



Centro Universitário de Brasília – CEUB  
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES

**ANA TEREZA CERTAIN SIMAS DE PAULA**

**O CUIDADO NA IDEAÇÃO SUICIDA: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO NA  
CLÍNICA PSICANALÍTICA E NA CLÍNICA AMPLIADA**

**BRASÍLIA**

**2024**

**ANA TEREZA CERTAIN SIMAS DE PAULA**

**O CUIDADO NA IDEIAÇÃO SUICIDA: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO NA  
CLÍNICA PSICANALÍTICA E NA CLÍNICA AMPLIADA**

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES), do Centro Universitário de Brasília (CEUB), como requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia.

Professora-orientadora: Dra. Tania Inessa Martins de Resende

**BRASÍLIA**

**2024**

**ANA TEREZA CERTAIN SIMAS DE PAULA - 21703847**

**O CUIDADO NA IDEIAÇÃO SUICIDA: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO NA  
CLÍNICA PSICANALÍTICA E NA CLÍNICA AMPLIADA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES), do Centro Universitário de Brasília (CEUB) como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia

Orientadora: Dra. Tania Inessa Martins de Resende.

Trabalho aprovado em Brasília, 13/12/2024

**Banca Examinadora:**

---

Dra. Tania Inessa Martins de Resende  
Orientadora

---

Dra. Ana Flávia do Amaral Madureira  
Membro da Banca

---

Ma. Livia Campos e Silva  
Membro da Banca

## RESUMO

O objetivo geral da pesquisa foi discutir o cuidado de pessoas que apresentam ideação suicida na clínica psicanalítica e na clínica ampliada. O suicídio tem sido considerado um problema de saúde global por organizações de saúde internacionais na última década. Partindo desse cenário, buscamos entender o fenômeno do suicídio relacionado a dinâmica social da contemporaneidade e a forma como o cuidado pode ser desenvolvido por psicanalistas que trabalham em serviços públicos de saúde mental e em consultório particular. A hipótese que orientou a pesquisa é o entendimento do suicídio como um fenômeno complexo influenciado por fatores biopsicossociais e pela dinâmica pulsional inconsciente do sujeito. A metodologia que guiou este estudo foi a pesquisa qualitativa em razão do enfoque na investigação em informações qualitativas. Realizamos quatro entrevistas semiestruturadas com psicanalistas que atuam em serviços públicos de saúde mental e em consultório particular. Os dados desenvolvidos a partir das entrevistas foram analisados a partir dos pressupostos da Hermenêuticas de Profundidade e dos aportes teórico-clínicos da Psicanálise. Os resultados encontrados demonstram que o cuidado na ideação suicida é conduzido a partir da singularidade de cada caso e a escuta, o acolhimento e o vínculo são fatores importantes. Destacamos fatores inconscientes que estão relacionados ao fenômeno do suicídio, tais como a prevalência da atividade da pulsão de morte no psiquismo, e determinações sociais relacionadas ao modo de gestão do neoliberalismo, a cultura do narcisismo, a desigualdade de gênero e a violência perpetrada contra determinados grupos sociais. Ademais, identificamos a necessidade de estudos futuros que investiguem a relação entre as especificidades da cultura brasileira e o suicídio.

**Palavras-chave:** psicanálise; clínica ampliada; saúde mental; suicídio.

## ABSTRACT

The general aim of the research was to discuss the care of people with suicidal ideation in the psychoanalytic clinic and the extended clinic. Suicide has been considered a global health problem by international health organizations in the last decade. Against this backdrop, we sought to understand the phenomenon of suicide in relation to contemporary social dynamics and how care can be developed by psychoanalysts working in public mental health services and in private practice. The hypothesis that guided the research is the understanding of suicide as a complex phenomenon influenced by biopsychosocial factors and the subject's unconscious drive dynamics. The methodology that guided this study was qualitative research because it focused on investigating qualitative information. The data developed from the interviews was analyzed based on the assumptions of Depth Hermeneutics and the theoretical-clinical contributions of Psychoanalysis. The results show that care for suicidal ideation is based on the uniqueness of each case and that listening, welcoming and bonding are important factors. We highlighted unconscious factors that are related to the phenomenon of suicide, such as the prevalence of the activity of the death drive in the psyche, and social determinations related to the neoliberal management mode, the culture of narcissism, gender inequality and violence perpetrated against certain social groups. Furthermore, we identified the need for future studies investigating the relationship between the specificities of Brazilian culture and suicide.

**Keywords:** psychoanalysis; extended clinic; mental health; suicide.

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço à minha orientadora pelo apoio, incentivo e sugestões que foram fundamentais em todas as etapas do trabalho.*

*Agradeço aos meus colegas e professores do curso de graduação que tanto me ensinaram no percurso de formação.*

*Agradeço aos meus amigos e a minha família pelo apoio.*

*“Desfazer o normal há de ser uma norma. Pois eu quisera modificar nosso idioma com as minhas particularidades. Eu queria só descobrir e não descrever”*  
(BARROS, 2014, p.28).

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 1 – O SUICÍDIO AO LONGO DA HISTÓRIA</b>	<b>13</b>
2.1 O suicídio na sociedade ocidental	13
2.2 A compreensão do suicídio no século XIX: ato de loucura?	21
2.3 As particularidades do suicídio na contemporaneidade	26
<b>CAPÍTULO 2 – FATORES BIOPSIKOSSOCIAIS RELACIONADOS AO FENÔMENO DO SUICÍDIO</b>	<b>33</b>
2.1 O suicídio como um problema de saúde pública: alguns dados epidemiológicos do Brasil e do Distrito Federal	33
2.2 Fatores de risco para o suicídio	37
2.3 Suicídio e desigualdade	45
<b>CAPÍTULO 3 – O SUICÍDIO NA PERSPECTIVA DA CLÍNICA PSICANALÍTICA E DA CLÍNICA AMPLIADA</b>	<b>51</b>
3.1 O rompimento com a clínica moderna: a construção de novas formas de cuidado	51
3.2 A clínica ampliada e o cuidado na ideação suicida	56
3.3 A clínica psicanalítica e o seu encontro com a Saúde Mental	58
3.4 O suicídio a partir da perspectiva psicanalítica	62
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>66</b>
4.1 Procedimentos de construção dos dados	67
4.2 Procedimentos de análise dos dados	68
<b>5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS</b>	<b>70</b>
5.1 Contextualização sócio-histórica	70
5.2. Análise formal	74
5.2.1. A clínica em casos de ideação suicida: um cuidado singular feito em rede	76
5.2.2 Neoliberalismo, Narcisismo e Suicídio	85
5.2.3 A Psicanálise o Cuidado na ideação suicida	92
5.3. Reinterpretação	102
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>106</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>109</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>122</b>
ANEXO A - REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISAS VIRTUAIS	122
ANEXO B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PSICANALISTAS QUE ATUAM NO CONSULTÓRIO	124
ANEXO C - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PSICANALISTAS QUE ATUAM NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL	125

## INTRODUÇÃO

Atualmente, existe o reconhecimento do suicídio como um problema de saúde global pela Organização Mundial da Saúde. Os elevados índices de suicídio apontam para a sua classificação “como uma das principais causas de mortes mundialmente, com mais mortes por suicídio do que por malária, HIV/AIDS, câncer de mama, ou a guerra e homicídios” (OMS, 2021, p.1, tradução nossa).<sup>1</sup> Neste contexto, observamos que o Brasil teve um aumento significativo de mortes nas últimas décadas, onde os dados indicam uma elevação de 43% da taxa de mortes por suicídio no período de 2010 a 2019 (Soares; Stahnke; Levandowski, 2022).

Não obstante os elevados índices de suicídio mundialmente e a constatação de que o ato ocorre em diferentes períodos históricos, permanece um tabu sobre o fenômeno atualmente. Nesse sentido, se é verdade que a morte é um tabu na sociedade ocidental, é verdade também que essa interdição se intensifica nos casos de morte auto infligida. O tabu em relação ao suicídio não apenas está presente na sociedade em geral, mas também entre profissionais da saúde, interferindo no cuidado de sujeitos que apresentam comportamento suicida, como as ideações suicidas (Pereira; Rosal, 2019; Filho; Minayo, 2021).

Socialmente, alguns autores pontuam que os casos de suicídio denunciam uma ruína no modo de relação da sociedade (Kovács, 1992). Fensterseifer e Werlang (2006) relacionam o suicídio com a dinâmica da pós-modernidade, caracterizada por alguns fatores como: a difusão de ideais de felicidade e satisfação irrefreadas que os sujeitos não conseguem atingir; uma cultura narcisista que dificulta a formação de relacionamentos solidários entre as pessoas e o sentimento de desamparo que assola as subjetividades contemporâneas.

Sabemos que os casos de suicídio não devem ser analisados a partir de explicações simplistas, haja vista que são situações complexas determinadas por fatores biopsicossociais (Scavacini, 2018). Aqui, partimos de uma perspectiva psicanalítica, considerando também a dinâmica psíquica inconsciente das pulsões relacionada ao intenso sofrimento que apresenta o sujeito com ideação suicida, portanto, refletindo sobre como esses fatores se inter-relacionam e tornam a pessoa mais vulnerável para o ato (Cassorla, 2017; Pereira; Rosal, 2019).

Nesse sentido, a compreensão de que o suicídio trata de um problema de saúde

---

<sup>1</sup>“Suicide is among the leading causes of death worldwide, with more deaths due to suicide than to malaria, HIV/AIDS, breast cancer, or war and homicide” (OMS, 2021, p.1).

atualmente, e a participação de um Projeto de Extensão em Saúde Mental ao longo da graduação, em que foi possível observar a demanda da ideação suicida em dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Distrito Federal, foram fatores que influenciaram no desejo de estudar a temática do cuidado de sujeitos com ideação suicida.

Refletir sobre o cuidado de sujeitos com ideação suicida na clínica ampliada exige considerarmos, para além dos fatores supracitados, as particularidades do cuidado no campo da saúde mental articulado ao saber psicanalítico (Resende, 2015). Desse modo, buscando compreender o *trabalho de psicanalista* com os casos de ideação suicida, ou seja, investigando como a Psicanálise pode contribuir a partir do seu “*savoir-faire* e seu saber” (Green, 1927, p.39) para a escuta do sujeito em sofrimento em uma instituição que não é tradicional da prática psicanalítica, como o caso do serviço público de saúde mental.

Para além disso, como mencionado anteriormente, o suicídio tem sido indicado como um problema de saúde pública mundial por organizações de saúde e os dados epidemiológicos indicam um aumento de óbitos por suicídio nas últimas décadas no cenário nacional (Soares; Stahnke; Levandowski, 2022; OPAS, 2023; Brasil, 2024). Dessa forma, a investigação sobre a temática é relevante socialmente para a compreensão sobre o problema e fundamentar a implementação de políticas públicas de saúde.

Na área acadêmica, percebemos que o tema do suicídio tem sido de interesse da categoria profissional, representada pelo Conselho Federal de Psicologia, como podemos verificar em publicações da entidade nos últimos anos, tais como: o livro “*Suicídio e os Desafios para a Psicologia*” (CFP, 2013); nas publicações no site oficial relacionadas a temática (CFP, 2018; CFP, 2019; CFP, 2021); nas *lives* do *YouTube* “Prevenção ao Suicídio: desafios para a Psicologia e a saúde pública” (CFP, 2017); “Diálogo Digital - Vamos falar sobre o Suicídio?” (CFP, 2019a); “A Psicologia na Prevenção ao Suicídio” (CFP, 2019b); “Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação” (CRP DF, 2020); “Orientações às Psicólogas sobre Prevenção ao Suicídio” (CFP, 2023), entre outras. Assim, demonstrando a relevância da pesquisa para a área da Psicologia.

Ademais, a partir de uma busca na literatura psicanalítica, foi observado que o tema do suicídio tem sido investigado por alguns autores como: Cassorla (2017); Macedo e Werlang (2007); Miodownik (2019); Brunhari e Darriba (2014), entre outros. No entanto, Pereira e Rosal (2019) sinalizam a falta de estudos com enfoque na ideação suicida no campo,

dessa forma, a pesquisa buscou contribuir com a produção acadêmica sobre o assunto e para a atuação profissional com este tipo de demanda.

Levando-se em consideração as reflexões apresentadas, surgiram as seguintes perguntas: Como funciona o cuidado de pessoas com ideação suicida a partir da perspectiva psicanalítica? De que forma os valores na contemporaneidade estão relacionados ao fenômeno do suicídio e como isso se expressa na cultura brasileira?

O objetivo geral da pesquisa foi discutir o cuidado de pessoas que apresentam ideação suicida na clínica psicanalítica e na clínica ampliada.

Em consonância com o objetivo geral, foram traçados os seguintes objetivos específicos: (1) Investigar os aspectos sociais, culturais e políticos que envolvem o fenômeno do suicídio contemporaneamente; e (2) Explorar os conceitos da literatura psicanalítica e das ciências humanas e sociais que ajudam a compreender o fenômeno do suicídio.

No processo da pesquisa, realizamos uma busca na literatura das ciências humanas e sociais acerca dos seguintes tópicos: suicídio, melancolia, clínica ampliada, clínica psicanalítica, contemporaneidade e desamparo. Além disso, pesquisamos em documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de secretarias de saúde estatais acerca de orientações para o tratamento de pessoas que apresentam comportamento suicida e do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Paralelamente a isso, foram realizadas quatro entrevistas semiestruturadas com psicanalistas, os quais, dois trabalham no consultório particular e dois em serviços públicos de saúde mental, mais especificamente, em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Foram preparados dois roteiros para as entrevistas, um para os psicanalistas que atuam no consultório (ANEXO C) e outro para os psicanalistas que atuam no serviço público de saúde mental (ANEXO D).

Para a análise dos dados, utilizamos a abordagem da Hermenêutica de Profundidade. Desse modo, os procedimentos de análise dos dados foram organizados em três eixos: (1) análise sócio-histórica; (2) análise formal e (3) interpretação e reinterpretação.

Por fim, os resultados da pesquisa foram apresentados em cinco capítulos. No Capítulo 1, *O Suicídio ao longo da história*, discutimos sobre as diferentes perspectivas acerca do fenômeno do suicídio até o período da contemporaneidade e analisamos

criticamente a sobreposição entre a categorização da pessoa louca e da pessoa suicida no século XIX.

No Capítulo 2, *Fatores biopsicossociais relacionados ao fenômeno do suicídio*, demonstramos os dados epidemiológicos do fenômeno do suicídio na realidade local, nacional e internacional. Além disso, descrevemos os principais fatores de risco ao longo do ciclo da vida, e relacionamos questões sociais que podem vulnerabilizar a pessoa ao suicídio, como a desigualdade social, o desemprego e a violência perpetrada contra determinados grupos sociais.

No Capítulo 3, *O suicídio na perspectiva da clínica psicanalítica e da clínica ampliada*, descrevemos a clínica moderna e a ruptura do seu paradigma a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, apresentamos o novo modelo de cuidado inaugurado pela lógica da Atenção Psicossocial, mais especificamente, a Clínica Ampliada. Outrossim, analisamos a relação entre a Psicanálise e o Campo da Saúde Mental para o entendimento do cuidado na ideação suicida e explicamos a visão da psicanálise sobre o fenômeno do suicídio.

No Capítulo 4 explicamos a abordagem metodológica utilizada na pesquisa e as etapas para a construção e análise de dados.

Por fim, no Capítulo 5 realizamos a análise sócio-histórica, a análise formal e a reinterpretção das informações qualitativas desenvolvidas no processo de pesquisa.

## CAPÍTULO 1 – O SUICÍDIO AO LONGO DA HISTÓRIA

Este capítulo foi organizado em três eixos principais: (1) O suicídio na sociedade ocidental; (2) A compreensão do suicídio no século XIX: ato de loucura? e (3) As particularidades do suicídio na contemporaneidade. No primeiro eixo, definimos o comportamento suicida e discutimos as diferentes formas como a sociedade ocidental lidou com o fenômeno do suicídio até o período contemporâneo e as implicações disso para as pessoas suicidas. No segundo eixo, discutimos sobre o contexto do século XIX, quando o suicídio passou a ser categorizado como uma doença mental pela medicina da época e debatemos dados atuais sobre a relação entre transtornos psiquiátricos e suicídio. Por último, no último eixo, discorremos sobre a forma como o suicídio é tratado na contemporaneidade, relacionando com alguns fatores, como o sistema capitalista, os valores sociais dominantes, o sentimento de desamparo, o desenvolvimento das tecnologias de comunicação, entre outros fatores.

### 2.1 O suicídio na sociedade ocidental

No ano de 1960, a Organização Mundial da Saúde definiu o comportamento suicida como “[...] um fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis” (OMS *apud*. Botega, 2023, p.16). Em nota de rodapé, Botega (2023) afirma que o comportamento suicida seria um ato cometido por uma pessoa com o objetivo de se lesionar, a despeito de o quão intencional seja a morte e o que causou o ato. Dessa forma, esta definição compreende um conjunto de atitudes, desde o pensamento sobre a morte até o suicídio consumado.

Por outro lado, Corrêa (2022) afirma que os casos de mortes acidentais normalmente não são contemplados como suicídios. Assim, de modo geral, os pesquisadores entendem o suicídio como um ato intencional que a pessoa utiliza de um método para se matar, ainda que ela tenha sentimentos ambivalentes no processo.

O comportamento suicida compreende a ideação suicida. A definição de ideação suicida inclui “desde pensamentos passageiros de que a vida não vale à pena ser vivida até

preocupações intensas sobre por que viver ou morrer. Ideias suicidas podem, ainda, ser consequência de estados delirantes” (Botega, 2023, p.44). Em outras palavras, a ideação suicida compreende pensamentos acerca da morte e sobre os motivos para a continuidade ou desistência da vida.

A partir dessas definições, evidenciamos que o fato de a morte por suicídio ser vista como um ato intencional, tal ato tem uma visão particularmente negativa por parte da sociedade. Ainda que ocorram outros tipos de morte em um período precoce se comparadas a expectativa de vida da pessoa, o suicídio “[...] confere uma transgressão contra a sobrevivência humana, representando uma dupla agressão à humanidade” (Filho; Minayo, 2021, p. 2696). Com base em Dias, Filho e Minayo (2021) pontuam que resulta dessa visão o silenciamento sobre o suicídio no tecido social e a culpabilização do suicida, identificado, simultaneamente, como agressor e vítima, assim, dificultando a possibilidade de ele pedir ajuda ainda em vida e reforçando a concepção do suicídio como tabu.

A prática do suicídio não é nova, por exemplo, podemos notar o ato suicida na Europa, no período da Antiguidade Greco-Romana e, no Brasil, com o Banzo, que afetou a população negra escravizada no período da Colonização (Botega, 2023).

No período da escravidão na sociedade brasileira, diferentemente de “a versão oficial de sua docilidade ao regime, assim como a sua hipotética *aptidão* para o trabalho forçado” (Nascimento, 1978, p.59), as pessoas escravizadas, na realidade, confrontaram o sistema desde o início, impondo-se contra as barbáries que foram submetidos, por exemplo, por meio de rebeliões. O Banzo foi uma destas formas de insurreição, em que o africano escravizado era acometido por uma completa perda de vitalidade e esperança, de modo que, gradualmente, perecia (Nascimento, 1978).

De acordo com Barbagli (2019), historicamente, as primeiras tentativas de categorização do fenômeno do suicídio não foram propostas por cientistas, mas por juristas e teólogos. Nesse sentido, exemplifica o autor que no século XIII, o jurista Henry Bracon classificou as pessoas suicidas em três tipos “os suspeitos de crimes, os deprimidos e os loucos e imbecis” (Barbagli, 2019, p.6), e, no ano de 1637, o crente John Sym elaborou o primeiro tratado dedicado ao tema da morte voluntária.

O suicídio foi tratado de formas diferentes ao longo do tempo, contudo, podemos reunir três concepções principais sobre o fenômeno: “crime, pecado e loucura” (Cardoso;

Nascimento, 2023, p.2). Estas perspectivas foram influenciadas, entre outros fatores, pela religião, cultura, medicina e a justiça. Por exemplo, a religião cristã, ao eleger Deus como o detentor da vida, foi determinante para a criação da visão do suicídio como pecado (Cardoso; Nascimento, 2023).

No tocante às diferentes perspectivas sobre o suicídio na sociedade ocidental, verificamos que na Idade Média, diferentes tipos de violências foram perpetrados contra as pessoas suicidas, como por exemplo, erguer o corpo de cabeça para baixo por ter cometido um pecado (Botega, 2023). À época, pontua o autor, o tratamento com o corpo evidenciava o pecado que tinha sido cometido, protegia a população dos espíritos e da energia ruim do corpo morto e intervinha sobre as práticas de martírio que estavam sendo frequentes no período, em suma, eram “a combinação de exorcismo, castigo e dissuasão” (Botega, 2023, p.9).

Barbagli (2019) constata que, em conjunto, os números de mortes por suicídios não eram elevados na época da Idade Média. Todavia, houve a disseminação da ideia de um aumento de suicídios no século XVI na Europa, defendida principalmente na Alemanha, a partir da afirmação de Lutero de que existia uma epidemia das mortes por suicídio. No entanto, os dados apontam que houve um aumento expressivo do número de suicídios por apenas um curto período, diferentemente da transformação significativa do aumento de mortes observada nos séculos posteriores.

Botega (2023), baseado em Minois, pondera que o poder do catolicismo sobre as elites influenciou em números baixos de suicídios célebres contabilizados na época. Pondera o autor que os suicídios das elites do período aconteciam de forma indireta, como por exemplo, em batalhas. Dessa forma, os suicídios delas tinham um significado heroico, em oposição ao suicídio do homem ordinário.

Outro ponto importante ressaltado por Botega (2023) foi que as leis civis acompanharam os regulamentos cristãos. Foi atribuída ao suicida uma dupla punição: religiosa e material. Nesse sentido, o suicida era responsabilizado pelo seu crime, seus bens eram subtraídos e, sua família, privada da herança. Vale destacar que essa penalidade gerou riqueza para as autoridades e passaram a ser considerados crimes por “*felo de si*”<sup>2</sup> casos das mortes que não sabiam a causa.

---

<sup>2</sup> Como nos explica Bertolote, até o século XVII, o termo utilizado para designar o suicídio era o “*felo de se*”, ou seja, “criminoso de si mesmo” (Bertolote, 2013, p.123).

Para além disso, citando estudos dos autores Guillon, Le Bonniec e Barbagli, Cardoso e Nascimento (2023) discorrem sobre como as pessoas que tentaram o suicídio ou morreram por essa causa sofreram barbáries em países europeus. Demonstram os autores que, nos séculos XVII e XVIII, houve a sujeição dessas pessoas a punições como castigos físicos, aviltamento e perda de bens materiais. Vale pontuar que a forma como essas punições eram aplicadas eram diversas entre os países europeus. Exemplo disso foi que, no século XVII, na Holanda, os corpos eram sustentados em um palanque para os animais comerem, por sua vez, na Inglaterra, os corpos eram estaqueados e jogados na estrada para as pessoas pisarem (Barbagli, 2019).

Da mesma forma, Cassorla (2017) discorre sobre essas punições perpetradas contra as pessoas suicidas desde o período da Idade Média, como a apropriação das suas posses e a degradação do seu corpo. Cita punições, ainda presentes em épocas posteriores, como em 1823, na Inglaterra, em que os corpos das pessoas suicidas eram queimados e cravadas estacas para impedir os espíritos de importunar a vida terrena.

Cassorla (2017) discute sobre a influência da Igreja nessas punições, pois as pessoas suicidas eram privadas de rituais religiosos e expulsas da igreja. Nota o autor, que historicamente, houve uma mudança dessa visão religiosa. Na Igreja Primitiva, a morte infligida com martírio era idealizada e, na Idade Média, segundo a visão de Santo Agostinho, o suicídio era um pecado. Houve também a associação do suicídio como algo diabólico, e uma tendência para a condenação do ato pela Igreja Católica, que somente se arrefeceu em meados dos séculos XVI e XVII, e a partir da Revolução Francesa.

É válido destacar que essa mudança de visão da igreja em relação aos martírios decorreu do grave problema econômico e demográfico que ocorreu no Estado de Roma. Antes disso, Botega (2023), utilizando como referência os autores Alvarez, Minois e Vale, demonstra que nos textos sagrados não havia uma posição explícita de proibição do suicídio, e as primeiras gerações cristãs honravam o martírio, além de consentirem o suicídio em algumas situações, como por exemplo, em ocasião da perda da castidade.

Para além disso, como efeito da expansão da corrente filosófica do Racionalismo, diminuíram as punições praticadas pela Igreja Católica contra as pessoas suicidas, contudo, essa compaixão fora destinada às pessoas que praticaram o ato em um momento de loucura ou que se arrependem na hora da morte. Atualmente, apesar de existir um movimento de

compreensão em relação ao suicida, prevalece a reprovação religiosa em relação ao ato (Cassorla, 2017).

Na mesma linha de raciocínio, Corrêa (2022) afirma que prevalece uma condenação do ato no século XXI, mas também uma maior flexibilização da igreja. Ele ilustra essa flexibilização com o exemplo do posicionamento do Papa Bento XV, em 1918, que alegou a possibilidade de o suicida estar adoecido mentalmente. Além disso, o suicida poderia estar arrependido do ato e, assim, seria permitida a realização dos ritos fúnebres.

Recuperando o contexto dos períodos do Renascimento e do Iluminismo, notamos que houve nesse espaço de tempo uma tendência para a descriminalização do fenômeno do suicídio (Minois, 2018).

Especificamente sobre o Renascimento, foi um período caracterizado pela aproximação dos ideais greco-romanos, interesse no ser humano, reconhecimento de figuras notáveis que morreram por suicídio, como Sêneca, e comprometimento com valores humanistas. Além disso, flexibiliza-se a repressão do suicídio difundida pela igreja católica (Corrêa, 2022).

Com relação ao Iluminismo, foi uma época de questionamento da tradição e, como efeito disso, houve uma diminuição do tratamento punitivo recebido pelas pessoas suicidas na Europa. Um dos exemplos citados por Corrêa (2022) foi a mudança no Código Penal da Prússia, que não considerava mais crime a tentativa de suicídio.

Convém mencionar o que foi identificado como um “mal inglês” no período do Iluminismo, termo disseminado por intelectuais e jornalistas para falar sobre o aumento do número de mortes de pessoas da elite da Inglaterra a partir da década de 1680. À época, tal aumento gerou inquietação do público que buscava identificar o motivo dessas mortes. O “mal inglês” também foi objeto de piada e ironia no cenário social (Barbagli, 2019).

Minois (2018) afirma que o “mal inglês” se tratou de um mito, formalizado com a publicação do livro *The English Malady, or a Treatise of Nervous Diseases of all Kings*, pelo médico George Cheyne. Tal mito predominou no Iluminismo, mas, posteriormente, foi refutado por dados estatísticos. À época, Cheyne relacionou este mal à expansão do ateísmo, do espírito filosófico e das questões climáticas que assolavam os ingleses.

De acordo com Minois (2018), essa vinculação do fenômeno do suicídio como

uma doença dos ingleses estava relacionada com alguns acontecimentos do período: o aumento dos registros de mortes nos boletins de mortalidade londrinos e o destaque da imprensa trazendo atenção para os casos de suicídios mais impactantes, o contexto e as motivações para o ato. Dessa forma, tornando o fenômeno conhecido as pessoas. Ademais, as opiniões veiculadas no período também contribuíram para trazer magnitude à situação. Ressalta Minois (2018) que a imprensa noticiava as circunstâncias sociais e psicológicas relacionadas ao suicídio, construindo a imagem da pessoa suicida como vítima principalmente, e não culpada.

Destaca Minois (2018) que o caráter mítico do “mal inglês” não diz respeito ao aumento do número de mortes no período, pois de fato ocorreram, mas sim de que o aumento tenha acontecido somente entre os ingleses.

Outro evento relevante que aconteceu na Inglaterra, no século XVII, foi, quanto a definição da palavra “suicídio”, sugerindo esse crescimento do interesse sobre o tema no período, e distinguindo do significado de assassinar outra pessoa. O novo termo em latim, proposto por Thomas Browne em meados de 1642, buscava “[...] distinguir o *self-killing* cristão, totalmente condenável, do *suicidium* pagão de Catão” (Minois, 2018, p. 224). A palavra *Suicidium* adveio do termo em latim “*sui caedes*”, ou seja, assassinato de si. Tal termo foi encontrado em outras obras no período, além de ter sido traduzido do inglês para outras línguas em meados do século XVIII (Minois, 2018).

Em 1658, o termo foi incluído no dicionário inglês *The New World Of English Words or a General Dictionary*, acrescido do seguinte comentário repreensor: “Uma palavra que eu gostaria que fosse antes derivada de *sus*, uma porca, do que do pronome *sui*, como se, para um homem, matar-se fosse um ato animalesco” (Minois, 2018, p. 225). Observamos, assim, o sentido negativo atribuído ao ato.

É de se ressaltar, contudo, que a origem do termo não é um consenso, segundo Corrêa (2022), existem outras versões para o nascimento da palavra. Além da supracitada que atribui a origem a Thomas Browne, existe outra afirmada pelo psiquiatra Esquirol, segundo a qual o termo teria se originado na França em 1737, na obra *Observations sur les Ecrits Modernes*, discutindo o suicídio de Sócrates e Catão.

Após o período do Renascimento e Iluminismo, houve uma reação forte das autoridades do campo da moral e da política reforçando a visão repressora sobre o ato como

algo fora do natural. Pondera o autor que “depois do interlúdio revolucionário, as autoridades morais, e até mesmo políticas, levadas pelo espírito de reação e de restauração, dedicam-se a empurrar vigorosamente o suicídio para dentro do pacote de proibições de atos contra a natureza do qual, segundo elas, ele jamais deveria ter saído (Minois, 2018, p. 392). Vale ressaltar que estas autoridades não têm o poder equivalente ao que tinham no passado, introduzindo uma forma de dominação velada sobre a consciência das pessoas. Para Minois (2018), estas autoridades foram bem-sucedidas, pois as ciências humanas contribuíram com a atribuição da culpa ao ato suicida, ainda que de forma não intencional. No mais, ainda neste período, acontece o desenvolvimento das estatísticas que foram empregadas para a análise do fenômeno do suicídio e o desenvolvimento dos estudos da psiquiatria e sociologia que identificaram fatores individuais e sociais relacionados ao fenômeno.

Complementarmente, no final do Século XVIII, ocorreu o aumento generalizado do número de suicídios nos países europeus. Pondera Barbaglia (2019) que esse crescimento aconteceu de forma acelerada e atingindo, principalmente, determinadas regiões e classes da Europa, começou nos países da Europa Ocidental-setentrional e entre as classes altas.

Conforme mencionado anteriormente, foi no período do século XVIII e XIX que se iniciaram os estudos científicos da psiquiatria sobre o suicídio. Os suicidas se tornaram objetos de tratamento médico à loucura, trazendo novas implicações para o modo da sociedade lidar com elas (Cardoso; Nascimento, 2023), temática que será devidamente explorada na seção 1.2.

No tocante ao contexto específico do século XIX, Minois (2018) afirma que houve uma taxa parcialmente estável de suicídios entre os países da Europa. Nas palavras do autor: “cada grupo, cada grupo social e cada contexto socioeconômico contém uma determinada proporção de mortes voluntárias mais ou menos constantes, que os sociólogos conseguem aos poucos circunscrever” (Minois, 2018, p. 216).

Minois (2018) apresenta algumas causas para este aumento considerável da quantidade de suicídios. Utilizando como referência Jean-Claude Chesnais, cita a Revolução Industrial como um determinante para o suicídio, porque foi um contexto que levou a diminuição do espaço da religião na sociedade, a desagregação social, bem como a instabilidade econômica e a pobreza. Segundo ele, houve a difusão de sistemas de ideias pessimistas e românticas pelos detentores de poder econômico e intelectual do período, além

de uma grande quantidade de suicídios célebres que atribuíram o suicídio a diferentes causas, como o amor desmedido (Minois, 2018).

Da mesma forma, Corrêa (2022) discute os referenciais românticos dos séculos XVIII e XIX, que compreenderam o ato suicida como um feito de um homem notável que expressa a sua liberdade. Cita a obra *Os sofrimentos do Jovem Werther (1774)*, um clássico da literatura escrito por Goethe, que retratou a história de um jovem apaixonado que se matou, e as implicações de sua leitura. No período, vários jovens leram o livro e cometeram suicídio depois. À época, tal fato levou o escritor a ser acusado de homicídio, a interdição do livro em Leipzig, a degradação do livro pela Igreja católica da Itália, entre outras consequências.

Na opinião de Corrêa (2022), nesse contexto, houve uma maior tendência para a compreensão ao invés da punição da pessoa suicida pela sociedade, principalmente, por causa do entendimento da pessoa suicida como alguém em um estado de desrazão. Vale destacar, segundo o autor, os estudos, na época, das ciências psiquiátricas sobre as pessoas consideradas doentes mentais.

Adicionalmente, Minois (2018) afirma que o suicídio virou um problema de origem moral e que deve ser silenciado socialmente. Conclui o autor, houve um retrocesso no século XIX, ao comparar as discussões produzidas nos períodos do Renascimento e Iluminismo. Nesses períodos, ampliou-se o debate para a possibilidade de existirem diferentes motivações para o suicídio, além da ideia de o suicídio ser um ato de um homem livre. Já, no século XIX, essas questões não têm mais espaço, construiu-se o consenso no campo da moral, da religião e da política de que o suicídio era uma “doença mental, moral, física e social” (Minois, 2018, p. 400).

