

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a)
autor(a), o texto completo dessa
tese será disponibilizado
somente a partir de 12/06/2025.

ANAHI CANGUÇU MARFINATI

**HOJE NÃO MORRO: PACIENTES QUE TENTAM SUICÍDIO NO
CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA – REFLEXÕES
PSICANALÍTICAS**

ASSIS

2024

ANAHI CANGUÇU MARFINATI

**HOJE NÃO MORRO: PACIENTES QUE TENTAM SUICÍDIO NO
CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA – REFLEXÕES
PSICANALÍTICAS**

Tese apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras de Assis como requisito para a obtenção do título de Doutora em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Jorge Luís Ferreira Abrão

ASSIS

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ana Cláudia Inocente Garcia - CRB 8/6887

M326h Marfinati, Anahi Canguçu
Hoje não morro : pacientes que tentam suicídio no
contexto da saúde pública, reflexões psicanalíticas / Anahi
Canguçu Marfinati. — Assis, 2024
156 f. : il.

Tese de Doutorado - Universidade Estadual Paulista
(UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Prof. Dr. Jorge Luís Ferreira Abrão

1. Suicídio. 2. Psicanálise. 3. Saúde pública. 4. Pronto-
Socorro. 5. Emergências médicas. I. Título.

CDD 616.8582



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE ANAHI CANGUÇU MARFINATI, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS - CÂMPUS DE ASSIS.

Aos 12 dias do mês de dezembro do ano de 2023, às 09:00 horas, no(a) Sala de Defesas da Pós-graduação e Sala Virtual: meet.google.com/ntr-vzmt-dsd, realizou-se a defesa de

TESE DE DOUTORADO de ANAHI CANGUÇU MARFINATI, intitulada **HOJE NÃO MORRO:**

PACIENTES QUE TENTAM SUICÍDIO NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA -

REFLEXÕES PSICANALÍTICAS. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes

membros: Prof. Dr. JORGE LUÍS FERREIRA ABRÃO (Orientador(a) - Participação Presencial)

do(a) Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/FCL - Assis/SP, Profa. Dra. MARIELE

RODRIGUES CORREA (Participação Presencial) do(a) Departamento de Psicologia Social /

UNESP/FCL - Assis/SP, Profa. Dra. THÁSSIA SOUZA EMÍDIO (Participação Presencial) do(a)

Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/FCL - Assis/SP, Prof. Dr. MARCOS PAULO

SHIOZAKI (Participação Presencial) do(a) Departamento de Psicologia / UEM/Maringá, Prof.

Dr. EDSON CAMPOS FURTADO (Participação Virtual) do(a) UFF/Niterói. Após a exposição

pela doutoranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram

do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: *aprovada*

_____. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi

assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Prof. Dr. JORGE LUÍS FERREIRA ABRÃO



À minha filha e minha mãe –
meninas-mulheres que me ensinam diariamente

AGRADECIMENTOS

Uma tese, um estudo, uma reflexão, um diálogo nunca é um trabalho sozinho.

A escrita, embora feita e sustentada na solidão dos pensamentos, está sempre povoada por aqueles que nos sustentam, admiram, discordam, provocam e inspiram.

Nesses anos de escrita, atendimentos, leituras e aulas, fui privilegiada. No caminho encontrei parcerias que me permitiram apresentar algumas considerações acerca do estudo do suicídio, permeado por atravessamentos diversos (emocionais, sociais, políticos, técnicos, entre outros).

No cotidiano de trabalho no hospital, aprendo diariamente com uma equipe multiprofissional de excelência e, por sorte, temos uma amizade, sem a qual dificilmente este trabalho teria sido concluído. À fonoaudióloga Aline, ao enfermeiro Magdiel e às fisioterapeutas Cristiane, Gina, Márcia e Karine, agradeço pelo apoio, por representarem a profissão com empenho, por auxiliarem na paramentação durante todo o período crítico da pandemia do Coronavírus (COVID- 19), na sinalização dos casos que foram incluídos na pesquisa e pela confiança.

