aos fatores ideológicos do sistema capitalista se em outros sistemas, como o socialista, há também o suicídio? O suicídio atinge todas as culturas e tempos históricos.

Atentar para os fatores ideológicos do capitalismo é importante, a começar, por esse ser o modo de produção no qual estamos inseridos e, como estou falando do suicídio nessa sociedade, devo buscar as características dessa sociedade, para compreender os suicídios que nela ocorrem. Certamente, em outros modos de produção, o suicídio também existiu, ou melhor dizendo, neles, as pessoas também tiraram suas vidas. Contudo, não cabe necessariamente a palavra suicídio. Seria equivocado pensar que em toda e qualquer sociedade, momento histórico e cultura, a morte de si ou qualquer outro fenômeno humano é exatamente igual, apesar de, muitas vezes, manterem a mesma aparência. O que leva muitas pessoas a análises anistóricas, presentistas e descontextualizadas. Esse equívoco, do anacronismo, é bastante comum e daí a importância de evidenciá-lo, até mesmo porque nem sempre é de fato um equívoco, muitas vezes, é uma estratégia ideológica intencional para encobrir a realidade.

Abri minha fala me remetendo ao fato de que a forma como as pessoas e as sociedades lidavam com o suicídio foram mudando historicamente, justamente para mostrar que, apesar de poder ser um fenômeno que atinge e atingiu grande parte das culturas e tempos históricos, isso não aconteceu da mesma maneira em todos eles, já que cada um desses momentos teve e tem suas próprias peculiaridades. Assim, o suicídio na sociedade capitalista tem suas características próprias e se as perdermos de vista, não estaremos analisando adequadamente o fenômeno, o que nos impedirá de lidar adequadamente com ele e em parte, é exatamente o que me parece ocorrer diuturnamente.

Parece-me que a possibilidade das pessoas tirarem suas próprias vidas não será extinta em outras formas de sociabilidade, afinal, a possibilidade de um ser humano tirar, intencional, deliberada e conscientemente a sua vida é uma possibilidade legítima. A grande questão que se coloca é, justamente, o quanto está sendo possível, nessa sociedade, que o suicídio seja adjetivado dessa maneira. Além disso, outras formas de sociabilidade estabelecem distintas relações com a morte, fenômeno que também não me parece ser extinguível. As experiências erigidas sobre o ideal socialista se deram sob condições determinadas, que

não cabem ser discutidas aqui. Mas, de qualquer forma, é fundamental compreender as características das mortes em tais sociedades, para que, caso sigam acontecendo, não sejam de forma alienada e que as questões que venham à tona com essas mortes sejam compreendidas.

O Cícero questiona: "dentro desta perspectiva, em que a sociedade moderna nos força a ser feliz, nos deixa sem ferramentas para enfrentar a dor. E, como não sei lidar com essa dor, vem a solução de morrer como remédio para essa dor?

Somos cobrados constantemente acerca de nossos sentimentos e emoções, temos que ser cordiais, bem educados, atenciosos, agradáveis, contentes, sorridentes, como se a vida fosse um mar de rosas. Temos que ser assim para termos boas relações com os amigos, com a família, com as pessoas na rua, em nossos empregos. Mas quando fugimos à norma, logo vêm as sanções, por parte de todos os mencionados e outros tantos.

Esquece-se de que sentimentos que estão sendo menosprezados, quando não, rechaçados ultimamente, é parte constituinte e necessária da vida Com isso, se as pessoas acordam tristes um ou outro dia, logo se autodiagnosticam com depressão, se esses dias se estenderem ou se tornarem frequentes, as pessoas atualizam tal autodiagnóstico para depressão crônica e, o quanto antes, buscam por um remédio, da forma mais rápida e fácil possível. Ligam para alguém e perguntam o "nome daquele remédio", quando não, ainda conseguem alguns comprimidos com o amigo e ao consumi-los, se tudo correr "bem", os efeitos serão os esperados e a vida deixará de ser tão pesada. Contudo, consideremos que o agente causador da tristeza, nessa pequena crônica, continua oculto e, em absoluto, a vida desse sujeito mudou, o que mudou foi o funcionamento do seu organismo.

Fique claro que o parágrafo anterior é uma paródia, a depressão não só existe como deve ser tratada de maneira séria. Os medicamentos são expressão do desenvolvimento tecnológico de nossa sociedade, mas em geral não são tratados dessa maneira. Pretendi mostrar, de forma bem abreviada, três males profundamente arraigados em nossa sociedade: a patologização dos sentimentos, a medicalização da vida e o autodiagnóstico. Parece-me que essas questões precisam ser mais e melhor estudadas, já que cada uma por si só dá conta de fazer um grande estrago, imaginemos todas elas, agregadas a tantas outras, o que não podem causar?

Essa necessidade de aparentar estar sentindo algo que não se está sentindo de fato pode ser constituinte de diversos sofrimentos e de uma profunda sensação de vazio, que também não podem ser manifestados e que devem ser controlados de qualquer maneira, mesmo que à base de medicamento. Assim seguimos, produzindo e reproduzindo esse círculo vicioso que, vale lembrar, beneficia a manutenção do sistema. Certos lobbys profissionais, certas indústrias, enfim, cumprem determinado papel nessa sociedade.

Ao mencionado vazio e, muitas vezes, ao sofrimento, costuma-se buscar sanar não só com o consumo de medicamentos, mas também com o consumo de outras tantas coisas, de objetos a pessoas, e, nesse caso, estou colocando as pessoas na condição de coisas, mesmo. A lógica da acumulação e da valorização do valor, própria do capitalismo, acaba expressando-se em outras esferas da vida ou, para ser mais exato, na totalidade da vida.

Sobre a questão do despertencimento, ressalto aqui que, em uma sociedade, na qual parte considerável das pessoas, ou para ser mais exato, a absoluta maioria delas, que produzem as riquezas do mundo em que vivemos, mas delas não usufruem, fica difícil considerar-se pertencente a algum grupo. Ainda mais diante da intencional fragmentação que a ideologia dominante vem operando na classe trabalhadora, dividindo-a em infindos grupos que se perdem em suas particularidades e perdem de vista o que há de universal entre eles, perdem-se nas peculiaridades de suas opressões peculiares, esquecendo-se de que são todos explorados.

Esses fenômenos, que são estratégicos do ponto de vista da manutenção da sociedade, são deletérios para as vidas da imensa maioria das pessoas, levando, certamente, muitas delas a tirarem suas próprias vidas.

TRANSTORNOS PSÍQUICOS

Simony[11] – ***Podemos afirmar que as pessoas que cometem suicídio são depressivas e que não tentarão apenas uma vez?***

Catarina V. – ***Há frequência de suicídios por pessoas que não apresentam depressão?***

[11] *Identificação sem sobrenome.*

Mesmo que a pessoa manifeste algum transtorno psíquico, esse pode não estar diretamente ligado com seu suicídio. Além disso, ao estabelecer uma relação direta, imediata, entre um fenômeno e outro, perdem-se determinantes que podem anteceder os transtornos, originando-os e que podem estar diretamente ligados ao suicídio; ou ainda, ao centrar-se no transtorno, pode-se perder outros fatores concomitantes, que sejam importantes determinantes do suicídio. Assim, para se compreender corretamente o fenômeno, deve-se saturá-lo de múltiplas determinações que permitam compreender sua origem e desenvolvimento, para que se possa planejar estratégias para lidar com tal questão.

DROGAS

Lucitânia G. O. – ***O uso abusivo de drogas seria uma forma de buscar o suicídio? Isso é epidemia?***

Em geral, as pessoas fazem uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, para experimentar os efeitos de tal substância, para suprir a necessidade dessa substância sentida pelo organismo, ou para lidar com algum tipo de sintoma físico ou psíquico.

Contudo, em situações específicas, os sujeitos podem usar, intencionalmente, dosagens exageradas dessas drogas, com o intuito de tirarem as próprias vidas. Além disso, sob o efeito de determinadas drogas, os indivíduos podem não estar totalmente no controle de suas próprias condutas, o que significa que podem estar mais suscetíveis a ideias e condutas suicidas. Entretanto, seria limitado estabelecer uma relação direta dessas ideias e condutas com a utilização da droga, sem considerar outros fatores da vida de tais indivíduos, bem como as múltiplas determinações que subjazem ao consumo de tais drogas, tanto quanto ao próprio suicídio.

Há teorias que consideram a hipótese de suicídios "a longo prazo", como se comportamentos considerados autodestrutivos como a ingestão de álcool e outras substâncias psicoativas, gorduras e alimentos pouco saudáveis, a prática de esportes radicais ou determinados tipos de trabalho que colocam os indivíduos em condições insalubres fossem práticas suicidas, o que me parece, mais uma vez, que é generalizar o conceito de forma a obscurecê-lo.

É importante, também, considerarmos o fato de que a sociedade está cada vez mais medicalizada e que ao se pensar a relação entre drogas e suicídios, deve-se considerar também a utilização de psicofármacos.

ÉTICA

Luiza B. – ***Como fazer essa intervenção? Interna? Pede-se para os familiares ficarem vigiando o paciente? Como proceder depois que sabemos que a pessoa vai se matar?***

Jaqueline O. – ***Se o paciente adulto menciona o desejo de se matar, o psicólogo deve avisar a família mesmo contra a vontade do paciente?***

ANIQUILAMENTO/ SOFRIMENTO

Lilian M. – ***Como entender, do ponto de vista do suicida, o tamanho da angústia que leva o sujeito a libertar-se dela? Da angústia ou conflito existencial" com seu próprio extermínio? Como evidenciar isso?***

Moisés F. – ***Como as tonalidades afetivas ou disposições afetivas (angústia, tédio, desamparo), bem como a culpa e o desespero afetam a cotidianidade do homem contemporâneo, tendo assim como possibilidade o suicídio para o sofrimento imensurável?***

Jonas R. – ***É correto afirmar que o suicídio NUNCA visa acabar com a vida, mas, sim, acabar com a dor?***

Jussara M. A. – ***Sou psicóloga e trabalho em um hospital geral da rede federal, e um dos trabalhos que desenvolvo é no atendimento dos adolescentes usuários da instituição, ambulatorialmente ou durante internação. Outro trabalho que desenvolvo é num Caps AD, com dependentes químicos. Em ambas as situações, lido com a situação do suicídio. Durante meu percurso clínico, pude observar a multicausalidade que envolve essa***

questão e que também se trata de um sofrimento da ordem do insuportável, mas que não é só do sujeito do ato, é um sofrimento compartilhado entre seu grupo familiar. Concordo plenamente que se trata de um apelo ao outro pela impossibilidade de suportar esse sofrimento. Trabalhando com esses dois grupos, adolescentes e dependentes químicos, assusto-me com o aumento crescente dos casos de suicídios. Penso que a família, completamente implicada nesse sofrimento, seja também assistida, além do sujeito do ato. Gostaria de saber como vocês veem isso?

Poliana[12] – ***O que leva um sujeito em felicidade extrema propor fim a própria vida?***

Não é incomum que aqueles que atentam contra a própria vida não estejam buscando propriamente a morte, muitas vezes, o que desejam de fato é interromper a dor e o sofrimento profundos, ou outras situações insustentáveis. Outras vezes, buscam pelo completo aniquilamento, ou seja, por uma condição de inexistência, de ser apagado completamente da história.

Contudo, a morte não proporciona nenhuma das duas situações. Diante da primeira situação, ela interrompe o sofrimento porque tira o sujeito da vida, entretanto, as situações que lhe causavam sofrimento continuam existindo no mundo, mas sem a sua existência. Na segunda situação, o indivíduo, mesmo deixando de existir, permanece existindo na história e na memória daqueles que se relacionaram com ele.

Assim, é importante considerar que os indivíduos devem ter clareza de que a morte não transforma, por si só, a realidade. Que constantemente, as denúncias que poderiam ser trazidas são escamoteadas pela ideologia e que, para transformar a realidade, é necessário que as pessoas estejam vivas, organizadas, que tenham essa intenção clara para si mesmas e que ainda assim, encontram-se obstáculos difíceis de serem transpostos.

Há, todavia, situações em que indivíduos desejam terminar, dar fim a suas vidas, cientes de todas essas questões.

É bastante incomum que as pessoas em plena felicidade (considerando tal possibilidade) tirem a própria vida. No entanto, entre os antigos, tratava-se de

[12] *Identificação sem sobrenome.*

uma condição buscada com maior frequência, por não quererem viver a perda de tal condição de bonança, alguns se matavam no momento em que consideravam ser o ápice da plenitude.

GÊNERO

Helen[13] – ***Gostaria de saber sobre o suicídio e a correlação com a saúde do homem.***

Rosane Q.– ***Porque os homens são mais eficazes no ato do autoextermínio do que as mulheres?***

As tentativas de suicídio são historicamente mais comuns entre as mulheres, enquanto os suicídios consumados são mais comuns entre os homens, salvo exceções, como a China.

A resposta comumente dada a esse fato é a de que isso ocorre porque os homens utilizam meios/formas mais eficazes para atentar contra a própria vida. Todavia, não se pode negligenciar o que dizem essas quantidades de tentativas de suicídio entre as mulheres, o que tal fenômeno diz sobre as relações que se estabelecem nessa sociedade, sobre as condições de vida e saúde, física e psíquica dessas mulheres. Esses fatos deveriam nos indicar as condições opressivas e exploradoras, nas quais vivem as mulheres, em uma sociedade machista como a nossa.

De fato, os meios geralmente utilizados pelas mulheres são imediatamente menos violentos e menos letais que aqueles utilizados pelos homens, entretanto, isso não basta para explicar o porquê do fato das mulheres atentarem mais contra suas próprias vidas. Mas o fato dos homens morrerem mais em decorrência de suas tentativas acaba por encobrir uma realidade degradante à qual uma parte grande das mulheres está submetida em nossa sociedade.

Além disso, um fenômeno que vem crescendo e que também traz uma denúncia importante é o suicídio de homossexuais, transgêneros e mais especificamente transexuais, sendo que a maioria deles está diretamente ligada ao preconceito, à homofobia, à não aceitação da família e às mais diversas formas de violência às quais essas pessoas estão submetidas cotidianamente.