A partir do século XX, embora o suicídio permaneça um tabu, notamos um aumento de interesse pelos estudos sobre o suicídio pelas ciências, como da área neurocientífica; o surgimento de novos debates acerca da temática, como o direito de se suicidar, a eutanásia etc. e o reconhecimento do suicídio como um problema de saúde pública por organizações internacionais, principalmente, por causa da sua relação com os transtornos psíquicos (Botega, 2023; Corrêa, 2022).

Posto isso, compreendemos nesta seção como o comportamento suicida foi compreendido de diferentes formas ao longo da história, dependendo de fatores sociais, culturais, religiosos e, a partir do século XIX, científicos. Destacam as perspectivas que

julgaram o fenômeno a partir do campo da moral religiosa que influenciaram em punições do campo civil. Somente nos períodos do Renascimento e do Iluminismo, houve um maior espaço na sociedade para a descriminalização do fenômeno. De todo modo, ainda hoje, existe o tabu do suicídio no cenário social, ao mesmo tempo que existe um crescimento do debate científico sobre o fenômeno.

## **2.2 A compreensão do suicídio no século XIX: ato de loucura?**

Se é verdade que a loucura pode ser observada nos diferentes períodos históricos, até nas formas de organização social que precedem a sociedade industrial, também é verdade, quando se trata do fenômeno do suicídio (Foucault, 2010; Minois, 2018), mais especificamente, existe uma sobreposição entre a categorização da pessoa suicida e da pessoa louca em alguns momentos da história. Dessa forma, qual seria a consequência de compreender o suicida como um doente mental no século XIX?

Em *1970 - A Loucura e a Sociedade*, Michel Foucault (2010) nos ensina que, nas mais diversas sociedades historicamente, existem pessoas que não se adequam às normas sociais dos seguintes domínios: “no trabalho, ou produção econômica; sexualidade, família, quer dizer, reprodução da sociedade; linguagem, fala; atividades lúdicas, como jogos e festas” (Foucault, 1970, p.236). O louco, segundo o autor, é a pessoa que geralmente foi excluída da totalidade destes domínios, ou ocupou uma posição diferente na sociedade, como por exemplo, a do místico.

Foucault (2010) explica a forma como a sociedade primitiva e a sociedade industrial lidavam com a loucura. Na sociedade primitiva, explica o autor, os loucos participavam da vida social, mesmo que não tivessem condições para se sustentar ou se casar, e, caso importunassem as pessoas, eram presos por um período curto. Já, no século XVII, a partir da sociedade industrial, os loucos foram excluídos do tecido social, por causa do desenvolvimento do sistema capitalista, quando se tornou um imperativo social trabalhar. Assim, devido a sua incapacidade para o trabalho por questões psíquicas, os loucos foram internados em manicômios e diagnosticados com uma doença mental, sendo estudados pela ciência psiquiátrica do período. A classificação como doente mental trouxe implicações específicas para o modo de tratamento das pessoas em sofrimento psíquico, tema que será

abordado no Capítulo 3.

Conforme discutimos na seção anterior, o suicídio, assim como a loucura, esteve presente em diferentes períodos históricos e a sociedade lidou de diferentes formas. Por exemplo, exaltando o ato, como o caso do martírio, ora condenando pela insanidade ou relação com o demônio, ora criminalizando, ora percebendo como um ato de liberdade, ora como efeito de uma doença mental (Minois, 2018; Corrêa, 2022; Botega, 2023).

Algumas passagens da obra *História do Suicídio*, escrita por Georges Minois (2018), nos ajudam a investigar melhor essa relação entre a loucura e o suicídio historicamente. Uma primeira passagem é de que, no ano de 348, o Concílio de Cartago repudia o suicídio, em oposição ao posicionamento favorável da corrente religiosa do Donatismo no período. Já, no ano de 381, observamos a previsão de punição aos suicidas pelo bispo de Alexandria, exceto nos casos de suicídios por causa de loucura. Assim, a punição consistia em privar que realizassem orações para eles, sentenciando-os para o inferno (Minois, 2018).

Outra passagem afirma que, em meados dos séculos VIII e IX, durante as cerimônias de sacramento anglo-saxãs, os casos de suicídio eram aceitos se tivessem acontecido devido à loucura ou possessão diabólica, e a pessoa tivesse vivenciado uma vida virtuosa antes disso. Explica o autor que, para a igreja da época, “o suicídio por desespero é considerado o mais condenável de todos” (Minois, 2018, p.35). Nesses casos de desespero (*desperatio*) era entendido que o fiel não tinha fé no perdão dos seus pecados, cometendo uma dupla agressão: a Deus e a Igreja. Ao primeiro, foi questionado o perdão divino, e a segunda, porquanto questionada a função de mediação da Igreja, entre a divindade e os seres humanos, de perdoar a profanação.

No período da Idade Média, o suicídio foi relacionado à loucura, como pode ser observado no seguinte trecho: “A Idade Média exclui a possibilidade daquilo que se chamará no século XVIII de ‘suicídio filosófico’. É inconcebível então que uma pessoa de mente saudável possa considerar com frieza de que a vida não vale a pena ser vivida” (Minois, 2018, p. 45). Dessa forma, ressaltamos a visão de que o desejo de se matar não era possível de ocorrer a alguém com “mente saudável”, e sim um sintoma da loucura, mais especificamente, da melancolia.

Cabe destacar que, na Idade Média, em razão dos valores religiosos do período,

era compreendido que a melancolia tinha origem de uma influência demoníaca. Assim, a loucura, como a melancolia, era considerada uma perversão e uma expressão do afastamento de Deus (Clara, 2009). Nesse sentido, não existia o significado da loucura como doença mental, característico do século XIX.

A melancolia tinha como causa o corpo da pessoa ter sido acometido por uma grande quantidade de bile negra, o que afetava o cérebro dela, levando a pensamentos ruins. Acompanhando este quadro, estavam presentes outros sintomas, como a raiva extremada. Nesse sentido, os suicídios foram atribuídos a um estado de desrazão da pessoa (Minois, 2018).

Vale pontuar que no século XIII, algumas instituições jurídicas do período realizavam a distinção entre os tipos de suicídio, quais sejam, “o *desperatio*, o efeito da melancolia ou do frenesi” (Botega, 2023, p.11), e, a partir do século XV, caso fosse identificado que a pessoa suicida tinha apresentado atitudes anormais, isso poderia servir como prova da loucura, evitando a perda dos bens e degradação do corpo.

Com relação ao período de desenvolvimento da Teoria Psiquiátrica do Suicídio, é válido esclarecer as visões de Esquirol e Pinel acerca do suicídio na época.

O primeiro a realizar uma organização sobre o tema, o psiquiatra Esquirol, compreendeu o suicídio como resultado de um delírio, e a pessoa suicida, como doente mental. Nesse sentido, compreendia que a pessoa suicida estava em um estado fora de si, e, por isso, não deveria ser penalizada (Corrêa, 2022).

Em relação a Pinel, examinando o *Tratado médico-filosófico sobre a alienação Mental ou a Mania (1801)*, Minois (2018) afirma que o psiquiatra compreendia a tendência suicida como uma fraqueza da mente que tinha como efeito a pessoa enxergar os eventos da sua vida de forma extremamente ruim. Além disso, segundo o autor, a medicina entendia que a repressão era a principal abordagem de tratamento para as tentativas de suicídio, assim, submetendo as pessoas suicidas a um tratamento moral e violento.

Diante disso, Minois (2018) afirma que a medicina contribuiu para condenar as pessoas com melancolia depressiva e tendência suicida, imputando culpa a quem sofria dessas condições. O autor exemplifica que algumas das formas do tratamento moral previsto para essas condições foram a ducha forte, o isolamento, a fome, etc.

Outrossim, Corrêa (2022) descreve as três principais teorias sobre a causa do suicídio defendidas pela Psiquiatria, como pode ser observado na seguinte citação:

A primeira, aquela defendida por Esquirol, que dizia que o suicídio seria secundário a uma alienação (hoje usamos o termo doença mental) não específica. A segunda, que associava todos os suicídios a uma doença mental específica, a *Monomanie Suicide* e, finalmente, a terceira corrente que se tornou majoritária na segunda metade do século XIX, que separava o suicídio em diferentes causas, sendo a alienação mental reconhecida, entretanto, como a mais comum (Corrêa, 2022, p.47).

Podemos inferir da citação que a primeira teoria explicava o suicídio como uma consequência do adoecimento mental; a segunda teoria, como efeito do adoecimento pela doença *Monomanie Suicide* e a terceira, como uma condição que podia ter origens diversas, sendo a doença mental a mais comum. Corrêa (2022) conclui que o ponto em comum entre essas teorias foi a conexão entre a origem do suicídio e a doença mental. Por fim, pontua que os médicos tinham um posicionamento contrário à criminalização do suicida.

Assim, por um lado, entendemos que o posicionamento da Medicina foi favorável a descriminalização do suicídio e, na seção anterior, observamos como essa condição de criminalização trouxe consequências negativas ao suicida e as suas famílias, como violências físicas e perdas de bens.

Por outro lado, o tratamento moral prescrito pela Psiquiatria, ao diagnosticar o suicida como doente mental, foi extremamente violento e lhe atribuiu culpa pelo adoecimento (Minois, 2018).

Atualmente, foi identificada uma relação significativa entre diagnósticos de transtornos mentais e óbitos por suicídios. O documento *Prevenção do Suicídio: um Manual para Médicos Clínicos Gerais (2000)*, elaborado pela Organização Mundial da Saúde, relata:

Os estudos, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países subdesenvolvidos, revelam uma prevalência total de transtornos mentais de 80 a 100% em casos de suicídios com êxito letal. Estima-se que o risco de suicídio ao longo da vida em pessoas com transtornos do humor (principalmente depressão) é de 6 a 15%; com alcoolismo, de 7 a 15%; e com esquizofrenia, de 4 a 10% (OMS, 2000, p.4).

Depreende-se dos dados supracitados que houve uma proporção elevada de diagnósticos de transtornos psíquicos de pessoas que foram a óbito por suicídio, correspondendo a 80% a 100% dos casos. Outros estudos recentes, citados por Scavacini (2018), Corrêa (2022) e Brasil (2024) corroboram esses dados.

Segundo Netto (2013), apesar do entendimento dos suicídios determinados por fatores biopsicossociais, frequentemente, os profissionais utilizam a lógica do biologismo para explicá-los. Exemplifica o autor com partes de uma entrevista divulgada pelo Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo. Na entrevista, o suicídio foi caracterizado pela sua multideterminação e a complexidade da relação entre os fatores que determinam o fenômeno. Posteriormente, foi citado um percentual elevado de casos de suicídios e tentativas de suicídios, relacionando-os com transtornos psíquicos, especialmente a depressão e o uso patológico de substâncias. Netto (2013) critica o paradoxo da fala, em que discute sobre a diversidade de fatores que determinam o fenômeno, contudo, logo após, explica o fenômeno privilegiando determinantes psicológicos e orgânicos. Pontua que esses determinantes, por exemplo, o uso de substâncias, podem estar relacionados com outras circunstâncias que não foram abordadas.

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 (Netto, 2013, p.19).

Veras (2023) critica o indicador da Associação Brasileira de Psiquiatria que estima um percentual de 96,8% de transtornos mentais em pessoas suicidas. Para o autor, este indicador elevado é causado pelo modo como a sociedade tem lidado com o sofrimento, diagnosticando este como doença. Resulta disso o enfoque nos tratamentos para transtornos mentais para todos os sujeitos que não se adequam à norma. Nas palavras dele:

A meu ver, esse número é elevado precisamente pelo fato de que todo sofrimento humano foi convertido em transtorno mental, e há uma grande diferença entre focar nos cuidados dos transtornos mentais e focar no sofrimento. Transtorno mental, que em inglês é chamado de *mental disorder*, diz tudo. Qualquer um que perturbe a ordem será classificado. Como existir sem perturbar a ordem? Apenas os docilizados conseguem. E todo suicida morre na contramão, atrapalhando o trânsito (Veras, 2023, p.51).

A partir do exposto na seção, foi observada a relação entre o suicídio, a loucura e a noção de doença mental. Demonstramos como até o século XIX, o suicídio foi percebido de diferentes formas, como um crime condenado pelas autoridades civis, como um pecado repudiado pelo clero, e a melancolia, que tinha origem de uma possessão demoníaca. No século XIX, a partir dos estudos da Psiquiatria, o suicídio foi associado a noção de doença

mental, de modo que foi prescrito o tratamento moral aos suicidas, por um lado, contribuindo para a sua descriminalização, mas por outro, tornando os suicidas vulneráveis aos tratamentos violentos da época e culpabilizando sua condição. Nos dias de hoje, a Organização Mundial da Saúde indica uma relação significativa entre o suicídio e os transtornos mentais, uma estimativa que suscita críticas de alguns autores do campo da Saúde Mental.

### **2.3 As particularidades do suicídio na contemporaneidade**

Para Fensterseifer e Werlang (2006), a pós-modernidade pode ser caracterizada por um agravamento da intolerância às diferenças, influenciando em um constante sentimento de solidão. Exemplo citado pelos autores foi o período do Holocausto, em que pode ser observado a solidão e a rejeição ao diferente relacionadas as barbáries praticadas contra os judeus. Outrossim, baseadas em Bauman e Wasserman, pontuam que, na pós-modernidade, os sujeitos não se questionam sobre qual grupo se identificam, mas se existe algum grupo para se identificarem.

Outra característica do período pós-moderno é a incerteza, diferentemente do passado, em que a ciência garantiu uma verdade única, tornando as pessoas cientes disso. Na opinião de Bauman, tal incômodo em relação à incerteza domina as experiências da vida dos sujeitos e é uma das causas para determinados modos de sofrimento (Fensterseifer; Werlang, 2006).

A fonte da incerteza está no questionamento em relação a visão da ciência como “onipotente, onipresente e onisciente” (Fensterseifer; Werlang, 2006, p.38). No século anterior, era esperado que a ciência avançaria cada vez mais no domínio da natureza e o desenvolvimento dela sinalizou para essa direção, mesmo com os obstáculos encontrados para o campo do conhecimento, especialmente, nos estudos quanto à expectativa de vida. Neste contexto de busca pelo progresso e pela produtividade, as mortes por causas não naturais, como o suicídio, confrontam essa ordem. Assim, na pós-modernidade, a despeito dos avanços e possibilidades da ciência em relação ao conhecimento, esta se transforma em uma das respostas, “logo, passa a ser na pluralidade e não na sobrevivência dos mais aptos que reside a esperança” (Fensterseifer; Werlang, 2006, p.38).

Na pós-modernidade, o avanço do modo de produção capitalista e do desenvolvimento científico produzem nos sujeitos um imperativo ao gozo e ao prazer. Segundo os autores, “outra consequência promovida pelo avanço da ciência diz respeito ao que se tem chamado como declínio da função paterna. Na esteira do discurso do capitalismo, o sujeito se depara com o imperativo do gozo imediato, sem mediação; o importante é consumir a todo custo” (Heinemann; Chatelard, 2012 *apud*. Godoi; Gomide, 2016, p. 130).

Baseadas em Birman, Godoi e Gomide (2016) pontuam que a queda de referências sociais que regiam a constituição subjetiva no passado está relacionada com o desamparo sentido no período, em que demanda ao sujeito a constituição da sua identidade, sem apoio dos códigos tradicionais.

Para Fensterseifer e Werlang (2006), na contemporaneidade, a constituição da identidade das pessoas está regida pelo “princípio imediato da obsolescência” (p.39), precisando criar uma identidade nova e descartar a anterior. Tal obsolescência parece instaurar uma experiência fascinante, mas desconcertante, devido a rapidez e dinâmica do período. Baseadas em Bauman, pontuam que a experiência na vida moderna não demanda uma identidade fixa, mas a adaptação constante do sujeito, sem vínculo com nada. Nesse sentido, essa situação, aparentemente, instaura uma experiência existencial de solidão e vazio do sujeito, que precisa lidar sozinho com tais sensações.

Ainda, utilizando como referência Birman, Godoi e Gomide (2016) explicam que a queda das referências influencia em uma dificuldade para a simbolização, de modo que os excessos relacionados ao trauma afetam de modo mais significativo os sujeitos no período. O trauma consiste em um impedimento no processo de simbolização do excesso no psiquismo e, em razão do declínio da função paterna, ocorre um prejuízo na operação de simbolização do trauma.

Para Birman (2007), o mal-estar na atualidade se expressa principalmente nos “[...] registros do corpo, da ação e das intensidades” (Birman, 2006b, *apud* Birman, 2007, p.58), ocorrendo uma prevalência de passagens ao ato na dinâmica psíquica. Ou seja, o excesso da excitabilidade sexual na dinâmica psíquica, não conseguindo ser simbolizado pelo sujeito, é liberado em seu corpo ou em sua ação (Birman, 2004; Birman, 2007). Assim, observamos o aumento de casos de síndromes do pânico, de violências, de quadros depressivos etc., que estão relacionadas a dificuldade na operação da simbolização e a

“desnarcisização” (Birman, 2007, p.58) do sujeito, em virtude da falta de investimento do outro.

Para refletir sobre os atos de suicídio na contemporaneidade, podemos nos valer de Birman (2020) para entender o mal-estar expresso a partir da ação. Birman diferencia o estilo de ser do sujeito na modernidade em relação ao da contemporaneidade, “se a condição de ser ao mesmo tempo pausada e reflexiva delineava o estilo de ser na modernidade, não obstante as descontinuidades e as rupturas intempestivas que o marcaram e caracterizaram, a aceleração do sujeito é o que destaca na contemporaneidade” (Birman, 2020, p.63). Pondera o autor que o ser na contemporaneidade se volta para o exterior, para a performance e para a ação sem reflexão.

Nessa perspectiva, acontece a hiperatividade, em que o sujeito não sabe identificar o motivo do seu agir, apenas atua. Ademais, segundo Birman, “as individualidades seriam marcadas pelo excesso” (Birman, 2020, p. 63), de modo que a ação ocorre como uma forma de apaziguar a angústia. Ainda, explica que alguns fenômenos do período, como a explosividade, a irritabilidade, a violência, a toxicomania etc. estariam relacionados com o registro da ação (Birman, 2020).

Baseada em Latch, Fensterseifer e Werlang (2006) descrevem a cultura do narcisismo e sobre o vazio que marca a experiência dos sujeitos na pós-modernidade. Para Latch, a cultura do narcisismo refere “as estratégias de sobrevivência que tiveram de ser adotadas: apatia seletiva, descompromisso emocional frente aos outros” (Fensterseifer e Werlang, 2006, p.38). Para o autor, os sujeitos desenvolvem características típicas de situações emergenciais no período. Outrossim, baseado em Viktor Frankl, discorre sobre o impacto da sociedade moderna em relação à dificuldade dos sujeitos para encontrar sentido na vida.

Nessa perspectiva, o vazio que marca a experiência das pessoas na pós-modernidade está relacionado a alguns fatores, como as transformações no mundo industrial, que tornaram a experiência do trabalho maçante e a queda da religião como referência social, em razão dos avanços produzidos pela ciência. Assim, como efeito do vazio provocado pela perda de significado em esferas significativas da vida, nos deparamos com a falta de sentido na vida dos sujeitos, que, por sua vez, influencia na falta de desejo pela vida (Fensterseifer; Werlang, 2006).

A cultura do narcisismo preconiza a autossuficiência do indivíduo, em que ele não demanda ao outro, uma vez que a pessoa é reconhecida pela outra a partir da sua possibilidade de satisfazê-la. Dessa forma, não ocorrendo relacionamentos relevantes no período, mas superficiais e vazios. Ademais, a sociedade estimula a competitividade, em que as pessoas precisam se destacar em relação às outras, prejudicando o investimento do sujeito no outro (Fensterseifer e Werlang, 2006).

Nessa perspectiva, Birman (2004) explica que na cultura do narcisismo a dor substituiu o lugar do sofrimento. Nesta cultura, o sujeito deve demonstrar a autossuficiência, não podendo demandar ao outro ajuda. Conseqüentemente, o sujeito apresenta a dor, uma experiência solitária, em que se torna passivo e espera que alguém tome atitudes por ele. “Assim, a dor é uma experiência solipsista, restringindo-se o indivíduo a si mesmo, não revelando esta qualquer dimensão alteritária” (Birman, 2004, p.192), a interação com o outro fica limitada, o sujeito somente se lamenta. Caso o outro não tome atitudes por ele, o sujeito sofre de implicações somáticas e psíquicas, como o prejuízo na sua autoestima.

Rigo (2013) pontua que na sociedade capitalista, o discurso vigente impele ao gozo e a satisfação, não permitindo espaço para sentimentos, como a tristeza, ou que o sujeito falhe. Há uma cobrança social aos sujeitos para terem sucesso, e o consumo aparece como algo que preenche a falta estrutural. Dessa forma, as famílias, influenciadas por esse cenário social, podem acabar reproduzindo esses ideais e cobrando excessivo sucesso aos jovens. Neste cenário, o sentimento de incapacidade relacionado a não conseguir responder às demandas podem provocar sofrimento psíquico e estar relacionados com quadros depressivos. Com relação aos casos de suicídio, afirma a autora que “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” (Rigo, 2013, p.33).

Baseada em Lacan, Rigo (2013) explica que a angústia é um afeto sentido no corpo. Nos casos de depressão, essa sensação de angústia se manifesta como uma dor intensa sentida pelo sujeito. Frequentemente, os sujeitos também associam essa dor como um fator precipitante para o suicídio, em que a morte aparece como uma saída para apaziguá-la.

Outros autores têm relacionado o sofrimento psíquico intenso das pessoas com as transformações no modo de produção capitalista contemporaneamente. Baseados em Harvey e Antunes, Viapiana *et al.* (2018) explicam que a partir da década de 1970, como saída para a

crise econômica do período, o capitalismo teve que se reorganizar para recuperar a sua lucratividade e crescimento. Nesse sentido, em substituição ao modelo fordista-taylorista, foi desenvolvido o modo de acumulação flexível. Algumas características deste novo modelo são uma maior flexibilidade na organização do trabalho; nas mercadorias desenvolvidas; no comportamento dos consumidores e maior monitoramento dos chefes em relação aos trabalhadores. As mercadorias produzidas passam a ser diversificadas, diferentemente do modelo anterior, e aos trabalhadores é demandado o trabalho em equipe e a polivalência, cumprindo diferentes atividades no turno de trabalho.

A partir de Antunes, Harvey, Alves, Souza e Barreto, Vipiana *et al* (2018) pontuam que são desenvolvidas tecnologias avançadas no novo modo de acumulação, fato que exige uma menor quantidade de trabalhadores na execução das atividades da empresa, bem como uma maior especialização dos trabalhadores para atuar nas máquinas e maior demanda de atividades. Portanto, aumenta a carga mental do trabalhador. Aumenta o nível de desregulamentação do trabalho, com maior insegurança no emprego e contrato de trabalho “flexível” (Vipiana *et al.*, 2018, p.181). Complementarmente, são introduzidas formas de gestão que afetam as subjetividades dos trabalhadores, adaptando-os para as novas funções em equipe, habilidades e atitudes que são pertinentes para gerar lucratividade. Crescem as formas de dominação ocultas no ambiente organizacional para intensificar o ritmo das atividades, e as fronteiras entre o espaço da casa e do trabalho se tornam permeáveis. Ao trabalhador é exigido estar às ordens da organização, mesmo fora do turno, além de ele ocupar seu tempo livre com o seu aprimoramento profissional.

Em conjunto, esses fatores têm sido relacionados com uma maior sobrecarga mental dos trabalhadores e processos de adoecimento relacionados ao trabalho no período. Complementarmente, Venco e Barreto (2020) pontuam que a redução da força de trabalho com a incorporação das máquinas tem tornado os trabalhadores mais aflitos em relação ao risco de perder o emprego e mais submissos a práticas autoritárias no serviço. As novas formas de dominação ocultas têm afetado emocionalmente os trabalhadores podendo levá-los a se demitir e o estímulo à competitividade entre eles têm gerado afastamento e agressividade no trabalho. Concluem os autores que essas transformações do sistema têm influenciado na sensação do trabalhador de afastamento em relação aos outros e solidão, na dificuldade de o trabalhador perceber suas qualidades, entre outros fatores. Outrossim, relacionam os casos de suicídio com esse contexto de sofrimento relacionado ao trabalho. Para maior elucidação,

Venco e Barreto (2020, p.7) descrevem:

No marco das transformações, os trabalhadores se sentem isolados e solitários em coletivo, sem reconhecimento de suas potencialidades e criatividade, sem autonomia e liberdade. Estes fatores são responsáveis pelo desencadeamento de diferentes e novas patologias que estão na base do estado de mal-estar, responsável pelo aumento de suicídios no e do trabalho na França assim como em nosso país, mostrando a nova estética da violência em um mundo do trabalho globalizado, no qual o corpo do suicida contém pistas e histórias, sobre o mundo do trabalho, que não foram reveladas.

Outro fator atual diz respeito à relação entre o uso das tecnologias e o sofrimento psíquico. Baseado em Lacan, Veras (2023) pontua que a sociedade capitalista promove a adicção, ou seja, trata-se de um sistema que estimula o consumo repetitivo de um mesmo objeto. Referindo-se ao funcionamento dos algoritmos das redes sociais, pondera que estes “[...] promovem dois movimentos: fazer você se satisfazer mais, consumindo mais, e, ao mesmo tempo, produzir grandes bolhas de segregação” (Veras, 2023, p.170). Dessa forma, as redes sociais não têm funcionado em benefício do encontro com o outro diferente, mas para separação dos indivíduos em bolhas virtuais sem qualquer interesse no outro.

Os adolescentes têm seguido a ordem do seu tempo: “hiperconectados, eles apenas levam ao extremo o imperativo moderno de gozar ao máximo do presente, sem grandes expectativas no futuro” (Veras, 2023, p.170). Assim, para eles, não acontece recusa ao gozo, qualquer impedimento encontrado para gozar vira frustração. Pondera Veras que esta lógica pode ser traduzida pelos significantes da atualidade: “cancelar e deletar” (Veras, 2023, p.170).

Nessa direção, Veras (2023) pontua que as redes sociais produzem uma atmosfera pautada no presente e que apaga o passado, a exemplo das lógicas dos stories do *Instagram* com duração de 24 horas. Existindo, assim, uma contradição, em que nos deparamos com um acúmulo de postagens no presente, mas que logo são esquecidas. Da mesma forma ocorre no campo da afetividade, ao menor sinal de desaprovação em relação a um discurso na rede social, pode ocorrer o cancelamento do seu autor. Não ocorrendo o diálogo, os sujeitos ficam condenados a reprodução das ideias que se identificam. Diante disso, o autor relaciona os casos de suicídios dos jovens com essa atmosfera presente que não se cessa, na qual eles não aguentam os outros e não esperam nada, então, procuram o “cancelamento de si”, nas palavras de Veras (2023, p.171): “Fim da era do debate, apenas a reiteração do mesmo discurso com o qual o sujeito se identifica. Este mundo insuportável, um puro presente incessante, faz do suicídio de muitos jovens apenas um modo de deletar a si mesmo do campo desses outros

insuportáveis”.

Por fim, partimos do entendimento nesta pesquisa de que o ato suicida é multideterminado. Reconhecemos, assim, que o cenário social da contemporaneidade influencia na constituição subjetiva e em determinadas formas de sofrimento. Observamos como a cultura do narcisismo, a transformação nas referências tradicionais, o novo modo de acumulação da sociedade capitalista e a dinâmica das redes sociais tem influenciado em sentimentos de solidão, desamparo, vazio e na dificuldade de simbolização dos sujeitos atualmente. Dessa forma, entendemos que a dinâmica social e cultural é importante, mas não suficiente para entendermos os casos de suicídio singularmente, que envolvem questões como a história de vida, fatores de risco, tais como: a raça, classe, gênero, orientação sexual, entre outros, que serão explorados nos próximos capítulos.

## **CAPÍTULO 2 – FATORES BIOPSIKOSSOCIAIS RELACIONADOS AO FENÔMENO DO SUICÍDIO**

Neste capítulo, as seções foram divididas em três eixos: (1) O suicídio como um problema de saúde pública: alguns dados epidemiológicos do Brasil e do Distrito Federal; (2) Fatores de risco para o suicídio e (3) Suicídio e desigualdade. No primeiro eixo, descrevemos dados epidemiológicos acerca do suicídio no cenário internacional, nacional e local, a partir de três fontes principais: estudos da Organização Mundial da Saúde; o Boletim Epidemiológico *Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021*, elaborado pelo Ministério da Saúde, e o Boletim Epidemiológico *Violência Autoprovocada no Distrito Federal: Perfil Epidemiológico, 2022*, divulgado pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Brasil, 2024; Brasília, 2023). No segundo eixo, discutimos sobre os principais fatores de risco relacionados ao suicídio ao longo do ciclo de vida: infância; adolescência; fase adulta e velhice. Por último, no terceiro eixo, exploramos a relação entre o suicídio e a desigualdade social, partindo da compreensão de que fatores como: raça, gênero, orientação sexual e classe social podem vulnerabilizar determinados grupos sociais ao risco de suicídio.

### **2.1 O suicídio como um problema de saúde pública: alguns dados epidemiológicos do Brasil e do Distrito Federal**

Como discutido no capítulo anterior, existem diferentes perspectivas sobre o suicídio que são influenciadas por questões filosóficas, religiosas, morais, culturais e históricas. Atualmente, os dados indicam que “a cada ano, mais de 700 mil pessoas cometem suicídio, e aproximadamente 80% dessas mortes ocorrem em países de média e baixa renda” (Brasil, 2024, p. 1). Além disso, o suicídio foi uma das principais circunstâncias das mortes que aconteceram globalmente em 2019, correspondendo a uma estimativa de 1,3% do total de mortes (Soares; Stahnke; Levandowski, 2022).

No Boletim Epidemiológico *Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021*, foi verificada a referência ao relatório *Preventing suicide: a global*

*imperative*<sup>3</sup>, publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2014, como um marco para a transformação do suicídio em um problema de saúde pública que demanda ações para o seu enfrentamento à nível mundial (Brasil, 2024).

No Brasil, a compreensão do suicídio como problema de saúde pública aconteceu somente na década de 2000. Até então, o problema era ocultado pela atenção às doenças endêmicas e outros tipos de causas de morte (Botega, 2021).

Um determinante importante para a atenção ao problema do suicídio foi o crescimento de estudos sobre o fenômeno da violência e o interesse em ações para preveni-la. O suicídio, como um tipo de violência autoinflingida, foi um tema incluído nesses estudos. Verificamos um crescimento de pesquisas sobre o suicídio e a divulgação de estatísticas; houve o debate sobre a dimensão do fenômeno suicídio e a sua relação com os transtornos psíquicos e o interesse em aprimorar a atuação em situações emergenciais de comportamentos suicidas (Botega, 2021).

Com relação a expressão do fenômeno do suicídio no cenário brasileiro atualmente, Botega (2021) explica que o coeficiente de mortalidade por suicídio diz respeito a relação entre o número de suicídios para cada 100 mil habitantes de um país no período de um ano. No Brasil, o coeficiente de mortalidade é 5,5, identificado como uma taxa baixa globalmente, contudo, por ser um país populoso, está categorizado em oitavo lugar entre os países com mais óbitos por suicídio. Assim, diariamente, são registrados oficialmente cerca de trinta e dois (32) óbitos por suicídio no Brasil, embora seja estimado pelo Ministério da Saúde que essa quantidade seja 20% mais alta do que a verificada nos dados oficiais (Botega, 2021).

Seguindo essa linha de raciocínio, o Boletim Epidemiológico *Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021* aponta que o país não possui taxas elevadas de suicídio em comparação ao cenário global, entretanto, salta aos olhos o padrão progressivo da taxa de mortes por essa circunstância nas últimas décadas, obtendo um crescimento médio anual da taxa em 1,4%, no período de 2000 a 2018, com uma elevação da taxa em 3,2% a partir de 2014 (Brasil, 2024).

Observamos no Boletim Epidemiológico *Panorama dos suicídios e lesões*

---

<sup>3</sup>ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Preventing Suicide: A Global Imperative. Genebra: OMS. 2014. 92 p. ISBN 978 92 4 156477 9.

*autoprovoçadas no Brasil de 2010 a 2021* que o grupo populacional das pessoas do sexo masculino teve o maior número de óbitos por suicídio, representando 71,8% dos 15.507 óbitos por suicídio que aconteceram em 2021 (Brasil, 2024).

O Boletim apresenta os dados dos grupos populacionais entre as faixas etárias de idade de 5 a 70 anos e mais, organizadas em grupos de: 5 a 14 anos; 15 a 19; 20 a 29; 30 a 49; 50 a 69; 70 anos e mais e ignorado. Destacamos que, proporcionalmente ao total de óbitos, incluindo tanto pessoas do sexo masculino quanto feminino, os índices mais elevados de suicídios foram nos seguintes grupos: os adolescentes (15 a 19 anos); os jovens adultos (20 a 29 anos); pessoas de raça/cor indígena; pessoas de escolaridade com ensino médio e superior completo e de estado civil solteiro (Brasil, 2024).