Aos terapeutas ocupacionais Pamela e Aryel, agradeço pelo apoio logístico, artístico e pelos olhares sensíveis. Às parceiras do serviço social, Kelly e Nathaly, também agradeço por somarem na luta pela efetivação dos direitos de nossos pacientes e pelo apoio nos atendimentos compartilhados. Ao psicólogo André, agradeço pelas contribuições nas discussões de caso, e à psicóloga Luci, pelo incentivo nos momentos difíceis, pela atuação conjunta no Pronto-Socorro e inúmeros auxílios que repercutiram diretamente no desenvolvimento deste estudo.

Agradeço aos integrantes do Núcleo de Prevenção à Violência (NPV), do hospital e da região da Penha (São Paulo), pelas discussões, contribuições nas construções de fluxos e compartilhamento de casos, colaborando para a atenção e qualificação da assistência a todas as vítimas de violências.

Aos gestores, Dr. Wagner e Adriana, agradeço por permitirem a efetivação desta pesquisa na instituição e pelo apoio à ciência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Igualmente, agradeço à Secretaria de Saúde do Município de São Paulo pela autorização e viabilização deste trabalho.

O cuidado integrado é extremamente fundamental quando pensamos na continuidade do acompanhamento daqueles pacientes em sofrimento. Assim, contar com

profissionais qualificados nos serviços de Atenção Psicossocial torna-se pedra angular de nossa atuação. Agradeço, como representante da rede, ao psicólogo Angelo, sua dedicação e competência inspiraram muitas das ideias elaboradas, do mesmo modo, o incentivo nos momentos de dificuldade na escrita foram imprescindíveis para a finalização dessa pesquisa.

No âmbito acadêmico, registro a relevância da Universidade Estadual Paulista no decurso de minha formação enquanto psicóloga e incansável estudante. Agradeço ao professor, orientador e amigo Dr. Jorge Luís Ferreira Abrão, pela confiança e apoio que possibilitaram que eu desbravasse na exploração do tema sob uma perspectiva metodológica e teórica até então desconhecida para mim, abrindo olhares diversos enquanto pesquisadora, trabalhadora da saúde pública e eterna curiosa acerca das questões envolvidas no sofrimento humano – do qual também padeço.

Na banca de qualificação, fui notadamente contemplada com frutíferas contribuições dos professores Marcos Shiozaki e Silvio Yasui, cujos pensamentos, sugestões de autores e reflexões permitiram que me apropriasse com mais segurança do processo de criação desse trabalho.

Agradeço também às minhas colegas de aulas, almoços, risadas e aflições, Carolina e Ruth. A pós-graduação me apresentou com amigas e pensadoras admiráveis. À Vivi Prestes sou grata pelas discussões, incentivo e palpites, e à Caroline Polizeli assinalo meus agradecimentos pelas insistentes discussões dos casos, pelas divergências que me permitiram repensar continuamente os desafios técnicos e teóricos da tese e pela paciência ao longo de todo o doutorado.

Quando me propus a atuar diretamente na assistência àqueles que tentam suicídio e à investigação desse tema sob uma perspectiva psicanalítica, fui levada a acessar meus próprios conteúdos internos: angústias, desejos, medos, vivacidades. Nesse trajeto, em permanente construção e desconstrução, agradeço à analista que tem me acompanhado.

À minha mãe e irmãs, meus agradecimentos pelo apoio, compreensão e auxílio no dia a dia. A determinação e a sensibilidade inspiram e somam forças, principalmente naqueles momentos turbulentos em que duvidamos de nossas próprias potencialidades frente aos desafios.

Agradeço igualmente à minha filha, Naomi, por suportar minhas ausências na confiança de que retornaria, pelo sorriso alegre, vivacidade e espontaneidade que sempre me impulsionaram a continuar. Agradeço também pela paciência, que às vezes nos faltou na difícil tarefa de conciliar maternidade *sozinha*, trabalho e pesquisa. Menina-tubarão,

obrigada por acompanhar essa etapa de estudos com grande entusiasmo, orgulho estampado e, principalmente, pela certeza que sempre me trouxe de que finalizaríamos mais essa etapa de nossas vidas.