[13] *Identificação sem sobrenome.*

Uma questão importante, ligada à questão da forma como os homens costumam lidar com sua saúde e mais especificamente com sua saúde mental, é o fato de não quererem, muitas vezes, assumir determinados sofrimentos psíquicos, por acreditarem que assumi-los seria sinal de fragilidade. Tal fato pode fazer com que certos sofrimentos se transformem em questões muito mais complexas, tornando-se sofrimentos muito mais difíceis de se superar.

MULTIDISCIPLINARIDADE

Paulo B. – ***Sou psicólogo residente em Saúde da Família no município de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, uma cidade com elevados índices de suicídio. Sou residente aqui, há 5 meses, e já me deparei com alguns casos de ideação e tentativa de suicídio. Isso me faz agradecer ao Conselho Federal de Psicologia (CFP) pelo tema do debate. Além disso, quero solicitar aos colegas, se possível, falar um pouco da importância da multidisciplinaridade na atuação junto ao suicídio, uma vez que a atenção básica (Unidade Básica de Saúde) é a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e também o ente mais próximo da população, por atuar junto ao território.***

Davinni S. M. – ***Como as equipes de saúde podem se preparar para atender casos de pacientes que tentaram o suicídio?***

Fabricio B. – ***Se partimos do princípio da multifatorialidade e da complexidade ligadas ao suicídio e dada a constatação de que o número de suicídios vem crescendo nas últimas décadas, certamente não dá para delegar a uma única instituição, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, a responsabilidade pelo suicídio. No âmbito do SUS, como poderíamos demarcar o papel específico da Atenção Básica com relação ao suicídio? Infelizmente, o que tenho acompanhado na prática é a estratégia que se reduz ao encaminhamento: "Pensou em suicídio? Manda para o serviço especializado". No município onde trabalho, inclusive, muitas vezes (nem sempre, evidentemente), a ideia de "ameaça de suicídio" é usada pelos***

próprios profissionais da Atenção Básica para justificarem a necessidade de encaminhamento emergencial aos serviços de Saúde Mental.

BOMBEIROS E POLICIAIS

Rachel S. – ***Trabalho no principal Pronto Socorro de Belo Horizonte, Minas Gerais, e percebo a dificuldade, não só dos familiares, em informar o que ocorreu com o paciente em caso de suicídio, mas também dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e corpo de bombeiros que, quando perguntados sobre o que aconteceu, dizem que não sabem. Creio ser grande a subnotificação dos casos.***

Davinni S. M. – ***Vocês acreditam que bombeiros e outros profissionais que atendem a chamados de emergência deveriam possuir treinamento específico para abordar essas pessoas?***

A sensibilização de toda a equipe de profissionais que lidam diretamente com pessoas que tentaram tirar suas vidas ou que chegaram a tirá-la é fundamental. Não é incomum que muitos desses profissionais, em algumas situações, cheguem a destratar essas pessoas.

Muitas vezes, esses profissionais se incomodam de estar atendendo uma ocorrência de tentativa de suicídio ou de suicídio consumado, pensamentos e, muitas vezes, até verbalizações como "podia estar salvando uma vida, mas estou aqui perdendo meu tempo com quem quis tirá-la" não são raros.

Esse tipo de tratamento definitivamente não é adequado para essas situações, por colocarem ou o próprio sujeito que tentou se matar, ou familiares de quem se matou em situações deveras constrangedoras. Romper com os tabus que envolvem a morte voluntária e discutir abertamente essas questões com os profissionais é fundamental.

Há relatos de situações em que profissionais chegam a aplicar certo sofrimento ou humilhação no trato com essas pessoas, como uma forma de "dar uma lição", já que "era isso que queriam". Uma tentativa de fazer justiça que, na verdade, demonstra o próprio sofrimento de profissionais, que despreparados deixam-se tomar por suas crenças pessoais ou por uma "ética" equivocada.

Mesmo quando tais fatos, lamentáveis, não acontecem, é necessário lembrar que o trabalho contínuo com essas questões extremas gera sofrimento nos trabalhadores e que se deve desenvolver estratégias para que esses possam lidar da melhor maneira com essas situações.

Por fim, cabe ressaltar a importância de que, em se tratando de um fenômeno que possui múltiplas determinações, de complexa interação, não só pode, como deve ser analisado por profissionais de diversas áreas que possam, a partir de sua especificidade, contribuir para a compreensão do fenômeno.

EDUCAÇÃO

Beatriz P. – ***Dentro da Psicologia Escolar, como prevenir essa situação? Como trabalhar na escola?***

Rogério O. – ***Olá, sou estudante de Psicologia e estou iniciando meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). O tema será suicídio. Porém, estou na dúvida na escolha dos sujeitos participantes da minha pesquisa. Pensei na hipótese de realizar com profissionais da educação, pois estou pensando que a instituição "escola" poderá ser um espaço onde se pode trabalhar a prevenção primária do suicídio de jovens estudantes. Existe algum manual de prevenção dirigido aos profissionais da educação?***

Estudantes Psi
Daniela – ***Sou da Bahia, da Faculdade Adventista, 8º período, e estou assistindo ao debate. Queria saber sobre a grande incidência de estudantes de psicologia que cometem suicídio.***

Stephanie Mota – ***Nos últimos anos, têm sido recorrentes os casos de suicídio ou tentativas de suicídio envolvendo estudantes de Psicologia nas mais diversas universidades do país. Na mesma via, há um movimento por parte das universidades e de docentes, de silenciar esses casos, muitas vezes, ignorando a existência desse sofrimento de alunos dentro da instituição. Gostaria de uma orientação em relação a quem ou quais atitudes***

podemos tomar frente a essas situações que só têm aumentado, mas que vêm sendo ignoradas por muitas universidades e coordenadores de curso.

Sobre a questão dos suicídios relacionados com a educação, é importante ressaltar que os índices de suicídio que mais crescem mundialmente estão entre os jovens entre 15 e 25 anos de idade e que, em nossa sociedade, parcela considerável dos jovens dessa idade está em alguma instituição escolar, ou pelo menos deveria. Vale lembrar também Freud, que tomo aqui como representante de um momento histórico, que em 1910, na conferência intitulada Contribuições para uma discussão acerca do suicídio teceu uma profunda crítica às escolas de seu tempo, afirmando:

> *Se é o caso que o suicídio de jovens ocorre não só entre os alunos de escolas secundárias, mas também entre aprendizes e outros, este fato não absolve as escolas secundárias; isto deve talvez ser interpretado como significando que no concernente a seus alunos, a escola secundária toma o lugar dos traumas com que outros adolescentes se defrontam em outras condições de vida. Esse deveria ser um espaço que despertasse nos estudantes o desejo pela vida e o interesse pelo mundo externo, além disso, deveria dar acolhimento ao estudante neste momento em que está se desvinculando dos laços familiares. Parece-me indiscutível que as escolas falham nisso, e a muitos respeitos deixam de cumprir seu dever de proporcionar um substituto para a família e de despertar o interesse pela vida do mundo exterior. [...] A escola nunca deve esquecer que ela tem de lidar com indivíduos imaturos a quem não pode ser negado o direito de se demorarem em certos estágios do desenvolvimento e mesmo em alguns um pouco desagradáveis. A escola não pode adjudicar-se o caráter de vida: ela não deve pretender ser mais do que uma maneira de vida. (FREUD, p.218)*

Parece-me que sua afirmação ainda faz sentido se pensarmos na escola contemporânea, principalmente se tomarmos o seguinte dado da cartilha da OMS para professores e outros profissionais da educação:

> *Ter pensamentos suicidas uma vez ou outra não é anormal. Eles são parte do processo de desenvolvimento normal da passagem da infância para a adolescência, à medida que se lida com problemas existenciais e se está*

> *tentando compreender a vida, a morte e o significado da existência. Estudos com questionários mostram que mais da metade dos estudantes do segundo grau já tiveram pensamentos de suicídio (OMS, 2001, p. 03).*

A primeira questão a se atentar na passagem citada é o fato de trazer a discussão sobre o suicídio para o campo da normalidade/anormalidade. Além disso, indicar que os pensamentos sobre tirar a própria vida seriam parte do "desenvolvimento normal" acaba servindo para justificar o fato de que mais da metade dos adolescentes pesquisados terem pensado em tirar a própria vida.

Muitos desses suicídios, tentativas de suicídio e até mesmo ideações, estão relacionados a diversas formas de violência e humilhação, não só aquelas causadas pelos colegas na forma de assédio (bullying), como, muitas vezes, pelo sentimento de menos-valia por não ter a mesma produtividade ou capacidade de acompanhar o conteúdo que os colegas. Além disso, muitas vezes, estão relacionados a ameaças e perseguições feitas pelos professores e outros profissionais da escola.

Tem sido fenômeno recorrente em diversos países, os chamados "massacres", em que os estudantes com uma longa história de humilhações e violências sofridas adentram às escolas armados e matam colegas, professores e funcionários, tirando posteriormente suas vidas. Vale dizer que diante do barbarismo dessas situações, costuma-se responsabilizar àqueles que são vítimas de uma lógica perversa, encontrando assim um responsável direto para o ocorrido e desresponsabilizando a sociedade que cria as condições dessa barbárie.

Além disso, as instituições têm se mostrado pouco preparadas para lidar com as tentativas de suicídio ou suicídios consumados, seja quando esses ocorrem entre os partícipes da instituição escolar, dentro da própria instituição, seja quando ocorrem com seus partícipes, fora da instituição, ou ainda quando ocorre com pessoas diretamente ligadas a ela, como pais e parentes de estudantes ou profissionais da instituição.

Estudos como o de Domingos e Maluf (2003) têm mostrado que o luto, quando se refere ao suicídio, tem uma das formas mais difíceis de se elaborar entre os escolares.

Os suicídios na escola não têm atingido somente os estudantes secundaristas, mas também os estudantes de ensino superior. São conhecidos os altos

índices de suicídio e tentativas entre estudantes de medicina. Contudo, esses índices vêm crescendo entre estudantes de outras especialidades, entre elas, a Psicologia. Algumas universidades têm criado programas de suporte para os estudantes, todavia, deve-se atentar para o fato de que a assistência estudantil não tem dado conta de garantir as condições mínimas de sobrevivência aos estudantes, com bolsas insuficientes em quantidade e valor, com a falta de moradias e restaurantes universitários, em tempos em que, com as atuais políticas do governo, estudantes se deslocam da região em que habitam para lugares completamente ermos. A política expansionista, sem a garantia de qualidade, tem gerado uma situação insustentável para esses/as jovens.

Tampouco o suicídio tem atingido somente os estudantes, vem abrangendo também professores e outros profissionais das instituições de ensino. O que nos remete, novamente, às deploráveis condições de trabalho às quais os trabalhadores da educação vêm sendo submetidos e às relações institucionais constantemente perpassadas pelo assédio moral, a humilhação e a violência em suas mais diversas formas de manifestação, perpetradas pelos gestores e, muitas vezes, até mesmo pelos estudantes.

MORALISMO E ESTIGMATIZAÇÃO

Davinni S. M. – ***Quais são as alternativas viáveis para não estigmatizar os suicidas?***

Jonas R. – ***O suicídio é um ato de coragem, de covardia ou os dois?***

Deslocar a discussão para o campo moral, em nada contribui para se lidar com o fenômeno, pelo contrário, isso apenas piora a condição daqueles que desejam e buscam pela própria morte e para aqueles que sobrevivem às mortes de pessoas queridas. Com isso, apenas se contribui para a estigmatização do suicida, causando ainda mais sofrimento a todas as pessoas envolvidas.

Para se evitar a estigmatização, o que me parece deveras necessário, há que se trabalhar o assunto de forma a fazer com que deixe de ser tratado como um tabu, o que certamente facilitaria a lida com essa questão em todos os sentidos.

Capítulo VIII

Perguntas respondidas por Carlos Coloma

Maria J. – ***Em relação à repetição de suicídios dentro de uma mesma família, pode-se pensar em componentes genéticos associados a isso?***

Não existe evidência sobre um gene responsável causal direto do suicídio. A atualização sobre a questão do suicídio e genética foi tratada recentemente no Congresso Mundial sobre o Suicídio (Montreal, junho 2013), em que no Simpósio "Comportamento suicida: determinantes biológicos e genéticos", foram apresentados trabalhos centrados na dimensão genética para a exploração da neurobiologia do suicídio, aprofundando a identificação de genes críticos que podem afetar a regulação disfuncional do cérebro. O conjunto de genes identificados está associado à depressão como o gene (HTR1A) e o polimorfismo (rs6295) que altera os receptores da serotonina, que também foi encontrado em pacientes com esquizofrenia; a região do gene SLC6A4, que codifica os transportadores (5-HTTLPR) da serotonina; assim como, os MicroRNAs (miRNAs) que são pequenos RNAs não codificantes que têm funções críticas como reguladores pós-transcricionais. Embora os miRNAs tenham sido implicados como influência causal mais fortemente no câncer, existe evidência emergente de que eles podem contribuir para o risco de distúrbios neuropsiquiátricos.