Ademais, em relação a taxa de óbitos, o boletim explica que os homens tenderam a apresentar maior risco de suicídio com o avanço da idade, atingindo a taxa mais elevada de suicídio no grupo de idosos com idade superior a 70 anos que correspondeu a 18,1 suicídios para cada 100 mil habitantes, e as mulheres na adolescência, com 4,5 suicídios. Assim, houve uma maior vulnerabilidade em relação ao suicídio com o avanço da idade para os homens e diminuição para as mulheres (Brasil, 2024).

No tocante aos dados das notificações de violência autoprovocada registradas no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) em 2021, verificamos que as pessoas do sexo feminino representaram cerca de 70,3% das 114.159 notificações dos casos de violência autoprovocados de 2021 (Brasil, 2024). Se comparamos com os dados dessa pesquisa em relação ao número de óbitos do sexo masculino, podemos subentender a diferença do comportamento suicida a partir da noção de “paradoxo de gênero do comportamento suicida” (Canetto; Skanifosky, 1998, apud. Baére; Zanello, 2018, p.173) que explica essa relação entre a maioria das tentativas de suicídio serem realizadas por mulheres e o maior número de óbitos dos homens. Todavia, é de se ressaltar que as notificações de violência autoprovocadas não se restringem aos casos de tentativas de suicídio.

Nos dados das notificações de violência autoprovocada, notamos também uma proporção elevada de notificações de jovens adultos e pessoas de estado civil solteiro. No boletim também foi enfatizada uma taxa significativa de pessoas com algum tipo de deficiência e transtorno psíquico (Brasil, 2024).

Ainda na pesquisa, verificamos dados das taxas de mortalidade de suicídios no

território brasileiro dos anos de 2010, 2019 e 2021. Chamamos a atenção para o ano de 2021 em relação a Região Sul, principalmente o estado do Rio Grande do Sul, o qual apresentou a taxa mais elevada de suicídios do país com o percentual de 12,37%. Já no Distrito Federal, contexto em que será desenvolvida esta pesquisa, a taxa foi de 6,40% (Brasil, 2024).

No Boletim Epidemiológico *Violência Autoprovocada no Distrito Federal: Perfil Epidemiológico, 2022* observamos o total de 6.252 notificações de lesões autoprovocadas no Distrito Federal em 2022, sendo 3.383 por tentativas de suicídio, ou seja, 54,1% do total. Por sua vez, ocorreram 235 casos de óbitos por suicídio (Brasília, 2023).

A partir dos dados apresentados no boletim podemos depreender o perfil das pessoas que apresentaram tentativa de suicídio no Distrito Federal em 2022. Com relação a faixa etária, a maioria das tentativas de suicídio foram realizadas por adultos, embora a taxa mais alta de suicídios tenha sido entre os jovens. A maior frequência de notificações foi de pessoas do sexo feminino e houve uma frequência alta de tentativas de suicídio de mulheres transexuais. Além disso, a maior frequência foi de pessoas de raça/cor parda; pessoas com escolaridade de ensino médio completo; de estado civil solteiro e uma frequência significativa de pessoas de orientação sexual heterossexual. Vale destacar o percentual de transtorno mental de 38,3% em relação a distribuição dos casos das tentativas de suicídio (Brasília, 2023).

Adicionalmente, um dado importante sobre as ocorrências das tentativas de suicídio foi o registro de que a principal motivação para o ato ter sido o “conflito geracional” (Brasília, 2023). Segundo o documento *Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada*, o “06 - Conflito geracional: é um conflito que descreve discrepâncias culturais, sociais ou econômicas entre duas gerações, que pode ser causada por trocas de valores ou conflitos de interesse entre gerações mais jovens e gerações mais idosas” (Brasil, 2016, p.55). A partir da citação podemos entender que a principal motivação foi um conflito entre gerações, mas no boletim não conseguimos identificar quais foram essas gerações, se por exemplo foi entre adolescentes e adultos ou adolescentes e idosos, dessa forma, restando uma lacuna para interpretação dos dados (Brasília, 2023).

Com relação ao perfil de pessoas que foram a óbito por suicídio em 2022 no Distrito Federal, notamos que a maioria dos casos foram de pessoas do sexo masculino, adultos e de raça/cor parda e de raça/cor branca. É válido destacar que não houve registro de mortalidade por suicídio de pessoas amarelas e indígenas neste período (Brasília, 2023).

Ainda, foram mais frequentes óbitos de pessoas com o ensino médio completo; na regional Sudoeste e de estado civil solteiro.

A partir dos dados epidemiológicos, pode ser observado na seção que o suicídio é um problema global. No Brasil, a região com maior incidência de suicídios é o Rio Grande do Sul. Quanto ao perfil, as maiores taxas são de pessoas do sexo masculino; idade adulta; pessoas indígenas; nível de escolaridade avançado e solteiros. Por sua vez, no Distrito Federal, tiveram mais óbitos por suicídio de pessoas do sexo masculino; pessoas pardas e brancas; pessoas de idade adulta; pessoas com nível de escolaridade de ensino médio completo; solteiros e da regional Sudoeste.

## **2.2 Fatores de risco para o suicídio**

A compreensão dos fatores de risco para o suicídio são importantes indicadores para o desenvolvimento de estratégias de cuidado preventivas ao ato. Cada momento do ciclo de vida tem suas especificidades e envolve fatores de riscos que serão explorados nesta seção.

Convém destacar alguns fatores de risco descritos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na publicação *Preventing suicide: A global imperative (2014)*. A OMS ressalta que existem riscos de nível coletivo, comunitário e individual e a publicação traz alguns exemplos: no nível coletivo, como o acesso de qualidade da população ao sistema de saúde; no campo comunitário, como situações de violência e discriminação; e no campo individual, como a existência de tentativas prévias de suicídio, o abuso de substâncias psicoativas etc. (OMS, 2014).

De acordo com Botega (2023), os fatores de risco para o suicídio são depreendidos de dados estatísticos, desse modo, são identificados a partir da sua maior expressividade nos casos de suicídios. Tais indicadores, ressalta o autor, devem ser utilizados com cautela na clínica, quando servem como base para analisar os casos singulares.

Explica o autor que os fatores de risco influenciam de forma diversa a depender de alguns atributos, como a “[...] duração, fase da vida em que ocorre e intensidade” (Botega, 2023, p.158). Ressalta que, tanto o fator de risco, quanto o de proteção, sozinhos, não causam ou evitam o suicídio. Exemplo citado por Botega (2023) foi que, independentemente do

gênero, apresentar um plano suicida aumenta o risco de suicídio, mesmo que as estatísticas apontem um menor índices de suicídio entre as mulheres. De todo modo, evidencia a necessidade do profissional examinar todos os fatores de risco que a pessoa apresenta com zelo.

Botega (2023) sistematiza e classifica os principais fatores de risco do suicídio predisponentes e precipitantes, como pode ser observado na figura abaixo.

Figura 1

**QUADRO 6.2 | Alguns dos principais fatores de risco de suicídio**

<b>Predisponentes</b>	<b>Precipitantes</b>
Tentativa de suicídio	Desilusão amorosa
Transtornos psiquiátricos	Separação conjugal
Suicídio na família	Conflitos relacionais
Abuso físico ou sexual na infância	Derrocada financeira
Impulsividade/agressividade	Perda de emprego
Isolamento social	Desonra, humilhação
Doenças incapacitantes/incuráveis	Embriaguez
Desespero e inquietude	Acesso a um meio letal
Alta recente de internação psiquiátrica	

Fonte: Botega (2023, p.158)

Como já pontuado no capítulo 1 (seção 2.1) e corroborado por Botega (2023), os transtornos psíquicos e tentativas prévias são os maiores riscos para o suicídio, bem como os casos de comorbidades intensificam o risco. Especialmente em relação as tentativas de suicídio, aproximadamente, metade dos suicídios acontecem após tentativas pregressas. Assim, essas tentativas pregressas são fatores significativos a serem avaliados, como o contexto em que ocorreu o ato, o grau de intencionalidade etc. Ainda, casos de violência autodirigida são importantes de serem considerados e elevam o risco do comportamento suicida (Botega, 2023).

Do mesmo modo, segundo OMS (2000), o principal fator de risco para o suicídio é uma tentativa prévia de autoextermínio:

Mais importante, uma tentativa prévia de suicídio é o fator preditor mais importante da morte por suicídio na população em geral: os indivíduos que fizeram tentativas prévias de suicídio estão em risco muito maior de morrer por suicídio do que os indivíduos que não fizeram tentativas anteriores de suicídio (OMS, 2014, p.25, tradução nossa).<sup>4</sup>

Para além das tentativas pregressas e dos transtornos psíquicos, a OMS (2000) cita algumas doenças físicas relacionadas aos índices mais elevados de suicídios, tais como: a epilepsia; trauma medular ou craniano e acidente vascular cerebral; câncer, HIV, AIDS e doenças crônicas.

OMS (2000) descreve a relação entre os fatores sociodemográfico com o risco do comportamento suicida como: o sexo, em que a maioria dos atos de suicídio concretizados são do sexo masculino, embora a maioria das tentativas sejam do sexo feminino; a idade, com a maioria dos suicídios serem de pessoas jovens e idosas; o estado civil, em que pessoas viúvas, separadas ou que não tem um relacionamento são mais vulneráveis; a profissão, em que determinadas especialidades são mais vulneráveis, como a medicina; ficar desempregado; e, por último, a situação de migração para outras regiões ou países são fatores que aumentam o risco do suicídio. Outrossim, a OMS (2000) menciona fatores ambientais como, por exemplo, situações de rejeição, de luto, entre outros; o nível de acesso que a pessoa tem a meios para se ferir e a proximidade que a pessoa teve com casos de suicídio, especificamente, citando a situação de adolescentes que são expostos pessoalmente ou pelas mídias a um suicídio.

No tocante ao suicídio de grupos vulneráveis, no período da infância, considerando que existe o tabu da morte e o tabu do suicídio na sociedade ocidental, o suicídio infantojuvenil confere um “triplo tabu” (Filho; Minayo, 2021, p. 2694). O afastamento da morte do dia a dia das pessoas no processo de civilização se desenvolveu articulado ao avanço dos tratamentos de saúde das crianças e na crença que elas são a esperança do futuro. Nesse sentido, o desenvolvimento da ciência pediátrica aconteceu associado ao contexto de transformação da visão da sociedade para a sensibilização e enfrentamento da mortalidade infantil (Filho;

---

<sup>4</sup> “More importantly, a prior suicide attempt is the single most important predictor of death by suicide in the general population: individuals who have made prior suicide attempts are at much higher risk of dying by suicide than individuals who have not made prior suicide attempts” (OMS, 2014, p.25).

Minayo, 2021).

Segundo Filho e Minayo (2021, p. 2696), foi desenvolvido um “*ethos* pediátrico”, envolvendo agentes da sociedade e profissionais da saúde que se relacionam com as crianças e se esforçam para a proteção delas dos perigos de mortalidade, morais e o enfrentamento de padrões divergentes que oferecem risco para o público infantojuvenil. Este *ethos*, aceito na sociedade, se coloca como “a voz dos infantes” (Filho; Minayo, 2021, p.2696), não abrindo espaço para discussões sobre a morte e trazendo obstáculos para o tratamento e para a reflexão sobre a temática.

Filho e Minayo (2021) ponderam que esta perspectiva, por um lado, proporcionou um aumento da expectativa de vida nessa faixa etária, mas, por outro lado, tem impedido o debate sobre a morte e sobre o suicídio infantojuvenil e para a construção de estratégias para lidar com estes fenômenos. Nesse sentido, tem sido observado uma negação do suicídio infantojuvenil, dificultando o tratamento do público e denunciando o tabu existente no espaço de formação profissional. Associado a isso, os autores ponderam que a imagem sagrada e doce das crianças cultivadas na sociedade e na pediatria implicam em um agravamento do silêncio e do mal-estar relacionado a violência autodirigida infantojuvenil. Ademais, estes valores dos profissionais são reproduzidos para as famílias e comunidades, influenciando no silenciamento sobre o tema, ainda que a realidade possa denunciar o contrário.

Nessa perspectiva, são escassos os estudos que abordam a temática do suicídio infantil, inclusive, nos dados epidemiológicos (Lemos; Salles, 2015). Outrossim, existe o reconhecimento de que a criança suicida está em sofrimento psíquico. Este termo foi adotado em substituição às classificações tradicionais diagnósticas, como por exemplo, um diagnóstico de psicose, para ampliar a compreensão sobre o funcionamento e os sintomas expressos nos dias de hoje (Lemos; Salles, 2015).

Outro aspecto diz respeito à maturação cognitiva no período da infância, baseado em Pfeffer e Dervik *et al.*, Lemos e Salles (2015) pontuam que o estágio do desenvolvimento do córtex anterior e posterior está relacionado a uma menor capacidade de resolução de problemas perante fatores estressores da vida. Assim, com as transformações oriundas da puberdade, que são acompanhadas de oscilações emocionais, o comportamento suicida se torna mais suscetível de ocorrer nesse período da vida. Ainda, Lemos e Salles (2015) pontuam que esse desenvolvimento precoce está associado a traços impulsivos que também aumentam

o risco de suicídio.

A partir da pesquisa de Shaffer e Fischer, Kuczynski (2014) pontua que os suicídios de pessoas menores de 15 anos são menos frequentes nos diversos países, havendo uma elevação do número de casos no fim da adolescência e na faixa dos trinta anos de idade. O suicídio é uma das principais causas de morte nesses períodos da vida nos Estados Unidos, em países da América Latina, entre outros. Outrossim, as crianças e adolescentes que tentaram se matar apresentam algumas características semelhantes, quais sejam, um terço dos que concretizaram o ato, haviam apresentado tentativas prévias, e os grupos que tentaram suicídio tendem a apresentar um maior risco de concretizarem o ato futuramente.

Alguns fatores relevantes para compreender o suicídio na infância são os aspectos ambientais, como as relações da criança com a família e com a comunidade. A partir do estudo de Kólves, Lemos e Salles (2015) explicam que relações conflitantes, especialmente, entre a criança ou adolescente com os pais, bem como histórico de familiares com transtorno psíquico e tentativa de suicídio são fatores de risco para o comportamento suicida infantojuvenil. Ademais, problemas econômicos que afetam a família, violência infantil, a falta de acesso à educação e a saúde são fatores externos que também influenciam.

Com base em Souza, Nahime *et al.* (2024) sintetizam os principais fatores de risco do suicídio na infância: adoecimentos psíquicos, como depressão e ansiedade; violência e conflitos na escola, como situações de *bullying*.

Especialmente em relação à violência, citando estudos de outros autores, Sousa *et al.* (2017) pontuam que crianças vítimas de abusos, seja físico, social ou emocional, apresentam um maior risco de suicídio no período. Tais situações evidenciam um contexto violento e, frequentemente, provocam na criança a sensação de ser um estorvo e o sofrimento psíquico.

Ademais, Souza *et al.* (2017) apresentam um estudo que traz dados referentes a 21 países, em que essas situações de abuso infantil tenderam a ser um maior risco de tentativas de suicídio para as crianças do que para os adolescentes. De todo modo, são um risco para os dois períodos de vida, como pode ser observado no seguinte trecho:

Estudo de Buffraerts *et al.* em 21 países encontrou que as adversidades na infância estiveram mais associadas com a tentativa de suicídio nessa fase da vida do que na adolescência. Crianças entre 4 e 13 anos que sofreram abuso sexual tiveram 10 vezes mais chance de tentar o suicídio; esse risco diminuiu para 6 vezes em

adolescentes entre 14 e 19 anos (Sousa, *et al.*, 2017, p.9).

Kuczynski (2014) afirma que o tema do suicídio envolve diferentes áreas do saber; fatores sociais, como por exemplo, as crenças religiosas; fatores orgânicos; fatores ambientais e, especialmente, no período da adolescência, pode estar relacionado a um “processo cognitivo de imitação” (Kuczynski, 2014, p.247), explica o autor a partir do estudo de Bteshe.

Outrossim, a partir dos estudos de Portela e da Associação Americana de Psicologia, Kuczynski (2014) pontua que, atualmente, tem sido observados casos de imitação e incitação ao suicídio de jovens nos meios de comunicação. Situações de *bullying* e *cyberbullying* tem influenciado em um aumento do número de casos de suicídio. O *bullying* consiste em constranger alguém, a partir de uma relação de poder, estabelecendo um padrão de situações de violência. Assim, acontece uma discriminação em razão de uma característica que a pessoa possui, a qual a diferencia das outras pessoas, como por exemplo, algum fator físico. O *bullying* pode ser expressado de diferentes formas, inclusive virtualmente, denominado de *cyberbullying*, e ocorre principalmente entre o público infantojuvenil.

Segundo Kuczynski (2014), existe uma relação significativa entre os casos de suicídio de crianças e adolescentes e o *bullying*, como pode ser observado nos dados citados pelo autor:

Estudo que analisou 37 pesquisas mundiais identifica o bullying como uma das principais causas do suicídio de crianças e adolescentes, sendo o suicídio a terceira maior causa de mortalidade no mundo nesta faixa etária, atrás apenas dos acidentes de trânsito e homicídios. Físico ou psicológico, o impacto que gera na vítima é tão expressivo que faz dele, além de um dos principais motivos de suicídios de crianças e adolescentes, também o responsável por cerca de dezenove mil tentativas de suicídios ao ano (nos Estados Unidos). Dezenove por cento dos alunos entrevistados pensaram em se suicidar. Quinze por cento traçaram estratégias para cometer o suicídio, com 8,8% executando os planos suicidas (interrompidos por outrem). Por fim, 2,6% perpetraram tentativas sérias o bastante para exigir intervenções e acompanhamento médico permanente (Kim; Leventhal, 2008 *apud*. Kuczynski, 2014, p. 247).

Subentendemos nesta citação como o *bullying* pode provocar intenso sofrimento psíquico, sendo um fator relevante para analisar casos de suicídio infantojuvenil. Do mesmo modo, Sousa *et al.* (2017) pontuam que problemas escolares como o bullying, dificuldades nas disciplinas e na socialização influenciam o suicídio na infância.

Adicionalmente, na adolescência, as dificuldades de socialização, conflitos com

figuras de poder e com companheiros de classe, o sofrimento em razão de situações de violências e possuir uma exigência elevada consigo mesmo, prejudicando a autoestima, podem oferecer um maior risco para o comportamento suicida. Ademais, alguns transtornos psíquicos como, por exemplo, o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e o uso excessivo de substâncias podem estar relacionados a um maior risco de suicídio na adolescência (Botega, 2023).

Ainda sobre o período da adolescência, Botega (2023), a partir de outros autores, sistematiza os riscos de suicídio em três grupos: “fatores sociodemográficos e educacionais”; “estressores psicossociais e vida familiar” e “fatores psicológicos e psiquiátricos”. Pondera o autor que a predisposição a impulsividade e agressividade consistem em um risco maior do que um histórico de transtorno psíquico no ambiente familiar. Situações em que o adolescente vê em um parente que cometeu suicídio, conflitos nas relações familiares, contexto de violência doméstica, física e sexual são fatores de risco relevantes.

Bodega (2023) explica sobre o efeito de contágio de suicídios no período da adolescência. Explica o autor que alguns adolescentes podem estar sensíveis a casos de suicídio de pessoas próximas e pessoas famosas, imitando o ato diante de situações desafiadoras. Assim, ressalta a responsabilidade das mídias nesse processo, a depender da forma como são noticiados os suicídios e do ambiente virtual.

Na fase adulta, Schlösser, Rosa e More (2014) citam um conjunto de estudos de diferentes autores e da Organização Mundial da Saúde sobre os fatores de risco relacionados ao suicídio neste período da vida, como pode ser observado no seguinte trecho:

Diversas pesquisas apontam como principais fatores de risco para condutas suicidas: consumo e/ou uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas; problemas familiares e/ ou parentais; transtornos mentais severos; enfermidades terminais; impulsividade; não possuir parentes e/ou vínculos sociais; rompimento de relações interpessoais significativas; problemas financeiros; histórico familiar de suicídio; abuso na infância, tentativas prévias e ideação suicida; isolamento social; perdas afetivas; histórico familiar de suicídio; transtornos mentais severos, principalmente os transtornos depressivos bem como variáveis demográficas e socioeconômicas (Schlösser; Rosa; More, 2014, p.140).

Nesse sentido, observamos que a dependência de substâncias psicoativas, o diagnóstico de um transtorno psíquico grave, problemas nos relacionamentos interpessoais, histórico de violência, entre outros fatores, vulnerabilizam a pessoa adulta ao risco de

suicídio. Além disso, os autores também destacam que o período reconhecido como o da fase do “jovem adulto”, de idade entre 18 e 24 anos, vem acompanhado de mudanças que podem vulnerabilizar a pessoa ao comportamento suicida. Alguns dos fatores citados foram o diagnóstico de um transtorno psíquico grave e o uso abusivo de drogas associado a comportamentos que expõe o jovem ao risco, como por exemplo, a prática da relação sexual desprotegida (Schlösser; Rosa; More, 2014).

Por sua vez, no tocante aos aspectos que influenciam no suicídio entre pessoas idosas, utilizando como referência Netto e Ribeiro, os autores Souza *et al.* (2019) pontuam que o processo de envelhecimento pode vir acompanhado de lutos, adoecimentos, desqualificação e isolamento da sociedade, abalando a autoestima e saúde do idoso, bem como produzindo mudanças abruptas nas diferentes áreas da vida dele. Neste cenário, podem surgir comportamentos suicidas, em situações caracterizadas por “[...] sentimentos de desespero, desesperança e desamparo, com intuito de livrar-se da dor emocional” (Souza *et al.*, 2019, p.43). Ou seja, em situações de extremo sofrimento, o suicídio pode ser uma forma que a pessoa encontrou para acabar com a dor emocional.

A partir da revisão de literatura, Souza *et al.* (2019) concluem que os principais fatores de risco entre os idosos são: a aposentadoria, a diminuição da autonomia, prejuízos em habilidades que tinham anteriormente, conflitos nos relacionamentos e possuir transtorno psíquico, sendo a depressão o transtorno mais frequente.

Ainda, com base em outros autores (Herculano, *et al.*, Cavalcante e Minayo; Cavalcante, Minayo e Mangas), Souza, Almeida e Teixeira (2019) explicam que um fator significativo associado ao comportamento suicida em idosos é a depressão. Pontuam que há uma tendência para a depressão no período, relacionando isso com o isolamento dos idosos e a possibilidade de surgir uma perspectiva deles sobre a autoimagem relacionada à morte. Quanto mais limitações e outros tipos de adoecimentos associados a depressão, mais vulnerável o idoso está ao suicídio. Para além disso, algumas famílias normalizam essa relação entre a depressão e o envelhecimento, especialmente em razão das transformações no papel social e diminuição da autonomia que podem surgir no período, de modo que essa depressão pode não ser identificada e cuidada.

Ademais, a partir de estudo de autópsias psicológicas de 51 casos de suicídios de pessoas idosas em diferentes regiões do Brasil, Cavalcante e Minayo (2012) encontraram seis

fatores de risco principais: “[...] sobrecarga financeira; abusos e desqualificações; morte e adoecimentos de parentes; deficiência, doenças físicas e transtornos mentais; isolamento social e traços depressivos; ideações, tentativas e suicídio na família” (Cavalcante; Minayo, p.1950).

Ressaltam os autores que foram observadas diferenças a depender do gênero, embora o principal fator de risco verificado, tanto para os homens quanto para as mulheres, foi o isolamento social. Especialmente em relação aos homens, os fatores mais frequentes foram, respectivamente, os problemas de saúde que provocam invalidez, prejuízos laborativos ou funcionais; ideações suicidas com tentativas pregressas de suicídio ou mortes de parentes por suicídio; violências físicas e verbais e conflitos nos relacionamentos amorosos; adoecimento ou morte de pessoas da família e problemas financeiros próprios ou de familiares. Já, para as mulheres, foram as tentativas anteriores de autoextermínio ou mortes de parentes por suicídio; problemas de saúde incapacitantes; morte ou adoecimento de familiares e, por último, estão as situações de violência ou sofrimento relacionado aos relacionamentos extraconjugais do cônjuge e problemas financeiros (Cavalcante; Minayo, 2012).

A partir do exposto na seção, compreendemos como o suicídio possui fatores de risco em comum entre os grupos etários, mas também diferenças que podem estar relacionados aos desafios que acompanham o ciclo vital, como questões orgânicas, físicas, sociais e culturais.

### **2.3 Suicídio e desigualdade**

Considerando os dados epidemiológicos e os fatores de risco apresentados nas seções anteriores, convém enfatizar que o suicídio é influenciado por múltiplos fatores, como fatores econômicos; fatores sociais; eventos estressores; ter instrumentos de alta letalidade; a presença de um transtorno psíquico, como a depressão etc. Em outras palavras, não há uma causa única para o ato do suicídio (Brasil, 2024; Alves *et al.*, 2024). Nessa perspectiva, os trabalhadores da saúde que entendem a pessoa de uma forma complexa, não reduzida a um organismo, consideram o diagnóstico psiquiátrico, mas também se interessam pelo psiquismo da pessoa e o seu processo de afetividade, geralmente desorganizado em pessoas suicidas.

Assim, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais que influenciam nessa dinâmica afetiva (Cassorla, 2017).

Em cartilha elaborada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade de Brasília, intitulada *Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016* (Brasil, 2018), foi utilizado o conceito de “vulnerabilidade em saúde”, proposto por Oviedo e Czeresnia (2015).

Segundo Oviedo e Czeresnia (2015), a noção de vulnerabilidade surgiu no contexto da Saúde Pública em meados da década de 1990, quando houve uma preocupação com a implementação de estratégias de saúde para o tratamento da epidemia do HIV/AIDS, associadas à visão da atenção integral em saúde e a pressão coletiva em prol dos direitos humanos na época. Todavia, o conceito foi incorporado em diferentes áreas do conhecimento, adquirindo novos significados, como por exemplo, na área da economia, relacionado a momentos de instabilidade econômica. Por sua vez, na cartilha, a noção de vulnerabilidade foi utilizada para analisar os casos de suicídios de jovens negros no Brasil, sendo a vulnerabilidade definida da seguinte forma:

A vulnerabilidade em saúde é constituída pela interação entre o contexto social, cultural, político, econômico e ambiental, entre si e entre os aspectos individuais, criando condições que favorecem certos riscos ou ameaças à saúde. Os fatores que influenciam na vulnerabilidade em saúde são chamados de determinantes (Brasil, 2018, p.12).

Pode ser subentendido a partir da citação que a vulnerabilidade em saúde trata de um conjunto de fatores externos que interagem com características pessoais do indivíduo e potencializam o risco à saúde. Complementa a Cartilha, “segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde, os determinantes sociais são diferenças nas condições e nas oportunidades de vida que podem gerar desigualdades injustas e evitáveis” (Brasil, 2018, p.12). Nesse sentido, analisa a vulnerabilidade dos jovens negros para o comportamento suicida, considerando os dados epidemiológicos que apontam para uma taxa elevada de suicídio relacionados com os efeitos perniciosos do racismo na sociedade para a saúde psíquica deles.

Do mesmo modo, o documento *Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação (2020)*, lançado pelo Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal, analisa os dados elevados de suicídio de adolescentes e jovens negros no

período de 2012 a 2016 no Brasil, pontuando que o racismo consiste em uma forma de violência que provoca intenso sofrimento psíquico às pessoas negras, influenciando na forma como elas percebem a si mesmas, inclusive, podendo levar a uma rejeição da sua identidade. Adicionalmente, o fato de vivermos em um país estruturalmente racista influencia na forma como a saúde mental da população negra é negligenciada, e na escassa produção teórica nos estudos do suicídio sobre o tema (CRP DF, 2020).

Diante disso, refletindo sobre o perfil das pessoas que apresentam comportamento suicida, chama a atenção outros fatores que podem vulnerabilizar elas, para além da raça, como questões de classe, etnia, gênero e orientação sexual.

Nessa direção, Veras (2023) explica que, frequentemente, os diferentes tipos de sofrimento psíquico, inclusive o suicídio, estão relacionados com o contexto que o sujeito vivencia. Partindo do conceito de *Necropolítica* de Achille Mbembe, designado “[...] para se referir às políticas de Estado que levam ao sofrimento e à morte das populações vítimas de segregação: os negros, os loucos, os idosos, as mulheres e tantos outros” (Veras, 2023, p.52), pontua o autor que a *Necropolítica* se desvelou na última década com o avanço de regimes de poder autoritários.

Nesse sentido, o autor propõe o termo *Necrossuicídio* para interpretar os efeitos nefastos das medidas políticas perpetradas pelo Estado para o suicídio, pontuando que as taxas de mortes no Brasil são demonstrativas disso. Explica o autor que as políticas orientadas pela lógica do ultraliberalismo subsidiam a rejeição ao diferente, às pessoas que não possuem as mesmas condições sociais na sociedade, e tornam elas menos importantes para o empregador. Na visão de Veras (2023, p.52) “políticas feitas por brancos heteronormativos e privilegiados dificilmente proporcionarão a negros, gays, loucos ou mulheres o mesmo acesso a direitos e deveres”. Exemplo citado pelo autor foi o contexto do avanço da extrema direita no Chile, em que houve a implementação de políticas que impactam negativamente nas condições de vida da população idosa e um aumento de casos de suicídios nesta faixa etária no país.

Gonçalves, Gonçalves e Júnior (2011) citam diferentes estudos que investigam a relação entre a desigualdade de renda e o suicídio. Embora existam perspectivas divergentes acerca do fenômeno na literatura, a hipótese mais aceita é a de que a desigualdade de renda aumenta os índices de suicídio.

Segundo Loureiro, Moreira e Sachsida (2013), o desemprego é outro fator investigado associado ao risco de suicídio. No estudo de Bjorklund, do ano de 1985, foi observado que a situação de desemprego pode afetar psicologicamente os indivíduos de dois modos. O primeiro, a “Ocorrência” (Loureiro, Moreira e Sachsida, 2013, p.9), em que o estado de desempregado impacta em uma desorganização mental do indivíduo. O segundo, a “Duração” (Loureiro, Moreira e Sachsida, 2013, p.9), diz respeito ao tempo que o indivíduo fica desempregado até voltar ao mercado de trabalho, prejudicando a sua saúde mental. Pontua o autor que o desemprego desencadeia estresse no indivíduo, devido ao prejuízo na sua renda e na sua imagem, porquanto existe uma visão pejorativa da sociedade sobre o estado como desempregado.

No tocante ao campo de discussão sobre o gênero, existem tópicos relevantes para entender a diferença no comportamento suicida entre homens e mulheres. Brasil (2024) destaca a presença de problemas financeiros e a aposentadoria como fatores que influenciam no risco de suicídio para os homens. No período da velhice, a aposentadoria promove transformações na vida social masculina, interferindo na percepção do homem sobre si mesmo, tensionando o seu papel reconhecido socialmente como responsável financeiro da casa, bem como diminuindo o seu poder aquisitivo.

Complementarmente, Baére e Zanello (2018) utilizam a noção do dispositivo da eficácia para interpretar o comportamento suicida de homens que estão em um período da vida no qual, geralmente, não estão inseridos no mercado de trabalho, como a adolescência e a aposentadoria. O dispositivo da eficácia está relacionado ao reconhecimento da masculinidade a partir da potência do homem nos âmbitos do trabalho e do sexo. Assim, como a identidade dos homens está relacionada a sua capacidade de trabalhar, a vida fora do mercado pode ser um fator de vulnerabilidade para a saúde psíquica deles.

Alguns fatores apresentados por Brasil (2024) são que os homens tendem a não identificar situações que sofreram como violências e procuram menos por auxílio nestas do que as mulheres; eles utilizam de meios mais letais nas tentativas de suicídio, de modo que 60% deles vão a óbito na primeira tentativa; recebem mais diagnóstico de transtorno psíquico relacionado a adição química; apresentam mais características de impulsividade e agressividade; tendem a um menor engajamento em tratamentos de saúde, entre outros. Em conjunto, esses fatores podem explicar esse maior risco dos homens para o comportamento

suicida.

Além disso, baseada em Canetto e Zanello, Baére e Zanello (2018) pontuam que os homens costumam expor menos sobre suas tentativas de suicídio, podendo gerar uma subnotificação dos casos nos dados oficiais. Por sua vez, os meios utilizados pelas mulheres tendem a ser identificados como acidentes nos registros de óbitos, e as famílias tendem a ocultar com mais frequência tentativas de suicídio de mulheres.

Outro fator importante é a etnia, pois embora não tenha sido identificada uma taxa de óbitos significativa na população indígena pelos dados do Distrito Federal, observamos um contraponto a isso nos dados observados na realidade nacional (Brasil, 2024; Brasília, 2023). Segundo CRP DF (2020), há uma estimativa de que o número de óbitos da população indígena seja três vezes maior do que o resto da população, atingindo principalmente os jovens de 10 a 19 anos. Algumas hipóteses levantadas em relação a isso são: a discriminação que sofrem; a sensação de exclusão advinda do contato com outra cultura; e, quando os mais jovens incorporam novos hábitos culturais de fora da sua aldeia, isso pode gerar conflito com as pessoas idosas da comunidade.

Em outra pesquisa recente, realizada pelo Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde, vinculado a Fundação Oswaldo Cruz, e Harvard, investigando o fenômeno do suicídio e da autolesão no contexto brasileiro, no período de 2021 a 2022, a partir dos três sistemas de informação - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - foi observado na população indígena o maior número de casos de suicídio e autolesão, embora com o menor número de hospitalizações, evidenciando a existência de impasses desse grupo populacional para o acesso dos serviços hospitalares em comparação com a população em geral (Sebastião, 2024; Alves *et al.*, 2024).