Se considerarmos que existem múltiplos fatores que intervêm na causalidade do suicídio, a pertença a um ambiente familiar no qual existe uma inter-relação baseada em vínculos, constitui um espaço fundamental das transações, inclusive os problemas vivenciados por cada membro e daqueles que permeiam o conjunto familiar ao longo de suas gerações. Nesse sentido, pode ser entendido que o suicídio ou outros episódios de violência na mesma família em que os casos de óbito não necessariamente podem ser considerados como um problema estritamente individual. Nessa situação, pode ser interpretado que o suicida seja um emergente do contexto de estresse ou instabilidade familiar. Sugiro ampliar esse tema no livro sobre comportamento suicida[14] *.*

[14] *"Comportamento suicida" Werlang B.G. e Botega N.J. e Col. Artmed, Porto Alegre, 2004.*

Evandro M. C. – ***Prezado Dr. Carlos Coloma, em grupos vulneráveis, como os citados, o suicídio étnico estaria legitimando uma morte dada e irreversível que também antecipa o anúncio da extinção ou do extermínio desses povos?***

Na história da humanidade, o suicídio é um fenômeno observado na maioria das sociedades e culturas. Certas identidades étnicas apresentam taxas mais elevadas segundo as condições de vida e de coexistência com as sociedades mais amplas. Por exemplo, nos Estados Unidos de América, a taxa de suicídio entre os afro-americanos, latino-americanos e particularmente os asiáticos de origem japonesa e chinesa, e indígena, apresentam taxas mais elevadas de suicídio. Na análise epidemiológica, esse excesso de mortes por suicídio identifica o alto risco dessas populações. Ou seja, é um alerta na saúde pública de que as perspectivas de vida dessas populações estão comprometidas, mas não necessariamente em extinção, já que pode ser observado simultaneamente um importante aumento na natalidade nessas mesmas populações.

As populações indígenas, que apresentam as taxas mais elevadas de suicídio, habitam em reservas estabelecidas pelo Estado, a perda dos territórios tradicionais e o consequente confinamento em aldeias são considerados como um problema básico após o processo colonial, mas na atualidade os jovens estão imersos em um processo "neocolonial" em termos da influência dos valores introduzidos pela sociedade nacional, que não necessariamente guardam compatibilidade e coerência com as culturas originárias. Esta desagregação familiar (expressa pelo homicídio e suicídio que evidenciam a intensidade dos conflitos sociais) representa uma crise social que ultrapassa as capacidades de controle interno. Na atualidade, os conflitos pela terra constituem uma resposta social ampla no sentido de recuperar a capacidade de sobrevivência. A demografia demonstra que, em geral, na população indígena, cerca de 60% é menor de 18 anos, isso significa que, socialmente, existe um aumento da população, mas as influências dos modelos externos continuam a pressionar de maneira acelerada as mudanças culturais.

Jéssica – ***Olá, gostaria que o Dr. Carlos Coloma falasse sobre a sua especialidade (Etnopsiquiatria) e as contribuições desta para a questão do suicídio.***

A Etnopsiquiatria é uma disciplina que estuda os problemas psicológicos em relação aos contextos culturais, isto é, como os sistemas culturais identificam, interpretam e tratam esses problemas. Georges Devereux (antropólogo e psicanalista) é considerado como o precursor da Etnopsiquiatria contemporânea.

Essa área de estudos parte dos princípios das etnociências que tiveram seu desenvolvimento desde os anos 60 e representa o esforço científico de associar os conhecimentos biológicos com as ciências sociais. Atualmente, existem muitas áreas de conhecimento que, baseadas nesta perspectiva, a palavra etno é associada aos nomes dos domínios clássicos das diversas disciplinas como etnobotânica, etnozoologia etc.

Como é um processo inter e transdisciplinar, pode-se observar um leque de definições (incluso de arbitrariedade) nas denominações, por exemplo, é utilizado o nome de Etnopsicologia como sinônimo ou equivalente da Etnopsiquiatria. Hoje, também, esses conhecimentos estão em processo de incorporação nas disciplinas formais, tais como certas doenças agrupadas sob a denominação de Síndromes Culturais (culture-bound syndrome, culture-specific syndrome ou folk illness), na quarta versão do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 1994).

Em relação às contribuições específicas, pode ser citada a longa experiência do Centro Georges Devereux da Universidade de Paris 8, onde profissionais de diversas especialidades trabalham com imigrantes africanos. A partir do princípio de que a "...etnopsiquiatria prefere a inteligência dos pacientes em vez de sua doença..." estabeleceram novas aproximações semiológicas, diagnósticas e terapêuticas que incluem a desconstrução dos contextos sociais e políticos. Distintos pacientes foram tratados, inclusive aqueles com o diagnóstico formal de esquizofrenia, com a atual e discutida intervenção da etnopsicanálise.

▸ Perguntas agrupadas em relação à causalidade e a sintomas observados em pessoas em risco de suicídio

Priscila[15] – ***Gostaria de entender melhor as causas do suicídio, se vocês têm dados relacionados ao suicídio após um transplante. Obrigada.***

[15] *Identificação sem sobrenome.*

Maria C.M. – ***Considerando que as razões dos suicidas são desconhecidas dos familiares e, em resposta aos sobreviventes, poderíamos dizer que "o encontro do bem-estar" é decisivo para a iniciativa? Seria solução às questões de vida, de abandono de responsabilidades. Sendo considerada a história do suicida sem antecedentes comuns ao suicida. "Aquele que, a priori, não teria razões para tanto".***

Patrícia M.R. – ***Sou psicóloga, CRP 4ª região. Quando o suicida não dá sinais, não se externa, simplesmente um dia pula do alto do prédio é uma grande surpresa. Como proceder nesses casos? O que caracteriza esse lamentável ato? Esse é um dos maiores desafios dos profissionais? Obrigada.***

Cleide F.S. – ***Quais os sinais, no sujeito adolescente, que podemos identificar como fator de risco para o suicídio?***

Raul D. – ***O isolamento tecnológico (ficar horas e horas em frente ao computador) pode ser considerado um agravante nos índices de ideação suicida?***

Em Suicidologia é recomendado que na avaliação do risco de suicídio seja considerada a intensidade dos sintomas mencionados a seguir. A lista não está organizada segundo a cronologia de aparição das manifestações e cada um desses componentes pode ter uma intensidade variável, outros sintomas podem ser considerados segundo a identificação em cada caso tratado.

1. *Dor e sofrimento psicológico (dano, angústia, ou sentir-se acabado [exclui a dor física e o estresse]). Segundo a definição original, isso é um profundo e sombrio sofrimento sentido na mente da pessoa. Deve ser sublinhado que é idiossincrático e se manifesta de maneira particular em cada pessoa em qualquer caso, a pessoa o considera como excessivo ou intolerável.*
2. *Sentir-se sob pressão ou estresse: É a situação determinada pela percepção de grandes pressões externas (às vezes internas) ou fatores estressantes que provocam a paralisia da pessoa, como os conflitos nas relações, perda de trabalho, eventos de vida angustiantes, desejos esmagados etc.*

3. *Perturbação: É um sentimento de estar chateado ou aborrecido. A perturbação inclui uma construção cognitiva ou uma inclinação autodestrutiva de realizar uma má ação. Pode ser descrito como uma pessoa com um desejo impulsivo de fazer alguma coisa para mudar ou alterar sua insuportável situação. Isso deve ser considerado como uma energia psicológica que canaliza o esforço na tentativa de suicídio.*
4. *Desesperança: Faz referência a um estado no qual não existe uma expectativa de mudança de sua situação negativa. Isso é em relação a si mesmo e aos outros e especialmente de suas perspectivas futuras. No sentido contrário, o pensamento sobre o futuro com uma sensação de esperança é um dos fatores mais protetores frente à perspectiva suicida.*
5. *Autoestima (inclui auto-ódio): Este conceito é enfatizado pelas referências teóricas da Psicodinâmica e Psicanálise em que se enfatiza os aspectos inconscientes do suicídio. Nessas perspectivas, considera-se que existe um escape psicológico da inaceitável e intolerável percepção de si mesmo. As pessoas com ideações suicidas estão fundamentalmente preocupadas com sua infelicidade, é frequente que o sentimento de baixa estima esteja enraizado no seu lar.*

As condições ou sintomas mencionados não necessariamente têm o mesmo significado com as sentidas em diferentes culturas. Nesse sentido, na semiologia devem ser registrados todos os dados com detalhes das descrições aportadas pelos pacientes (sintomas, sinais, físicos e emocionais, explicações sobre os significados e causalidade de cada um deles etc.). Na análise de conteúdo das narrativas, poderão ser esclarecidas as equivalências, similaridades, diferenças ou até a identificação de outras expressões emocionais.

É importante lembrar que a cultura age na leitura da realidade outorgando significados, valores, representações, símbolos e modelos explicativos sobre os problemas e suas causalidades segundo seus próprios paradigmas, já que estes são particulares segundo sua identidade étnica.

Os sintomas mencionados anteriormente são a resultante de um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais adversos que em Antropologia Médica são nomeados como fatores patogênicos estruturantes que, desde a gravidez, podem estar presentes e inicialmente podem ser manifestados como

sintomas isolados, mas ao longo da vida configuram quadros clínicos resultantes do conflito de forças entre os estressores e as capacidades de reação ou proteção da pessoa e seu ambiente. Existem suficientes evidências médicas sobre certas patologias, como a depressão, que está associada com o suicídio (o que não significa que todo paciente deprimido vai ter uma conduta suicida); os traumas psicológicos na infância (abuso, maus tratos, negligência parental etc.) foram observados na história de vida das pessoas que agem com agressão contra si mesmas e com os outros (homicidas, estupradores, pedófilos, criminosos seriais etc.); nas últimas décadas, foi cada vez mais reconhecida a importância fundamental do contexto social (das normas e valores que acompanham o crescimento das pessoas, como solidariedade, apoio e proteção vs. isolamento e competição individual).

Baseado no anterior:

Priscila: Não tenho conhecimento da estatística de suicídio nos pacientes pós-transplante, nesse sentido, é fundamental conhecer a história de vida dos casos específicos para poder avaliar se esse tipo de evento está ou não associado a esse fenômeno.

Maria Cleonice, Patrícia e Cleide: Os sintomas sempre estão presentes no processo suicida, independentemente da comunicação da intencionalidade de morrer. Desde a perspectiva psicanalítica, a pulsão de morte e as condutas autodestrutivas podem ser externalizadas desde os momentos de ideação até a passagem ao ato (que podem ser manifestada também mediante tentativas de suicídio). Deve-se sublinhar que, no processo suicida, existe uma ambivalência interior em que a pessoa com a intenção de morrer, também por meio de seus sintomas, expressa uma demanda de ajuda. Geralmente, a família ou amigos podem perceber mudanças na conduta habitual, como o gradual isolamento, expressão de preocupação, que podem ser exacerbados por estados emocionais derivados de conflitos afetivos (nos jovens, são muito frequentes as rupturas de namoro que precipitam o ato suicida). No momento da crise, podem ser observados estados depressivos ou de agitação entre os jovens, um estado de insônia e um sinal de alerta da iminência do ato suicida.

Raul: O uso do computador é um meio no qual é importante observar o tempo de uso e se frequentemente é noturno. Podemos considerar três aspectos: a pes-

soa está procurando seu isolamento ou está procurando uma comunicação de seus problemas à distância; um segundo aspecto fundamental é o tipo de acesso nas páginas da internet, isso requer um acompanhamento, já que existem páginas dedicadas para estimular condutas de risco, agressão e autoagressão, ou assessorar sobre os distintos meios para cometer atos suicidas. Finalmente, existem poucos estudos avaliativos sobre os programas de prevenção que utilizam internet para prestar assistência aos jovens com ideação ou em risco de suicídio. Sugiro assistir ao filme "Sala Samobójców" (O Quarto do Suicídio), Jan Komasa, Polônia 2011 (112 min.) que dramatiza um processo de suicídio e o uso da internet.

▸ Perguntas agrupadas em relação à gerência de risco em comportamentos suicidas

Em relação às perguntas sobre gerência de risco de suicídio e intervenção, é necessário um conhecimento aprofundado da Suicidologia. Em diversos países, são ministrados cursos de especialização e de mestrado com duração de dois ou três anos de estudo. Em termos da necessidade imediata dos colegas psicólogos, recomendo a consulta dos livros seguintes:

- *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention, Douglas Jacobs, Harvard Medical School, Jossey-Bass, 1999 -704 páginas.*
- *Comprehensive Textbook of Suicidology, Alan Lee Berman, Morton M. Silverman, Bruce Michael Bongar, Guilford Press, 2000 -650 páginas.*
- *Suicide Over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients, Susan J. Blumenthal, David J. Kupfer, American Psychiatric Pub, 1990 - 799 páginas.*

No contexto da gerência do risco suicida, podem-se citar algumas considerações:

- *O paciente em risco de suicídio procura uma opção de morte, mas devemos lembrar que existem ainda pulsões de vida que devemos estimulá-las para agir como um fator protetor imediato.*
- *O apoio profissional procura, na sua intervenção, superar a crise e tratar*

de centrar seu esforço na procura por parte do paciente de alternativas não letais na solução do sofrimento.

- *A intervenção profissional deve reforçar as condições de proteção pessoais e familiares.*
- *As condições de cada paciente também devem ser avaliadas na clínica geral. Se são identificadas alterações psiquiátricas, estas devem ser tratadas imediatamente. Se esses pacientes já estão sendo tratados, deve ser realizado um acompanhamento permanente para avaliar a eficácia terapêutica sobre seu problema.*
- *Nesses pacientes, é importante diferenciar se sua intencionalidade ou crise na sua conduta suicida é durante sua internação hospitalar ou se trata de um paciente que reside em seu domicílio (em família ou sozinho).*
- *Geralmente, nos pacientes hospitalizados é aplicado um protocolo de observação e acompanhamento, mas deve ser sublinhado que um dos momentos de maior risco é após sua alta hospitalar e no retorno imediato ao seu lar, inclusive daqueles que tiveram sessões de tratamento psicológico.*
- *O tempo de acompanhamento de um paciente com risco de suicídio é muito variável e os terapeutas devem ter um leque de instrumentos para tomar decisões sobre a frequência de sessões e, inclusive, para reavaliar de maneira continuada os objetivos e tempo (imediato e mediato) do projeto terapêutico.*
- *Citando como exemplo o instrumento Suicide Status Form (Jobes, 2006)[16] que é aplicado na entrevista inicial do paciente para avaliação do risco de suicídio. Este permite um diagnóstico de risco total, baseado na avaliação de categorias como: taxa de dor psicológico, taxa de estresse, taxa de desesperança e taxa de auto-ódio. De maneira complementar a essa avaliação quantitativa, são aplicados três instrumentos qualitativos que requerem a participação do paciente: um questionário (tipo Likert) da percepção sobre seu risco; um quadro que deve ser preenchido pelo*

[16] *"Managing Suicidal Risks, A Collaborative Approach" Jobes, D., The Guilford Press, New York London,2006.*

paciente, chamado SSF Razões para Viver e Razões para Morrer; e uma avaliação projetiva SSF Resposta de um Pensamento.

- *Como existem inúmeras correlações das variáveis de risco, é redigida uma anamnese psicológica completa que aprofunda a informação sobre as principais variáveis consideradas como fundamentais por diversos grupos de experts.*
- *Com a informação dos instrumentos citados é redigido um plano de tratamento para cada um dos problemas identificados. São estabelecidos objetivos específicos, tipo e frequência das intervenções, e o número de sessões necessárias para tratar cada problema.*
- *O acompanhamento do caso inclui o uso de diversos instrumentos que objetivam a evolução do paciente desde sua avaliação de risco inicial.*
- *Existem instrumentos sobre a conclusão da intervenção no paciente, trata-se de um tema complexo sobre a decisão de alta. Jobes (2006) fala de alta "desejável", e estabelece os seguintes critérios: 1. Não aconteceu o suicídio. 2. Não aconteceram tentativas de suicídio. 3. Eliminação da ideação suicida. 4. Redução dos sintomas e significados do estresse. 5. Desenvolvimento de vias alternativas de proteção. 6. Desenvolvimento de razões significativas para viver. Além disto, devem ser consideradas as altas dos tratamentos clínicos de outras morbidades encontradas no paciente.*

Marcelo S.F. – ***Intervenções técnicas frente ao suicídio?***

Jéssica R.O. – ***Como ajudar uma pessoa que tentou suicídio?***

Raul D. – ***Uma relação transferencial mal estabelecida pode intensificar uma ideação suicida?***

Marcelo, Jessica e Raul: Considerem o anterior apenas como orientações gerais. Lembro que é necessário o conhecimento específico e experiência supervisada para assumir um paciente em risco de suicídio.

Maria S. – ***Uma pessoa que tentou o suicídio tem chances de futuramente tentar outras vezes, mesmo já tendo feito terapia?***

As tentativas de suicídio são entendidas também como uma demanda de ajuda, essas tentativas podem se repetir se os fatores que geram o comportamento suicida continuam presentes. Considere os critérios de superação da crise e dos fatores de risco mencionados anteriormente, a intervenção psicológica nem sempre pode resolver todos os fatores que geram um processo suicida, é possível que existam problemas de ordem psiquiátrica ou fatores ambientais e sociais que podem reincidir como fatores causais. O acompanhamento é fundamental para uma avaliação a longo prazo.

Ozana B. – ***Meu paciente tem diagnóstico de "transtorno depressivo grave" e durante o processo terapêutico ele expressou vontade de cometer ato suicida, por achar que essa é a única solução para sua vida devido ao fato de ser idoso e não ser produtivo. Como fazer o manejo desse desejo e evitar o ato do suicídio?***

Os idosos são um grupo de risco, e os fatores sociais têm um peso significativo na etiologia ou na proteção e apoio para a superação da ideação ou de tentativas de suicídio. Para a construção de alternativas de vida (inclusive produtiva), é necessária a revalorização da própria história de vida e o apoio familiar ou grupal que, além de suporte, sejam uma proteção concreta. É importante diferenciar também o momento de início do quadro depressivo e seu aprofundamento no tempo. O controle farmacológico é importante, mas o processo terapêutico integral ajuda a regular o controlar esse quadro. Devem ser exploradas ao máximo as potencialidades e interesses (que, muitas vezes, são postergados ou não puderam ser realizadoss) para uma prática concreta no cotidiano, estes devem ser graduais para evitar que o excesso de expectativas desejadas e não alcançadas sejam revertidas como uma nova frustração.

Lucynara F. – ***Olá sou psicóloga e, como a maioria dos colegas de profissão, já ouvi pessoas que tentaram suicídio e embora saibamos da sutileza que é, gostaria de saber sobre a seguinte questão: comunicar a família ou autoridades competentes sobre o risco de morte de nossos clientes que conseguiram ou se permitiram externar somente ao psicólogo as suas ideações... Gostaria que fosse falado em termos bem práticos como melhor proceder nesses casos.***

Dois aspectos devem ser considerados: Primeiro, é fundamental o trabalho com a família e a avaliação de seus vínculos. Como foi mencionado anteriormente, o risco de suicídio deve ser avaliado e objetivado. Um segundo aspecto na prática clínica é a referência do paciente para um serviço especializado se sua evolução não é avaliada como satisfatória, não pode ser descartado o tratamento no meio hospitalar. Ainda que a taxa de suicídio em pacientes em terapia seja baixa, essa eventualidade deve sempre ser considerada, devido ao profissional não poder controlar todas as variáveis causais. Às vezes, o psicólogo não tem o tempo suficiente para intervir (por emergências ou em processo de crise estabelecidas com muita antecedência à consulta etc.) e pode acontecer o suicídio. Em muitos desses casos (ao menos nos países do hemisfério norte), as famílias iniciam processos legais por má prática profissional. Tudo isso deve ser considerado para o contrato terapêutico, que deve ser claramente objetivado com um ou mais responsáveis da família. Também por essa razão, cada momento do processo terapêutico deve ser documentado, inclusive, Jobes (2006) define sua perspectiva com o nome Collaborative Assessment and Management os Suicidality (CAMS), na qual o paciente tem um papel ativo no seu autodiagnostico e na evolução clínica.

Ana V. – ***De que forma podemos trabalhar essa educação para a morte no contexto educacional?***

Quando trabalhamos com crianças e jovens, temos que nos questionar sobre quais são os contextos educacionais que eles percorrem? Se observarmos o cotidiano deles poderemos ver três âmbitos: a família, a escola e seu grupo de colegas ou amigos. Na realidade, nesses contextos, não necessariamente existe uma contiguidade ou continuidade sobre os conteúdos, prioridades e métodos. As crianças e jovens colocam suas inquietudes e demandas de maneira diferenciada, segundo sua percepção desses âmbitos e, ao longo de seu crescimento, elaboram uma síntese dessas fontes de informação e conhecimentos. Como não existe uma sistematização nesses âmbitos existe uma privacidade ou seleção segundo as inquietudes e emoções vividas em determinadas circunstância ou momentos. Mas poderíamos considerar que vida e morte são temas tratados a partir de metáforas ou histórias geralmente após acontecimentos dramáticos. Uma característica de nossas sociedades é que a formação sobre os conhe-

cimentos é priorizada frente à formação das emoções, isso limita de maneira significativa a manifestação das preocupações, demandas e questionamentos sobre a vida e morte, ainda que estas estejam sempre presentes. As sociedades em geral estabelecem rituais mortuários em que claramente é expresso o medo da morte.

Existem algumas experiências que podem ser mencionadas. Na cidade de Montreal (Canada), houve uma experiência em Antropologia Médica, na qual se elaboraram contos para crianças hospitalizadas com leucemia, em que algumas delas não tinham alternativas terapêuticas. Nesse caso, tomando a crisálida como metáfora, foi tratada a questão da morte como parte constitutiva da vida, como um estágio na transformação da borboleta. A contribuição foi a diminuição do medo, ansiedade e outras emoções derivadas do silencio familiar e da equipe do hospital sobre esse tema. A segunda experiência é um processo coletivo histórico. Nas sociedades indígenas, a tradição do conto ainda é mantida (com menos frequência que em décadas anteriores),os anciãos reúnem as crianças para seus relatos cotidianos. Eles, baseados nos seus mitos, recriam histórias em que a transcendência da vida e a passagem pela morte constitui o mundo e sua natureza, onde o ser humano transita permanentemente. Isso está presente inclusive na transformação simbólica com animais (como o urso, corvo etc. na América do Norte) ou como pássaros (nas regiões amazônicas), o que permite uma transcendência do ser humano, como ver seu mundo desde o espaço. Nas tradições mesoamericanas (Asteca, Maya), o espírito do morto transita diversos mundos (superiores ou inferiores a terra) onde seus desafios não são diferentes aos já vividos.

A educação da transcendência humana no ciclo vital deve superar a educação cotidiana (especialmente a difundida pela televisão) sobre a banalização da vida e da morte. Acredito que é um caminho que deve ser explorado e gostaria mencionar, como exemplo, um excelente programa de rádio (Radio Bandeirantes)[17] *"Seus filhos", no qual são tratados temas chave das crianças e jovens sobre sua vida e suas emoções. Existe uma ampla participação de educadores, familiares, profissionais etc. Sobre problemas pessoais e institucionais, são sugeridas orientações e opiniões para entender e agir psicologicamente de*

[17] *Rosely Sayão e Inês de Castro, Radio Bandeirantes FM, sábados 11:00 Horas (de Brasília).*

maneira mais adequada. Pessoalmente, considero que esse programa é um dos maiores exemplos educacionais já difundidos para o público, que responde a necessidades sociais fundamentais e que, lamentavelmente, não são tratadas pelas instituições públicas.

Ana V., se você trabalha com jovens, recomendo a série documental Ecce Homo, Canadá 1998, já difundida na TV Cultura, que contem dois capítulos "Vida" e "Morte", que tratam esses temas com especialistas das ciências sociais e psicólogicas, entre outros investigadores.

Marcela L.C. – ***Muitos veículos midiáticos evitam divulgar movimentos de prevenção, estudo e pesquisa sobre suicídio. O que vocês pensam sobre isso?***

O problema fundamental é que a mídia (especialmente a televisão) é um componente fundamental da economia de mercado, essa característica define suas finalidades e os conteúdos a serem difundidos. Em relação a acontecimentos selecionados como notícia mediante a difusão de eventos de violência e de seus métodos, não somente influenciam normas e valores (da vida e da morte). Estes são complementados com o estímulo aos comportamentos de risco entre os jovens, a publicidade de bebidas estimulantes, que são mensagens que mostram um modelo ou estilo de vida desejável. Nesse contexto, os riscos, problemas e consequências em saúde mental são omitidos desse modelo. Consequentemente, o suicídio e outros problemas, assim como dos conteúdos educativos de prevenção, não são considerados como de interesse de consumo. No livro La vida de los hombres infames [18], de Michel Foucault, explica-se o porquê de delitos de criminosos terem maior audiência e interesse por parte da difusão da mídia e da sociedade.

Por outro lado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda não difundir os casos de suicídio de personagens de influência pública para evitar o aumento de risco em pessoas que assumem esse tipo de pessoas como modelo de identidade.

[18] *Edição e tradução: Julia Varela e Fernando Alvarez-Uría. Editorial Altamira, La Plata, Argentina, 2008.*

Vivian V. – ***Como prevenir o suicídio nas prisões?***

Em primeiro lugar, é fundamental caracterizar qual é o papel das prisões no contexto do ordenamento social. Em geral, existem aquelas que estão orientadas por um regime de reabilitação e outras exercem seu papel no plano estritamente punitivo. Nas primeiras, existe um contexto favorável para poder desenvolver um plano de cuidados psicológicos que incluem programas de prevenção e intervenção sobre problemas psicológicos e psiquiátricos. No Canadá, existe um instituto que trabalha em pesquisa e intervenção segundo o tipo de interno e o crime pelo qual ele cumpre sua sentença. São sujeitos de pesquisa aqueles pacientes que cometeram assassinatos em série, pedófilos, estupradores etc. que permitiriam uma compreensão específica dos problemas e de seus respectivos tratamentos, assim como a formulação de estratégias de prevenção desse tipo de crimes. Isso requer uma triagem psicológica no ingresso ao presídio e um acompanhamento clínico e continuo.

Nas prisões que seguem um regime punitivo, existe um contexto não favorável para uma intervenção profissional na prevenção do suicídio. Se a regra básica da população carcerária é a sobrevivência em um contexto de violência organizada da mesma população, onde o uso de drogas é considerado como um meio fundamental para sobreviver, é extremamente difícil de se trabalhar com as alternativas de vida, de desconstruir os fatores que incidem no comportamento suicida, de reduzir os estressores no ambiente imediato e controlar clinicamente os casos de depressão e outras patologias mentais etc. Ou seja, considerando os princípios teóricos à compreensão do fenômeno de suicídio, deveriam ser realizados grandes esforços para desenvolver um espaço terapêutico para os internos em risco de suicídio e realizar um processo de pesquisa-ação na construção de alternativas de prevenção e intervenção neste meio institucional.

▸ Perguntas agrupadas em relação à pósvenção:

Maria L. – ***Gostaria de saber se uma pessoa que está vivendo um luto por alguém que cometeu suicídio pode suicidar-se também?***

Leonice F.S. – ***A culpa parece mesmo seguir quem sobrevive, principalmente familiares de suicidas infantis ou adolescentes.***

Maria J. – ***Quando o sobrevivente ao suicídio repete a ação do seu ente querido, qual seria a forma mais eficaz de intervenção para se evitar essa situação, saindo um pouco do campo da teoria e pensando mais na prática profissional, de experiências que já (comprovadamente) foram efetivas nesses casos?***

Maria C.M. – ***Para os sobreviventes, como explicar o suicida que comete um único ato decisivo, quando todo seu momento não corresponde às situações corriqueiras ao suicídio, ao contrário, tudo parecendo bem...***

Referências a serem consideradas:

O luto é uma resposta sentida pelas pessoas como uma grande perda nas suas próprias vidas. Quando morre uma pessoa que tinha um vínculo muito próximo, não é só a perda da pessoa, é a ausência do outro que permitia um retorno das emoções e desejos segundo o tipo de vínculo mantido. É a perda do objeto de afeição. O luto é um sentimento de resposta de uma experiência de amputação emocional. No caso do suicídio, esse impacto é muito agudo devido ao fato de que as pessoas vinculadas ao suicida são pegas de surpresa, ainda que muitas delas tenham observado mudanças importantes na pessoa com problemas e inclusive quando percebido o risco iminente de morte, poucas delas acreditaram que o suicídio aconteceria. Por essa razão, o grau de surpresa é variável em cada uma das pessoas, é necessário conhecer o tipo e características do impacto do evento em cada uma delas. Lembre-se que as pessoas mais vulneráveis (com ideação suicida, com tentativas prévias, com dificuldades de aceitação da morte para elaborar o luto e até os paradigmas culturais que explicam a demanda do espírito do morto para acompanhar seus seres queridos no caminho do além etc.) podem ter uma ação suicida imediata ou em um tempo variável de meses ou anos.