De acordo com Pinheiro e Pereira (2023), na Comissão de Povos Indígenas e Direitos Humanos, vinculada à Comissão Estadual dos Direitos Humanos localizada no Rio Grande do Sul, foram escutados membros da comunidade Kaingang que relataram problemas associados ao direito ao território e a falta de medidas políticas que forneçam suporte, denunciando uma omissão em relação ao reconhecimento das particularidades identitárias e culturais da comunidade. Nesse sentido, os autores relacionam isso com problemas de saúde, uso de substâncias etc.

Vale destacar a ressalva realizada no documento *Agenda Estratégica de Ações de Prevenção do Suicídio em Populações Indígenas (2017)* que apontam para uma maior incidência de suicídio entre os jovens indígenas, em que o Ministério da Saúde pondera que o suicídio deve ser analisado a partir da cultura de cada comunidade indígena, para evitar a imposição de um sentido colonizador para o ato (Pinheiro; Pereira, 2023).

Por último, Baére e Zanello (2018) destacam a relação entre o comportamento suicida e os fatores da identidade de gênero e da orientação sexual e sinalizam a falta de dados sobre a orientação sexual e identidade de gênero nos registros de óbitos de pessoas LGBTQIA+ no Distrito Federal.

Na realidade, percebemos que essa falta de informações é um problema nacional (CRP DF, 2020). Quanto ao contexto internacional, pode ser verificado que a população LGBTQIA+ apresenta as taxas mais elevadas de comportamentos suicidas, sobretudo entre as pessoas trans. Nessa perspectiva, CRP DF (2020) elabora a hipótese de que os altos índices de violência contra a população LGBTI+ no cenário brasileiro está associado a um número de suicídios elevado em razão da discriminação provocar intenso sofrimento psíquico ao grupo.

Nesta seção, pode ser compreendido como fatores econômicos, sociais e culturais podem vulnerabilizar a pessoa para o comportamento suicida. No campo econômico, existem estudos que relacionam a desigualdade social e o desemprego com o risco de suicídio. Ademais, as expectativas sociais e culturais relacionados ao gênero, assim como a violência a nível estatal, coletivo ou individual a grupos sociais em razão da raça, orientação sexual e etnia podem influenciar no comportamento suicida.

## **CAPÍTULO 3 – O SUICÍDIO NA PERSPECTIVA DA CLÍNICA PSICANALÍTICA E DA CLÍNICA AMPLIADA**

Este capítulo foi organizado em quatro seções: (1) O rompimento com a clínica moderna: a construção de novas formas de cuidado; (2) A clínica ampliada; (3) A clínica psicanalítica e o seu encontro com a Saúde Mental e (4) O suicídio a partir da perspectiva psicanalítica. No primeiro eixo, descrevemos o modelo de tratamento na clínica moderna e a relação com o paradigma manicomial. Após, pontuamos sobre o processo de ruptura do paradigma manicomial a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, mais especificamente, a experiência do cenário brasileiro com as mudanças sociais, culturais e legislativas que acompanharam o processo. No segundo eixo, descrevemos a forma de cuidado na clínica ampliada, diferenciando do paradigma manicomial, e caracterizando a forma de cuidado no território, compartilhado em equipe e visando a inserção social do sujeito e construção de projetos de vida. No terceiro eixo, exploramos a relação entre a psicanálise e o campo da saúde mental, entendendo como um saber que contribui para a escuta da singularidade do sujeito em sofrimento psíquico. Por fim, no quarto eixo, discutimos o suicídio do ponto de vista psicanalítico a partir de noções como: melancolia e pulsão de morte. Além disso, descrevemos que o suicídio pode ser inconsciente ou determinado por fatores inconscientes, e parcial ou completo.

### **3.1 O rompimento com a clínica moderna: a construção de novas formas de cuidado**

A clínica moderna surgiu no século XVIII, caracterizando-se por um conjunto de procedimentos diversos entre si. Além disso, “ela não se formou em torno de um objeto comum, o corpo e suas afecções” (Dunker, 2001, p.1), mas sim, a uma demanda que ganhou respaldo socialmente a partir dos sistemas normativos da sociedade, por exemplo, o sistema jurídico, e a partir do desenvolvimento do campo de saberes da medicina no período.

Fundamentado na obra de Michel Foucault, Dunker (2001) discorre sobre a primazia do olhar na clínica moderna, “clinar é dobrar-se, inclinar-se diante do leito do paciente e interpretar os sinais significativos de seu corpo. Em outras palavras, aplicar sobre

este corpo um determinado olhar e derivar deste olhar um conjunto de operações” (Dunker, 2001, p.88). Assim, a clínica moderna instituiu o olhar administrado sobre o corpo do paciente, onde o clínico procura sinais nele para realizar operações.

Nessas operações foram estabelecidos principalmente dois procedimentos, os procedimentos classificatórios, buscando integrar os sinais que se repetiam em uma classe homogênea; e os procedimentos ordenatórios, buscando encontrar normas para nortear o agrupamento dos diferentes tipos de sinais (Dunker, 2001).

Além disso, Dunker (2001) equiparou o funcionamento da clínica clássica com o de uma linguagem, por um lado, com uma semântica, estabelecendo o significado dos sinais do corpo utilizando como referência uma organização genealógica; por outro lado, estabelecendo normas sobre as patologias tornando-as previsíveis. Tal linguagem se fundamentava nos indícios anatômicos e físico-químicos do organismo.

Ademais, podemos compreender a clínica clássica a partir de quatro elementos principais: (1) semiologia; (2) diagnóstica; (3) etiológica e (4) terapêutica. A semiologia está relacionada a uma forma de organização que permite ao clínico identificar alterações sinalizadas pelos signos no organismo e “tal concepção privilegia a relação entre os signos e seu referente” (Dunker, 2001, p.89), ou seja, foca nos elementos que são observáveis no corpo. Resulta disso a diminuição da importância da fala do paciente que somente será ouvida pelo médico caso transmita uma informação referente a um signo não observável. A diagnóstica trata de identificar e selecionar diferenças e regularidades entre signos particulares para a construção de um quadro universal, utilizando como base o sistema de classificação de patologias. A etiológica refere à investigação das causas das patologias permitindo classificá-las a partir da sua causalidade, da sua descrição orgânica e da atribuição de uma determinada terapêutica. A terapêutica inclui o preparo do paciente para a intervenção e, por último, a intervenção terapêutica em si. Na intervenção são formuladas prescrições de elementos ao paciente a partir da causa da patologia, objetivando o restabelecimento da regulação do organismo (Dunker, 2001).

Conforme discutido no Capítulo 1, seção 2, a partir do século XIX, as pessoas suicidas foram rotuladas de doentes mentais e receberam o denominado tratamento moral da psiquiatria.

Ornellas (1997) pontua que, no século XIX, quando a loucura passou a ser

compreendida como uma “doença mental”, virando um problema médico a ser tratado no hospício, a psiquiatria compreendeu a condição da loucura como um problema de ordem orgânica e criou parâmetros para comparar a condição normal da patológica, bem como entender as causas das condutas desviantes.

Recuperando Foucault, Ornellas (1997) explica como os processos de internamento do século XVII foram construídos não para o tratamento, mas para a reclusão das pessoas que fugiam dos ideais da norma dominante. No evento histórico “A Grande Internação”, os loucos foram internados juntamente a outros grupos sociais transgressores da ordem na instituição do Hospital Geral, uma entidade vinculada ao poder jurídico, onde predominava a lógica da “assistência e de repressão” (Ornellas, 1997, p.90). Tal lógica tinha seu fundamento na moral burguesa, cujos valores naturalizaram a exclusão dos miseráveis do espaço social.

Complementarmente, alguns elementos, como o desenvolvimento da corrente iluminista e do pensamento de Descartes, foram determinantes para a construção de uma visão do homem racional na sociedade e, as Revoluções Americana e Francesa, para a visão do cidadão racional, ambas as quais o louco não correspondia (Tenório, 2001). Outrossim, as transformações no campo jurídico advindas com a Revolução Francesa, reivindicaram uma formalização dos procedimentos de reclusão dos grupos sociais que estavam no Hospital Geral, assim, os reclusos foram encaminhados para outras instituições específicas, como por exemplo, os idosos para o asilo, ou foram liberados. Surgindo, dessa forma, uma questão para as autoridades da época, porquanto pela irracionalidade, o louco não pertencia a prisão e, pela conduta desviante do contrato social, não poderia ser livre (Tenório, 2001).

Neste contexto, a atitude de Pinel propôs uma solução para a época, transformando o isolamento social na medida terapêutica para o “doente mental”. Assim, as internações nos hospícios ganharam uma justificativa médica, embora, na realidade, a reclusão tivesse também o fundamento de manter a ordem social devido a irracionalidade apresentada pelo louco. Em outras palavras, “em tudo isso, o que estava em jogo era a vinculação entre cidadania e razão: o louco, porque desprovido de razão, não era um cidadão pleno” (Tenório, 2001, p.23).

A história nos mostra como o tratamento realizado pelos profissionais da saúde nos hospícios foi caracterizado por inúmeros tipos de violências contra os “doentes mentais”.

Basaglia classifica o Hospício como uma Instituição da violência, fundamentada em uma relação arbitrária entre o profissional da saúde e o “doente”, na qual o profissional detém de forma absoluta o poder. Por sua vez, o louco foi tutelado, transformado na doença e objetificado no Hospício. Nesse sentido, a ação dos profissionais nessas instituições buscava a normalização do indivíduo a essa condição submissa como parte do tratamento, descreve o autor:

sua tarefa, que é definida como *terapêutica-orientadora*, é adaptar os indivíduos a aceitação de sua condição de “objetos da violência”, dando por acabado que a única que lhes cabe é serem objeto de violência se rejeitaram todas as modalidades de adaptação que lhes são oferecidas (Basaglia, 1985, p.102).

A obra *Holocausto Brasileiro*, escrita pela jornalista Daniela Arbex, exemplifica essas diversas violações de direitos que aconteceram com as pessoas que foram internadas para receber tratamento nos manicômios. A obra retrata o manicômio chamado Colônia, localizado na cidade de Barbacena no Brasil, o qual foi responsável pela morte de, pelo menos, 60 mil pessoas. Alguns exemplos das violações de direitos foram as violências físicas; violências sexuais; a falta de alimento e de água; mulheres grávidas que foram impedidas de exercer a maternidade, entre outros tipos. Do mesmo modo que observamos anteriormente na obra de Ornellas (1997) e Tenório quanto ao fundamento moral relacionado a internação das pessoas em manicômios. No documentário de Arbex, isso também pode ser percebido, haja vista que a maioria das pessoas que supostamente estavam recebendo um tratamento de saúde, na realidade, não estavam lá apenas em razão do sofrimento psíquico, mas também por não seguirem os ideais morais da época, como por exemplo: pessoas identificadas como homossexuais; mulheres que foram internadas porque o marido queria ter outro relacionamento; mulheres que tinham perdido a virgindade fora do contexto matrimonial etc. (Arbex, 2013).

Diante e em combate a isso, surgiu o movimento da Reforma Psiquiátrica, o qual, no cenário brasileiro, ocorreu em meados da década de 1970, visando o rompimento com o modelo da clínica psiquiátrica tradicional e lutando pela cidadania das pessoas consideradas loucas (Tenório, 2002).

O movimento da Reforma foi desenvolvido a partir de um esforço de diferentes campos do conhecimento e ações. Além disso, por ter como objetivo central a cidadania, trata-se de um conglomerado de diferentes tipos de intervenções no âmbito social, cultural,

político e jurídico, e de agentes sociais (Tenório, 2002). Outro ponto abordado pelo autor é que a Reforma Psiquiátrica Brasileira incluiu a implementação de um aparato legislativo, como a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, e a construção de uma nova forma de tratamento pautada na lógica da Atenção Psicossocial.

Como nos ensina Tenório (2002), baseado em Amarante e Lancetti, a crítica ao modelo da clínica tradicional é central para uma nova prática em relação às pessoas em sofrimento psíquico, haja vista que este modelo está organizado em torno da visão pejorativa do louco, como irracional e transgressor das normas sociais, isto é, “[...] a clínica impõe necessariamente ao louco um lugar de negatividade” (Tenório, 2002, p.28). Em contraposição ao modelo da psiquiatria tradicional, observamos a partir do conceito de Gastão Wagner que a proposta da clínica ampliada contempla a singularidade de cada pessoa, estando fundamentada em diferentes áreas do conhecimento de uma forma crítica, além de se interrogar sobre fatores, como “[...] o vínculo, a resolutividade e a responsabilização” (Oliveira; Szapiro, 2020, p.17). Este modelo se concretiza através dos dispositivos de saúde substitutivos ao manicômio, articulando o cuidado com a reabilitação psicossocial (Oliveira; Szapiro, 2020).

Posto isso, atualmente, as pessoas que estão em sofrimento psíquico grave, como os casos de pessoas que apresentam tentativas de suicídio, são tratadas em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. A RAPS opera de um modo que rompe com a lógica de tratamento manicomial, sendo concretizada a partir de serviços substitutivos e organizada em sete componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2022).

Nesta seção, foi realizada uma descrição sobre os procedimentos característicos do paradigma da clínica e os impactos das intervenções da clínica psiquiátrica tradicional às pessoas reduzidas ao rótulo de “doente mental”, como demonstrado na experiência do cenário brasileiro com o hospital *Colônia*. Outrossim, foi discutido sobre o rompimento com esse paradigma a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde

Mental, envolvendo transformações no campo social, cultural, político, jurídico e na lógica de cuidado na clínica, como pode ser observado com a instituição da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

### **3.2 A clínica ampliada e o cuidado na ideação suicida**

O intuito de construir uma nova relação com o louco exige uma nova forma de clínica. Pontua Tenório (2001) que o paradigma da clínica está fundamentado na premissa do controle e exclusão da loucura, priorizando a ordem social em detrimento ao cuidado terapêutico, respaldando uma normalização do “louco” e destituição da sua cidadania. Como observado na seção anterior, tal lugar do louco está marcado pela “negatividade”. Desse modo, segundo o autor, a clínica consiste em um entrave para o objetivo de transformação do modelo manicomial, ainda que o trabalhador de saúde mental possua uma perspectiva reformista em relação a ele.

Explica Tenório que surgiram duas posições principais historicamente, uma que rechaça a psiquiatria, a clínica e demais dispositivos relacionados ao campo e outra que inclui eles no processo de mudança da relação com a loucura. Conforme o autor, os impasses para a concretização dos direitos do louco envolvem uma intervenção em questões sociais e culturais e nas experiências que afetam o sujeito singularmente. Desse modo, “essa prática singular junto ao paciente é a clínica, mesmo que consista em uma intervenção mais ampla, acompanhando os sujeitos para além dos espaços tradicionalmente descritos como clínicos” (Tenório, 2001, p.24).

Conforme Grigolo (2010), a proposta da atenção psicossocial no contexto da Desinstitucionalização Italiana enfocou-se nos aspectos sociais e políticos, em detrimento da dimensão clínica, com o intuito de romper com a lógica manicomial. Por outro lado, no cenário brasileiro, foi observado uma atenção à dimensão clínica, surgindo a proposta de uma “clínica da Reforma” (Grigolo, 2010, p.28).

A clínica da Reforma reivindica um conjunto de transformações no tocante: à finalidade terapêutica, em que a finalidade da remissão do sintoma foi substituída por uma expansão da rede social do sujeito; a uma concepção de olhar sobre o sujeito, em que o clínico

não possui uma autoridade do saber sobre o “paciente” e na forma de qualificar os trabalhadores da saúde que operam o cuidado (Grigolo, 2010).

Na mesma perspectiva que Tenório, Grigolo (2010) entende que o cuidado do sofrimento psíquico intenso operado em serviços, como os CAPS, exige uma atenção não apenas às dimensões política e social, mas também da clínica, as quais não são contempladas em sua integridade pela perspectiva tradicional. Assim, essa nova forma de cuidado se faz no cotidiano e os sujeitos realizam o tratamento em liberdade, com os desafios e demandas que isso implica. Desse modo, o novo modo de cuidado produz questionamentos acerca da clínica, da concepção de cuidado dos serviços de atenção psicossocial e de quem é cuidado. Ainda, segundo a autora, essa nova forma de cuidado ainda está em processo e envolve a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como os seus operadores.

Os serviços substitutivos que organizam a RAPS estão localizados nos espaços onde as pessoas circulam socialmente, rompendo com a lógica da exclusão da cidade característica do modelo manicomial. Nessa proposta, o sujeito recebe atendimento multidisciplinar e, dependendo da sua demanda, pode ser acompanhado por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Estratégia Saúde da Família (PSFs), entre outros dispositivos. Os serviços estão distribuídos no território, aqui, partindo da concepção territorial de Delgado, como um espaço não apenas geográfico, mas que envolve a subjetividade do sujeito relacionada à dinâmica cultural, socioeconômica, etc. (Bezerra; Rinaldi, 2009).

No campo da saúde mental, o surgimento da concepção de clínica ampliada foi introduzido por Jairo Goldberg, segundo alguns autores, como Amarante (Bueno, 2016). Refletindo sobre a oferta dos serviços públicos de saúde mental, Goldberg entende que a doença não está dada a priori do sujeito, portanto, torna-se fundamental conhecer o sujeito e o conjunto de relações psicossociais que ele está situado, “a partir daí, conclui o autor, a construção de uma clínica que possa se haver com este campo em expansão se faz necessária, reconhecendo a fala do paciente como produção de um sujeito social” (Bueno, 2016, p.47).

Na visão de Goldberg, as medidas tradicionais de tratamento eram insuficientes, excluindo o sujeito ou o contexto social. Estabelece uma crítica em relação à padronização do tratamento focado na doença, perpetrado por poucos profissionais e em um prazo limitado. Dessa forma, entende que a clínica ampliada envolve um tratamento com diferentes técnicas; com diferentes grupos de profissionais que trabalham de forma articulada e com uma maior

plasticidade em relação ao ambiente e tempo de tratamento. Para além disso, percebe como essencial a participação da pessoa que está em sofrimento no seu processo de cuidado, escutando as suas necessidades, bem como considerando a relação estabelecida entre ela e todos os profissionais envolvidos no tratamento (Bueno, 2016).

Ademais, exemplifica a dimensão clínica a partir de desafios enfrentados em um CAPS relacionados à situação de sujeitos psicóticos que estão em quadros estáveis e não conseguiram ser incluídos no mundo do trabalho. A equipe, neste contexto, se dedicou à construção de projetos de inclusão e articulação da rede. Nesse sentido, pode ser observado como a ação surgiu a partir das necessidades do sujeito e a finalidade das intervenções institucionais tinham como objetivo facilitar a autonomia da pessoa em sofrimento sobre a sua vida (Bueno, 2016).

Nesta seção, discutimos sobre as especificidades da clínica ampliada que consiste em um novo paradigma de cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, como por exemplo, a clínica realizada nos serviços de atenção psicossocial (CAPS). Observamos que nesse modelo de cuidado articulamos questões políticas, sociais e clínicas. Trata-se de uma clínica que não tem enfoque na doença, mas na pessoa que está em sofrimento. Além disso, o tratamento é compartilhado por diferentes profissionais e é realizado no território, visando a inclusão social da pessoa em sofrimento.

### **3.3 A clínica psicanalítica e o seu encontro com a Saúde Mental**

Conforme introduzido na seção anterior e reforçado por Lobosque (2003), o nascimento de uma clínica em saúde mental orientada pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica precisa ser transformada para atuar não em função da ordem social, mas em função da ampliação da independência e capacidade de escolha dos sujeitos em sofrimento sobre as suas vidas. Desse modo, utilizando de conhecimentos científicos e técnicos sem que tenha um domínio dos saberes do campo psi, ou seja, “trata-se de retirar a prática psi do âmbito narcisista no qual se instala, para apontar-lhe para uma direção além de si” (Lobosque, 2003, p.20).

Nesse sentido, refletir sobre um diálogo entre a Psicanálise e a Saúde Mental exige

o reconhecimento desta disciplina como um dos saberes que pode contribuir para a Saúde Mental, mas não como uma autoridade neste campo, que é composto por múltiplos profissionais e disciplinas.

Para melhor entendimento sobre essa aproximação, vale recuperar algumas características da história da Psicanálise. Sob o pano de fundo do desenvolvimento efervescente da clínica moderna nas áreas da psiquiatria e da neurologia, Freud, embora tenha sido formado como clínico, introduziu uma nova perspectiva de tratamento erigida do seu trabalho pioneiro com as históricas (Dunker, 2011).

Pondera Dunker (2011, p.438): “Em vez de caminhar pacientemente a partir da semiologia para daí construir uma ligação diagnóstica com as hipóteses etiológicas, ele parte do ponto fraco do sistema: a terapêutica”. Dessa forma, foi percebido por Freud o efeito da sugestão hipnótica na criação de sintomas da histeria, concebendo-a, assim, como uma forma de tratamento que transformou o método de investigação semiológica de Charcot fundamentado nos parâmetros da clínica moderna (Dunker, 2011).

De acordo com Grigolo (2010), baseada em Levy, a clínica psicanalítica se opõe ao tripé que estruturava a perspectiva clínica da época pautada no “diagnóstico-prognóstico-prescrição” (Grigolo, 2010, p.37), inaugurando um tratamento pautado na ética do sujeito, estabelecendo a escuta do sujeito como indispensável ao tratamento, independente do diagnóstico.

Freud propõe o método da Associação Livre, no qual o sujeito tem liberdade para dizer sobre tudo que lhe ocorre à mente, sem qualquer tipo de preocupação lógica ou moral; em complementaridade, o analista escuta, sem guiar o processo (Bueno, 2016). Para melhor compreensão sobre a nova proposta do método da associação livre, explica o autor:

O ponto de partida em psicanálise não é o que se diz, e sim que se diga. Esta virada foi essencial para o destino da psicanálise, pois retirou do núcleo de sua experiência o conteúdo dos ditos para dar lugar ao dizer. A psicanálise deixou de ser uma cura (temporária) pelo poder de influência do analista para desenvolver um método de cura pela fala, fala do sujeito, sujeito da fala. Um dos motivos para a emergência do sujeito da fala ocorrer é porque o analista deixa de privilegiar alguns pontos da narrativa do paciente, como eventos traumáticos, e passa a valorizar toda e qualquer fala de maneira equânime, incluindo os ditos espirituosos, os atos falhos e relatos de sonhos (Bueno, 2016, p.79).

Do mesmo modo, Maesso (2020) pontua que a regra fundamental da associação

livre demonstra a inclusão do sujeito no processo de tratamento. Isso porque é a partir da liberdade dada para o sujeito falar sobre tudo que surge em sua mente que emerge o saber inconsciente. De forma complementar a essa fala, o psicanalista escuta a partir da atenção flutuante, respeitando o ritmo do processo analítico, sem reter determinado conteúdo da fala ou impor tentativas de explicações sobre o sintoma baseadas no seu conhecimento científico. Adicionalmente, por meio da relação transferencial na clínica são oferecidas condições para o manejo do sintoma na análise. Na relação transferencial, o sujeito repete o seu sintoma com o analista, um sintoma artificial vinculado a essa relação. Tal condição, em que o sujeito fala para o analista, possibilita a escuta de si e a elaboração psíquica do sintoma (Maesso, 2020).

Recuperando o conceito de *Soberania* do filósofo Giorgio Agamben, Bueno (2016) analisa que, historicamente, alguns aportes teóricos da clínica psiquiátrica apoiaram-se no poder soberano para o tratamento do “paciente”. Mais especificamente, rotulando determinadas falas e comportamentos como sintomas; estabelecendo uma classificação nosológica e instituindo um tratamento que tutela e isola as pessoas nos manicômios. Neste contexto, qualquer “desvio” da fala da pessoa implicou na ameaça de ser subjugado ao poder autoritário do médico. No entanto, a Psicanálise contrapõe esta lógica, estabelecendo um tratamento que destitui a pessoa da condição assujeitada de objeto, realizando uma intervenção com atenção às manifestações inconscientes do sujeito, em liberdade, e, na qual, o médico não detém poder soberano.

Bueno (2016) pontua que no método sugestivo, era perpetrado um poder soberano, haja vista que a pessoa em sofrimento segue as orientações prescritas pelo médico em relação ao conteúdo da sua fala e condutas no processo de tratamento. No entanto, no método da associação livre, surge uma perspectiva centrada no saber do sujeito, na qual o outro não tem posse, pois depende das suas manifestações inconscientes, inacessíveis a um saber preliminar do outro. Portanto, podemos refletir que a centralidade da escuta do sujeito preconizada no tratamento psicanalítico traz uma ruptura com a condição de objeto estabelecida na psiquiatria.

Diante disso, Rodrigues (2013) traz algumas considerações entre a clínica psicanalítica e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica com base na autora Rinaldi. Um ponto discutido está na escuta do sujeito do inconsciente, que “não se dá no plano da compreensão, subordinado à perspectiva do cuidado, ou numa moral educativa” (Rodrigues, 2013, p.93).

Outro ponto está na articulação entre a clínica e o acesso à cidadania, responsabilizando o sujeito não apenas em relação ao seu sofrimento, mas nas questões relativas aos seus direitos. Nesse sentido, a psicanálise convoca o sujeito em seu processo de tratamento e, ao mesmo tempo, implica essa esfera política.

Utilizando como referência Miller, Rodrigues (2013) explica que a clínica psicanalítica “ao contrário da filosofia que se dedica a pensar a salvação como os ideais, a psicanálise elege, portanto, como meio de salvação os dejetos” (Rodrigues, 2013, p.94), ou seja, aquilo que foi negado na dinâmica do psiquismo, como por exemplo, os atos falhos, e o percurso analítico se dá pela valorização desses dejetos. Nesse sentido, na Saúde Mental, a psicanálise pode contribuir ao suportar a diferença de cada sujeito e valorizar as suas manifestações sintomáticas.

Resende (2015) pontua, com base em Lobosque, que algumas aproximações são possíveis entre a Psicanálise com o campo da Saúde Mental. No entanto, pondera que, historicamente, podemos observar que a psicanálise teve uma tendência a apoiar uma reforma do paradigma tradicional da psiquiatria e não a sua ruptura. Nesse sentido, a psicanálise tinha como enfoque uma perspectiva teórica ao invés de uma perspectiva política. Desse modo, “sem preocupar-se com uma concepção em rede de assistência à saúde mental articulada a outros serviços e instâncias, tampouco com as questões referentes à gestão pública [...]” (Lobosque, 2001, *apud.* Resende, 2015, p.219) e se afastando da proposta dos movimentos coletivos.

Relata a partir da experiência de Campinas que, a Psicanálise, articulada com outros campos do saber, traz uma concepção de sofrimento psíquico importante e uma “concepção descentrada de subjetividade” (Lobosque, 2001, *apud.* Resende, 2015, p.220) que é relevante para os serviços de saúde mental. Nessa perspectiva, ela é um saber que acrescenta ao campo da saúde mental, mas não pode ser o único que orienta o movimento antimanicomial e a prática no campo da saúde mental que, justamente, tem a sua validade por não ter um domínio de um campo.

Ademais, explica que a potencialidade da psicanálise no campo da saúde mental se dá não pela centralidade da psicanálise como fundamento para direcionar as intervenções técnicas ou para compreensão da subjetividade, mas incluindo a dimensão política do processo de constituição do sujeito. Nesse sentido, possibilitando nos diferentes espaços um

outro modo de relação que não reproduza a lógica manicomial, assim, busca nos diferentes dispositivos, como o CAPS, a afirmação do desejo, ou seja, “[...] afirmar o desejo não é fazer magicamente desaparecer a dor, mas desfazer suavemente seus laços com a culpa, a vergonha e a má consciência” (Resende, 2015, p.224). Ainda, pontua que a Psicanálise possibilita uma outra forma de relação em torno do convívio com a loucura no espaço social, do qual o sujeito em sofrimento, muitas vezes, é excluído em diferentes esferas da vida, por exemplo, do trabalho, do lazer, etc. A Psicanálise, a partir da noção da estrutura, contribui reconhecendo a diferença dos sujeitos, ao invés de buscar a sua “adequação”.

Nesta seção, compreendemos as especificidades do modo de tratamento na clínica psicanalítica e a sua contribuição para o campo da saúde mental, a partir da escuta da singularidade do sujeito, a consideração sobre fatores inconscientes relacionados ao sofrimento e a valorização da escuta dele para o desenvolvimento do processo de tratamento, contrapondo a lógica manicomial.

### **3.4 O suicídio a partir da perspectiva psicanalítica**

A partir dessas considerações sobre a clínica psicanalítica e a clínica ampliada, torna-se fundamental discutirmos como o suicídio é entendido na perspectiva da Psicanálise, considerando o objeto de estudo ser o cuidado dos sujeitos com ideação suicida nesses espaços.

De acordo com Pauluk e Ballão (2019), Freud não publicou um texto para abordar sobre a temática do suicídio especificamente, contudo, algumas passagens em suas obras nos dão pistas para a compreensão do fenômeno na perspectiva psicanalítica.

No texto *A Transitoriedade* (1916), Freud (2010[1916]) nos convoca a refletir sobre a temática da morte. Freud descreve uma interlocução que teve com um poeta e um amigo em que discutem como a transitoriedade afeta o valor das coisas. Eles conversavam sobre a paisagem e, para o poeta, em razão do fato de que uma paisagem iria se modificar na outra estação do ano, a beleza dela não poderia ser apreciada. Assim, devido a sua terminalidade, a beleza da natureza perde o seu valor. Freud, em oposição a perspectiva do poeta, afirma que o fato de algo ser terminável acrescenta valor à coisa. Pontua o autor que as

coisas belas e perfeitas nos afetam emocionalmente e, ainda que não resistam ao tempo, permanecem em nosso psiquismo.

Freud argumenta que a visão negativa deles estava relacionada a uma questão emocional: “Deve ter sido uma revolta psíquica contra o luto, o que depreciava para eles a fruição do belo” (Freud, 2010 [1916], p.187). Pensar que a beleza teria um fim, fez com que eles antecipassem o luto por essa perda. Como o psiquismo evita a dor, a questão da terminalidade interferiu no prazer sentido por eles quanto à apreciação da paisagem. Ainda, Freud nos ensina que, no processo de luto, a libido investida no objeto que “morreu”, após a perda, pode ser investida em novos objetos ou retornar ao Eu. Todavia, mesmo encontrando novos objetos substitutivos, não há um completo abandono do objeto pela libido, quer dizer, “só percebemos que a libido se apega a seus objetos e, mesmo quando dispõe de substitutos, não renuncia àqueles perdidos. Isso, portanto, é o luto” (Freud, 2010 [1916], p.188).

Na obra *Luto e Melancolia* (2014[1917]), Freud diferencia o processo normal do luto do quadro patológico da melancolia. Em geral, sendo perceptível sintomas semelhantes entre as duas condições, exceto a baixa autoestima, a qual é específica da melancolia.

O trabalho do luto inicia a partir da perda consciente de um objeto, sobre o qual o Eu tinha investimento libidinal, demandando, portanto, o desinvestimento dessa energia. Em outras palavras, o Eu investe libidinalmente em um objeto que não se apresenta mais na realidade, assim, tornando-o incumbido do trabalho de desinvestir essa libido e encontrar novos objetos para substituí-lo. Do ponto de vista do aparelho psíquico, o trabalho de luto é uma atividade que demanda tempo e energia, mas, aos poucos, o sujeito consegue retirar seu investimento libidinal. Ademais, trata-se de um processo que causa dor intensa ao sujeito, mas trata-se de um processo comum na experiência dos seres vivos (Freud, 2014[1917]).

Já a melancolia seria uma perda ideal de um objeto, sobre o qual o Eu tinha um investimento libidinal. Geralmente, tratando-se de uma perda inconsciente, o sujeito não consegue reconhecer qual foi o tipo de perda. Na melancolia, observamos que o sujeito faz recriminações de cunho moral para o seu Eu, demonstrando prazer em falar sobre si dessa forma. Todavia, na realidade, Freud percebe que essas recriminações são para outra pessoa, um objeto amoroso com o qual o Eu sofreu algum tipo de decepção e, com isso, a libido anteriormente investida nele, retorna para o Eu, a partir de um processo de identificação. Para melhor elucidação, Freud (2014[1917]) esclarece:

Desse modo, a sombra do objeto caiu sobre o ego, que então pôde ser julgado por uma determinada instância como um objeto, como o objeto abandonado. Assim, a perda do objeto se transformou em perda do ego e o conflito entre o ego e a pessoa amada em uma bipartição entre a crítica do ego e o ego modificado pela identificação (Freud, 2014[1917], p.32).

Como nos ensina Freud, o investimento libidinal em relação ao objeto é ambivalente, portanto, o sujeito sente amor e ódio por ele. Nesse sentido, percebemos que os impulsos hostis nos quadros melancólicos podem estar relacionados às manifestações sádicas do sujeito, mas devido ao Eu ter uma identificação narcísica com o objeto, tais manifestações aparecem como autopunição (Freud, 2014[1917]).

Desse modo, o investimento amoroso do melancólico no seu objeto experimentou um duplo destino: por um lado regrediu à identificação, mas por outro, sob a influência do conflito de ambivalência, foi remetido de volta à etapa do sadismo, mais próxima desse conflito (Freud, 2014[1917], p.34).