Como as pessoas têm diversas atitudes e capacidades para reagir à morte por suicídio de um familiar, a pósvenção adota as características de uma intervenção preventiva dos riscos pessoais no momento de cada sessão tendo em conta que o paciente está em um processo de maior vulnerabilidade. É fundamental identificar a condição emocional das pessoas entrevistadas. Não é suficiente a manifestação do consenso e do interesse para falar do evento durante e após as entrevistas, pois as emoções serão mobilizadas. Isso deve ser avaliado

continuamente e o profissional deve ter a capacidade para moderar os conteúdos do diálogo antes de produzir uma crise ou colocar em risco o entrevistado. Nesse sentido, tenha em consideração o tempo entre o momento do suicídio e a entrevista.

Célia A.– ***Como auxiliar a família, em especial os filhos menores que pedem o pai?***

Esses casos apresentam a complexidade de diversos lutos, da mãe e dos filhos. A história familiar é fundamental para estabelecer o projeto terapêutico. Houve uma separação prévia? Foi recente? O ato está vinculado a esse evento? A(s) família(s) foram reconstituídas com novos (as) parceiro (a)s? Foi um evento de suicídio que aconteceu por outras razões na convivência do casal? Quantas crianças são e quais são suas idades? Qual era o vínculo do pai mantido com cada uma delas? Essas e outras variáveis devem ser consideradas, tendo em vista que a resposta adaptativa do luto da mãe pode ser muito diferente segundo as circunstâncias de vida do casal e do vínculo afetivo mantido. A mãe, além de seu processo pessoal de luto, deve receber orientações específicas sobre as demandas do(s) filho(s) e especialmente sobre a morte paterna. As respostas adaptativas no processo de luto dos filhos podem ser diferentes em cada um deles e, nesse sentido, é necessária a intervenção profissional no grupo familiar, mas em cada membro que requer assistência, segundo suas características e suas respostas à perda. Deve-se considerar que a intervenção imediata pode iniciar um processo que, ao longo do crescimento das crianças, serão necessárias outras intervenções segundo as necessidades do processo elaboração de luto.

Núccia G.M. – ***Peço a gentileza de falar sobre o luto na terceira idade no tocante a essa temática, o suicídio. Como auxiliar o idoso que perde a vontade de viver, ao vivenciar essa situação em família?***

Considere a reposta anterior para Ozana B. As pessoas adultas ou idosas que perdem um familiar (especialmente um filho) vivenciam um grande impacto existencial. Elas podem iniciar um processo de depressão reativa e após, prolongar essa situação por vários anos. Um aspecto fundamental é tratar de avaliar a atitude do paciente frente à morte, já que nessa etapa da vida pode estar em processo de tratar de compreender sua morte futura.

Roberta M. – ***A família deve conversar sobre o assunto entre si ou é melhor buscar a ajuda de um psicólogo para trabalhar essa família?***

Sempre deve ser considerada como prioridade uma intervenção profissional, sem nenhuma dúvida. A questão não é somente identificar algum membro familiar que possa estar em uma situação de risco de suicídio, é também evitar os efeitos traumáticos que podem agravar as condições preexistentes ao evento de morte na família, assim como apoiar os fatores de proteção dos sobreviventes.

Matheus C. F. – ***Como o psicólogo pode interferir em um processo de luto sem vincular suas emoções com as emoções da família? Como ser neutro em uma situação complicada como a de luto? Sou acadêmico do 2º período aqui em Santa Catarina, e quero parabenizar o Conselho pelo debate. O tema é excelente! Ainda mais para nós, psicólogos, que estamos sempre sujeitos a lidar com pessoas com pensamentos suicidas.***

Durante seus estudos, aprenderá as estratégias e técnicas de intervenção terapêutica. É importante reconhecer o componente emocional, por isso (e por outras razões), a psicanálise do profissional é fundamental.

Roseli G.– ***Esse tema é chave para a Psicologia. É o fantasma que assola nossos atendimentos. Como trabalhar eticamente o luto da (o) psicóloga (o) que perde um paciente para essa escolha tão complexa e estigmatizada?***

Estabelecido um vinculo terapêutico com o paciente, é previsível algum tipo de impacto. Por essa razão, é fundamental que em qualquer consulta seja realizada uma anamnese o mais completa possível do paciente. Deve-se incluir a procura de identificação da existência de ideações suicidas ou de algum nível de risco ou da intensificação das mesmas. As orientações mencionadas anteriormente para intervir no processo de luto devem ser aplicadas para qualquer profissional de saúde que estabeleceu vínculos específicos com o paciente.

Sabrina D.V.S. – ***Primeiramente, quero parabenizar o Conselho Federal de Psicologia (CFP) por incluir um profissional de referência da Saúde Mental Indígena, como o Dr. Carlos Coloma. Diante disso, gostaria de saber qual a***

principal preocupação do CFP em relação à questão do Suicídio Indígena? Grata.

Acredito que este debate, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia, é uma iniciativa que demonstra as preocupações dos profissionais e da grande demanda da sociedade para refletir sobre esse tema. Essa iniciativa ocupa um espaço fundamental de conhecimento, uma possibilidade de compartilhar algumas palavras no momento da angústia e de dor daqueles que vivem as consequências da perda de seus familiares e amigos. Constitui uma mensagem para as instituições e para as políticas públicas que devem considerar esse problema como uma questão fundamental na saúde pública, como recomendado por mais de duas décadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Considero que esse tema, assim como das outras violências, deve ser considerado como ciclo contínuo, em que profissionais de distintas áreas de conhecimento podem contribuir na conscientização necessária para melhor entender e tratar esses fenômenos. É fundamental que a questão do suicídio entre os indígenas e outras identidades étnicas do país possa ser debatida em suas particularidades, como já vem sendo realizado nos CRP de São Paulo e de Mato Grosso do Sul em relação à Saúde Mental Indígena. A iniciativa do CFP e do Sistema Conselhos é em síntese uma iniciativa de vida frente à alternativa da morte.

Capítulo IX

Perguntas respondidas por Soraya Carvalho Rigo

1. Patrícia V., Jaqueline O. e Kátia A. – ***O que fazer quando alguém diz que vai dar um tiro na cabeça? Qual a fala mais adequada diante das pessoas que dizem: quero morrer?***

Patrícia, Jaqueline e Kátia, acredito que nesses momentos, ouvir é mais importante do que falar. Isso significa que devemos ouvir o que a pessoa tem a dizer mediante nossa pergunta: "O que está havendo com você?" ou "O que está doendo tanto?" Entretanto, você só deve perguntar se for capaz de suportar a resposta. Caso contrário, é melhor não fazê-la. Pois, se diante de sua pergunta, a pessoa lhe responder: "Quero morrer, não suporto mais, vou me matar...", e você reagir com frases do tipo: "Tira isso da cabeça, não pensa nisso, você está maluco?" Então, é melhor não perguntar. Eu parto do pressuposto psicanalítico de que, como seres de linguagem, seres falantes, diante aquilo que nos angustia, podemos escolher entre falar, adoecer ou atuar. Deste modo, não falar sobre o que provoca a dor psíquica leva o sujeito ao adoecimento ou ao ato. Sendo assim, quando oferecemos a um sujeito que sofre a oportunidade de falar, esta é uma forma de prevenir o suicídio. Falar no lugar de atuar é o meu princípio. De modo que o melhor a fazer é ouvir sem críticas ou julgamentos, colocando-se disponível para ajudar. Se você é um amigo ou um familiar, deve se oferecer para acompanhá-lo na busca de ajuda profissional. Mas se você é um psicólogo, a princípio, deve acolher esse sujeito e, em torno de sua dor, fazê-lo falar o mais que puder, disponibilizando-lhe uma escuta atenta e interessada, com a máxima neutralidade. E, apenas num segundo momento, levá-lo a implicar-se em seu sofrimento, permitindo que possa subjetivá-lo e assim buscar outras formas de expressá-lo, que não no ato suicida. Eu costumo orientar os familiares dos pacientes que acompanhamos no Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (Neps) que quando uma pessoa diz que não vale nada, que é um fracasso, ou que vai tirar sua vida, não devem relatar seus exemplos pessoais de sucesso,

pensando que isso irá encorajá-los. Por exemplo: "Olha pra mim! Eu passei por tantas dificuldades e nem por isso tentei me matar!" Se você quer ajudar, deve mesmo dizer o contrário, ou seja, deve contar suas derrotas: "Eu também falhei, muitas vezes eu não consegui, eu também fiz escolhas erradas", etc. Quando um familiar ou um amigo pode lhe confessar suas próprias falhas, é mais provável que essa pessoa cuja autoestima está tão rebaixada, possa suportar a ideia de ser alguém passível de falhar e, a partir desse ponto, um canal de comunicação importante pode ser estabelecido.

2. Márcia[19] *–* ***Minha neta tem 12 anos e está com depressão, fazendo uso de Zoloft. Como posso ajudá-la?***

Márcia, eu penso que a ajuda que você pode oferecer a sua neta é "chegar junto", chegar perto e perguntar: "O que está acontecendo com você?", "O que eu posso fazer para ajudar?" Se você estiver sendo verdadeira na sua oferta de ajuda, se ela perceber seu real interesse em não só ajudá-la, mas, sobretudo, em compreender seu sofrimento, não tentando reduzi-lo, com palavras como: "Que bobagem, você está sofrendo tanto por isso?", saiba que estará lhe dando uma grande ajuda. Isso que estou chamando de "chegar junto" pode abrir um canal de diálogo entre vocês. Mas é importante que você saiba que, na condição de avó, pode ser doloroso ouvir o que ela tem a dizer. Se ela está triste, num sofrimento psíquico extremo, ainda que tenha sido desencadeado por algo atual, como, por exemplo, um bullying ao qual esteja sendo submetida na escola, isso pode vir a deflagrar outros problemas, inclusive dentro da própria família. Por essa razão, muitas vezes é natural que se diga: "Não é bem assim", tentando contornar, dando justificativas, mas isso não funciona. Por isso, Márcia, é preciso suportar o que sua neta tem a dizer, estando sempre do lado dela, não só apoiando, como também não lhe deixando sozinha.

3. Moisés[20] *–* ***Como as tonalidades afetivas ou disposições afetivas (angústia, tédio, desamparo), bem como a culpa e o desespero, afetam a coti-***

[19] *Identificação sem sobrenome.*
[20] *Identificação sem sobrenome.*

dianidade do homem contemporâneo, tendo assim como possibilidade o suicídio para o sofrimento imensurável?

De todas as elas, acho que a principal é o desamparo. Ao nascer, o homem experimenta o desamparo da linguagem e este desamparo estrutural o lança no campo do Outro, uma vez que sua dependência do Outro torna-se condição sine qua non para sua sobrevivência. Dentre os seres vivos, o homem é aquele que depende de cuidados por um tempo mais longo, pois sua imaturidade, psíquica e motora, o incapacita de suprir suas próprias necessidades, determinando uma relação de dependência vital do Outro. Deste modo, o Outro tentará suprir no sujeito seu desamparo da linguagem, amparando-o física e emocionalmente. Quando isso não ocorre, ou seja, quando o sujeito não pode contar com o Outro nessa empreitada, ele irá vivenciar sua condição de desamparo de forma contundente, e isso lhe deixará marcas profundas em seu ser. Mais tarde, quando esse sujeito deparar situações que reeditem esse desamparo inicial, muito provavelmente reviverá o sofrimento anterior, podendo, em alguns casos, escolher a morte como saída. O Outro, inicialmente representado pelos pais, está aí para cuidar, amparar, proteger. Mas, para que isso aconteça, é necessário que esse filho ocupe um lugar privilegiado em seu desejo. De modo que ser fisgado pelo desejo do Outro garante ao sujeito um lugar, que chamamos de um lugar no Outro. E isso, de alguma forma, funciona no sujeito como uma proteção para a angústia que virá depois. Por esta razão, de todas as "tonalidades afetivas" que você mencionou, eu considero o desamparo como a que provoca os maiores danos. Eu tive a oportunidade de acompanhar vários casos de pacientes que tentaram o suicídio e que traziam na bagagem da sua história uma marca indelével por terem sido "dados" na infância. São crianças cujos cuidadores abdicaram de sua responsabilidade, delegando-as a tios, avós ou simplesmente a pessoas estranhas. Ora, normalmente você dá o que não quer mais, o que não lhe serve ou aquilo de que você não gosta. A lógica cristã da nossa sociedade prega, entre outras coisas, que a mãe é aquela que ama seus filhos incondicionalmente. Seguindo essa lógica, um filho, quando é dado, tende a interpretar o ato da mãe, concluindo que, se ela não o quis, é porque ele não lhe interessa, ele não tem valor. Essas crianças "dadas", ainda que a doação tenha sido justificada por um motivo "nobre" (como, por exemplo, dar um filho para que possa estudar ou para ter uma vida melhor, do ponto de vista material), terão a percepção de si

como pessoas que não valem nada, que são descartáveis, e por isso passarão a vida tentando compreender o que teria motivado esse ato, essa "doação". Eu considero este um exemplo clássico no qual o sujeito experimenta o desamparo, e lidar com isso é muito difícil, pois ele será um ser no mundo convivendo com a marca de uma sentença por meio da qual foi condenado a ser nada. Então, quando acontece nos primeiros anos de vida, o desamparo do Outro é contundente e deixa marcas irreversíveis no sujeito, que irão repercutir por toda a vida.

4. Regina – ***Quem avisa que vai se matar se mata?***

Essa é uma pergunta muito interessante, porque existe um tabu em torno disso. É muito comum ouvirmos: "Quem quer se matar não avisa" ou "Quem ameaça não se mata", etc. Eu não compartilho dessa ideia. Quem vai se matar geralmente avisa. Se não avisa diretamente, dizendo "Eu vou me matar", preste atenção, porque ela pode estar dizendo isso de forma indireta ou nas entrelinhas do seu discurso. Em exemplos como: "minha vida não vale nada", "por que Deus não me dá um câncer?", etc., a ideação suicida, ainda que passe de maneira subliminar, pode ser identificada. É preciso escutar, ler, estar atento a esses sinais, para ajudar essa pessoa o quanto antes.

5. Rafaela e Jaqueline[21] *–* ***Qual é a ética do psicólogo diante do anúncio de suicídio de um paciente?***

Rafaela e Jaqueline, esta é outra pergunta que eu considero de extrema relevância para nós, psicólogos. Considerando que o sigilo profissional faz parte do nosso código de ética, diante do anúncio de suicídio de um paciente, o que fazer? Devemos ou não informar a família? Em minha prática clínica, esta é uma questão que me acompanha desde sempre. Publiquei o artigo Ética e Suicídio, que está no livro Especificidades da ética da psicanálise, no qual escrevi um pouco acerca do assunto. Afinal, diante do suicídio, qual a ética que devemos seguir? A ética profissional ou a ética humana? A ética do desejo ou a ética da vida? A ética do sigilo ou a ética do ato? Freud, o criador da psicanálise, em sua obra, não falou sobre desejo de morte, mas de pulsão de morte. Quando nos referimos ao desejo, estamos fazendo uma alusão à vida, mas quando o sujeito

[21] *Identificação sem sobrenome.*

decide morrer, não é mais do desejo que se trata, mas da pulsão, da pulsão de morte. E a pulsão de morte se caracteriza, segundo Freud, por um certo apetite pela morte, presente em todo ser humano, expresso por uma tendência "natural" de voltar à origem da vida, ou seja, ao inanimado. A ética que orienta a clínica psicanalítica é a ética do desejo, mais precisamente, uma ética em que o sujeito "não deve ceder do seu desejo". E isso não quer dizer que o sujeito deva levar seu desejo até as últimas consequências, como fez Antígona.

Quer dizer não abrir mão de buscar a causa do seu desejo. Mas e na clínica do ato, também devemos adotar a ética do desejo? Partindo da concepção de que o ato tem uma dimensão de linguagem, que substitui um dizer e que nele o sujeito e o significante estão ausentes, no ato suicida, o desejo dá lugar à pulsão, cede lugar ao gozo. Por essa razão, acredito que numa clínica em que os sujeitos se decidem pela morte, a ética não seria mais a do desejo, mas a ética humana, a ética da vida. Isso quer dizer que devemos adotar em nossa abordagem uma postura para barrar esse gozo mortífero, com intervenções que incluem avisar a família, fazer encaminhamentos, etc. O que proponho é que, para fazer frente ao ato suicida, muitas vezes é necessário que o analista responda com outro ato, o ato analítico.

Desse modo, respondendo a sua pergunta, minha posição é avisar a família. E quanto aos pacientes que acompanho, eles sabem do sigilo sobre o que me é dito; mas também sabem que, quando há risco de morte, esse sigilo é quebrado. Certa vez eu atendi uma pessoa que compareceu apenas à primeira entrevista, desistindo do tratamento antes mesmo de começá-lo. Ele me deixou a seguinte mensagem na minha secretária eletrônica: "Olha, eu não vou mais, você foi muito simpática, mas eu resolvi que não vou me tratar, eu vou me matar. Mas eu vou te avisar: se você comunicar a minha família, eu vou te denunciar no Conselho de Psicologia para cassarem o seu diploma". Eu retornei sua ligação e insisti para que viesse ao consultório, ao menos para falar sobre sua decisão de parar o tratamento.

Ele veio e me explicou que não havia solução para seu caso, que ele já havia comprado uma arma, que a deixara na loja, aguardando a liberação do porte de arma para retirá-la. Entrei em contato com a Polícia Federal, solicitando que não liberassem o porte, convoquei a família e, pessoalmente, expliquei a situação e disse-lhes que precisávamos trabalhar juntos. No dia em que ele havia

planejado matar-se, novamente contatei a família, disse-lhes que seria naquela data, que ele era portador de uma melancolia grave e por isso necessitava de tratamento, tendo em vista ele não haver se submetido a qualquer tratamento anterior. E ainda que, mediante a gravidade do caso, ele teria que ser internado. Como ele provavelmente não aceitaria essa intervenção, propus à família que solicitassem o resgate a uma clínica psiquiátrica. Lembro-me de que um familiar me perguntou por telefone: "Será que é justo a gente fazer isso com ele? Será que é justo impedir sua morte? Ele sofre tanto..." E diante da sugestão do resgate, completou: "Ele nunca nos perdoaria por isso." Eu lhe perguntei do que adiantaria o perdão se ele já estaria morto.

Eles preferiram não se posicionar de forma radical, o que culminou com sua fuga e suicídio. Fiquei me perguntando, quem teria agido de forma mais ética, eu ou a família? Nesta clínica do limite entre a vida e a morte, penso que nós, psicólogos, não devemos deixar de considerar que somos seres humanos tratando de seres humanos. Por essa razão, devemos intervir como seres humanos, ou seja, visando a preservação da vida, sem perder os princípios éticos que permeiam nossa profissão. Portanto, em nossas intervenções defendo a ideia de que devemos impedir o ato com ações firmes. Um ato para fazer frente a outro ato. A pessoa que cursa com tamanho sofrimento tem o direito ao tratamento e nós devemos criar a oportunidade para isso acontecer. Eu costumo dizer ao paciente que se dê a chance de tratar-se e que, depois disso, se ele ainda quiser morrer, a escolha estará em suas mãos. Mas, enquanto ele estiver acometido dessa dor na alma, não deve tomar decisões importantes, principalmente aquelas em que a morte é uma alternativa. Normalmente, o que tenho visto é que essas pessoas, depois de tratarem seu sofrimento, mudam de ideia quanto ao suicídio. E quanto aos profissionais da saúde e aos familiares, habitualmente sugiro que é "melhor pecar pelo excesso do que pela falta".

6. Sandra M.– ***Minha pergunta vai para a Soraya Carvalho. Como é o funcionamento do tempo lógico na clínica psicanalítica, uma vez que sabemos da urgência no atendimento de sujeitos implicados no desejo do suicídio?***

Essa é uma questão bem interessante, eu escrevi um artigo sobre o assunto, cujo título é "A morte pode esperar?", no qual questiono se na clínica da urgência há tempo para uma análise, considerando ser este um processo longo. Partindo

da ideia de que, no que diz respeito ao sujeito do inconsciente, o tempo que conta é o tempo lógico e não o cronológico, isto é, o tempo do ser, eu acredito que a morte pode esperar o tempo suficiente para que o sujeito se implique no seu ato, se perguntando sobre a posição de gozo que ocupa no Outro, uma posição a partir da qual ele tem de fazer escolhas, dentre elas, entre a vida e a morte. E isso depende muito do manejo do terapeuta, uma vez que ele faz uma aposta no tratamento, ao pressupor a existência de um sujeito passível de se implicar em sua dor, fazendo que uma demanda, um pedido de ajuda, possa advir. Em suma, a morte pode esperar o tempo necessário para que esse sujeito possa implicar-se no seu sofrimento, se perguntando sobre a posição de gozo que ele ocupa diante do Outro e assim poder substituir sua pulsão de morte pelo desejo de saber. Um saber sobre seu desejo, sobre seu gozo, sobre seu ato.

Perguntas que não foram ao ar:

7. Elvane S. – ***Presenciei um suicídio há aproximadamente uma semana, em um shopping de Brasília. Essa situação mexeu muito comigo. Uma sensação de impotência diante do sofrimento do outro. De certa forma, me sinto muito angustiada com o que presenciei. Qual a orientação sobre o atendimento a pessoas que presenciaram essa situação? Tal situação pode gerar alguma consequência psíquica mais grave em quem presencia?***

Elvane, sem dúvida presenciar um suicídio é uma experiência impactante e mobilizadora, capaz de provocar questões existenciais importantes naqueles que assistiram ao ato. Os efeitos decorrentes dessa experiência variam, podendo, em alguns casos, desencadear crises de angústia de grandes proporções, com importante sofrimento psíquico associado, sendo necessário, nesses casos, buscar a ajuda de um profissional.

8. Camilla[22] *–* ***Pensando nas falas até agora apresentadas, os profissionais se colocam a partir da visão do terapeuta, de alguém que está no papel do cuidador de quem busca o suicídio. E minha pergunta vai em direção a estes: diante do suicídio, como ficam os cuidadores? Sejam eles os fami-***

[22] *Identificação sem sobrenome.*

liares, amigos, mas, principalmente, os terapeutas dessas pessoas?

Camila, acredito ser imprescindível que o psicólogo clínico submeta-se a algum tipo de psicoterapia antes de iniciar sua prática clínica, e a mantenha pelo tempo que durar seu exercício profissional, senão por alguns anos. Sabemos que, sem essa ferramenta, torna-se praticamente impossível o psicólogo desempenhar satisfatoriamente seu trabalho, bem como manter sua saúde mental. Com isso quero dizer que, para trabalhar com saúde mental, é fundamental que o psicólogo também cuide de sua própria saúde mental, por meio de psicoterapia, exigência ainda maior na clínica do suicídio. Quanto aos demais profissionais de saúde, bem como os cuidadores de pessoas com depressão grave e risco de suicídio, também considero importantíssimo que possam desfrutar de cuidados psicológicos, uma vez que trabalhar com a morte suscita questões complexas, e por vezes dolorosas, da história de vida de cada um, podendo não apenas desencadear doenças nos cuidadores e profissionais, como também interferir na qualidade do cuidado prestado ao paciente.

9. *Voluntária do CVV –* ***Sou voluntária em um centro de prevenção do* suicídio*, o Centro de Valorização da Vida (CVV). Vocês consideram que esse serviço de escuta telefônica e atendimento via web a pessoas que desejam morrer ou têm ideação suicida, sem contato físico, sem vê-las, somente ouvindo e utilizando uma leitura rogeriana é efetiva na prevenção ao suicídio? O que a Psicologia tem a dizer a respeito?***

Na minha opinião, falar é uma das principais maneiras de prevenir o suicídio. Digo isto porque, sendo o suicídio um ato, e o ato, por definição, aquilo que substitui um dizer, cuja ocorrência denuncia a interrupção da cadeia significante, quer dizer, a interrupção da fala, se oferecemos ao sujeito um lugar onde possa falar, muito frequentemente ele não mais precisará atuar. "Falar no lugar de atuar" é o que defendo nesta clínica do suicídio. Nesse sentido, se o sujeito tem com quem falar sobre seu sofrimento, se sua fala é acolhida por alguém que está interessado e disposto a escutá-lo sem críticas ou julgamentos, mesmo que sem a presença física do interlocutor, essa é uma forma efetiva de prevenção do suicídio. E o CVV ao longo dos últimos 50 anos, vem mostrando, por meio de um serviço voluntário sério e comprometido, a eficácia e a importância do seu trabalho para nossa sociedade.

10. Simone S. – ***Podemos afirmar que a pessoa que comete suicídio é depressiva? E não tentará apenas uma vez?***

Simone, quem comete o suicídio não é necessariamente um depressivo ou cursa com uma depressão. Estudos mostram que a depressão é a principal causa associada ao suicídio entre aqueles que sofriam de algum transtorno mental antes de suicidar-se. Entretanto, outros estudos apontam que apenas de 15% a 20% das pessoas que são acometidas de depressão cometerão o suicídio. Mas, nos casos de depressão grave, principalmente aqueles que denominamos de melancolia e que na nosografia psiquiátrica equivalem ao transtorno bipolar e à depressão maior, nestes o risco de suicídio é alto. E quanto a sua segunda pergunta, se quem comete uma tentativa de suicídio pode cometer mais de uma vez, o que tenho a lhe dizer é que a reincidência nesta clínica é alta e muito frequente, podendo girar em torno de 30%. Além disso, se metade das pessoas que cometem o suicídio tem história de tentativa de suicídio anterior, isso faz dela um importante fator de risco do suicídio. Por isso, é fundamental realizarmos o tratamento com pessoas que tentaram o suicídio.

11. Lorraine R. – ***O que fazer quando uma criança tenta o suicídio, tem caso na família, mas os pais, em vez de dar atenção a isso, a ignoram e tratam como se a criança estivesse de "palhaçada" (termo usado por eles)? Me sinto omissa e de mãos atadas, pois não posso tomar a frente dos pais, como, por exemplo, levá-la a buscar tratamento psicológico, é um caso familiar, sou recém-formada em Psicologia e o que fiz, no momento, já que ocorreu tem um tempo, e eu era apenas estudante, foi acolher essa criança da forma que podia, me pareceu ser de extrema importância para ela, mas tenho medo do que pode vir.***

Lorraine, é muito comum as famílias adotarem posturas inadequadas diante dos sobreviventes de tentativas de suicídio, com intervenções absolutamente reducionistas, preconceituosas e caricaturadas. Isso mostra total inabilidade para lidar com a dor do familiar, seja por falta de conhecimento, seja porque o ato suicida, muitas vezes, denuncia um problema familiar que supostamente "deveria manter-se escondido". Por essa razão, diante de uma tentativa de suicídio, há tendência entre os familiares de negá-la ou de desvalorizá-la. Essa conduta só

aumenta o sofrimento daquele que tentou contra a própria vida, aumentando o risco do êxito em sua próxima investida.