Posto isso, na obra *Luto e Melancolia*, Freud entende o impulso suicida não como uma vontade de se auto exterminar, mas como um desejo de matar um objeto que, não podendo se tornar consciente, não encontra outro destino além da identificação com o eu. Resultando, assim, no deslocamento do impulso destrutivo direcionado ao objeto para o eu (Pauluk; Ballão, 2019).

Por sua vez, na obra *Além do Princípio do Prazer (1920)*, a partir das experiências na clínica psicanalítica, Freud propõe o conceito de pulsão de morte para interpretar a situação de sujeitos que vivenciam experiências dolorosas que tendem a repetir, evidenciando como a repetição não tem como finalidade somente o prazer. Na mesma obra, Freud elabora uma explicação sobre o funcionamento do psiquismo dos seres humanos baseada no dinamismo entre as pulsões de vida e de morte (Oliveira, 2022).

Complementarmente, na teoria da segunda tópica, Freud discorre sobre o conflito entre essas pulsões, pontuando que a pulsão de morte costuma ser predominante no conflito, e se interroga sobre o motivo do SuperEu ter tamanha força, produzindo um sentimento de culpa tão intenso e agressivo ao Eu (Oliveira, 2022). Dessa forma, na opinião de Oliveira (2022), Freud inaugura uma novidade para a compreensão metapsicológica do suicídio nesta perspectiva, pois embora ele ainda relacione o suicídio à melancolia na época, abre precedentes para a análise da atividade pulsional do fenômeno, compreendendo o suicídio para além da estrutura melancólica.

Nessa direção, segundo Cassorla (2017), o suicídio pode contemplar diferentes tipos de fenômenos que, geralmente, não são tomados como atos suicidas, como a ingestão patológica de substâncias psicoativas ou de alimentos; a prática de atividades de alto risco; acidentes etc. Além disso, o autor compreende que o suicídio pode ser consciente ou inconsciente.

Cassorla (2017) explica o suicídio a partir das noções de pulsão de vida e pulsão de morte. A pulsão de vida está relacionada a um impulso dos seres humanos para o crescimento, para a geração de descendentes e a vitalidade. Já, a pulsão de morte trata-se de um impulso do sujeito para um estado inicial de inércia, enfraquecendo a capacidade dele em lidar com os obstáculos da vida, desinvestindo em si próprio e nas suas relações com os outros.

Vale pontuar que a pulsão de morte, quando coordenada pela pulsão de vida, pode se manifestar de uma forma vitalizante, como uma proteção em um contexto violento, ou impulsionando a saciação de necessidades básicas, ou seja, “é como se a pulsão de morte defendesse a pessoa da morte por causas externas, obrigando-a a morrer de causas naturais, no tempo certo” (Cassorla, 2017, p.14). Nessa perspectiva, entendemos que no caso do suicídio, os fatores individuais e psicossociais potencializam a manifestação da pulsão de morte, impulsionando o sujeito a esses atos destrutivos.

Cassorla (2017) classifica o suicídio em dois tipos: total ou parcial. No caso do suicídio parcial, a destruição é somente de uma parte do sujeito, podendo acontecer de forma consciente ou inconsciente. Alguns exemplos citados pelo autor são quadros de autolesões, impotência sexual e doenças orgânicas.

Vale destacar que o suicídio é um quadro caracterizado pela intensa dor psíquica. A morte não é um fenômeno cognoscível pelo inconsciente, assim, as pessoas conseguem apenas supor, através da construção de fantasias, o que pode acontecer depois de morrerem. Isso implica na seguinte compreensão: “o suicida não procura a morte (porque não sabe o que é a morte), mas está em busca de outra vida, fantasiada em sua mente” (Cassorla, 2017, p.29). Ou seja, o sujeito não tem como finalidade a morte em si, mas está atravessado por fantasias dessa outra vida mais desejável, onde se sentiria mais amado e seguro. Posto isso, tanto o desejo pela vida quanto pela morte estão presentes no sujeito e, cabem os esforços do trabalho clínico de potencializar o impulso pela vida e enfraquecer o da morte (Cassorla, 2017).

Nesta seção, compreendemos o suicídio a partir da perspectiva psicanalítica. Primeiramente, diferenciamos o processo normativo do luto do processo patológico da melancolia. Na melancolia, o suicídio está relacionado ao deslocamento de um impulso agressivo que, em substituição ao objeto, retorna ao sujeito. Outrossim, relacionamos o suicídio com a prevalência da atividade da pulsão de morte no psiquismo. Ademais, entendemos que o suicídio pode se manifestar de forma total ou parcial e pode ser um ato consciente influenciado por fatores inconscientes, ou um ato inconsciente.

#### **4 METODOLOGIA**

Considerando o objetivo de discutir o cuidado de pessoas com ideias suicidas na clínica psicanalítica e na clínica ampliada, foi utilizada a abordagem metodológica da pesquisa qualitativa, considerando que o cuidado na clínica envolve aspectos subjetivos do psicanalista, relacionada a forma como ele é afetado com a ideia da sua própria morte (Pauluk; Ballão, 2019). Dessa forma, pensamos que essa escolha metodológica propicia um maior aprofundamento da investigação dada a complexidade do fenômeno.

Segundo Demo (1998), a dimensão da qualidade não é incompatível com a da quantidade, ou seja, quando propomos uma investigação de fenômenos humanos, por exemplo, estes estão situados em um contexto material que envolve a dimensão quantitativa. Logo, optar por uma pesquisa qualitativa, não se trata de investigar um fenômeno que está fora do universo quantitativo, mas dar enfoque principal às informações qualitativas.

Nessa perspectiva, a qualidade de um fenômeno está relacionada a sua definição pela sua “intensidade” (Demo, 2012, p.14), implicando alguns pressupostos sobre o objeto de estudo, os quais destacamos dois principalmente: a dinâmica não linear, associada a dificuldade de prever o fenômeno, e a complexidade, relacionada ao fato de o fenômeno ser

constituído por um conjunto de elementos que podem ser contraditórios entre si.

Outra característica da pesquisa qualitativa é a compreensão de uma relação na qual o sujeito não está apartado do objeto de estudo, considerando a seguinte definição de informação qualitativa: [...] refere-se àquela ostensivamente interpretada e que lida com sujeito-objeto, não como mero objeto de análise. Não conseguimos nos comunicar sem sermos parte do processo comunicativo, como sujeito e sujeito-objeto (Demo, 2012, p.29).

Nesse sentido, devido a interpretação das informações envolverem o processo da comunicação humana, elas não são objetivas ou acabadas. Como nos explica Demo (2012), o ato de falar supõe os equívocos do processo de compreensão, o qual é influenciado pela dinâmica inconsciente do sujeito. Assim, lidar com informações qualitativas exige uma postura reflexiva do pesquisador, encontrando o equilíbrio entre se interrogar sobre a totalidade do fenômeno, e considerar os seus componentes ambivalentes e ocultos durante a investigação (Demo, 2012).

Participaram da pesquisa quatro (4) psicanalistas, sendo que, dois (2) psicanalistas atendem em consultório particular e dois (2) psicanalistas atuam em serviços públicos de saúde mental. Todos os participantes tinham, no mínimo, oito (8) anos de atuação clínica e quatro (4) anos de experiência no cuidado de pessoas com ideação suicida. Este perfil foi selecionado com base no objetivo geral da pesquisa de discutir o cuidado de pessoas com ideias suicidas na clínica psicanalítica e na clínica ampliada.

#### **4.1 Procedimentos de construção dos dados**

Os procedimentos foram desenvolvidos em cinco etapas principais. A primeira, foi o encaminhamento do projeto para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CEUB, conforme orientado nas regulamentações brasileiras de ética em pesquisas com participação de seres humanos.

Após a aprovação (número do parecer: 6.974.912), na segunda etapa, foi realizada uma revisão de literatura das áreas das ciências humanas e sociais acerca de noções teóricas relevantes para a investigação do objeto de estudo, tais como: suicídio, contemporaneidade, melancolia, clínica ampliada, atenção psicossocial e clínica psicanalítica.

A terceira etapa consistiu na busca de participantes para a pesquisa. Assim, foi divulgado nas redes profissionais e sociais das pesquisadoras (*WhatsApp, Facebook e Instagram*) um folder com um texto descrevendo os critérios de participação da pesquisa e um *link* para o psicanalista interessado em participar fornecer o seu contato para a pesquisadora e combinar o dia e horário da entrevista.

Na quarta etapa foi enviado ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em formato digital e realização da entrevista. O TCLE em formato digital versa sobre os objetivos do estudo, os potenciais riscos e benefícios e proteção dos direitos do participante de pesquisa (ANEXO A). Somente após o esclarecimento e consentimento eletrônico do participante foi iniciada a entrevista por chamada de vídeo na Plataforma *Google Meet*.

No quinto procedimento, foi realizada a transcrição da entrevista em formato de um texto digital no docx do Word e realização da análise orientada pelos pressupostos da Pesquisa em Psicanálise e da Hermenêutica de Profundidade.

#### **4.2 Procedimentos de análise dos dados**

Procedemos a análise dos dados da pesquisa a partir da abordagem metodológica da “Hermenêutica de Profundidade”, proposta pelo sociólogo britânico John Thompson (1995) e descrita por Demo (2016) na obra *Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos*. Este método foi criado para interpretar qualitativamente as formas simbólicas dos contextos sociais como, por exemplo, interpretar os sentidos de discursos que circulam no contexto social. Além disso, está sistematizada em três eixos principais: (1) análise sócio-histórica; (2) análise formal ou discursiva e (3) interpretação e reinterpretação (Nazário; Reino; Manfredini, 2016; Demo, 2012).

A (1) análise sócio-histórica visa analisar as formas simbólicas enredadas no contexto histórico e social. Assim, reconstruindo as condições históricas e sociais que estão na origem da forma simbólica (Demo, 2012).

A (2) análise formal ou discursiva busca identificar regularidades que caracterizam a estrutura complexa do fenômeno do campo social (Demo, 2012).

Nesta etapa, utilizamos dos pressupostos da Hermenêutica da Profundidade e da Psicanálise para nos guiarmos na análise da estrutura complexa do fenômeno depreendidas do texto das falas dos psicanalistas entrevistados. Demo (2012) afirma que a comunicação humana não é um processo transparente, não conseguimos analisar as informações qualitativas de forma totalizante, dessa forma, os achados na pesquisa qualitativa são contingentes e influenciados pela interpretação realizada pelo pesquisador. Nesse sentido, observamos uma articulação com a Psicanálise, por afirmar que no psiquismo há algo da ordem de um “não saber” (Demo, 2012, p.32), ou seja, há algo da ordem do inapreensível na fala do sujeito.

Segundo Resende (2015), baseada em Lobosque, partimos da concepção psicanalítica de sujeito do inconsciente para interpretarmos as informações qualitativas da pesquisa, compreendendo a pertinência do saber psicanalítico no campo da Saúde Mental, se articulado a uma perspectiva antimanicomial. Dessa forma, uma possibilidade desse encontro está na visão de sujeito da psicanálise que potencializa uma forma de cuidar que considera a alteridade.

Recuperando Resende, fundamentada em Mezan, a leitura de um texto consiste em “instauração de sentido” (Mezan, 1995, apud. Resende, 2015, p.223), surgindo nesse processo novas possibilidades de significação dele. Além disso, a interpretação na clínica psicanalítica implica a dimensão “do singular pelo singular” (idem.).

Diante disso, a dimensão da singularidade será contemplada no processo da interpretação das informações qualitativas. Resende (2015) nos explica, baseada em Thompson, que o mundo das relações sociais é sempre previamente interpretado pelas pessoas, e elas agem e pensam a partir dessas interpretações. Somado a isso, o próprio pesquisador é integrante desse mundo, sob o qual ele constrói uma interpretação da realidade fundamentada na interpretação do participante da pesquisa, constituindo-se uma relação entre “campo-sujeito-objeto” (Resende, 2015, p.208). Nessa direção, no processo da análise das entrevistas será realizada a “interpretação da *doxa*” (Demo, 2012, p.40), considerando o contexto geral no qual as formas simbólicas “[...] são produzidas e interpretadas” (Demo, 2012, p.41), como as crenças partilhadas pelas pessoas. Ademais, seguindo a proposta de Demo (2012), serão incluídos outros fatores neste contexto, considerando aspectos singulares do sujeito enunciativo, como a sua trajetória de formação acadêmica, que podem enriquecer as

interpretações da entrevista.

Por fim, na etapa da reinterpretação (3), o pesquisador considera as etapas anteriores do processo de pesquisa e destaca as suas impressões sobre o fenômeno que foi estudado de forma crítica, ponderando sobre sentidos ocultos e paradoxos do mundo simbólico que podem transformar o sentido original (Demo, 2012).

## **5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS**

Neste capítulo, realizaremos a análise das entrevistas com base na metodologia da Hermenêutica de Profundidade e utilizaremos dos aportes teóricos clínicos da Psicanálise na etapa da Análise Formal. Para melhor elucidação, separamos a análise das informações em três eixos principais: (1) contextualização sócio-histórica; (2) análise formal e (3) reinterpretação. O eixo da análise formal foi organizado em três tópicos: (1) A clínica em casos de ideação suicida: um cuidado singular feito em rede; (2) Neoliberalismo, Narcisismo e Suicídio e (3) A Psicanálise e o Cuidado na Ideação Suicida.

### **5.1 Contextualização sócio-histórica**

A análise das formas simbólicas do discurso dos entrevistados demanda um entendimento sobre o contexto histórico e social do campo da Saúde Mental em que os profissionais realizam as suas atividades profissionais, portanto, foi realizada uma análise sobre a realidade do Distrito Federal (DF) e de Santa Catarina.

Os dois psicanalistas entrevistados que são servidores públicos trabalham em um CAPS I e em um CAPS II. De acordo com o documento *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA (Brasil, 2015)*, os Centros de Atenção Psicossocial apresentam uma equipe multiprofissional mínima para atuação no serviço que varia a depender da modalidade do serviço.

A área de atendimento do CAPS I compreende um território de 15 mil pessoas, atendendo públicos de todas as faixas etárias que apresentam sofrimento psíquico intenso e pessoas em sofrimento relacionado ao uso de álcool e outras drogas. A equipe mínima é formada por “1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível universitário; 4 profissionais de nível médio” (Brasil, 2015, p. 19). Por sua vez, o CAPS II compreende um território de 70 mil habitantes, atendendo pessoas com sofrimento psíquico intenso e de faixa etária adulta. A equipe mínima recomendada é de: “1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior, 6 profissionais de nível médio” (Brasil, 2015, p. 19). Os profissionais do ensino médio compreendem técnicos de enfermagem, por exemplo, e do ensino superior, educadores físicos, assistentes sociais etc.

Com relação ao desenvolvimento da atenção à saúde mental no território do DF, existe um atraso que não é uma novidade. Podemos observar que o primeiro CAPS do Distrito foi construído apenas em 2004, um CAPSad no Guará e, em 2006, o CAPS Paranoá, no entanto, na realidade nacional, os serviços substitutivos datam do final da década de 1980, na cidade de Santos, em São Paulo (Santiago, 2009).

A assistência psiquiátrica no Distrito Federal iniciou em meados da década de 1960, a partir do Hospital de Base, um hospital público que tinha leitos para internação, e do Hospital Regional de Sobradinho, o qual tinha um setor específico para a área psiquiátrica, promovia atividades articuladas com a Universidade de Brasília (UNB) e apresentou uma perspectiva inovadora para a época, porquanto os leitos eram situados na clínica geral (Santiago, 2009).

Na década de 1970, observamos a inauguração de um hospital psiquiátrico público, o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP), atualmente conhecido como Hospital São Vicente de Paulo. À época, a criação do hospital tinha como intuito a formação

de um “centro de triagem das internações” (Santiago, 2009, p.97), com uma internação de curta duração e depois redirecionamento dos pacientes para clínicas conveniadas ou acompanhamento ambulatorial. A criação do hospital foi uma medida contrária à visão de alguns professores da UnB e pela Associação de Psiquiatria de Brasília que defendiam a criação de leitos em hospitais gerais. Vale destacar que até hoje o HSVP funciona, infringindo a Lei Distrital nº 975, de 12 de dezembro de 1995 e a Lei Federal nº 10.216, 2001, e já foi alvo de denúncias de violações aos direitos humanos constatadas em relatório do Ministério de Direitos Humanos, pelo Mecanismo de Prevenção Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, no ano de 2018, como reportado no Jornal Globo (Yamaguti, 2024).

Na década de 1980, a partir de Costa, Santiago (2019) pontua que houve a criação do Instituto de Saúde Mental (ISM), que significou uma proposta alternativa aos moldes tradicionais para o período.

Na década de 1990, observamos um avanço com a inauguração da Lei nº 995/1995. A lei representou esse avanço legal em relação à cidadania de pessoas em sofrimento psíquico, com princípios alinhados com a perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Amaral (2006) pondera que essa lei trouxe mudanças no campo concreto, como por exemplo, transformações em âmbito hospitalar, no entanto, tiveram retrocessos. Para a autora, esses impasses em relação a reforma psiquiátrica no DF estão relacionados com um problema político de desinteresse em sua concretização, como pode ser observado no seguinte trecho:

Todas essas iniciativas nos fazem crer que o DF sinalizou positivamente para avançar no processo de reforma psiquiátrica local, contudo, mais uma vez a falta de vontade política e de uma atuação efetiva dos fiscalizadores fazem com que as ações não aconteçam na prática (Amaral, 2006, p.121).

Atualmente, segundo o relatório *Estudo da Necessidade e Priorização de CAPS no DF (2022)*, redigido pela Diretoria de Serviços de Saúde Mental (DISSAM), existe um total de dezoito (18) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na região, no entanto, nem todos são habilitados pelo Ministério da Saúde. A distribuição de serviços no DF não está adequada em relação às necessidades territoriais das regiões de saúde, dessa forma, alguns serviços realizam atendimentos que ultrapassam a região de referência (Brasília, 2022).

Conforme o relatório *Estudo da Necessidade e Priorização de CAPS no DF*, existe uma ação civil pública que preconizou a construção de mais dezenove serviços de saúde

mental no Distrito Federal, mas somente cinco serviços foram construídos até o período (Brasília, 2022). Vale destacar que, segundo notícia do site do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios publicada no ano de 2023, a referida ação civil também demandou a construção de 25 residências terapêuticas. À época da notícia, ocorreu a abertura de um processo para o credenciamento de residências terapêuticas, mas as duas primeiras residências terapêuticas do DF foram inauguradas somente em 2024 (MPDFT, 2023; Fuzeira, 2024).

Outros pontos abordados na notícia foram a respeito de resultados encontrados na segunda fase de estudo desenvolvido pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT). Tal estudo aponta que o DF apresenta a cobertura mais deficitária da realidade nacional quanto ao número de serviços do tipo CAPS em relação à quantidade de pessoas do território. Foram verificados problemas quanto à precarização da infraestrutura, imóveis dos serviços e do transporte para os CAPS. No tocante ao transporte, pontua que este problema atrapalha o acesso dos usuários aos serviços, devido a falta de linhas diretas e localização distante dos CAPS, mas também aos profissionais para a realização de intervenções que saem do molde ambulatorial, como por exemplo, as visitas domiciliares (MPDFT, 2023).

No tocante à realidade de Santa Catarina, observamos que na década de 1970, houve a introdução de um processo de “reforma da assistência psiquiátrica” ((Schneider *et al.*, 2013, p.72) que recebeu suporte da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). À época, houve uma transformação na área da saúde que integrava uma das áreas a serem desenvolvidas no Plano de Desenvolvimento Catarinense, desenvolvido no período do governo de Colombo Salles (Schneider *et al.*, 2013).

Pontuam Schneider *et al.* (2013) que tiveram mudanças no campo da saúde mental, como por exemplo a experiência do Hospital Colônia Santana, um hospital público que existia desde o ano de 1941. Neste hospital, foi desenvolvida “a formação de equipes multiprofissionais, criação de emergência psiquiátrica, implantação de serviço de medicina interna, enfermagem psiquiátrica e serviço social [...] (Schneider *et al.*, 2013, p.563). Ainda, houve mudanças com intervenções na comunidade e com ações que envolveram a atenção primária à saúde no período. Desse modo, os autores concluem que foi uma experiência diferente para o período histórico.

O processo da reforma psiquiátrica no estado não aconteceu sem conflitos e retrocessos, com posicionamentos que foram na contramão da perspectiva da reforma em

alguns momentos. Exemplo citado pela autora foi o processo de trâmite da lei da reforma psiquiátrica de Santa Catarina na década de 1990. Baseada em Morastoni, Schneider *et al.* (2013) pontuam que foi constatado um posicionamento de profissionais contrários à legislação, que em meados dos anos 1970 tinham sido favoráveis às mudanças da reforma.

Quanto aos CAPS em Santa Catarina, segundo Campos (2014, p.14): “No estado de Santa Catarina, após a fundação do primeiro CAPS na capital do estado em 1995, o número dessas unidades chegou a 78 em 2011 [...]”, utilizando como referência um documento da Secretaria de Saúde de Santa Catarina de 2011.

De acordo com o documento *Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no sistema único de saúde (SUS)*, do Ministério da Saúde, o Sul é uma das regiões com a melhor cobertura de CAPS do Brasil (Brasil, 2022). Na tabela apresentada no documento que trata da evolução de serviços habilitados até o mês de junho de 2022, demonstra que a população de Santa Catarina estimada pelo IBGE no ano de 2021 corresponde a 7.338.473 habitantes e o número que representa a relação de CAPS por 100 mil habitantes em Santa Catarina é 1,47, o que pode ser caracterizado como uma cobertura “muito boa (acima de 0,70)” (Brasil 2015, p.11; Brasil, 2022). Por sua vez, no Distrito Federal, a população estimada é de 3.094.325 habitantes e o número que representa a relação de CAPS é 0,42, de modo que é classificado com uma “Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49)” (Brasil, 2015, p.11; Brasil, 2022).

## **5.2. Análise formal**

Foram realizadas quatro entrevistas, sendo duas com psicanalistas que atuam em consultório particular e em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os outros dois psicanalistas que atuam em consultório particular. Para preservar o sigilo dos participantes, foram criados nomes fictícios para cada um. Todas as entrevistas foram realizadas de forma remota. Para melhor elucidação, na Figura 2 apresentamos os nomes fictícios e o espaço de atuação clínica deles atualmente.

A primeira entrevista foi realizada com Caio. Ele é formado em Psicologia, atualmente está cursando mestrado e realiza atividades vinculadas a uma escola psicanalítica. Participou ao longo da sua graduação de grupos de estudos, seminários etc. com enfoque na Psicanálise. Tem experiência prévia de trabalho em policlínica e na área da assistência social

e, atualmente, trabalha em um CAPS e atende em consultório particular que estão localizados em dois municípios de Santa Catarina. Tem experiência clínica de oito anos.

A segunda entrevista foi realizada com Carlos. Ele é formado em Psicologia e entende que a sua aproximação com a Psicanálise se desenvolveu por meio do campo da Saúde Mental, participando de um projeto de extensão em Saúde Mental no período da graduação. Após a graduação, obteve experiência de trabalho em clínica privada de internação e, atualmente, atende em consultório particular e em um Centro de Convivência em Brasília. Ele tem experiência de cinco anos em consultório particular.

A terceira entrevista foi realizada com Cristina. Ela é formada em Psicologia e possui doutorado na área. Ela relata que se interessou pelo campo da Psicanálise previamente ao início do curso de Psicologia. Atualmente, ela atende em consultório particular e pesquisa em pós-graduação na área da Psicanálise, além de ser membro de uma escola psicanalítica. Ela tem experiência na clínica particular de, aproximadamente, vinte anos, e teve experiência ao longo da graduação em estágio na área da Psiquiatria em Brasília.

A quarta entrevista foi realizada com Carolina. Ela é formada em Psicologia e possui doutorado na área. Focou seus estudos na graduação com ênfase em clínica na Psicanálise. Possui experiência como docente e preceptor de diferentes programas de residência e serviços de saúde mental. Atualmente, atua em consultório particular e como servidora e preceptora de um serviço de saúde mental. Tem experiência em serviços públicos de saúde mental há cerca de quinze anos.

## **Figura 2 - Experiência clínica dos participantes**

Nome fictício	Espaço de Atuação Clínica
Caio	Servidor público de Serviço de Saúde Mental e Psicanalista em Consultório Particular em dois municípios de Santa Catarina.
Carlos	Psicanalista em Consultório Particular.

---

Cristina	Psicanalista em Consultório Particular.
Carolina	Servidora pública e Preceptora em Serviço de Saúde Mental e Psicanalista em Consultório Particular.

---

### 5.2.1. A clínica em casos de ideação suicida: um cuidado singular feito em rede

Ao longo das entrevistas, foi perguntado para os entrevistados questões acerca de como é o cuidado na ideação suicida. Apesar das especificidades das respostas de cada um, os quatro ressaltaram que se trata de uma intervenção singular, ou seja, não há uma resposta pronta em relação à atuação do profissional, variando de caso a caso.

Essa perspectiva da singularidade de cada caso pode ser observada na literatura científica, quando consideramos a complexidade do comportamento suicida. O processo de avaliação de riscos realizado pelos profissionais denota essa perspectiva singular, pois a forma como os fatores de risco e fatores de proteção interagem variam em cada caso. Outrossim, apesar dessa avaliação ser orientadora para o manejo clínico, não é uma garantia de que o ato não vai ocorrer (Brasília, 2021).

Vale destacar que essa perspectiva da singularidade do caso também aponta para uma orientação ética inaugurada pela Psicanálise, a partir da aposta da escuta do sujeito do inconsciente, rompendo com o paradigma universal da clínica tradicional da Psiquiatria, como discutido anteriormente no capítulo 3.

Desse modo, em relação ao cuidado da ideação suicida, Caio entende que alguns casos de maior desorganização psíquica podem exigir do profissional o uso de intervenções mais diretas que não são comuns no consultório particular, sempre a partir da singularidade do sujeito, e também o contato do profissional com a rede de apoio, como pode ser observado no seguinte trecho:

*[...] Então, é, eu diria que não há uma suicidologia, uma ciência do suicídio em si, mas é algo que perpassa em algum nível todos os casos clínicos. Claro que os que mantêm alguma intenção de ato ou tentativas, e aí exige manobras sempre, sempre*

*singularidades, sempre no caso a caso, mas exigem manobras, intervenções que em certos casos até mais diretas que fugiram de um suposto padrão de um consultório particular. Por exemplo, isso de, às vezes, puxar para a vida mesmo, de dar determinadas orientações mais diretas, é, de dar orientações, direções, em determinados casos, isso passa a ser necessário, né, quanto maior a... se a gente, vamos colocar um termo não da psicanálise, então, talvez não da psicologia, um termo comum, quanto maior a desorganização psíquica em que o sujeito se apresenta naquele momento, maior a necessidade de contornar pelas intervenções, ou até, pelo acionamento da sua rede de apoio (Caio, 2024, p.2).*

Essa divisão estabelecida por ele entre orientações mais diretas que fogem do modelo do consultório particular e orientações menos diretas serão discutidas na próxima seção, nos levando a interrogar sobre o lugar do analista no cuidado da ideia suicida.

Por sua vez, Carlos qualifica a clínica como “artesanal” e entende que não há uma resposta fixa em relação à forma do cuidado na ideia suicida, no entanto, ressalta a importância da escuta no atendimento dos casos, para além da utilização de técnicas específicas.

Carlos entende que a escuta evita um julgamento técnico precipitado do profissional, e somente após a escuta do sujeito que pensa em estratégias para o caso, mas não traz exemplos das estratégias. Afirma que a depender da intensidade do sofrimento, por exemplo, em casos de crise, a escuta possibilita dar contornos a esse sofrimento. Observa que, muitas vezes, em casos de demanda de pessoas suicidas, o sujeito apresenta dificuldade em direcionar o sofrimento para outro fim além de si mesmo, nas palavras de Carlos: “eu acho ou me parece que muitas vezes, o que esse perfil, digamos, do suicida, ou digamos da demanda do suicida denota é que tem uma escassez, assim, da capacidade de poder orientar esse sofrimento para outros fins que não a si mesmo” (Carlos, 2024, p.10), e o analista, escutando o sujeito, pode auxiliá-lo a encontrar uma outra forma de destino para este sofrimento.

O entendimento da demanda da pessoa suicida como um sofrimento que retorna contra si pode ser observado na literatura psicanalítica, como explicado no Capítulo 3, em que na melancolia ocorre um deslocamento do impulso agressivo orientado a um objeto para o sujeito (Pauluk; Ballão, 2019; Freud, 2010(1917[1915])). No mesmo capítulo, também discutimos que os atos autodestrutivos podem estar relacionados com a manifestação da pulsão de morte, nesse sentido, o manejo na clínica deve ser direcionado para potencializar a pulsão de vida, o que podemos interpretar como esse trabalho mencionado por Carlos a respeito de encontrar “outros fins” para o sofrimento (Cassorla, 2017). Nessa direção, o

analista estimula o desejo pelo saber, para que emergja o sujeito na situação, utilizando a palavra no lugar do ato autodestrutivo (Rigo, 2013).

Outra questão trazida por Caio é o entendimento de que o sofrimento convoca uma posição ética no sentido de um acolhimento e disponibilidade afetiva do analista para o que o sujeito apresenta, nesse sentido, esclarece ele:

*[...] Eu acho que antes é essa postura de acolhimento, né, de disponibilidade afetiva dessa reserva que a gente tem para poder suportar isso que é da ordem do insuportável e... o que eu acho que é muito, também, às vezes, pode parecer muito fácil a gente cair na tentação de querer ajudar, motivado por tipo, por uma sensação de quase que de pena, num sentido assim, da pessoa, de você dizer: nossa, como ela tá sofrendo e, tipo, não quero ver ela assim, não quero que você fique assim porque isso me provoca mal, né, isso me provoca angústia, então... É... é poder suportar mesmo a angústia do outro, né, e poder ver o que dá para fazer com isso (Carlos, 2024, p.11).*

Da mesma forma, Carolina fala de uma postura de acolhimento e escuta no cuidado de pessoas com ideação suicida. Outrossim, menciona estratégias que podem ser utilizadas a depender do caso. Quando foi questionada sobre exemplos dessas estratégias, ela citou o pacto de vida, um plano mais intensivo de tratamento no PTS, a convocação da família para estar próxima etc.

*[...] mas eu acho que a valorização da escuta e do acolhimento são as ferramentas principais. O que faz de alguma forma que essa pessoa consiga ter um espaço de acolhimento é a possibilidade de ela construir um vínculo, né, e essa porta que tem que tá sempre aberta nesses serviços. Parece que é chover no molhado, mas isso que faz toda diferença, toda. Mas você pode fazer, sempre tem estratégias pontuais, você faz contrato de vida, para alguns pacientes dá certo, para outros pacientes, você combina planos mais intensivos, aí é muito a estratégia, aí você construa de acordo com a particularidade de cada um, cada paciente, cada usuário. (Carolina, 2024, p.19)*

Ademais, assim como Carlos, ela critica essa ideia de uma estratégia específica para esse tipo de demanda, priorizando a postura de acolhimento e abertura para o vínculo, como pode ser observado no seguinte trecho:

*Eu acho que tem, algumas coisas que a gente tem que tomar cuidado, por exemplo, tem um certo, às vezes, como já teve com outras, é... um certo modismo nessa busca da especificidade, da estratégia muito específica, enquanto, eu acho e eu continuo achando que, de fato, o acolhimento bem-feito e a disponibilização e a construção do vínculo são os instrumentos mais importantes que a gente tem. De resto é um pouco de ah, de glacê do bolo, que ajuda, que enfeita, que vai mais pra esquerda, vai mais pra direita, que você vai adaptando ao momento específico daquele usuário ou aquele usuário, mas o mais importante é essa coisa que é mais estrutural que é o*

*vínculo e o acesso ao acolhimento no sentido pleno (Carolina, 2024, p.21).*

Um ponto importante a ser destacado é que a partir da escuta que conseguimos realizar uma avaliação do risco de suicídio e, segundo Lobosque (2015), esse processo envolve uma análise do contexto; história; avaliação clínica e exame do estado mental.

Outrossim, o acolhimento e o vínculo são algumas das tecnologias que compõe o cuidado no campo da saúde mental, contribuindo para um atendimento humanizado em saúde. De acordo Jorge *et al* (2011), o vínculo diz respeito a uma relação entre o profissional e a pessoa em sofrimento atendida pelo serviço, sustentada em um compromisso mútuo. A partir do vínculo, pode ser desenvolvida a interlocução entre saberes, possibilitando a construção de práticas terapêuticas apropriadas à singularidade de cada grupo ou pessoa. Já o acolhimento compreende todo o processo de cuidado do sujeito e está relacionado a um diálogo com as pessoas que vão ao CAPS, identificando as suas necessidades e procurando o encaminhamento adequado para a sua demanda, seja por exemplo, orientando o retorno ao serviço. Outrossim, para os autores, o vínculo e o acolhimento possibilitam a construção da autonomia e a responsabilização de todas as pessoas envolvidas no processo de cuidado.