O ato de colocar a vida em risco, ainda que seja com a finalidade de clamar a atenção e o reconhecimento do Outro, nunca deve ser rotulado de um ato para chamar atenção, para não correr o risco de reduzir o sofrimento a uma bobagem e o ato suicida a uma palhaçada. E, ainda que o método usado tenha sido pouco radical, ele será sempre um ato suicida e, portanto, comportará, em sua essência, grande sofrimento. Quando isso ocorre com crianças e adolescentes, essa situação se torna ainda mais prejudicial e arriscada. O adulto precisa saber que jamais compreenderá uma criança ou um adolescente a partir de sua própria perspectiva. O que para a criança se constitui numa dificuldade capaz de gerar grande sofrimento, no adulto, pode ser interpretado como algo banal, que não justifica tamanho sofrimento, muito menos o ato. Ora, se a morte se oferece como saída para um jovem, é mesmo porque sua dor ou desilusão já se tornou insuportável. E se, diante de sua dor, aquele que supostamente deveria protegê-lo trata-o com desdém e desrespeito, aumentará, sem dúvida, seu risco de suicídio. E, para finalizar, Lorraine, agora que não é mais uma estudante, por que não tenta conversar com os pais da criança, buscando sensibilizá-los de sua responsabilidade como pais, da necessidade de ajudá-la e do risco de suicídio efetivar-se?

12. Maria S. – ***Sou psicóloga e gostaria de alguns esclarecimentos. Na família de minha mãe houve precisamente cinco casos de suicídio (um irmão de minha mãe, tio, primo, outro primo e outro tio). Pergunto: que implicações ou influências emocionais, estrutura familiar, orgânica podem ou poderiam ter influenciado ou contribuído para tal quadro sucessivo de histórico suicida na família? E como trabalhar essas questões? Quais condutas terapêuticas podem oferecer melhores resultados?***

Maria do Socorro, acho difícil dar um parecer quando não conheço ou acompanho os casos. A princípio, o que posso lhe dizer é que suicídio na família é considerado um fator de risco de suicídio. Quando há muitos casos de suicídio numa mesma família, compartilho com a ideia de haver um traço familiar, um traço pelo qual a família se identifica e que pode funcionar, em muitos casos, como um signo de pertencimento àquele grupo. Algumas vezes, podemos observar que o

suicídio acontece como consequência de determinada situação, cuja repetição provocará outros suicídios entre os membros da mesma família. Não podemos deixar de considerar também a existência de alguns transtornos mentais numa família, a exemplo da depressão, da melancolia e da esquizofrenia, afecções largamente associadas ao suicídio.

13. Regina C. – ***Sou de Belo Horizonte-MG, estudante de Psicologia e pergunto: desde a infância a criança dá sinais de ser suicida? Quais são eles? Obrigada, parabéns!***

Regina, nem sempre os sinais de suicídio estão presentes desde a infância. Entretanto, eles têm sido cada vez mais frequentemente observados, haja vista o aumento da incidência do comportamento suicida em crianças. Entre os principais sinais emitidos pela criança podemos citar tristeza, apatia, timidez, isolamento social, dificuldade de interação com outras crianças e baixa autoestima. Mostram-se, geralmente, caladas, amedrontadas e inseguras. Outras, no entanto, podem apresentar comportamentos agressivos, impulsividade e baixa tolerância a frustração. Muitos adultos não conseguem ler esses sinais, o que retarda o encaminhamento dessas crianças para tratamento especializado. Nas emergências dos hospitais gerais são muito comuns as tentativas de suicídio em crianças serem diagnosticadas como "acidentes". Todavia, o psicólogo deve estar advertido de que a criança que tenta o suicídio pode ter sido vítima de agressões físicas e/ou verbais, abuso sexual, bullying, negligência parental e falta de laços afetivos dentro do seio familiar.

14. Questões relativas à família das vítimas:

Aline S. – ***Que intervenções são mais eficientes no atendimento da família de um paciente que teve um suicídio frustrado?***

Silvia S. – ***Gostaria de saber de que maneira intervir junto à família quando o sujeito ameaça fazer algo contra si próprio, já que muitas vezes a família não se preocupa ou acredita que o sujeito está em risco.***

Marília F. – ***Parabéns! Ótima qualidade das exposições. Soraya, como abordar a família de um paciente suicida?***

Aline, Sílvia e Marília, inicialmente, o ideal seria acolher a queixa dos familiares das vítimas e, quando necessário, encaminhá-los para psicoterapia. Todavia, em geral, a escassez de vagas no serviço público nos leva a priorizar o acompanhamento do paciente, restando-nos suprir esta lacuna com a realização de reuniões de grupo de famílias, em que não apenas acolhemos as queixas e dificuldades que enfrentam para lidar com a depressão ou a tentativa de suicídio do seu familiar, como também, e este seria o maior objetivo desses encontros, disponibilizamos informações sobre depressão e suicídio visando minimizar os equívocos provocados pela falta de informação e, assim, produzir um ambiente familiar mais saudável e humano. A família, tanto quanto o paciente que tenta o suicídio, deve ser abordada da maneira mais simples e direta possível, tendo como norte a ética e o bom-senso. Se por um lado não devemos desvalorizar o ato, por outro, devemos evitar os encorajamentos, a compaixão, o paternalismo, os julgamentos e as lições de moral ou de religião.

15. Cinthia F. – ***Quando a psicóloga percebe indícios de suicídio no cônjuge da cliente, como deve proceder? Qual a fala e a indicação mais adequadas?***

Cinthia, quando há indícios de suicídio num familiar, trazido por meio da fala de um paciente, nesses casos considero importante convidar o familiar, seja o cônjuge, seja um filho, a mãe, um amigo, etc., com o intuito de promover um encontro capaz de servir de ponte para um encaminhamento, já que não devemos atender parentes próximos ao paciente.

16. Sérgio[23] *–* ***A perda poderia ser fator maior da causa de suicídio? Assim, podemos dizer que o suicida não sabe lidar com as perdas?***

Sérgio, na clínica cada caso é um caso e considero importante seguir a orientação de Freud sobre a técnica, ele sugeriu que víssemos cada caso como um caso novo e único, não aplicando neste o que havíamos aprendido com os anteriores. Sendo assim, não podemos nem devemos generalizar que todo paciente que tenta o suicídio ou que se suicida não sabe lidar com suas perdas. Em linhas gerais, a perda é um fator relevante no desencadeamento de uma depressão

[23] *Identificação sem sobrenome.*

e que a depressão é um fator de risco importante do suicídio. Desta maneira, quando o ato suicida está associado a uma depressão, é possível que esse sujeito possa ter tido dificuldade em subjetivar a perda de um objeto que para ele tinha valor inestimável. Entretanto, não devemos concluir que todo aquele que comete suicídio tem dificuldade de elaborar suas perdas.

17. Jeferson B. – ***O suicídio não seria uma posição de gozo do sujeito nos casos de acting out?***

Jeferson, o sujeito sempre ocupa uma posição de gozo no Outro e isso se expressa seja no sintoma, seja no ato, e não apenas no acting out. Por esta razão, uma psicanálise deve levar um sujeito até o ponto onde possa se perguntar sobre a posição de gozo que ocupa no lugar do Outro.

18. Hugo B. – ***Alguns psicanalistas são insistentes em demarcar o acting out na neurose e na perversão e a passagem ao ato, exclusivamente, na psicose. Tal posicionamento seria justificado pelo fato de a passagem ao ato pressupor uma ruptura com o Outro. É possível que um neurótico se desligue do Outro (da linguagem, da cultura...) de tal forma que chegue à morte por meio do autoextermínio?***

Hugo, apesar de alguns psicanalistas insistirem nessa demarcação do acting out e da passagem ao ato nas estruturas clínicas, não compartilho com essa repartição. Em minha clínica com suicidas tenho acompanhado muitos casos de passagens ao ato na neurose e até em alguns raros casos, de acting out na melancolia, embora nunca tenha encontrado casos de acting out na psicose. Acredito que tanto o acting out quanto a passagem ao ato são atos, e como tais, possuem uma dimensão de linguagem e portam um dizer dirigido a alguém. Se no acting out trata-se da criação de uma cena dirigida ao Outro, onde está implícito seu caráter de apelo, demanda de amor e reconhecimento, sabemos que na passagem ao ato já não é mais da criação de uma cena que se trata, mas de uma saída de cena, justamente ali onde o sujeito se identifica com o resto, com o dejeto, passando ao ato, como uma forma de livrar-se da condição de objeto que ocupa no gozo do Outro. Em sujeitos psicóticos, a passagem ao ato pode ser uma forma de barrar o gozo do Outro que persegue ou que o comanda. Além disso, compartilho com a ideia de que alguns suicídios neuróticos possam ser

passagens ao ato, desde que o sujeito perca a posição de objeto que ocupava no desejo do Outro, passando da condição de objeto de desejo do Outro à condição de objeto de gozo, objeto resto para o Outro. Deste modo, os neuróticos também se suicidam, passam ao ato suicida. Não podemos deixar de citar o suicídio melancólico, que, na maioria das vezes, é uma passagem ao ato bem-sucedida, em que, com seu ato, o sujeito mostra sua condição de sujeito claramente abolida, e que, ao matar-se, visaria a reunir-se ao objeto.

19. Rafaela[24] – ***Se uma pessoa cresceu sofrendo abuso sexual do pai e, depois de adulta, fala em morrer, ainda existe esse risco ou ficou no passado?***

Rafaela, sim ainda existem riscos e, provavelmente, riscos elevados. Estudos mostram uma correlação altíssima entre suicídio e abuso sexual na infância, sendo este tipo de abuso importante fator de risco para o suicídio. Essa pessoa deve ser encaminhada para psicoterapia o quanto antes. Isto é fazer prevenção!

20. Bárbara A. – ***Soraya, parabéns pela linda e maravilhosa palestra. Bem, como devo agir quando meu paciente chega à clínica e diz: "Resolvi que vou me matar." Gostaria de colocar três "pacientes" para a situação acima colocada: Paciente 1 já tem histórico de tentativas de passagem ao ato; Paciente 2 tem histórico de acting e Paciente 3 nunca teve nenhum dos históricos acima descritos. Obrigada pelas informações e pela atenção.***

Barbara, inicialmente obrigada por suas palavras generosas. Eu acredito que independentemente do tipo de ato que o paciente adote, se já tenha ou não realizado tentativa de suicídio anterior, isso não garante que sua próxima tentativa seguirá o mesmo padrão. Diante do ato ou do anúncio de suicídio de um paciente independentemente de como "pareçam" se um acting out ou uma passagem ao ato, sempre procuro agir com a mesma seriedade e preocupação. Se há risco de morte, como já disse, prefiro pecar pelo excesso do que pela falta, e isso vem dando certo.

[24] *Identificação sem sobrenome.*

21. Cláudia M. – ***Como nós, profissionais de saúde, devemos ajudar a prevenir o suicídio, e no caso de reincidência?***

Fernanda G. – ***Qual a direção de tratamento mais eficaz em pacientes que apresentam comportamentos* suicidas?**

Cláudia e Fernanda, tanto nos casos de pacientes que ainda não tentaram o suicídio, mas que correm o risco de fazê-lo, ou seja, aqueles que apresentam um comportamento suicida, como nos casos de pacientes que tentaram pela primeira vez ou que são reincidentes, todos correm risco em potencial, por isso trato da mesma forma, oferecendo acompanhamento psicológico e, se necessário, tratamento psiquiátrico concomitante, além de terapia ocupacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Eu gostaria de agradecer muito esta oportunidade, e expressar minha grande satisfação em estar aqui levando ao ar e disseminando um assunto tão polêmico, repleto de mitos e ao mesmo tempo tão importante e urgente como é o suicídio. Quero dizer que essa iniciativa do CFP, encabeçada pela conselheira Monalisa Barros, deve ser parabenizada. Eu também quero fazer minhas as palavras de Netto, quando se referiu à estranheza que é falar sem saber para quem estamos falando. Sabemos pelos números, todavia, que é muita gente. E eu fico muito contente por estar contribuindo de alguma forma com isso. Mais uma vez, obrigada!

Capítulo X

Perguntas respondidas por Lúcia Cecília da Silva

José L. – ***Existe um planejamento para praticar o suicídio, ou seja, o suicídio é um projeto de morte? Como podemos detectar sintomas de suicídio de pessoas de convívio próximo?***

O que observamos é que, quando uma pessoa planeja e comete suicídio, na maioria das vezes não era a morte que o sujeito buscava, ou seja, não é um projeto de morte, mas um projeto de cessar o sofrimento insuportável. É um projeto de cessação de algo que ela não consegue mais lidar. Na verdade é um projeto de vida, ela busca uma saída, ela quer uma vida diferente da que está levando.

Como as universidades poderiam preparar os futuros psicólogos sobre o tema abordado? Vivemos hoje "tempos descartáveis"; "líquidos". Seria a existência do Ser, visto desta mesma forma pelo indivíduo que se coloca neste pensamento e / ou sentimento ao suicídio? (Robson)

A questão da morte em si, qualquer que seja ela, é bem pouco abordada nos cursos, e nas formações de saúde em geral. Nos currículos de Psicologia, há poucas disciplinas que se prestam a falar desse tema, às vezes em Psicologia hospitalar, ou alguma disciplina que trata de temas filosóficos, mas, de modo geral, não há essa que preocupação. Entretanto, pensar sobre isso é fundamental, principalmente quando a sociedade minimiza o sofrimento. É preciso questionar, na contemporaneidade, em que tudo é efêmero e fluido (a 'sociedade líquida', como se refere Baumann) que valor para a vida a gente está dando, a fim de resgatar o sentido da vida, o valor da vida, pois isso tudo é prevenção e deve fazer parte da formação nas universidades.

Ana V. ***– De que forma podemos trabalhar a educação para a morte no contexto educacional?***

Podemos trabalhar a educação para a morte de muitas formas, desde o trabalho nas escolas, com as crianças pequenas, pré-escolares. Podemos aproveitar

todas as oportunidades de trabalhar os sentimentos das crianças, por exemplo, em relação à morte. Com os adolescentes, com as crianças maiores, com os jovens nas universidades, nas próprias grades curriculares dos cursos de saúde, nos locais de trabalho, nos locais de saúde, nos contextos de saúde, deve-se propiciar espaços em que seja possível refletir e, sobretudo, compartilhar experiências.