Além disso, no *Manual de Orientações para o atendimento à pessoa em risco de suicídio* (Brasília, 2021), encontramos orientações para serviços da atenção secundária que foram mencionadas por Carolina, como o Projeto Terapêutico Intensivo, que consiste em aumentar a frequência da ida ao CAPS e o investimento nos fatores de proteção de forma adequada ao contexto de cada sujeito; e o “Contrato de Vida”, o qual é uma técnica em que se faz um acordo para o sujeito em sofrimento não se exterminar. Vale ressaltar que o contrato pode ser utilizado em situações em que existe um vínculo entre o profissional e o sujeito, mas não de forma generalizada. Ademais, não pode existir uma intimidação do sujeito para prestação do acordo e este não destitui o profissional dos seus deveres e de tomar outras providências em relação ao tratamento, mas pode ser útil para a pessoa em sofrimento conseguir reconhecer situações em que há uma dificuldade de seguir o acordo e indicar ao profissional que o acompanha (Brasília, 2021).

No tocante a entrevista de Cristina, ela também critica a ideia de uma generalização em relação ao cuidado do suicídio. Reconhece a importância de falar sobre o tema, entendendo que é comum tratar a pessoa suicida como um vilão, diferenciando da

forma como são tratados casos de morte assistida, por exemplo. Diferentemente dos outros participantes, não menciona outras estratégias além do remanejamento de significantes em demandas de analisante com neurose grave. No entanto, enfatiza que há uma diferença quanto a atuação em casos de analisandos neuróticos e psicóticos.

*[...] É óbvio que a gente vai ver se isso, como é esse adoecimento, qual é esse adoecimento que sugere que a vida não faz mais sentido para essa pessoa e aí a forma como eu tenho de encaminhar isso é como eu encaminharia qualquer analisante neurótico, por exemplo, porque se a gente pensar em um analisante psicótico a gente pode pensar que é um delírio “se mate”, pode ser, ali, é bem diferente o tratamento de um caso de neurose grave, mas dentro da neurose grave eu encaminharia exatamente igual eu encaminho qualquer analisante meu que chega aqui no consultório trazendo impossibilidades de vida, seja uma pessoa que fala para mim “eu não consigo me separar” né, naquele momento eu preciso escutar que aquilo é impossível para aquela pessoa dentro da cadeia simbólica dela, e ao remanejar significantes, porque é assim que eu trabalho sendo lacaniana, eu consigo de alguma forma remanejar o impossível, o lugar localizado do impossível para aquela pessoa (Cristina, 2024, p.16)*

Ademais, Cristina afirma que não atua com um “discurso positivista” (Cristina, 2024, p.16), qual seja, não atua a partir de uma perspectiva que ela identifica que pode ser qualificada como de uma “positividade tóxica”. Por exemplo, o analisando dizer que não vale a pena viver e o analista reforçar que vale sim a pena. Pontua que essa postura ignora o que o analisando fala e ela busca intervir a partir do que o analisando traz em sua narrativa. Ainda, fala da importância de um trabalho conjunto com a família em casos graves que podem exercer papéis que ela reconhece como não sendo os do analista.

A ideia de “suportar o insuportável”, mencionada por Carlos, e a recusa de um “discurso positivista”, descrita por Cristina, são pontos importantes a serem considerados no manejo de pessoas com ideação suicida. Como pontuado por Lobosque (2003), quando o profissional lida com situações de crise, em que o sujeito apresenta um sofrimento agudo, em nome do cuidado, o oferecimento da ajuda pode trazer riscos, como o de uma atuação autoritária em relação a pessoa em sofrimento, assim, o cuidado em serviços de saúde mental deve ser orientado por uma lógica que não subordina a pessoa em sofrimento, como sinalizado no Capítulo 3. Sabemos também que o tema do suicídio é atravessado por tabus e julgamentos na sociedade e o profissional não está imune do risco de praticá-los. Portanto, torna-se fundamental a atenção do clínico para que suas concepções ou ideais pessoais não sejam reproduzidos nos atendimentos, haja vista que atrapalham a construção de uma relação empática e avaliação do risco em que a pessoa em sofrimento está (Lobosque, 2015).

Adicionalmente, podemos interpretar que o tipo de conduta supracitada pode provocar, para além do risco de intensificar o sofrimento gerando sentimento de culpa em decorrência do julgamento, consistir em uma forma de dominação, em que há a imposição de um suposto “saber” do profissional sobre como o sujeito deveria agir ou sentir. Tal perspectiva é contrária à postura do analista que escuta o sujeito, intervindo orientado pelo pressuposto de que o sujeito detém um saber inconsciente (Bueno, 2016).

Ademais, podemos observar que Caio nota que a depender da particularidade do caso podem ser utilizadas intervenções específicas no cuidado da ideação suicida, inclusive, que fogem do usual do consultório particular. Do mesmo modo, Carlos e Carolina reconhecem que a depender do caso podem ser utilizadas outras intervenções, apesar de criticarem a ideia de existir uma estratégia específica para esse tipo de demanda. Por sua vez, Cristina entende que o manejo da clínica não contempla uma intervenção outra que não seja a do remanejamento de significantes em casos de neuroses graves.

Outro ponto importante de ressaltar foi que todos os participantes da entrevista ressaltaram a participação da rede de apoio, em que os quatro mencionaram o acionamento da família a depender do caso.

A orientação do acionamento à família é indicada a todos os pontos da rede de atenção à saúde, em que o profissional pode orientar sobre o cuidado com o acesso da pessoa a meios letais e sobre a disponibilidade em estar junto com ela em momentos de crise, bem como orientar sobre o suicídio e sobre evitar juízos de valor sobre a pessoa em sofrimento etc. (Brasília, 2015). Outrossim, como discutido no Capítulo 2, o isolamento social consiste em um fator de risco para o suicídio, especialmente entre adultos e pessoas idosas, dessa forma, o fortalecimento do suporte social da pessoa com ideação suicida torna-se fundamental no processo de cuidado.

Um ponto importante a ser sinalizado nesse sentido é o caso do atendimento de públicos vulneráveis, como crianças e adolescentes. Na entrevista, Caio ressalta a especificidade do atendimento deste público relacionada à questão legal de acionar os sistemas de proteção, bem como articular ações do CAPS com a escola, assistência social etc.

Outrossim, durante a entrevista, foi perguntado aos participantes quais faixas etárias eles atendiam. Caio respondeu que atende todas as faixas etárias no CAPS; Carlos atende adolescentes e adultos no consultório particular; Cristina atende adolescentes e adultos

no consultório particular e, atualmente, recebe novos analisandos adultos principalmente. Outrossim, Cristina pontua que dificilmente recebe casos graves de adolescentes, atualmente, a sua clínica está focada em um público específico de quem sabe o que é psicanálise ou quer se formar como psicanalista. Por sua vez, Carolina atende adultos no CAPS, mas tem experiência clínica com atendimento de adolescentes.

Foi perguntado a Caio sobre a especificidade do atendimento nas diferentes faixas etárias quanto ao cuidado da ideação suicida. Além de ter pontuado sobre a articulação com os sistemas de proteção, conforme explicitado anteriormente, ele relacionou com questões culturais, como pode ser observado no seguinte trecho:

*Outros casos que a gente pode colocar como diferença de faixa etária são questões da cultura mesmo, né, a gente percebe, isso são dados estatísticos né, de aumento de tentativas de suicídios em crianças e aí a gente percebe, pode colocar como um dos fatores questão de modelo de sociedade que a gente vive, efeitos de globalização, efeitos de gestão ou gestão pública neoliberal, efeitos de virtualização da vida, começou a chamar de império de imagens enfim, o que a gente sabe que há fortes elementos de que alteram a forma de constituição subjetiva, então, os mais jovens tendem a se constituir de uma forma diferente do que pessoas que nasceram em outras épocas, então isso tem diferença de quadros em que a possibilidade, ou a tendência a passar o ato, acaba sendo maior; o que alguns vão chamar de impulsividade, acaba sendo maior quanto mais jovens são esses sujeitos, tende obviamente né, porque a gente não tem como garantir uma generalização, mas a gente consegue acompanhar uma tendência de determinadas idades a serem mais suscetíveis a essa passagem ao ato, como se via anteriormente nas diferenças entre casos de psicoses e casos de neuroses (Caio, 2024, p.3).*

Caio também pontua que, como psicanalista lacaniano, mais importante do que a faixa etária, seria a leitura borromeana dos casos, realizando uma intervenção a partir dos elos entre o real, simbólico e imaginário. Por exemplo, se “vai ser uma intervenção que vai colocar mais sentido na vida dessa pessoa, dar orientações, indicar, dar consistências imaginárias para essa pessoa [...]” (Caio, 2024, p.3). Além disso, considera uma influência da faixa etária no sentido de formular uma intervenção que o sujeito tenha recursos simbólicos para conseguir compreender.

Carolina relaciona a passagem ao ato do suicídio com a fragilidade de recursos simbólicos que o adolescente possui, entendendo que eles possuem um pensamento mais concreto do que simbólico. Nesse sentido, pondera que a clínica pode auxiliar na construção de recursos simbólicos, em que o sujeito começa a realizar a articulação com as palavras, em detrimento de um ato. Na percepção dela, os recursos construídos nesta etapa da vida

contribuem para um “enraizamento” que pode servir ao longo da vida do sujeito. Para melhor elucidação, explica Cristina:

*Na adolescência, o que eu acho que você tem de mais específico, você ainda tem uma constituição simbólica muito frágil, né, tá em processo de organização, então, a passagem ao ato vem mais rápida porque você não tem esse intermediário do simbólico da palavra. Então, ao mesmo tempo que com o adolescente você tem esse processo de construção desse intermediário, como você tem muita energia, a construção desse intermediário também eu acho, é mais eficaz. Quando ela é feita, ela é mais eficiente, ela fica, ela ganha raiz mesmo ao longo da vida do sujeito, ele vai levar esse instrumento mesmo. Eu acho que isso é bem legal, eu acho que é uma clínica muito legal com adolescentes (Carolina, 2024, p.20).*

Nesse sentido, Caio e Carolina pontuam sobre uma tendência a passagem ao ato no período da adolescência, em que Caio relaciona o suicídio infantojuvenil com o que tem sido denominado na literatura como “impulsividade” e Carolina com a precariedade de recursos simbólicos no período da adolescência. Podemos relacionar a fala deles com o estudo de Lemos e Salles (2015), apresentado no Capítulo 2. Na pesquisa, os autores mencionam que existe uma menor capacidade de resolução de problemas no período relacionada ao estágio de desenvolvimento precoce do córtex cerebral. Associado a isso, as transformações da puberdade, que surgem acompanhadas de intensas emoções, podem influenciar no ato suicida.

Por sua vez, Carlos pontua que na experiência que ele teve na clínica particular de internação, trabalhou com o público adulto, mas notou com a equipe que a demanda de adolescentes procurando a clínica era cada vez maior. Pondera sobre esse crescimento da demanda com os novos tipos de adoecimentos contemporâneos, como adoecimentos de natureza narcísica, com a expansão das redes sociais e com os vícios. Compara o período da adolescência atual com o da sua própria adolescência, pontuando que hoje os adolescentes se expõem mais para os outros e observam mais os outros. Ademais, pontua que acontece uma patologização da vida e as pessoas não estão mais voltadas para o encontro com o outro contemporaneamente.

A discussão sobre a relação entre o contexto contemporâneo e os modos de adoecimento será explorada na próxima seção. Os fatores mencionados por Carlos, tais como o narcisismo no período, o uso de redes sociais e o desencontro com o outro são temas amplamente discutidos na literatura a partir de autores como Birman (2004; 2007), Fensterseifer e Werlang (2006), Barbosa, Neme e Campos (2021), entre outros. Freitas e Neves (2021) explicam que o contexto da contemporaneidade se caracteriza pela sua

efemeridade, exigência e demanda que as pessoas tenham múltiplas funções, afetando a vida psíquica dos sujeitos. Desse modo, os autores ponderam que o uso de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, tem sido um dos modos dos sujeitos lidarem com a angústia, inclusive os adolescentes, o que podemos relacionar com a fala de Carlos sobre os vícios atualmente.

Outrossim, Caio e Carolina enfatizaram uma especificidade do serviço de saúde mental em comparação com o consultório particular relacionado a essa intervenção em rede. Caio ressalta especialmente a família e a interlocução com outros serviços da rede do território, como pode ser observado no seguinte trecho:

*Bom, como eu comentei anteriormente, a principal é o que eu sempre comento com quem eu acompanho, que eu tô lá não apenas fazendo psicoterapia, enquanto psicólogo no serviço de saúde mental, mas estou como profissional de saúde, então, toda essa parte de orientação, de acionar a rede, de acionar pontos da rede, de articular com a família, isso é muito mais fácil de acontecer porque a gente tem acesso a quem é a família, a gente tem acesso pelo prontuário, é, tem acesso a equipe que acompanha a família há anos naquele território. Então, essa facilidade se tem no serviço público, então, tem essa diferença bem importante, o que a gente não tem no consultório particular, né, que acaba sendo acompanhamento individualizado e a gente acaba tendo menos acesso a toda essa rede, toda essa rede, seja de apoio, dos meios sociais que as pessoas se situam (Caio, 2024, p.4).*

Com relação ao contato com outros profissionais da rede que acompanham a família destacado por Caio, é válido destacar que nos casos de suicídio, geralmente, as pessoas conversam com familiares ou com outros tipos de serviço que não são especializados no campo da saúde mental. Estima-se que “45% das pessoas que consumaram o suicídio, especialmente as pessoas mais idosas, estiveram em contato com serviços da Atenção Primária à Saúde no mês anterior ao ato suicida, muitas vezes com queixas clínicas diversas, vagas ou inespecíficas” (Brasília 2021, p.17). Nesse sentido, o preparo dos profissionais, bem como a articulação com a rede são fundamentais para a prevenção e o cuidado integral do sujeito (Brasília, 2021).

Por sua vez, Carolina ressalta o atendimento multidisciplinar como um diferencial dos CAPS e pontua que, nos dias atuais, em sua atuação no consultório particular, busca construir uma equipe para o atendimento de casos graves, pontua ela: “(...) hoje eu até atendo pacientes mais graves no consultório, mas eu construo uma equipe para trabalhar comigo, não dá, eu acho que não dá, é uma ilusão você falar ‘eu trabalho sozinho’, entendeu, no consultório, porque é um risco para você e um risco, principalmente, para o usuário” (Carolina, 2024, p.21).

Carolina pontua que sujeitos em situação de crise demandam um espaço de acolhimento maior e, no consultório, o profissional fica limitado a oferecer poucas sessões por semana e descreve a equipe multidisciplinar como muito “rica” para construir uma parceria para essa atenção.

De acordo com Heck *et al* (2012), a atuação de uma equipe multiprofissional em situações de risco tem influenciado em uma diminuição da quantidade de mortes por suicídio, a partir do envolvimento da família e comunidade no cuidado praticado pelo serviço de saúde mental. Complementarmente, os autores ponderam que a realização de um cuidado adequado às necessidades da pessoa em sofrimento pode diminuir a necessidade de internações.

### 5.2.2 Neoliberalismo, Narcisismo e Suicídio

Os entrevistados foram questionados sobre como eles acham que os valores da contemporaneidade influenciam no problema do suicídio atualmente. Caio, Carlos e Cristina mencionaram a forma de gestão do neoliberalismo como uma das influências.

A partir da perspectiva de Carlos, o neoliberalismo está relacionado a uma forma de gestão social e econômica. Carlos compara a forma de gestão econômica atual com a do passado, afirmando que as pessoas não se rebelam mais à figura do patrão, porquanto não há mais uma clareza de quem seja, de modo que o poder está centralizado nas corporações. Ressalta também que trata de uma forma de produção que atende ao mercado e a interesses individualistas, e o indivíduo se culpabiliza pelo resultado da sua produção. Para melhor elucidação, citamos Carlos:

*O que eu acho, assim, é que a gente tá numa época é... do capitalismo neoliberal, que é um tipo de regência econômica e social, das trocas e do dinheiro. Antes você tinha a sociedade da produção, né, o sujeito burocratizado e silenciado pelas máquinas. Hoje em dia é um pouco diferente, você é um produto daquilo que você consome e daquilo que você pode produzir. Então, diferentemente da sociedade da produção, da produtividade né, em que você tinha a figura do patrão clara, ou então um estadista, ou então um imperador; ou então alguém que determinava determinadas coisas, você tinha contra quem se rebelar; sabe? Atualmente, não, atualmente é o sistema, são as corporações, né. Todas as marcas que a gente tem acesso no mercado, todas elas se resumem a quatro ou cinco grandes empresas de corpo corporativas sabe, e você não sabe quem são essas pessoas. É aquilo que aquele filósofo sul-coreano fala né, o Byung-Chul Han, você não produz mais revolucionários, você produz depressivos, porque acaba sendo, você que acaba sendo culpado pelo estado que você produziu, entende, pelo pouco que você tá*

*produzindo e tal. Então, por um lado, eu acho que tem, a gente precisa tá atento nisso que é da ordem do consumo e de como a gente produz coisas, né, porque tá tudo sendo feito em prol de uma, ah, de um mercado né, do ponto de vista de um mercado que é, em última instância, individualista. Ou seja, a gente vive em uma época que você pode ser o que você quiser e pode ser tudo, né, mas assim como eu posso ser tudo, eu posso ser nada, sabe? (Carlos, 2024, p.13)*

Outrossim, Carlos fala que vivemos em uma época que podemos ter e ser tudo, mas também ser nada. Pontua que há menos espaço para negociação, existindo uma ordem autoritária e exemplifica essa rigidez com os termos que as pessoas precisam assinar para utilizar redes sociais. Fala que há uma fragmentação do sujeito e um outro tipo de isolamento que não seria o da “massa”, citando Carlos:

*Se for para um caminho do campo psicanalítico, talvez, que isso ative defesas mais primitivas do ser humano, ou seja, a gente fica mais persecutório, a gente fica mais desmembrado, a gente fica sem núcleo de um eu mais formado, né, é... eu diria que assim, e aí o suicídio, ele vem como um sintoma disso, se eu não posso ser tudo, então não vou ser nada mesmo, sabe, é... pra que eu tá aqui já que eu sou só mais um número estatístico nisso tudo, né, tem algo que é da ordem da despersonalização é... que é curioso né, porque quanto mais as pessoas buscam identidade, mais elas parecem também se mostrar desidentificáveis, sabe, é... é diferente da daquela ideia do ser humano que se confunde com a massa, né (Carlos, 2024, p.14).*

Nesse sentido, Carlos pondera sobre a importância de um esforço democrático e político para o vínculo e a construção de laços comunitários, o que ele entende que vai na contramão dessa cisão entre o “eu e o não eu”, no sentido de um cuidado do ambiente e das diferenças entre as pessoas.

No tocante ao modelo do Neoliberalismo, Safatle (2021) descreve-o como uma “engenharia social” (Safatle, 2021, p. 18), influenciando não apenas no campo da economia, mas no campo social e psíquico. Explica o autor que, para que a lógica do empreendedorismo e da livre iniciativa fosse disseminada na sociedade, e a economia tivesse liberdade em relação a interferência política, o Estado ganhou um papel central na dissolução de conflitos na sociedade, combatendo conflitos que questionam a “gramática de regulação da vida social” (Safatle, 2021, p.18). Ou seja, desagregando movimentos coletivos que, munidos da consciência da luta de classe, enfrentam a lógica do sistema.

Mais do que isso, o intuito era apagar o conflito não apenas do campo social, mas também do campo psíquico, desse modo, foram disseminados valores sociais para subjetivar as pessoas a partir da lógica da performance. Essa dupla intervenção - social e psíquica -

estava fundamentada no entendimento dos conflitos psíquicos “como expressões de contradições no interior dos processos de socialização e individualização. Eles são as marcas das contradições imanentes à vida social” (Safatle, 2021, p. 19).

Nessa perspectiva, essa transição do sistema econômico para o capitalismo monopolista, na qual não vemos mais a figura do empresário autônomo, mas a união de grandes empresas, cartéis etc., estão relacionadas com essa mudança na esfera estatal que demanda uma grande concentração de poder neste modelo (Safatle, 2021). Dessa forma, podemos relacionar essa transição com a fala de Carlos, descrevendo o neoliberalismo como um modelo de gestão econômica e social e afirmando que há uma falta da figura de um “chefe” e de ter a quem se rebelar atualmente. Ademais, podemos relacionar a falta de rebeldia associada à intervenção estatal para a dissolução de conflitos.

Outro ponto falado por Carlos, utilizando como referência Byung Chul-Han, diz respeito à produção de sujeitos depressivos e a culpabilização das pessoas em relação ao resultado do seu trabalho. Na obra *A sociedade do cansaço*, Han (2015) afirma que houve uma transição da sociedade disciplinar para a do desempenho no século XXI. Pontua o autor que, diferentemente de uma sociedade marcada pela negatividade em que está vigente a lógica da proibição no cenário social, na qual o sujeito era caracterizado pela obediência, na sociedade do desempenho, vigora um esquema positivo de poder e a figura do sujeito do desempenho, capaz de maior produtividade e em um ritmo mais acelerado de tempo.

Outrossim, Han explica a partir do autor Ehrenberg que a depressão estaria relacionada ao “[...] imperativo de obedecer apenas a nós mesmos” (Han, 2015, p.15), em que o sujeito sofre por não conseguir essa autenticidade. No entanto, para Han, a depressão está relacionada com a precarização dos vínculos e com a “pressão de desempenho” (Han, 2015, p.15), e não com o imperativo mencionado por Ehrenberg. Desse modo, o problema da depressão não estaria relacionado a uma questão de responsabilidade sobre si, mas da cobrança. O sujeito internaliza a cobrança do desempenho e se exaure diante de uma sociedade em que não há limite. Resulta disso uma violência que o sujeito comete contra si, a depressão, “ela é de princípio um *cansaço de fazer e de poder*. A lamúria do indivíduo depressivo de que nada é impossível. Não-mais-poder-poder leva a uma auto-acusação destrutiva e uma autoagressão” (Han, 2015, p.16). Destaca o autor que a principal diferença entre os dois tipos de sociedade é que, agora, o sujeito coage a si mesmo e possui uma suposta

liberdade em relação a cobrança de um outro, todavia, tal liberdade vem acompanhada de uma forma de dominação internalizada que produz adoecimentos psíquicos no período.

Adicionalmente, como nos explica Safatle (2021), outro aspecto do Neoliberalismo foi a normalização de um “ideal empresarial de si” na sociedade, intervindo não apenas nas instituições sociais, mas nos sujeitos que têm as suas condutas e afetos governados por parâmetros mercadológicos, como por exemplo, os sujeitos avaliam a si a partir dos parâmetros de empresas. Desse modo, também podemos interpretar que esse sentimento de culpa em relação à produtividade pode estar associado a essa nova forma de governabilidade.

Com relação a fala de Carlos sobre acontecer uma procura maior das pessoas por uma identidade, mas, que, aparentemente, resulta em desidentificação, remete a ideia do “princípio imediato da obsolescência” (Fensterseifer; Werlang, 2006, p.39) e da teoria de Bauman, tratadas no Capítulo 1, sinalizando que as pessoas são exigidas na pós-modernidade a criarem identidades e, rapidamente, abandonarem, sem ter uma referência para aferrar-se. Desse modo, produzindo as sensações de solidão e vazio nas pessoas que têm que lidar com isso de forma individualizada.

Ademais, Safatle (2021) relaciona a lógica da empresa com a dissolução de laços solidários entre as pessoas, a destruição do meio ambiente, entre outras consequências. Nesse sentido, podemos relacionar isso com a fala de Carlos sobre a fragmentação entre as pessoas, existindo uma rivalidade entre um eu versus um não eu na sociedade contemporaneamente. Quanto à fala de Carlos sobre a necessidade de um esforço político para a construção de laços, cuidado do meio ambiente e das diferenças, observamos um posicionamento que, justamente, vai na contramão dessa lógica do sistema.

Do mesmo modo, Caio pontua sobre a influência do neoliberalismo para a produção de novos modos de sofrimento psíquico, piores condições de vida e no trabalho, além de uma individualização e segregação dos sujeitos. Afirma, em contrapartida a esta lógica, a importância das práticas coletivas. Para melhor elucidação, descreve Caio:

*A gente tem tido uma tendência que a gente, hoje, a gente pode chamar; até o pessoal da Usp chama de “O Neoliberalismo como uma psicologia” mesmo, porque produz formas de sofrer; enfim, modos de sofrimento, modos de gozar em que, principalmente, individualiza cada sujeito. Então a gente vê um modelo de sociedade que tende a produzir duas situações: uma é individualizar cada sujeito e a outra é segregar. Então, o mal que isso vai produzindo, além, claro, com isso,*

*produzir questões mais práticas, jornadas longas de trabalho, piores condições de vida, além de tudo isso, né, de uma desestruturação digamos de uma sociedade, ou pelo menos do Estado, que é a intenção, é, além disso, o sofrimento que aparece nessa sociedade é desmembrado enquanto Estado, é colocada de uma forma segregada e individualizada, então isso desresponsabiliza o meio pelo sofrimento e pela dor que aparece em cada um. Então, esse modelo de sociedade produz uma tremenda irresponsabilidade do meio em relação a cada sujeito e, além de se desresponsabilizar pelo que se passa em cada sujeito, ainda sim o adocece. Então, são essas duas negligências aí que acontecem e violências que esse modelo de sociedade produz para cada sujeito, **é um salve-se quem puder, sem ter a quem recorrer e sem produção de laços sociais consistentes que permitam uma localização subjetiva ou até um amparo para cada sujeito.** Claro que, por mais que se estruture dessa forma a sociedade, ou se desestrua dessa forma a sociedade, ainda sim o coletivo, as práticas coletivas ainda são possíveis e acabam sendo recurso para o sujeito se ter um lugar ao sol ainda (Caio, 2024, p.5).*

Algumas das práticas coletivas mencionadas por Caio foram a construção de grupos que fogem do padrão da sociedade, os quais podem fornecer identificações que servem como fonte de amparo para o sujeito, por exemplo, grupos no ambiente virtual, e não exclusivamente no CAPS, escola ou no mesmo território.

Diante disso, como discutido a partir de Safatle (2021), o advento do Neoliberalismo implicou em uma transformação do papel do Estado, aliado aos interesses mercadológicos e intervindo no campo social e psíquico dos sujeitos. Adicionalmente, a partir de Dardot e Laval, Oliveira (2022) discute essa transformação do Estado no Neoliberalismo. Pontua que o Estado, no modelo de mercado, produz relações de concorrência nas diferentes esferas da sociedade. Explica que essa nova organização estatal executa um desmantelamento da proteção social estatal e tal desmantelamento está relacionado ao entendimento de que esta proteção inibiria o aperfeiçoamento do indivíduo e o esforço dele em garantir a sua segurança. Resulta disso uma desresponsabilização do Estado em relação às suas funções, como por exemplo, por meio de privatizações que beneficiam empresas.

Ademais, tal como Safatle (2021), discorrendo sobre o “ideal empresarial de si”, Oliveira (2022) pontua sobre o “empreendedorismo”. Este modelo prejudica o senso de união entre as pessoas na sociedade em razão da precarização da proteção social, de modo que as pessoas começam a se perceber como inimigas. Outrossim, responsabiliza o indivíduo pelas diferentes áreas da sua vida e, tal como um gestor, ele deve controlar riscos e desenvolver suas aptidões para ganhar de seus adversários no mercado de trabalho, uma vez que os resultados de suas ações dependem dele.

Posto isso, podemos compreender que essa transformação estatal no

neoliberalismo e os impactos subjetivos, como o sofrimento psíquico associado a essa lógica competitiva, e objetivos, como o desmantelamento do sistema de proteção social, estão alinhados com a fala de Caio quanto a piora das condições de vida, da individualização do sofrimento e desresponsabilização estatal em relação aos indivíduos.

Por sua vez, Cristina relaciona o problema do suicídio com o neoliberalismo, o uso abusivo das telas, a rigidez do ideal de eu e a mudança no modo de relação entre as pessoas na sociedade, que não estão mais favoráveis ao encontro com o outro.

*Bom, eu acho que cresceu significativamente, né, esse livro<sup>5</sup> é ótimo pra isso, inclusive, que eu tô lendo, não sei se você conhece, virou um best seller que mostra como a vida no capitalismo, no aspecto neoliberal e todas essas coisas corroboram com a impossibilidade da vida. O suicídio como uma possibilidade vem em resposta a impossibilidade da vida, dificilmente há uma seleção pela morte, essa coisa de um suicídio mais romantizado, vinculado a arte, dessa sedução da morte, isso a gente encontra muito mais nas obras literárias. Na clínica, o que a gente encontra é a morte como impossibilidade da vida, e eu acho que toda a contemporaneidade tá fazendo com que a vida se torne mais difícil, o uso abusivo das telas, esse ideal do eu que tá cada vez mais cristalizado em uma referência específica e não tá tão atrelado ao encontro com o outro, a intersubjetividade, que faz com que eu penso, que você pensa, que eu paro, e aí a partir disso a gente constrói alguma coisa (Cristina, 2024, p.18).*

Cristina pontua que o uso abusivo de telas tem interferido no desenvolvimento psíquico, porquanto na contemporaneidade ocorre uma perda cultural em relação ao encontro síncrono, haja vista que as pessoas se comunicam virtualmente, ocorrendo um descompasso na comunicação. Nesse sentido, pontua que as pessoas perdem a sensação de amparo produzida a partir do encontro.

Do mesmo modo, na literatura da área, observamos que o contexto não tem beneficiado o encontro com o outro, em razão de alguns aspectos mencionados anteriormente a partir de autores como Birman (2004) e Fensterseifer e Werlang (2006), tais como o estímulo à competitividade e o narcisismo na sociedade. Ademais, como discutido no Capítulo 1, Veras (2023) discute sobre o efeito das redes sociais na busca dos sujeitos pela satisfação desenfreada, na segregação entre as pessoas em grupos no ambiente virtual e nos casos de suicídios de adolescentes, o que podemos relacionar com a problemática do uso abusivo de telas mencionada por Cristina.

---

<sup>5</sup> O título do livro é “A geração ansiosa: Como a infância hiperconectada está causando uma epidemia de transtornos mentais”, do autor Jonathan Haidt.

Outrossim, Caio e Cristina mencionam a falta de amparo no laço social atualmente, corroborada na literatura da área. De acordo com Barbosa, Campos e Neme (2021), a noção de desamparo foi trabalhada na obra do Freud, inicialmente, relacionada à condição de dependência que o sujeito tem dos cuidados maternos para a satisfação das suas necessidades básicas para a sobrevivência. O desamparo possibilita a satisfação afetiva e a constituição desejante do sujeito. Pontuam os autores que, para Fuks e Menezes, o desamparo também permite o laço social e o desejo, uma vez que o outro interpreta o endereçamento que a criança faz a ele, atribuindo sentido ao desamparo.

Do mesmo modo que o desamparo une o sujeito a um outro, também deixa ele vulnerável à resposta desse outro, ou seja, a como o outro responde a esse sinal ou até mesmo se responde. Os autores estabelecem uma relação entre o narcisismo e o desamparo na contemporaneidade. A partir de Birman pontuam que, atualmente, o sujeito está à mercê de situações inesperadas características da dinamicidade do mundo contemporâneo, sendo invadido por sensações que não conseguem simbolizar, configurando um desamparo traumático. Outrossim, o outro não é visto como seguro, mas ameaçador, de modo que o sujeito sente dor e encontra o isolamento narcísico como uma forma de se resguardar (Barbosa; Campos; Neme, 2021). Este isolamento dos sujeitos no mundo contemporâneo, pode ser observado na fala de Caio: “é um salve-se quem puder, sem ter a quem recorrer e sem produção de laços sociais consistentes que permitam uma localização subjetiva ou até um amparo para cada sujeito” (Caio, 2024, p.5). Dessa forma, depreendemos que há uma dificuldade para a formação dos laços solidários, prevalecendo o isolamento narcísico entre as pessoas.

Desse modo, relacionando com a lógica da competitividade preconizada no neoliberalismo e o narcisismo que assola as subjetividades discutidas anteriormente, observamos como esse contexto pode gerar uma dor intensa aos sujeitos e uma sensação de desamparo que não parece ter como contrapartida a relação com o outro.

Por último, Carolina associa o problema do suicídio: com a primazia de uma sociedade imagética sobre a simbólica; com a rapidez de resultados oferecidos; com a falta de espaço para frustrações e a cobrança que as pessoas têm para o êxito, de modo que isso pode prejudicar a forma de elas lidarem com situações que não dão certo.

No tocante a essa transformação para uma sociedade mais imagética do que

simbólica, como discutimos no Capítulo 1, os modos de adoecimento apontam para uma dificuldade no processo de simbolização e de uma “desnarcisação” (Birman, 2007, p.58). Com base em Birman, Barbosa, Campos e Neme (2021) pontuam que, na contemporaneidade, desenvolvem “subjetividades narcísicas”, em que a relação com o outro está pautada não para o reconhecimento da sua alteridade, mas para uma rivalidade, ele é objetificado e serve apenas para a valorização da imagem que a pessoa possui de si, tornando-se descartável logo depois.

Com relação a falta de espaço que as pessoas têm para as frustrações e a cobrança para o êxito, no Capítulo 1, discutimos a partir de Rigo (2013), como existe a cobrança para o gozo e a satisfação na sociedade capitalista, e a via do consumo aparece como uma resposta para o preenchimento da falta. Desse modo, a incapacidade do indivíduo a responder a essas demandas têm influenciado em sofrimento psíquico atualmente, de modo que o suicídio pode ser uma das saídas do sujeito em relação a angústia de não conseguir atender as demandas do Outro.

### 5.2.3 A Psicanálise o Cuidado na ideação suicida

Na seção anterior, observamos que Caio realiza uma distinção entre as “intervenções diretas” e “menos diretas” no cuidado da ideação suicida. Com relação às intervenções diretas, ele relaciona com a atuação do profissional que foge do que seria o comum no consultório particular a partir de uma orientação lacaniana psicanalítica, enquanto as menos diretas são a atuação a partir do lugar de analista. Quanto às intervenções do lugar de analista, ele exemplifica com os gestos, interpretações, cortes etc. Para melhor elucidação, Caio descreve:

*Intervenções menos diretas? Certo, é, o que a gente, o que eu entendo como intervenções mais diretas e menos diretas, eu tô colocando de um modo mais prático, no sentido em que o praticante precisa se colocar para além da sua posição enquanto psicanalista, no sentido de sair dessa posição em que ele se situa no discurso analítico pra de fato operar a partir de outros discursos, então, ele vai ocupar, por exemplo, um lugar de mestria em dizer o que a pessoa, às vezes, precisa fazer, para qual caminho, né, em barrar determinadas situações em “isso não”, “isso não vai te fazer bem”, “melhor que você não faça isso”, então, as intervenções menos diretas é você se abster desses outros lugares, outras posições que você pode assumir nesse discurso né, então, seria o padrão das interpretações lacanianas, ou seja, que seriam aí interpretações se servindo tão somente daquilo*

*que o sujeito apresenta, dos significantes que esse sujeito trouxe, então, acaba sendo muito direto, obviamente, tocando no cerne do mais íntimo desse sujeito, mas é simplesmente com aquilo que ele trouxe de elemento, não vou buscar recursos outros para inserir nessa relação transferencial, de sair da posição de analista, digamos né, para acionar um familiar, de sair da posição de analista para dizer o que seria melhor para esse sujeito ou não, que aí tá numa posição de mestria (Caio, 2024, p.4).*

Caio exemplifica uma situação recente em que foi utilizada uma intervenção direta. Relata um caso em que uma mulher apresentou sofrimento intenso, com ideação suicida e planejamento. Neste contexto, pontua que o lugar de mãe era algo organizador para ela, assim, houve o incentivo ao retorno a essa posição como mãe. Relata Caio:

*Então, por exemplo, um caso de, até recente, de que havia, a paciente estava tendo um momento de muita tristeza, de bastante, um sofrimento bem importante, bem aparente, e já com ideação suicida e planejamento, quer dizer, utilizando os termos padrões da psiquiatria e da psicologia. E tinha parado, se afastado de um lugar seu no mundo que é a maternidade e aí, uma das intervenções foi retomar isso e incentivar de fato esse retorno ao seu lugar de mãe. Isso possibilitou uma estabilização no quadro, uma reorganização e uma remissão, usando também os termos das ciências médicas, dos pensamentos suicidas que a paciente tinha. Então, uma forma que não é, não se supõe como muito comum na clínica psicanalítica, embora talvez seja, mas essas intervenções mais diretas né, de, de fato convocar para determinada condição, determinado lugar, para determinado tema inclusive, e chamar o sujeito para fortalecer justamente esses elementos que ancoram esse sujeito no mundo (Caio, 2024, p.2).*

Convém problematizar que existe uma distinção entre uma orientação que visa prevenir um risco avaliado pelo clínico e uma intervenção em que o clínico apresenta o seu ponto de vista sobre o que seria melhor para a vida do sujeito. Podemos recorrer a Resende (2015) para estabelecer essa diferença. Utilizando como referência Boff, a autora pontua que o cuidado demanda um equilíbrio no sentido de não o exercer de forma exagerada, em que “imobiliza e não *deixa ser*” (Resende, 2015, p.78). Desse modo, exige uma postura de reconhecimento dos limites do profissional para não tutelar o sujeito. Podemos interpretar que se o profissional orienta o que ele acha que seria melhor para o sujeito a partir da perspectiva dele, mesmo em nome do cuidado, tal postura pode tornar o sujeito dependente dele, impedindo que o sujeito faça decisões de forma autônoma e que façam sentido para a vida dele.

Ademais, na situação apresentada pelo Caio, embora possa ter sido organizadora para essa pessoa em particular, vale ponderar que essa convocação para um “lugar materno” pode ser um risco para outros casos, inclusive, podendo agravar o sofrimento apresentado

pelo sujeito. Socialmente, naturalizam nas mídias o papel das mulheres como mães e julgam quem não tem uma completa disponibilidade para o cuidado dos filhos. É esperado socialmente que as mulheres consigam cumprir com as diversas demandas profissionais, domésticas etc. e deixem de lado seus desejos, como bem explicado por César, Loures e Andrade (2019) a partir da autora Halasi. Adicionalmente, em outro momento da entrevista, Caio pontua sobre a relevância da distinção realizada por Lacan, no Seminário 10, acerca das noções de *Acting out* e *Passagem ao ato* para a atuação do psicanalista na clínica. Afirma que as situações em que acontece a *Passagem ao ato* podem implicar em um maior risco e dificuldade no manejo do caso, em comparação com as situações de *Acting out*. Para melhor entendimento sobre os conceitos, explica ele:

*[...] Às vezes, uma tentativa de suicídio é, busca enviar uma mensagem a alguém, a algum outro, um companheiro, uma companheira, um ex-companheiro, uma ex-companheira, uma pessoa, uma figura de autoridade do seu meio, enfim, pai, mãe, algo nesse sentido, e aí, esses casos são mais manejáveis, digamos, são mais fáceis de manejar do que os casos que rompem uma passagem ao ato que, aí, não há Outro, essa é a diferenciação que o Lacan faz. Enquanto acting out tem um endereçamento ao Outro, existe, então, esse enlace, esse laço social e que essa, por mais que haja tentativa de suicídio, está dentro de um quadro de relações, de uma estrutura de relações, enquanto a saída de cena da passagem ao ato, aí é realmente, nesse momento não há Outro, então esses casos são mais difíceis de manejar, casos em que, por exemplo, casos que não se vinculam aos profissionais que o acompanham, não tem algum ponto de amparo mais definido e corre sérios riscos mesmo de colocar fim a sua vida e, tem casos, justamente, por essa vertente que são casos em que, talvez, não teria o que fazer mesmo, né, aí cabe a humildade de cada profissional, praticante, enfim, de reconhecer que tem casos que sim, teriam sido manejáveis e houve algum insucesso, mas tem casos também que não teria, talvez, não teria o que fazer né, e aí teriam sido, como Lacan fala: o ato bem sucedido, Lacan coloca o suicídio como o único ato bem sucedido porque no ato em si, como não há sujeito, você não sabe o que vai acontecer depois né, o ato suicida é diferente dos outros porque, embora seja um ato, né, você sai de si, não há sujeito no momento, você sabe o que acontece depois, haverá um fim, enfim, só isso que eu queria acrescentar (Caio, 2024, p.6).*

De acordo com Pereira e Neves (2021), na perspectiva lacaniana, o ato vem como uma forma de separação em relação ao afeto da angústia. Pontua que a angústia não pode ser recalçada, mas sim os significantes relacionados a ela. A partir de Calazans e Bastos, os autores explicam que o que possibilita a relação com o Outro no laço social e o discurso é a falta, tanto do sujeito quanto do Outro. Nessa direção, se não há falta, aparece a angústia e, sem os contornos que possibilitam o discurso para o sujeito, acontece o ato.

Quanto à diferença entre o *Acting out* e a *Passagem ao ato*, o “*acting out*” configura-se como manifestação pulsional na qual o sujeito repete, ao invés de recordar, age

com um endereçamento, uma demanda dirigida ao Outro, que é necessário como espectador" (Pereira; Neves, 2021, p.9), nesta cena, tem uma demanda do sujeito sem que exerça uma ruptura com a relação transferencial. Podemos relacionar essa citação com a fala de Caio, explicando que há um endereçamento para o ato e ele acontece "dentro de um quadro de relações", diferentemente da *passagem ao ato*. Na experiência de sofrimento, o sujeito compõe uma cena que ameaça a sua vida, por sua vez, na *passagem ao ato*, o sujeito sai, explica o autor: "se no acting out o objeto a sobe à cena, causando perturbação e desordem, na *passagem ao ato* o sujeito subtrai-se da cena, encontra-se fora dela, totalmente identificado ao referido objeto, não havendo lugar para o jogo significante e para a interpretação [...]" (Pereira; Neves, 2021, p.9). Ainda, explica que através do ato não observamos uma historicidade e nem o desejo de saber do sujeito.

Com relação ao trecho da citação em que Caio fala que alguns casos pode ser que se não tenha o que fazer, relacionados a essa tendência a *passagem ao ato*, exemplificando situações em que há uma dificuldade na vinculação com os profissionais, nos leva a refletir sobre um ponto. O entendimento de que não há nada a ser feito somente pode ser observado a posteriori, ou seja, algo que só podemos saber depois que o ato do suicídio aconteceu. Desse modo, não se trata de entender que todos os casos poderiam ter sido evitados e também não se trata de culpabilizar "alguém" depois que o ato aconteceu, como um profissional, um familiar etc. Mas, sim, de que os esforços na clínica vão em direção do que o psicanalista Veras (2023) chamou de uma "aposta", onde apostamos, a cada vez, na possibilidade de um futuro em que a situação do sujeito possa se transformar.

Por sua vez, Cristina também está fundamentada em uma orientação lacaniana e relata que intervém no consultório com pacientes com ideação suicida do mesmo modo que encaminha outros casos de neurose grave ou sujeitos que trazem situações de impossibilidade em sua vida. Relata que a intervenção é a partir do que o sujeito traz em sua fala, com o remanejamento de significantes, buscando encontrar o lugar do impossível para a pessoa e trabalhar com isso.

Nesse sentido, podemos notar uma semelhança na fala de Cristina e de Caio quanto a compreensão do que seriam as intervenções de um "lugar de analista" que atua a partir do que o sujeito traz em seu discurso, utilizando de técnicas como a interpretação, a escansão, entre outras. No entanto, Caio cita outras formas de intervenção que ele entende que

ultrapassam o que é esperado comumente sobre a intervenção do psicanalista lacaniano.

No tocante a perspectiva dos participantes que trabalham no consultório particular sobre a contribuição da Psicanálise para o cuidado de pessoas com ideação suicida, observamos respostas divergentes entre os participantes.

Carlos entende que a contribuição da Psicanálise pode ser no contexto do consultório e no contexto grupal.<sup>6</sup> Pontua que o contexto comunitário de grupo pode ser interessante para pessoas que estão em sofrimento escutarem outras que compartilham de sofrimentos semelhantes, possibilitando “fazer algo do sofrimento circular” (Carlos, 2024, p.12). Relata também sobre a importância da escuta analítica atenta a sutilezas e qualifica como fantástico o fato de que a Psicanálise considera a dimensão subjetiva arcaica do sujeito, possibilitando a compreensão de fatores que nem sempre são da ordem do racional, mas possuem uma lógica, de modo que isso pode auxiliar o analista a se posicionar e oferecer um suporte ao sujeito. Argumenta que essa forma de tratamento não é prescritiva, em que a pessoa precisa seguir determinadas regras para melhorar, mas é construída em conjunto a partir da sua escuta e baseada em sua singularidade e que faz parte do trabalho clínico olhar e atravessar esse sofrimento. Quanto a esse trabalho clínico com o sofrimento intenso, Carlos descreve:

*Tem uma frase que é muito comum, né, no mundo da escuta desse campo assim que é “acabar com a dor, eu não quero acabar comigo ou com a vida, eu quero acabar com essa dor”, né, que essa frase é quase que um mantra assim, sempre escutei isso, mas o que que isso quer dizer, sabe? assim, a gente pode tomar isso pela via literal, de que, beleza, tem algo aí que talvez não tenha haver com... com a morte propriamente dita, mas com uma dor específica, que talvez não tenha nome ainda, que talvez não tenha lugar, que talvez ela se manifeste de uma determinada maneira que a gente não entende bem, e que isso confunde o que é da ordem da vida e da morte, sabe. É... bom, mas o que fazer com isso, né, porque é muito fácil também cair num lugar de que isso estanque um tipo de trabalho, entendeu, porque é importante atravessar isso que é da ordem do sofrimento também, entende, e, né, e atravessar, antes enfrentar, encarar ele, olhar para ele, né, é difícil isso, não é fácil, por isso que é um trabalho, por isso que é um trabalho, e... e, nesse sentido, todo aspecto clínico perpassa isso, entendeu? (Carlos, 2024, p.12)*

A pontuação de Carlos sobre a frase que é comum no campo e virou praticamente um mantra, aponta para algo importante sobre o cuidado na ideação suicida. Ele nos convida a um olhar clínico, no sentido de nos interrogar sobre a singularidade do sofrimento que o sujeito apresenta, ou seja, a vontade de “acabar com a dor” não é a mesma para todas as

---

<sup>6</sup> Carlos tem experiência de atuação em Centro de Convivência.

peessoas, essa dor vai ter um sentido diferente em cada caso.

Outrossim, a fala de Carlos quanto ao trabalho do analista, em que descreve como “não é fácil” esse processo de atravessar o sofrimento junto com o sujeito, e a fala anterior de Caio (2024, p.6) “[...] aí cabe a humildade de cada profissional, praticante, enfim, de reconhecer que tem casos que sim, teriam sido manejáveis e houve algum insucesso, mas tem casos também que não teria, talvez, não teria o que fazer”, nos faz refletir sobre a relação transferencial no cuidado de pessoas com ideação suicida.

O receio do analista em relação ao sujeito levar os seus pensamentos suicidas à concretização influencia na contratransferência. Este contexto pode levar o analista a evitar interpretações com o receio da autoagressividade interna do sujeito e do analista se identificar com o “cenário mental desértico” (Miodownik, 2019, p.72), aceitando como inevitável a situação e descuidando em relação às comunicações. Pontua que o analista pode acabar se identificando como o objeto capaz de responder às questões mais dolorosas e primitivas do sujeito, um “herói”, assim, infringindo limites do tratamento, até mesmo éticos. Ainda, pondera que a tentativa de autoextermínio do analisando pode levar a uma sensação de culpa e ao receio do analista de sofrer julgamento por outros profissionais (Miodownik, 2019).

Diante disso, interpretamos que o cuidado da ideação suicida traz alguns desafios quanto ao manejo, em relação ao analista estar disponível para suportar um sofrimento que se mostra como insuportável, como colocado anteriormente por Carlos, bem como do analista sustentar essa posição de cuidado, com atenção aos riscos que envolvem, seja da passagem ao ato do sujeito, mas também do risco de a atuação do psicanalista pender para uma “negligência” ou “heroísmo”.

Carlos fala que a demanda do suicídio exige uma atenção maior em relação ao que pode vir a se transformar em ato e quanto a informações sobre a rede de apoio do sujeito. Quanto à experiência grupal, relata que existem diferentes tipos de grupo e conta sobre uma experiência que teve com o manejo de um grupo em uma clínica de internação privada que trabalhou. O grupo era focado para pessoas internadas na clínica que já tinham realizado tentativas de suicídio. No seguinte trecho, descreve a experiência:

*A minha função muitas vezes é, a função do grupo era de receber uma determinada descarga afetiva, é um espaço em que as vezes a pessoa se permitia sol...botar um pouco as coisas para fora. É aí desses, disso tudo que a gente pode separar aqui que talvez ela possa trabalhar na terapia individual dela, entendeu, é... às vezes tinha uma função que era mais ou menos essa, o grupo, de você pode oferecer*

*um espaço em que determinados conteúdos pudessem comparecer e a partir disso o que dá para ir trabalhando. É... bom, também desconheço grupos ligados a uma atenção ou prevenção de suicídio, assim, abertos, tem um tabu envolvido nesse campo, né, tem um tabu espiritual, um tabu moral, né, tem tabu... de saúde, doença, né. A verdade é que, bom, eu acho que, por que que aquela frase do Shakespeare, né, “Ser ou não ser eis a questão”, né, em determinada instância a gente pode escolher não ser, né, e tá colocado aí, né. Então, assim, eu não tenho uma resposta clara, sabe, para isso, acho que ninguém tem, mas eu acho que a gente pode escutar; acho que isso que é importante, e acho que isso que é tão subversivo na Psicanálise também porque é uma ferramenta que tá em nós (Carlos, 2024, p.12).*

Carlos conclui pontuando sobre a especificidade da Psicanálise em relação a proposta de uma forma de cuidado e da escuta qualificada.

Por sua vez, Cristina entende a Psicanálise como uma das possibilidades de linha do tratamento no cuidado da ideação suicida que pode orientar o clínico teoricamente, na escuta e direcionando o tratamento clínico, como pode ser observado na seguinte citação:

*Eu acho que é uma linha de tratamento, assim como eu acho que não tem como a gente pensar em um caminho muito clínico de um quadro patológico que seria de uma ideação suicida sem uma linha teórica. Então, da mesma forma, você precisa ter uma linha teórica para poder pensar em uma direção da cura, então, a psicanálise é uma das linhas teóricas que te orienta teoricamente a poder pensar em um encaminhamento clínico. Eu não penso em uma supremacia da clínica, para mim, qualquer clínica tem uma supremacia teórica, a gente precisa estar orientado teoricamente para a gente poder encaminhar essa pessoa, para a gente poder discutir o caso. Se não a gente não consegue discutir o caso, a gente não consegue fazer uma supervisão, então, eu colocaria como uma possibilidade de escuta e de encaminhamento clínico, assim como, de novo, qualquer patologia, um quadro de anorexia, um quadro de depressão grave [...] dentro da neurose, eu tô dizendo, da psicose é diferente (Cristina, 2024, p.17).*

Diante disso, observamos que Carlos enfatiza a especificidade da psicanálise quanto a orientação para a escuta e na intervenção no consultório e no contexto grupal. Já Cristina também menciona a escuta que a psicanálise possibilita, no entanto, não parece identificar uma especificidade da Psicanálise quanto ao cuidado da ideação suicida, mas entendê-la como uma das linhas de tratamento.

Quanto a especificidade da Psicanálise, é válido destacar uma contribuição pontuada por Vera (2023, p.122):

*[...] Não acredite em explicações reducionistas, de que um fato único teria levado alguém ao suicídio. Nada é banal quando olhamos de perto. A clínica psicanalítica é feita da escuta do que é evidente, mas, sobretudo, da leitura do que não é evidente, do inconsciente que só pode ser lido nas entrelinhas. Respondo aos que se opõem à presença da psicanálise entre os dispositivos de prevenção do suicídio afirmando que não é possível ignorar que, na expressão do sofrimento subjetivo, sempre há*

motivações inconscientes [...].

Nesse sentido, observamos a especificidade da Psicanálise para a explicação de fatores inconscientes que não são discutidos por outras abordagens e podem auxiliar no processo de tratamento.

Ademais, observamos diferentes expectativas dos participantes em relação à atuação do psicanalista no tratamento de casos graves. Carolina fala sobre o trabalho em equipe, Caio relata sobre a articulação com a rede e sobre utilizar intervenções que não são características da posição de analista. Ainda, Carlos, que tem uma experiência no campo da saúde mental, pontua sobre o trabalho com grupos. Por sua vez, Cristina enfatiza as intervenções a partir do lugar de analista, apesar de ter mencionado o acionamento da rede familiar. Assim, nos interrogamos sobre o efeito de atuar em um espaço que escapa do *setting* tradicional para essa diferença de percepção.

O psicanalista André Green traz uma definição pertinente para entendermos as especificidades da atuação dos psicanalistas em diferentes contextos. Segundo o autor, existe o *trabalho de psicanálise*, praticado pelo psicanalista em seu consultório, que pode ser classificado em três tipos: “análise propriamente dita, análise com variações técnicas pontuais ou permanentes” (Green, 1927, p.39) e as psicoterapias. Para além disso, o autor inclui as atividades em instituições psicanalíticas e psicoterápicas que são exercidas de modo semelhante ao contexto do consultório privado. Por sua vez, o *trabalho de psicanalista* foi descrito anteriormente na Introdução e consiste no trabalho desenvolvido por um psicanalista em uma instituição que se difere do consultório particular, e ele contribui com o seu “savoir-faire e saber” (Green, 1927, p.39). Quanto aos nossos entrevistados, observamos que o trabalho de Caio e Carolina exercido nos CAPS pode ser classificado como o *trabalho de psicanalista*. Já Carlos e Cristina realizam o *trabalho de psicanálise* em seus consultórios privados.

A partir da teoria do psicanalista René Roussillon, Esposito (2022) discute sobre a ruptura do referido autor do enquadre tradicional para a proposição de uma certa maleabilidade no dispositivo clínico a depender da situação clínica, mas que mantém os fundamentos da psicanálise. Podemos refletir que as intervenções mencionadas pelos participantes demonstram essas atuações realizadas fora do referido enquadre, como por

exemplo, as intervenções realizadas no CAPS e as intervenções em grupo, por não terem um divã e participarem sujeitos com diferentes tipos de diagnósticos.

Em sua pesquisa, Esposito (2022) investigou o uso do dispositivo clínico de grupo com adolescentes que apresentam comportamento suicida ou de automutilação a partir de uma perspectiva psicanalítica. Fundamentado em Roussillon, pontua que, diferentemente do enquadre tradicional, em que se conserva uma “estabilidade no encontro clínico” (Esposito, 2022, p.87), por exemplo, com um ambiente neutro. Fora do enquadre tradicional, o desenvolvimento de uma estabilidade que promove o vínculo terapêutico acontece de forma diferente: “a estabilidade pode-se dar, em contrapartida, pela própria ação do clínico, ativamente buscando o paciente e cuidando do entorno, introduzindo um ritmo de presença e ausência em que predominam intensidades desgovernadas [...]” (Esposito, 2022, p.87). Exemplifica o autor que essa ação do clínico é importante, haja vista que, quando não há essa ação, a ausência dos participantes no grupo pode ser limitada ao entendimento de que eles estão melhor ou, para o *setting* tradicional, que eles não têm uma demanda. Em contrapartida a essa perspectiva, pondera que em alguns momentos o terapeuta e o grupo devem oferecer “ressonância e continência” (Esposito, 2022, p.87) para os impulsos afetivos intensos do sujeito, incluindo o trabalho com esses afetos no espaço do grupo e recuperando o vínculo. Nesse sentido, apesar da experiência relatada por Carlos ter sido com um grupo de adultos, podemos notar essa semelhança em relação à descrição que ele fez da sua experiência no grupo com pessoas que tinham realizado tentativas de suicídio quanto a função dele e do grupo de “receber uma determinada descarga afetiva” (Carlos, 2024, p.17).

Outro aspecto referente a essa atuação fora do enquadre tradicional diz respeito a inclusão do olhar como um aspecto que não inibe o tratamento, mas potencializa. Exemplifica Esposito (2022) que, no grupo com os adolescentes, em um determinado dia, o grupo e a equipe contaram suas impressões sobre um adolescente que, no dia, relatou estar bem, mas a forma como se sentou em um espaço diferente do usual, as roupas, entre outros aspectos, indicaram outros sinais. Nesta situação, Esposito pontua que o olhar possibilitou não apenas que o adolescente colocasse em palavras o seu sofrimento, mas auxiliou o grupo a trazer sentido para a experiência afetiva dele e transformá-la.

Ademais, um argumento que corrobora a diferença de perspectiva entre os profissionais foi observado na fala de Carolina. Na seção anterior, ela relata que atende casos

graves em consultório, mas constrói uma equipe para trabalhar com ela, entendendo que a atuação apenas no consultório é insuficiente em casos graves. Outrossim, como destacado anteriormente, foi questionado a Caio e Carolina sobre a especificidade do serviço de saúde mental em relação ao cuidado da ideação suicida e Caio relatou sobre a articulação com a rede e Carolina sobre a equipe multidisciplinar.

Nesse sentido, observamos como essa atuação em um *setting* que escapa do tradicional pode influenciar na forma de intervenção do psicanalista. Como observamos no Capítulo 3, no caso do CAPS, algumas diferenças marcantes em relação à clínica convencional são: a intervenção na comunidade; as ações articuladas com outros serviços e o cuidado compartilhado com a equipe. Se essas ações não são desenvolvidas, o serviço não cumpre o seu propósito, ou seja, perde as suas especificidades como uma clínica ampliada. Desse modo, não se trata de deslegitimar a importância da intervenção clínica do consultório, mas trazer atenção para a especificidade do cuidado que as pessoas que frequentam o CAPS necessitam. Assim, observamos que a experiência dos participantes em um serviço de saúde mental tem um impacto positivo na atuação deles no consultório, compreendendo de forma mais complexa e ampliada o cuidado na ideação suicida.

Diante disso, no cuidado da ideação suicida, a depender do risco do caso, o cuidado deve ser realizado no CAPS, de modo que a intervenção apenas no consultório pode não ser adequada às necessidades da pessoa. De acordo com fluxograma apresentado no documento *Manual de orientações para o atendimento à pessoa em risco de suicídio (Brasília, 2021)*, nas situações em que há presença de ideação suicida e a pessoa não teve tentativa recente, mas apresenta médio risco, a atenção primária à saúde (APS) deve realizar o encaminhamento para serviços especializados de saúde mental, como o CAPS. Além de realizar outras medidas, como o acionamento da família ou suporte social, orientação sobre métodos que podem oferecer risco para a pessoa, informar sobre a tentativa no prontuário do paciente, etc.

Conforme quadro apresentado no documento, adaptado de Botega, Montenegro, Tavares, Arts e Shneidman, nas situações de médio risco, a pessoa apresenta as seguintes características:

Tentativa de suicídio prévia; Ideias de suicídio persistentes e percebidas como solução; Não tem planejamento concreto ou acesso a métodos potencialmente perigosos; Apresenta mínima capacidade de planejar/esperar mudanças e tolerar

frustrações; Não apresenta impulsividade; Deseja e/ou busca tratamento; Tem rede de apoio, mesmo que limitada; Não abusa/depende de álcool ou drogas (Brasília, 2021, p.16).

Para além disso, nos resultados encontrados na pesquisa de Pereira e Rosal (2019), foi observado que o atendimento por uma equipe multidisciplinar é fundamental para as situações em que o sujeito está em crise, como uma condição para que o tratamento psicanalítico consiga ser desenvolvido. Pontuam que nem todos os sujeitos em crise necessitam de medicação, de modo que isso deve ser avaliado singularmente. Outrossim, ressaltam que, nas situações em que a pessoa está em crise, o mais prudente é realizar um atendimento emergencial e, somente após a pessoa estar em um quadro emocional mais estável, desenvolver o processo analítico. Ainda, explicam que a imersão no processo analítico se torna mais difícil em contextos de crise, portanto, a estabilização de humor e a construção do vínculo são fundamentais para que seja possível realizar a investigação de aspectos que podem ter influenciado na ideação suicida posteriormente.

### 5.3. Reinterpretação

A partir do exposto nas etapas anteriores - Análise sócio-histórica e Análise Formal - colocamos em evidência alguns elementos acerca do cuidado na ideação suicida no consultório e na clínica ampliada.

Caio, Carlos e Carolina parecem trazer uma dimensão de como essa forma de cuidado implica quem cuida. Por exemplo, quando Carolina descreve o cuidado na ideação suicida, em um momento fala “[...] mas o mais importante é essa coisa que é mais estrutural que é o vínculo e o acesso ao acolhimento no sentido pleno” (Carolina, 2024, p.21). Essa caracterização do acolhimento “no sentido pleno” nos faz refletir sobre uma posição de disponibilidade outra. No dicionário Michaelis, o significado da palavra pleno é descrito da seguinte forma: *ple.no adj (lat plenu)* 1 Cheio, completo, inteiro. 2 Perfeito, total, absoluto 3 Diz-se da sessão a que assistem todos os membros de uma assembleia, de um tribunal etc. [...] (Michaelis, 1998, p.1641)

Nesse sentido, podemos interpretar que esse sentido pleno aponta para uma

necessidade de uma disponibilidade por “inteiro” de quem cuida. Outrossim, na fala de Carlos também traz uma dimensão afetiva, como observado no seguinte trecho: “Eu acho que antes é essa postura de acolhimento, né, de disponibilidade afetiva dessa reserva que a gente tem para poder suportar isso que é da ordem do insuportável” (Carlos, 2024, p.11).

Já Caio trouxe essa dimensão da implicação não de ordem afetiva, mas técnica. Evidenciamos a diferenciação estabelecida por ele em relação às intervenções que não seriam de um lugar de analista, em que ocorre uma orientação ao sujeito, a utilização de outros “discursos” que não são os do analista.

Uma questão sobre isso é o fato de que no serviço de saúde mental, a pessoa não atua apenas como analista, mas como profissional de saúde, como bem pontuado por Caio. Desse modo, possui recursos que ultrapassam os do consultório tradicional, como discutido anteriormente sobre o acesso à rede e o trabalho em equipe.

Com relação a implicação de quem cuida de pessoas com ideação suicida, podemos pensar que isso nos leva a algumas questões. Uma primeira é de que existe o risco concreto da morte, de modo que exige uma ação do profissional da saúde de prevenção, como a orientação para retirada de meios letais e o acionamento da rede, que são indicadas em documentos da Organização Mundial da Saúde e da Secretaria de Saúde (OMS, 2000; Brasília, 2021). Em última circunstância, também deve ser encaminhado o uso de medidas involuntárias em situações de risco grave, um processo que envolve toda a equipe. Tal medida deve ser por um breve período, com uma fundamentação apresentada no prontuário e deve ser esclarecida para a pessoa em sofrimento, ainda que ela não entenda no momento (Lobosque, 2015). Desse modo, demandando ações nesse cuidado que, caso não sejam realizadas, podem ser entendidas como uma negligência. Para além disso, apontam para essa dimensão de que não há uma onipotência de um saber na clínica ampliada, seja psicanalítica ou de outros campos do conhecimento, como sinalizado anteriormente a partir de Resende (2015).

Outrossim, podemos refletir que existem possibilidades de cuidado que incluem o sujeito e estas são prioritárias, mesmo em situações de crise, de modo que as medidas involuntárias são exceção. Lobosque (2015) nos indica alguns modos de pactuação que podem ser feitos na crise, como por exemplo, pactuar com o sujeito sobre quem da sua rede de suporte chamar.

Podemos entender que a teoria psicanalítica nos fornece elementos que

possibilitam uma condução clínica que aposte na escuta do sujeito e, a partir disso, talvez, consiga oferecer condições para um desejo de saber (Veras, 2023). Em um trecho de um curso ministrado pelo psicanalista Veras, ele traz algumas pistas sobre o manejo na clínica do suicídio.

Por isso insisto: nunca encerrem uma consulta, presencial ou virtual, sem marcar um segundo tempo, que na psicanálise lacaniana chamamos de significante número dois, ou simplesmente S2. As palavras de um discurso, e Lacan foi pioneiro nessa abordagem que incluía a linguística, se ordenam por significantes, de modo que a palavra seguinte sempre ressignifica a precedente: S1, S2, S3... Ao acrescentar o S3, ele abre uma nova possibilidade de sentido sobre o S1 e o S2 que o precederam. Por exemplo: (S1) Quero, (S2) morrer, (S3) velho. Perceba que, para um jovem, o S3 é uma abertura. É preciso restaurar para o suicida um desejo de saber, uma ponte para as sessões seguintes. É um modo de quebrar a certeza de que a morte é a única solução, reintroduzindo um enigma a ser decifrado nas próximas consultas [...] E é aqui que entra **o papel do psicanalista no sentido de transformar uma desesperança em uma aposta, de que, no futuro, essa pessoa encontrará uma saída. É preciso, para isso, despertá-la da urgência do presente.** É nesse ponto que os protocolos e rotinas podem fracassar, pois sempre é preciso contar com o amor de transferência para encorajá-la a continuar (Veras, 2023, p.221).

Na fala de Veras (2023), para além da questão da escuta e da ausência de protocolos no amor transferencial, e que também foi trazida por todos os participantes da entrevista na seção anterior em relação à singularidade do cuidado, podemos observar a questão da temporalidade na clínica do suicídio que também foi discutida pelos autores Dassoler e Palombini (2022) sobre situações de crise. Os autores se baseiam em Azevedo e Ansermet e, referindo-se a potencialidade do dispositivo clínico de acolhimento, pontuam que em situações de urgência psíquica, uma intervenção analítica pode ser desenvolvida no sentido de convocar o sujeito para um tempo que não é o da pressa, mas o da pausa, sendo que um modo de produzir isso é a partir da escuta de sua fala.

Ademais, refletimos que o lugar do analista está relacionado a uma posição ética de produzir uma curiosidade e responsabilidade do sujeito quanto ao seu desejo inconsciente. Fundamentado em Jorge, Landi e Chatelard (2015) pontuam que o psicanalista busca levar o sujeito a reconhecer sua posição quanto aos significantes impostos pelo Outro, abrir possibilidades em relação ao excesso de significação e confrontar com algo da ordem do real. Discutem também que nos casos graves, o horizonte do analista é convocar o sujeito para essa simbolização, ou seja, “trata-se, nesses casos, de fazer emergir o simbólico, chamar, adotar uma posição vocativa, numa aposta de que há ainda algo a ser falado, pois o real da morte do corpo ainda não chegou, ainda que esteja à espreita” (Landi; Chatelard, 2015, p.167).