Christian[25] – ***Referem-se ao processo de "vigilância" diante das problemáticas frente ao suicídio, todavia, dentro da própria concepção da Fenomenologia é perceptível que o indivíduo tem a liberdade de exercer suas escolhas diante da vida. Nesse sentido, essa "vigilância e esse controle" não descaracterizam a liberdade de escolha do sujeito diante do sofrimento que passa, sente, percebe diariamente?***

Quanto à vigilância, deve-se considerar o fato de que a saúde pública é um contexto especial de vigilância, de controle e de prevenção do suicídio, no sentido de que ela vai estar atenta à epidemiologia, às taxas.

A decisão de se matar, em última instância, é do indivíduo. Evidentemente, é preciso considerar outros fatores, como a influência de outras pessoas, e inclusive o fato de que nossa própria sociedade é muito autodestrutiva atualmente. Assim, o profissional que perde um paciente acaba sendo um sobrevivente do luto. Por isso, é importante que ele compartilhe sua dor, e entenda que em alguns casos ele não poderá evitar o suicídio, justamente em função do livre arbítrio.

Carolina[26] – ***Quais aspectos devemos observar em crianças deprimidas, que apresentem comportamento de risco ao suicídio?***

Devemos ter em mente que a criança reflete uma dinâmica familiar. Então, a atenção não deve estar voltada somente para ela, mas para a dinâmica, procurando entender o que faz com que essa criança se mutile, por exemplo, ou o que faz com que ela esteja agressiva e tenha comportamentos destrutivos. Quando estamos falando de suicídio, abordamos vários aspectos, pois estamos falando de um fenômeno, de um sinal, de uma condição, de uma situação social, enfim, de uma sociedade que não está dando conta de cuidar de seus membros, de uma sociedade que está muito autodestrutiva.

[25] *Identificação sem sobrenome*
[26] *Identificação sem sobrenome*

Capítulo XI

Perguntas respondidas por Marcelo da Silva Araújo Tavares

Ilana[27] – ***Ao considerarmos o profissional como um sobrevivente do suicídio, como o psicólogo poderá lidar com o sentimento de impotência e fracasso diante de um paciente que se mata, e também com família e amigos, que cobram do psicólogo um trabalho que poderia ter evitado a morte do paciente?***

Realmente, perder um paciente não é uma experiência fácil. Quando nos referimos ao profissional como sobrevivente, abre-se uma para se colocar no lugar de estar vivendo uma experiência emocional significativa e intensa. Então, acho que isso humaniza o profissional e cria um veículo mais fácil de humanizar a relação terapêutica com pessoas que estão vivendo risco, ou com pessoas que tiveram perdas significativas por suicídio. Sobre as cobranças que podem ser colocadas ao profissional, vale lembrar que também são colocadas à família, a uma mãe, por exemplo, a outros membros da família, que passam a ser culpabilizados por não serem considerados suficientemente bons, e isso tem relação também com o próprio isolamento social que a família passa a viver após uma perda, as evitações dos contatos sociais, a negação social no motivo da morte do familiar. Então, essa cobrança imposta ao psicólogo muitas vezes tem essa mesma carga afetiva de culpabilização e infelizmente, quer dizer, as pessoas em geral, ao tentar dar um sentido para aquela morte, arranjam um bode expiatório, porque esse tipo de culpabilização também opera no conjunto social como um alívio de uma angústia, a culpa é de alguém, ou de uma mãe, ou de um profissional, ou mesmo do próprio sujeito que se matou. Em primeiro lugar, o profissional deve buscar supervisão com alguém que esteja preparado e compreenda esse fenômeno para poder ajudar esse profissional a fazer uma elaboração daquela vivência e daquela experiência. Nesse sentido, também é importante com-

[27] *Identificação sem sobrenome*

partilhar a dúvida. Se você tem um paciente, acompanhando alguém em risco, compartilhe com um colega, socialize a dúvida, porque isso também vai ajudar a não se sentir tão sozinho na hora de elaborar uma perda desse tipo. Essas são formas de os profissionais pensarem na própria saúde mental.

Célia[28] – ***Como auxiliar a família, em especial os filhos menores que perdem o pai?***

Com relação a crianças pequenas que perdem um pai, uma mãe ou até mesmo um irmão, e precisam de alguma forma elaborar aquela perda, diria que a mentira tem um alto custo, porque em geral a mentira pede outra mentira e entra em um esquema de negação de um fato doloroso que precisa ser vivenciado, elaborado e superado. A dor, na verdade, nunca se esquece. Nunca se esquece da perda de um vínculo, de uma relação afetiva tão importante como alguém da família, mas é preciso dar algum sentido a ela, e a criança também precisa encontrar algum sentido para aquela perda. Os familiares devem buscar orientação com profissionais que possam ajudar essa criança a dar sentido à perda. É um problema que a família inteira vive e que a família inteira precisa elaborar em conjunto. Então, deve-se respeitar a criança, o direito dela de saber a verdade e de elaborar e viver esse luto e elaborar esse luto junto com a família, não tentar isolá-la, separá-la ou criar um contexto falso que pode ter consequências piores.

Núccia[29] – ***Sobre o luto na terceira idade, no tocante ao suicídio, como auxiliar o idoso que perde a vontade de viver ao vivenciar esta situação em família?***

Uma pesquisa recente demonstrou que idosos que têm apoio social, que estão em contexto de relação com outros idosos e que têm atividades significativas têm melhor qualidade de vida, se adaptam melhor às perdas naturais do processo de envelhecimento e têm menos chance de adoecimento, como um quadro depressivo. A depressão na terceira idade é um problema muito sério e precisa ser tratado. Então, em um primeiro momento, é preciso observar se há um quadro depressivo que precisa de atenção profissional. Deve-se estar atento aos vínculos, às relações, ao sentido de vida, aos projetos de vida, até mesmo na

[28] *Identificação sem sobrenome*
[29] *Identificação sem sobrenome*

idade avançada. Por fim, nossa sociedade ainda não discutiu seriamente o que é morrer com dignidade, o que é ajudar um idoso, e poder estar consciente do processo de envelhecimento e morte. Fala-se da morte como se fosse um evento pontual que acontece na vida de uma pessoa e, na verdade, morrer seria a palavra mais adequada, pois o morrer é um processo em vida.

Vivian[30] *–* ***Como prevenir o suicídio nas prisões?***

Existem vários documentos elaborados pela Organização Mundial de Saúde, e um deles é dirigido aos profissionais que trabalham nas prisões, o qual orienta como desenvolver estratégias preventivas nas prisões.

Fábio[31] *–* ***O que se pode dizer sobre o alto índice de suicídio na população LGBTS?***

Nossa sociedade trata essa questão com muita ambivalência, e isso é fonte de conflito e de sofrimento significativo para essas pessoas. É preciso lidar com essa questão com mais humanismo, com mais aceitação e compreendendo o limite do Direito sobre o outro, quer dizer, que o outro deve poder ter o direito sobre suas próprias escolhas, e sua própria identidade. Se isso pudesse ser vivido por cada um de uma maneira mais plena, creio que o risco de suicídio dessas pessoas seria menor. Qualquer um que vive um processo de exclusão, de alguma forma identificado com um grupo minoritário, tem algum tipo de dificuldade maior, pois vive estresses mais agudos e intensos.

[30] *Identificação sem sobrenome*
[31] *Identificação sem sobrenome*

Capítulo XII

Perguntas respondidas por Blanca Werlang

Kelle[32] – ***O suicídio pode ser trabalhado de forma preventiva?***

Sim. Eu acredito que o comportamento suicida pode ser prevenido. Não é nada fácil se envolver com esse tipo de programas, mas entendo que o comportamento suicida precisa ser prevenido, e para isso precisamos ter planejamentos, para isso precisamos ter programas que envolvam uma série de etapas e a qualificação de profissionais ou de pessoas que trabalhem às vezes na comunidade. Eu penso que a comunidade tem que ser trabalhada como um todo. Não só podemos trabalhar com os profissionais que estão no posto de saúde, precisamos trabalhar com os voluntários que desenvolvem algum tipo de trabalho nos bairros, vilas, entre outros. E, nesse sentido, precisamos muito trabalhar realmente com a questão das igrejas.

Kelle[33] – ***Qual a relação entre suicídio e agrupamento social?***

Em princípio a nossa sociedade ocidental não deixa de adaptar as pessoas e deixam o indivíduo como responsável de si mesmo. Eu, até por pensar que é possível trabalhar em prevenção, eu acho que nós temos um desafio enorme, que não é só clínico. O desafio é social, econômico, político e, provavelmente, essas diversidades vão se manter ao longo da história. Não vejo, neste momento, uma forma de organizar um programa de prevenção que dê conta também desses aspectos. Eles não podem ser esquecidos ou negligenciados, mas não vejo como dar conta de tudo. E nós, como psicólogos, vamos poder dar conta de uma parcela que nos compete, mas nós temos que saber trabalhar em equipe, em rede. Entendo que é preciso começar pelas escolas, ensinando as pessoas a enfrentar situações difíceis, embora não signifique que futuramente essa pessoa não venha a tentar o suicídio, ou efetivamente venha a se matar, porque houve uma vulnerabilidade psíquica que não deu conta de poder se preparar para enfrentar situações difíceis.

[32] *Identificação sem sobrenome*
[33] *Identificação sem sobrenome*

Embora se publique mais sobre o suicídio em contextos sociais e econômicos mais vulneráveis, acontece em todas as classes sociais e faixas etárias. Por isso, entendo que a prevenção tem que começar desde muito cedo, trabalhando criança, pais, comunidade e voluntários, e qualificando os profissionais, inclusive nós, psicólogos.

Davinni[34] – ***O que dizer de crianças que tentam o suicídio?***

Regina[35] – ***Desde a infância a criança dá sinais de ser suicida? Quais são eles?***

Sabemos que há um registro de suicídios a partir de cinco anos, mas também sabemos que os números são subestimados, porque muitas vezes a família, assim como o próprio médico que vai dar o óbito, entendem que a criança se envolveu com um acidente doméstico. Entretanto, as crianças mostram também sentimentos de tristeza e desconforto com alguns elementos que acontecem na família. Por isso, não podemos deixar de pensar que eventos traumáticos na infância são também fatores de risco para o suicídio. São para uso de álcool e drogas, mas também são para o suicídio.

Edilene[36] – ***Qual a incidência de suicídio em crianças até 12 anos?***

Com 12 anos nós já entramos na fase da pré-adolescência e adolescência, em que já há várias mudanças no contexto familiar e escolar que podem contribuir efetivamente para essa criança tomar a atitude de buscar a morte, a fim de eliminar o sofrimento pelo qual está passando. Temos que considerar que as pessoas com comportamento suicida são pessoas que estão em sofrimento. Há uma dor psíquica insuportável, e essa dor, em qualquer faixa etária, pode levar ao suicídio. É importante que não consideremos o indivíduo de forma parcial. Se a criança tem 5, 10, 12 ou 16, e posteriormente, como adulto jovem, e assim até a velhice, temos que considerar que sujeito é esse, que idade ele tem, de que contexto familiar ele vem, de que contexto socioeconômico, quais os hábitos principais que ele tem para organizar sua vida, a fim de buscar melhores formas

[34] *Identificação sem sobrenome*
[35] *Identificação sem sobrenome*
[36] *Identificação sem sobrenome*

de prevenção. Países que têm programas definidos consideram tudo isso, e são feitas muitas pesquisas para entender o perfil dessas pessoas e organizar programas que deem conta dos contextos mencionados. São desempregadas? São sujeitos sem contexto religioso, que estruture um sentido para a vida? O Brasil, por exemplo, é um país muito grande, então, certamente, algumas características do interior do Rio Grande do Sul são bem diferentes de outros lugares, como o Paraná e Bahia. Assim, há diretrizes para que os Municípios e Estados organizem programas de prevenção próprios.

Patrícia[37] – ***Qual o índice atual de suicídio por estado? E o que mais leva as pessoas a cometerem o suicídio?***

O Brasil apresenta um índice global, como país, de 4.6 casos em 100.000 habitantes, ou seja, cinco casos em 100.000 habitantes. O Rio Grande do Sul apresenta 9.8, ou seja, dez casos a cada 100.000 habitantes. Então, isso nos mostra que a diversidade dos estados está presente, e por isso, para se trabalhar de forma preventiva, os programas efetivamente precisam estar vinculados com uma visão de homem e de sociedade próprias, ou seja, com o tipo de característica que aquele estado, que aquela comunidade tem como forma de se relacionar, como forma de organizar a sua vida. É preciso, entretanto, entender que estatísticas também constituem um aspecto importante na compreensão do fenômeno do suicídio. É um aspecto que pode nos impulsionar, nos transformando em pessoas 'inconvenientes' frente aos órgãos públicos, pois os números podem causar impacto social, à medida que demonstram a realidade do fenômeno.

Débora[38] – ***O que nós psicólogos podemos fazer pra intervir no Âmbito da saúde pública pra tentar resolver ou amenizar a situação?***

Primeiramente, o psicólogo que atua nesta área, seja em postos de saúde, seja em CAPs e NASFs, em suma, na Atenção Básica à Saúde, ele deve se qualificar, de forma a conseguir identificar alguns aspectos que podem levar aos riscos de suicídio. Nesse sentido, é possível também acessar uma série de publicações, como por exemplo no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.

[37] *Identificação sem sobrenome*
[38] *Identificação sem sobrenome*

Luiz[39] – ***Existem várias pesquisas sobre a relação entre o discurso suicida (a pessoa diz que vai se matar) e o comportamento suicida (a pessoa se matar). Existem pesquisas que apontem para a regressão estatística deste tema?***

Sim. Em alguns países europeus isso tem acontecido, e o que nos preocupa neste momento é a mudança nas faixas etárias. O suicídio sempre teve um número maior a partir dos 50 anos, e principalmente em pessoas idosas, e hoje esses números estão se distribuindo de forma diferente e aí temos pessoas muito jovens que pensam, tentam ou que cometem suicídio.

[39] *Identificação sem sobrenome*

Conselho Federal de Psicologia

Conselhos Regionais de Psicologia

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-89208-70-3
9 788589 208703