Um último ponto a ser evidenciado foi a ausência de discussões acerca da desigualdade de gênero, étnica, racial em relação ao problema do suicídio. Apesar de os participantes pontuarem sobre a desigualdade social relacionada ao modo de gestão Neoliberal, como explicitado na seção “Neoliberalismo, Narcisismo e Suicídio”, não mencionaram esses outros tipos de desigualdade. O fato de os entrevistados não mencionarem esses fatores durante a entrevista, pode indicar que eles não percebem uma relação entre o suicídio com esses outros tipos de desigualdade na clínica. No entanto, podemos observar que existe uma relação relevante demonstrada na literatura. Na etapa da pesquisa bibliográfica, observamos como o racismo, a violência relacionada ao gênero e a orientação sexual produzem intenso sofrimento psíquico e podem vulnerabilizar as pessoas ao suicídio, conforme discutido no Capítulo 2, a partir do documento *Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação (CRP DF, 2020)*; do Boletim Epidemiológico *Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021*, elaborado por Brasil (2024); dos pesquisadores Baére e Zanello (2018) e Veras (2023). Desse modo, chamamos atenção para esses fatores que são importantes de serem considerados no cuidado para a avaliação do risco.

Nesse sentido, vale destacar uma experiência pessoal da autora no campo de estágio em um CAPS, em que foi criado um grupo direcionado para o público LGBTQIA+, no qual, um dos objetivos estava relacionado à construção e fortalecimento do suporte social do público. Assim, a criação do grupo pode ser um exemplo de estratégia preventiva ao suicídio, uma vez que pode servir para o fortalecimento de vínculos, diminuição da solidão e isolamento de grupos vulneráveis que são fatores de risco para o suicídio, como destacado no Capítulo 2.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa discutiu o tema do cuidado de sujeitos com ideação suicida, trazendo articulações entre o campo da Saúde Mental e da Psicanálise. Foi desenvolvida com o intuito de entender um problema atual na sociedade, o suicídio, tendo em vista as novas dinâmicas societárias da contemporaneidade. Nesse sentido, buscamos contribuir socialmente com a produção de conhecimento sobre as possibilidades de cuidado das pessoas com ideação suicida no consultório particular e nos serviços públicos de saúde mental.

Para tanto, utilizamos a metodologia da Hermenêutica de Profundidade, uma abordagem de pesquisa qualitativa que foi selecionada devido à complexidade do tema investigado, e utilizamos dos aportes teóricos-clínicos da psicanálise para a análise das informações qualitativas, que se desdobraram das entrevistas realizadas com dois psicanalistas que atuam no consultório particular e dois psicanalistas que atuam no CAPS.

Podemos concluir que a pesquisa alcançou o objetivo geral de discutir o cuidado da ideação suicida na clínica psicanalítica e na clínica ampliada. A partir das entrevistas, observamos que o cuidado é sempre construído a partir da singularidade de cada sujeito, de modo que não existe um protocolo a ser seguido a priori com esse tipo de demanda da ideação suicida. Por outro lado, entendemos que podem ser empreendidas estratégias pelo clínico que são recomendadas por organizações internacionais de saúde e serviços de saúde nacionais, tais como: a avaliação dos riscos que a pessoa apresenta e o acionamento da rede de apoio. Especialmente nos serviços públicos de saúde mental, algumas estratégias utilizadas podem ser a intensificação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a articulação com outros serviços do território etc. (Brasília, 2015; OMS, 2000).

Desdobramos reflexões acerca do *trabalho de psicanálise*, efetuado pelo psicanalista no consultório particular, e o *trabalho de psicanalista*, realizado pelo psicanalista no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para delimitar essas práticas de cuidado (Green, 1927). Percebemos a importância de uma postura de acolhimento e do estabelecimento do vínculo para viabilizar esse cuidado. Ademais, notamos que a experiência de atuação em um serviço de saúde mental pode influenciar na prática do consultório particular, trazendo uma

flexibilidade do enquadre tradicional, como uma condição para viabilizar o trabalho analítico com casos graves, como o acionamento da rede de apoio e o trabalho em equipe (Pereira; Rosal, 2019).

Ainda, entendemos a importância de uma atenção à dimensão temporal na clínica de pessoas com ideação suicida, trabalhando para construir uma aposta em uma possibilidade de futuro (Veras, 2023). Além disso, observamos nas entrevistas, que as técnicas utilizadas no trabalho com os significantes trazidos na fala do sujeito, podem possibilitar que surja um desejo de saber, abrindo possibilidades para tornar menos rígido o lugar do impossível na vida dele.

Foi possível também investigar os aspectos sociais, culturais e políticos que envolvem o fenômeno do suicídio contemporaneamente. A partir da busca na literatura, demonstramos no Capítulo 2, como a desigualdade de gênero, de classe, etnia e racial estão relacionadas com o sofrimento psíquico. Além disso, a partir das entrevistas, entendemos como o modo de gestão neoliberal, uma sociedade mais imagética e o narcisismo contemporaneamente podem influenciar nos casos de suicídio. Também foi possível no presente trabalho explorar os conceitos da literatura psicanalítica e das ciências humanas e sociais que ajudam a compreender o fenômeno do suicídio, descrevemos no Capítulo 1 sobre o conceito de desamparo e, no Capítulo 3, sobre o luto; a pulsão de morte e a melancolia que são pertinentes para compreendermos o fenômeno do suicídio. Outrossim, na Análise Formal, a partir das entrevistas, tratamos de conceitos, tais como: Neoliberalismo; *Acting Out*; *Passagem ao Ato*; Pulsão de Morte; Melancolia e Contratransferência. Todavia, não foi possível entender de forma mais aprofundada sobre a especificidade da manifestação do fenômeno na cultura brasileira a partir da fala dos entrevistados, nesse sentido, ressaltamos a necessidade de novos estudos que explorem a temática.

A partir do exposto, reafirmamos a importância de investigar sobre a temática da ideação suicida, considerando a escassa produção acadêmica sobre este tema, como anteriormente apontado por Pereira e Rosal (2019). Destacamos a necessidade de mais estudos que explorem essa possibilidade de articulação entre a psicanálise e o campo da saúde mental no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico grave, tendo em vista as perspectivas heterogêneas entre os entrevistados acerca do “lugar do psicanalista”. Por fim, evidenciamos a necessidade de mais estudos que explorem a relação entre as categorias sociais de classe, raça

e gênero e a demanda do suicídio na clínica, considerando que há o reconhecimento dessa relação na literatura, mas não foi um tema abordado pelos entrevistados.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, F. J. O. *et al.* The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. **The Lancet Regional Health – Americas**. fev. 2024p. 100691. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100691>. Acesso em: 17 mar. 2024.
- AMARAL, M. C. M. Narrativas de reforma psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal. 2006. 204 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)-Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo, SP: Geração, 2013. 255 p. ISBN 9788581301570.
- BAÉRE, F. de; ZANELLO, V. O gênero no comportamento suicida: Uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. **Estudos de Psicologia**, v. 23, n. 2, p. 168-178, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180017>. Acesso em: 7 abr. 2024.
- BARBAGLI, M. **O suicídio no Ocidente e no Oriente**. 1. ed. São Paulo: Vozes, 2019. *E-book*. Acesso em: 11 nov. 2024.
- BARBOSA, C.G; CAMPOS, E.B.V; NEME, C.M.B. Narcisismo e desamparo: algumas considerações sobre as relações interpessoais na atualidade. **Psicol USP**. 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190014>. Acesso em: 27 out. 2024.
- BARROS, Manoel. **Memórias Inventadas: A Segunda Infância**. Editora Planeta: São Paulo. 2014.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BEZERRA, D. S.; RINALDI, D. L. A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 12, n. 2, p. 342-355, jun. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1415-47142009000200008>. Acesso em: 8 mar. 2024.
- BERTOLETE, J. M. Suicídio: território do livre-arbítrio ou da doença mental?. **Rev. Simbio-Logias**, V.6, n.8, 2013. Disponível em: [https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/suicidio\\_territorio\\_do\\_livre.pdf](https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/suicidio_territorio_do_livre.pdf). Acesso em: 20 out. 2024.
- BIRMAN, J. Excesso e ruptura de sentido na subjetividade hipermoderna. **Cad. Psicanal.**,

CPRJ, Rio de Janeiro, ano 26, n.17, p.175-195, 2004.

\_\_\_\_\_. Laços e Desenlaces na Contemporaneidade. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, 40(72): 47-62, jun. 2007.

\_\_\_\_\_, J. **O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2020. ISBN: 978-65-5802-00208.

BOTEGA, N. J. Mortalidade por suicídio: várias razões para prevenir. *Em: Os direitos humanos à prova do tempo: reflexões breves sobre o presente e o futuro da humanidade*. Néri de Barros Almeida (org.). São Paulo: Universidade Estadual de Campinas. 2021. *E-book*. ISBN 978-65-88816-08-0. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/ISBN9786588816080>. Acesso em: 20 abr. 2024.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. 2º ed. Porto Alegre: ArtMed, 2023. *E-book*. p.143. ISBN 9786558820826. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558820826/>. Acesso em: 17 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 44 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf). Acesso em: 20 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021**. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Brasília, v. 55, n.4. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf/view>. Acesso em: 17 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília: MS. 2016. *E-book* (9 p.). ISBN 978-85-334-2435-7.

Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_). Acesso em: 2 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, no 12**. Informativo eletrônico. Brasília. 2015. Acesso em: 4 nov. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no sistema único de saúde (SUS)**. Secretaria de Atenção Primária da saúde. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. ISBN 978-85-2672-6

BRASÍLIA. Manual de orientações para o atendimento à pessoa em risco de suicídio.

**Secretaria de Saúde**. Brasília, 2021. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/Manual-de-orientacoes-para-o-atendimento-a-pessoa-em-risco-de-suicidio.pdf/67c4072f-448f-d7d5-b049-73960ec1e73c?t=1648938681954>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Violência Autoprovocada no Distrito Federal: Perfil epidemiológico**, 2022. 2023. Disponível em:

[https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/BOLETIM\\_EPIDEMIOLOGICA\\_AUTOPROVOCADA\\_2023\\_revisado.pdf/cae4f406-d87c-ed5a-333b-17b6282aaf61?t=1696871694170](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/BOLETIM_EPIDEMIOLOGICA_AUTOPROVOCADA_2023_revisado.pdf/cae4f406-d87c-ed5a-333b-17b6282aaf61?t=1696871694170). Acesso em: 26 abr. 2024.

BRASÍLIA. **Estudo da Necessidade e Priorização de CAPS no DF**. Brasília. 2022.

Disponível em:

[https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Estudo\\_da\\_Necessidade\\_e\\_Priorizacao\\_de\\_CAPS\\_no\\_DF\\_\\_Versao\\_Final\\_.pdf/ee081399-067e-a12b-33a4-928eb828a6c8?t=1663176724925](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Estudo_da_Necessidade_e_Priorizacao_de_CAPS_no_DF__Versao_Final_.pdf/ee081399-067e-a12b-33a4-928eb828a6c8?t=1663176724925). Acesso em: 14 out. 2024.

BRUNHARI, M. V.; DARRIBA, V. A. O suicídio como questão: melancolia e passagem ao ato. **Psicologia Clínica**, v. 26, n. 1, p. 197-213, jun. 2014. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/s0103-56652014000100013>. Acesso em: 17 nov. 2024.

BUENO, Paulo Alberto Teixeira. **Clínica ampliada**: interlocuções entre a psicanálise e a atenção psicossocial. 2016. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, [s. l.], 2016. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/19585>. Acesso em: 26 set. 2024.

CAMPOS, G. L. Rumo a um novo modo de práticas psicossociais pós reforma psiquiátrica: uma análise da experiência de um caps II do sul de Santa Catarina. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis. 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/129585>. Acesso em: 17 nov. 2024.

CARDOSO, L. L. S.; NASCIMENTO, W. F. do. Produções bioéticas brasileiras acerca do suicídio: revisão sistemática. **Revista Bioética**, v. 31, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-803420233444pt>. Acesso em: 1 mai. 2024.

CASSORLA, R. M. S. **Suicídio Fatores inconscientes e aspectos socioculturais**: uma introdução. São Paulo: Blucher, 2017. 112 p. ISBN 978-85-212-1250-8.

CÉSAR, R.C.B; LOURES, A.F.; ANDRADE, B.B.S. A romantização da maternidade e a culpabilização da mulher. **Revista Mosaico**, 2019. p. 68-75. Disponível em: <https://192.100.251.116/index.php/RM/article/view/1956/1342>. Acesso em: 17 nov. 2024.

CLARA, C. J. da S. S. Melancolia: da antiguidade à modernidade – uma breve análise histórica. **Mental**, v. 7, n. 13, 2009. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-4427200900020007](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4427200900020007). Acesso em: 22 ago. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013. *E-book* (152 p.). ISBN 978-85-89208-70-3. Acesso em: 3 maio 2024.

\_\_\_\_\_. Prevenção ao Suicídio: desafios para a Psicologia e a saúde pública. 21 set. 2017. 1 vídeo (90 min 58 s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hDvxAtprhWA&t=44s>. Acesso em: 11 abr. 2024.

\_\_\_\_\_. **CFP participa de audiência pública sobre suicídio no Senado**. 5 set. 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-participa-de-audiencia-publica-sobre-suicidio-no-senado/>. Acesso

em: 26 abr. 2024.

\_\_\_\_\_. **A Psicologia na Prevenção ao Suicídio.** 2019a. 1 vídeo (19 min 47 s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Oh2XB3gt3oM&t=3s>. Acesso em: 11 abr. 2024.

\_\_\_\_\_. **Diálogo Digital - Vamos falar sobre suicídio?** 26 set. 2019b. 1 vídeo (73 min 32 s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qzuue4FrD44&t=1s>. Acesso em: 11 abr. 2024.

\_\_\_\_\_. **CFP chama atenção para a importância da Psicologia na prevenção ao suicídio.** 2019b. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-chama-atencao-para-a-importancia-da-psicologia-na-prevencao-ao-suicidio/>. Acesso em: 26 abr. 2024.

\_\_\_\_\_. **Prevenção ao Suicídio.** 27 set. 2023. 1 vídeo (77 min 25 s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=t2IrFLwsU-k>. Acesso em: 11 abr. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL (CRP/DF).

**Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação.**

Brasília: CRP, 2020. *E-book* (48 p.). Disponível em:

[https://conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes\\_atuacao\\_profissional.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes_atuacao_profissional.pdf). Acesso em: 12 abr. 2024.

CORRÊA, H. **Tratado de suicidologia.** Corrêa Humberto (org.). Belo Horizonte: Editora Ampla, 2022. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 05 nov. 2024.

DASSOLER, V. A.; PALOMBINI, A. de L. Atenção à crise no campo da saúde mental: O acolhimento como dispositivo clínico. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.**

Florianópolis, v.14, n.39, p.62-106, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/87sS3rNhB8BCVmfcCqgs6rR/#>. Acesso em: 3 nov. 2024.

DEMO, P. Pesquisa qualitativa: busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. **Revista**

**Latino-Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 89-104, abr. 1998. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/s0104-11691998000200013>. Acesso em: 25 mar. 2024.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa e informação qualitativa.** 1. ed. Campinas: Papyrus, 2012. *E-book*.

Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 1 maio 2024.

DUNKER, C. I. L. Clínica, Linguagem e Subjetividade. **Distúrbios da Comunicação**. v.12, p.39-61, 2001.

\_\_\_\_\_. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica**: Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume, 2011. 660 p. ISBN 978-85-391-0271-6.

ESPOSITO, B. **Um meio maleável**: aportes psicanalíticos para grupos terapêuticos de adolescentes com comportamento suicida ou de automutilação. 2022. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, University of São Paulo, São Paulo, 2022. doi:10.11606/D.47.2022.tde-03102022-104818. Acesso em: 2024-11-02.

FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B. S. G. Comportamentos autodestrutivos, subprodutos da pós-modernidade? **Psicologia Argumento**, v. 24, n. 47, 35p., 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.7213/psicolargum.v24i47.19983>. Acesso em: 17 nov. 2024.

FILHO, O. C. da S.; MINAYO, M. C. de S. Triplo tabu: sobre o suicídio na infância e na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2693-2698, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07302021>. Acesso em: 8 mar. 2024.

FOUCAULT, M. 1970 - A Loucura e a Sociedade. *Em*: **Ditos e escritos - Vol. I - Problematização do Sujeito - Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise**. *Forense Universitária*. 3º ed. 2010.

FREITAS, T. dos P.; NEVES, E. T. O suicídio no adolescer e a cena contemporânea. *Em*: LEMOS, Moisés Fernandes (org.). **Considerações sobre o suicídio no Brasil**: teoria e estudo de casos. 1. ed. Jundiaí, SP: Paco e Littera, 2021. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 05 nov. 2024.

FREUD, S. Luto e Melancolia. *Em*: **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 (1917[1915]).

\_\_\_\_\_. A Transitoriedade *Em*: **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1916].

FUZEIRA, V. Inaugurada primeira residência terapêutica do DF para pacientes psiquiátricos. **Agência Brasília**. 10 jul. 2024 Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2024/07/10/inaugurada-primeira-residencia-terapeutica->

do-df-para-pacientes-psiquiatricos/. Acesso em 17 nov. 2024.

GONÇALVES, L. R. C.; GONÇALVES, E.; JÚNIOR, L. B. O. de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia**, v. 21, n. 2, p. 281-316, ago. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-63512011000200005>. Acesso em: 17 nov. 2024.

GREEN, A. **Orientações para uma psicanálise contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Imago. 1927.

GRIGOLO, T. M. "**O Caps me deu voz, me deu escuta**": um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários. 2010. 283 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) -Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/7193>. Acesso em: 5 maio 2024.

GODOI, B. S.; GOMIDE, R. V. UMA LEITURA SOBRE O ATO SUICIDA NA CONTEMPORANEIDADE. **Psicanálise & Barroco em Revista**, [S. l.], v. 14, n. 2, 2018. DOI: 10.9789/1679-9887.2016.v14i2.%p. Disponível em: <https://seer.unirio.br/psicanalise-barroco/article/view/7298>. Acesso em: 17 nov. 2024.

HAN, B. C. H. **Sociedade do cansaço**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

HECK, R. M. *et al.* Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2012. Disponível em: Acesso em: 27 out. 2024.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, jul. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000800005>. Acesso em: 20 out. 2024.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. 243p. ISBN 9788585141219.

KUCZYNSKI, E. Suicídio na infância e adolescência. **Psicologia USP**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 246–252, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/89786>. Acesso em: 17 nov. 2024. DOI: 10.1590/0103-6564D20140005.

LANDI, E. C.; CHATELARD, D. S. O lugar do analista e a ética do desejo. **Tempo psicanal.**,

Rio de Janeiro , v. 47, n. 2, p. 156-170, dez. 2015 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382015000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382015000200011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 03 nov. 2024.

LEMOS, M. F. **Considerações sobre o suicídio no Brasil: teoria e estudo de casos**. 1. ed. Jundiaí, SP: Paco e Littera, 2021. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 31 out. 2024.

LEMOS, M. F. de L.; SALLES, A. M. B.. Algumas reflexões em torno do suicídio de crianças. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 14, n.1, 2015. Acesso em: 8 set. 2024.

LOBOSQUE, M. Risco de suicídio. Em: **Crise e Urgência em Saúde Mental: o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial**. Ministério da Saúde (4ª Ed.) – Florianópolis (SC):Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

LOBOSQUE, M. Clínica em movimento: o cotidiano de um serviço substitutivo em Saúde Mental. *Em: Loucura, ética e política: escritos militantes*. Conselho Federal de Psicologia (org.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LOUREIRO, P. R. A., MOREIRA, T. B. da S., SACHSIDA, A. Os efeitos da mídia sobre o suicídio: uma análise empírica para os estados brasileiros. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2264>. Acesso em: 27 out. 2024.

MACEDO, M. M. K.; WERLANG, B. S. G. Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 10, n. 1, p. 86-106, jun. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1516-14982007000100006>. Acesso em: 17 nov. 2024.

MAESSO, M. C. A Estratégia da Transferência na Psicanálise como Contradispositivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 36, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe12>. Acesso em: 29 abr. 2024.

MICHAELIS. **Moderno dicionário de língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

MINOIS, G. **História do suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária**. São

Paulo: Editora Unesp, 2018. 414 p. ISBN 978-85-393-0764-7.

MINAYO, M. C. de S.; CAVALCANTE, F. G. Antecipação do fim: suicídio de idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 1940, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000800001>. Acesso em: 17 nov. 2024.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS - MPDFT. MPDFT lança pesquisa sobre serviços de saúde mental no Distrito Federal. **MPDFT Notícias**. 6 dez. 2023. Disponível em: <https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/comunicacao-menu/sala-de-imprensa/noticias/noticias-2023/15454-mpdft-lanca-pesquisa-sobre-servicos-de-saude-mental-no-distrito-federal>. Acesso em: 17 nov. 2024.

MIODOWNIK, Bernard. Suicídio: uma dificuldade na psicanálise. **Rev. bras. psicanál**, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 67-81, dez. 2019. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-641X2019000400005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2019000400005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 17 nov. 2024.

NAHIME, M. C. R. *et al.* Suicídio na infância: uma revisão de literatura. **Journal Archives of Health**, [S. l.], v. 5, n. 3, 2024. Disponível em: <https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/2331>. Acesso em: 17 nov. 2024. DOI: 10.46919/archv5n3espec-638.

NASCIMENTO, A. do. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1978.

NAZÁRIO, H. R.; REINO, L. da S. S.; MANFREDINI, R. A Hermenêutica de profundidade e suas aplicações. **Linguagens - Revista de Letras, Artes e Comunicação**, v. 10, n. 2, p. 288, 16 set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.7867/1981-9943.2016v10n2p288-305>. Acesso em: 1 maio 2024.

NETTO. Capítulo I. Em: **Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Conselho Federal de Psicologia (org.). Brasília: CFP, 2013. *E-book* (152 p.). ISBN 978-85-89208-70-3. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>. Acesso em: 3 maio 2024.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial.

**Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 237-250, 27 mar. 2015.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>. Acesso em: 17 nov. 2024.

OLIVEIRA, C. da S. Neoliberalismo, sofrimento e indiferença. **Revista Katálysis**. v. 25, n. 2. p. 365-373. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2022.e82611>. Acesso em: 1 nov. 2024.

OLIVEIRA, U. P. de. **O suicídio na adolescência contemporânea**: um dizer da psicanálise e a ética da escuta. 2022. 124 p. Mestrado em Psicologia Clínica — Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2022. Disponível em:

[http://tede2.unicap.br:8080/bitstream/tede/1573/5/Ok\\_ubiratan\\_pereira\\_oliveira.pdf](http://tede2.unicap.br:8080/bitstream/tede/1573/5/Ok_ubiratan_pereira_oliveira.pdf). Acesso em: 30 abr. 2024.

OLIVEIRA, E; SZAPIRO, A. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. **Saúde em Debate**. v. 44, p. 15-20. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E302>. Acesso em: 4 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais**. Genebra: OMS. 2000. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicosgeneralistas.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2024.

\_\_\_\_\_. **Preventing Suicide: A Global Imperative**. Genebra: OMS. 2014. 92 p. ISBN 978 92 4 156477 9.

\_\_\_\_\_. **Suicide worldwide in 2019**: global health estimates. OMS: Genebra. 2021.

Disponível em:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>.

Acesso em: 10 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A prevenção ao suicídio deve ser uma prioridade**. 8 set. 2023. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/noticias/8-9-2023-prevencao-ao-suicidio-deve-ser-uma-prioridade-di-retor-da-opas>. Acesso em: 25 abr. 2024.

ORNELLAS, C. P. **O paciente excluído - história e crítica das práticas médicas de confinamento**. Rio de Janeiro: Revan, 1997. 254p. ISBN 8571061157

PAULUK, L.R; BALLÃO, C. M. A escuta psicanalítica de pacientes com discursos suicidas. *Em: Teoria psicanalítica e práticas institucionais em saúde mental*. Cléa Maria Ballão (org.). Porto Alegre: Editora Fi. 2019.

PEREIRA, K. A. S.; NEVES, A. S. Suicídio na contemporaneidade: considerações psicanalíticas. *Em: O suicídio no adolescer e a cena contemporânea*. *Em: LEMOS, Moisés Fernandes (org.). Considerações sobre o suicídio no Brasil: teoria e estudo de casos*. 1. ed. Jundiaí, SP: Paco e Littera, 2021. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 05 nov. 2024.

PEREIRA, D. de C; ROSAL, A. S. de. **Ideação Suicida**: Manejo na Clínica Psicanalítica. *Revista Leitura Flutuante, [S.I.]*, v. 11 n. 2. 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/leituraflutuante/issue/view/2356>. Acesso em: 10 abr. 2024.

PINHEIRO, I.L., PEREIRA, C. C. Q. Suicídio como sintoma social: um estudo sobre os impactos do capitalismo nas subjetividades. **Rev. Polis e Psique**, 2023; 13(2): 76-96.

Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-152X2023000200076](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2023000200076).

Acesso em: 27 out. 2024.

RESENDE, T. I. M. de. **Eis-me aqui**: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental. 2015. 423 f., il. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

RIGO, S. C. Capítulo III. *Em: Suicídio e os Desafios para a Psicologia*. Conselho Federal de Psicologia (org.). Brasília: CFP, 2013. *E-book* (152 p.). ISBN 978-85-89208-70-3. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>.

Acesso em: 3 maio 2024.

RODRIGUES, S. W. D. M. **A psicanálise na saúde mental** : há um lugar para o sujeito na reforma psiquiátrica? 2013. Universidade de Fortaleza, [s. l.], 2013. Disponível em: <http://dspace.unifor.br/handle/tede/92086>. Acesso em: 6 out. 2024.

SAFATLE, V. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In: DUNKER, C.; JUNIO, N. da S.; SAFATLE, V. *Neoliberalismo como Gestão do Sofrimento Psíquico*. Autêntica. 2021.

SANTIAGO, M. A. Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007:

um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF. 2009. 201 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) -Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

SCAVACINI, K. **O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio.** Universidade de São Paulo, [s. l.]. 2018. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-26102018-155834/>. Acesso em: 8 mai. 2024.

SCHLÖSSER, Adriano; ROSA, Gabriel Fernandes C.; MORE, Carmen Leontina Ojeda O. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 133-145, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/tp2014.1-11>. Acesso em: 17 nov. 2024.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro *et al.* Políticas de saúde mental em Santa Catarina nos anos 1970: vanguarda na psiquiatria brasileira? *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.553-570.

SEBASTIÃO, M. **Estudo aponta que taxas de suicídio e autolesões aumentam no Brasil.** Portal Fiocruz, Bahia. 20 fev. 2024. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/2024/02/estudo-aponta-que-taxas-de-suicidio-e-autolesoes-aumentam-no-brasil>. Acesso em: 23 mar. 2024.

SOARES F. C; STAHNKE D. N; LEVANDOWSKI M. L. Tendência de suicídio no Brasil de 2011 a 2020: foco especial na pandemia de covid-19. **Rev. Panam Salud Publica.** 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.212>. Acesso em: 8 maio 2024.

SOUSA, G. S. de *et al.* Revisão de literatura sobre suicídio na infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 3099-3110, set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.14582017>. Acesso em: 17 nov. 2024.

SOUSA, P. S. de M. e. **A inserção da psicanálise na saúde mental da reforma psiquiátrica brasileira: possibilidades e desafios.** 2010. 87 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultural) - Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

SOUZA, R. A. de.; ALMEIDA, K. K.; TEIXEIRA, C., C. H. C. Reflexão a respeito dos fatores de risco relacionados ao suicídio em idosos: revisão sistemática. **Rev. Bras. Psicoter.**, Porto Alegre, 21(3), 41-53, 2019. DOI: 10.5935/2318-0404.20190019. Acesso em: 8 set. 2024.

TENÓRIO, F. **A Psicanálise E A Clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. 167p. ISBN 8587184229.

\_\_\_\_\_. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-59. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702002000100003>. Acesso em: 8 maio 2024.

VENCO, S., BARRETO, M. O sentido social do suicídio no trabalho. **Rev. TST**. Brasília. v. 80, n. 1, p. 294-302. 2014. Disponível em: [https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/61186/021\\_venco.pdf?sequence=1](https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/61186/021_venco.pdf?sequence=1). Acesso em: 17 ago. 2024.

VERAS, M. **A morte de si**. São Paulo: Editora Breganrini, 2023. ISBN: 978-65-86596-21-2.

VIAPIANA, V. N. *et al.* Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 4, p. 175-186. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414>. Acesso em: 17 ago. 2024.

YAMAGUTI, B. Disponível em: Por que DF mantém leitos em hospital psiquiátrico apesar de lei pedir extinção? Fotos mostram más condições. Distrito Federal, **G1**, 8 jul. 2024.

Disponível em:

<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2024/07/08/por-que-df-mantem-leitos-em-hospital-psiquiatrico-apesar-de-lei-pedir-extincao-fotos-mostram-mas-condicoes.ghtml>. Acesso em: 17 nov. 2024.

## ANEXOS

### ANEXO A - REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISAS VIRTUAIS

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo O cuidado da ideação suicida: possibilidades de atuação na clínica psicanalítica e na clínica ampliada, desenvolvido por pesquisadores do Centro Universitário de Brasília (CEUB). O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que visa assegurar seus direitos como participante.

Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo. Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo.

A pesquisa tem como objetivo discutir o cuidado de pessoas que apresentam ideação suicida na clínica psicanalítica e na clínica ampliada; investigar os aspectos sociais, culturais e políticos que envolvem o fenômeno do suicídio contemporaneamente e explorar os conceitos da literatura psicanalítica e das ciências humanas e sociais que ajudam a compreender o fenômeno do suicídio. Você foi escolhido para participar porque é psicanalista que atua em consultório particular ou serviço público de saúde mental. Além disso, tem experiência clínica de, pelo menos, oito anos, e no cuidado de pessoas com ideação suicida de quatro anos.

Sua participação consiste em participar de uma entrevista, que terá o áudio gravado, com a pesquisadora assistente.

Este estudo possui riscos do participante entrar em contato com experiências emocionais que podem gerar sofrimento psíquico durante a entrevista e riscos inerentes às limitações do uso de tecnologias. As medidas empregadas para evitar estes riscos serão informar ao participante que ele pode interromper sua participação durante a entrevista, ou deixar de responder qualquer pergunta que lhe cause algum desconforto. Além disso, caso aconteça do participante apresentar sofrimento durante a entrevista, ele será acolhido pela pesquisadora e, caso seja identificada a necessidade, será encaminhado para serviços de saúde mental públicos da sua cidade. Outras medidas empregadas para evitar riscos serão o armazenamento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do áudio da entrevista em dispositivo

eletrônico local, visando assegurar um armazenamento seguro dos dados e preservando o sigilo e a confidencialidade dos dados dos participantes.

Com sua participação nesta pesquisa você poderá contribuir para a atuação clínica de profissionais da psicologia e psicanálise com pessoas que apresentam ideações suicidas, além de contribuir para maior conhecimento sobre o fenômeno do suicídio.

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis. Também deverá ser esclarecido quanto ao direito do participante de não responder qualquer uma das perguntas.

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. Os dados e instrumentos utilizados (por exemplo, fitas, entrevistas, questionários) ficarão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora assistente Ana Tereza Certain Simas de Paula com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma dúvida referente aos objetivos, procedimentos e métodos utilizados nesta pesquisa, entre em contato com o pesquisador responsável Tania Inessa Martins de Resende pelo telefone (61) 99977-1763 ou pelo e-mail [tania.resende@ceub.edu.br](mailto:tania.resende@ceub.edu.br), e com o pesquisador assistente Ana Tereza Certain Simas de Paula pelo telefone (61) 99972-0687 ou pelo e-mail [ana.tpaula@sempreceub.com](mailto:ana.tpaula@sempreceub.com). Também, se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (CEP-UniCEUB), que aprovou esta pesquisa, pelo telefone **3966-1511** ou pelo e-mail [cep.uniceub@uniceub.br](mailto:cep.uniceub@uniceub.br). Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Caso concorde em participar deste estudo, favor assinalar a opção a seguir

( ) Concordo em participar do estudo aqui apresentad

**ANEXO B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA  
PSICANALISTAS QUE ATUAM NO CONSULTÓRIO**

1. Como foi a sua formação acadêmica?
2. Há quanto tempo você atua na clínica psicanalítica?
3. Você realizou alguma especialização ou disciplina sobre o cuidado de sujeitos com ideação suicida no seu processo de formação?
4. Você pode me contar um pouco sobre como é o cuidado de pessoas com ideação suicida? Pode me citar exemplos?
5. Como você enxerga a contribuição da psicanálise para o cuidado de pessoas com ideação suicida?
6. Como você acha que os valores na sociedade contemporânea influenciam no problema do suicídio atualmente?

**ANEXO C - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA  
PSICANALISTAS QUE ATUAM NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL**

1. Como foi a sua formação acadêmica?
2. Há quanto tempo você atua no serviço de saúde mental?
3. Você realizou alguma especialização ou disciplina sobre a temática do cuidado de sujeitos com ideação suicida no período da sua formação como psicanalista?
4. Você pode me contar um pouco sobre como é o cuidado de pessoas com ideação suicida? Pode me citar exemplos?
5. Qual é a especificidade do cuidado de pessoas com ideação suicida no serviço de saúde mental comparativamente a atuação no consultório particular?
6. Como você acha que os valores na sociedade contemporânea influenciam no problema do suicídio atualmente?