A Deus e aos guias espirituais pela oportunidade de estar viva e compartilhar as reflexões propostas.

Finalmente, agradeço aos pacientes que dividiram comigo suas histórias, pela disponibilidade e aprendizagens conjuntas.

*Se eu conversasse com Deus
Iria lhe perguntar:
Por que é que sofremos tanto
Quando viemos pra cá?
Que dívida é essa
Que a gente tem que morrer pra pagar?
Perguntaria também
Como é que ele é feito
Que não dorme, que não come
E assim vive satisfeito.
Por que foi que ele não fez
A gente do mesmo jeito?
Por que existem uns felizes
E outros que sofrem tanto?
Nascemos do mesmo jeito,
Moramos no mesmo canto.
Quem foi temperar o choro
E acabou salgando o pranto?
[Leandro Gomes de Barros]*

RESUMO

A clínica do suicídio suscita no profissional, independentemente se inserido em um contexto clínico ou institucional, reflexões que dizem respeito não simplesmente à sua prática profissional e à ética que o orienta, mas também acerca dos sentimentos do seu próprio estado de desamparo e do seu desejo de vida. A presente pesquisa busca abordar o tema do suicídio por meio de discussões permeadas pelo referencial psicanalítico, advindas das reverberações e ressonâncias do interjogo subjetivo entre o paciente, que é atendido após uma tentativa de suicídio, e a pesquisadora, que atua como psicóloga há cerca de dez anos no hospital localizado na cidade de São Paulo, onde decorre esse estudo. Assim, a partir de treze atendimentos, destaca-se a experiência sensível desses encontros: são apresentados os pensamentos, sentimentos, manifestações corporais e as implicações da técnica decorrentes do manejo com esse público após seu atendimento no Pronto-Socorro. Acredita-se, portanto, que por meio da escuta daqueles cujo suicídio não foi consumado pode-se avançar nesse campo, dominado, massivamente, por um discurso médico e psiquiátrico, reverberando, por conseguinte, em políticas públicas que não necessariamente representam o sofrimento desses sujeitos. O material é organizado em quatro subtítulos, pensados a partir das mobilizações que se sobressaíram: no primeiro são abordados aqueles casos cuja comunicação se endereça como um pedido por auxílio, uma tentativa de continuar vivendo; na segunda seção são abordados os emaranhados da transferência – contratransferência nos estados de desesperança e enlouquecimento no terceiro analítico; na sequência, são destacados os atendimentos aos pacientes historicizados por episódios de violências, traumas e dor; e por fim, são retratadas as vicissitudes no que tange à triangularidade, ou seja, os desafios imbrincados na tentativa de manter a qualquer custo a dualidade com o objeto. Nas discussões, busca-se primeiramente refletir acerca de problemáticas institucionais como, por exemplo, as dificuldades nos fluxos e encaminhamentos dos casos coletados durante a pandemia do Coronavírus. As implicações técnicas no manejo com esses pacientes são ilustradas na sequência, com destaque para a abordagem com aqueles que operam em estados primitivos da mente, comunicando-se predominantemente via identificação projetiva. Nessas situações, frisa-se a importância de transitar entre os espaços de enlouquecimento e sanidade, além de conseguir sustentar um estado de tensão dialética – vida e morte, bom e mau, saber e desconhecer, amar e odiar, perder-se e reencontrar-se. Por fim, em vias de conclusão, aponta-se que para além do manejo técnico, o analista precisa estar envolto a uma ética para o contemporâneo que se entrelaça com a ética da clínica psicanalítica; nesse sentido, a urgência de um esforço coletivo em detrimento de um esforço individual firma-se como uma luta necessária para que o sofrimento psíquico dos pacientes encontre ressonâncias.

Palavras-chave: Tentativas de suicídio; Psicanálise; Pronto-Socorro; Saúde Pública, COVID-19.

ABSTRACT

The suicide clinic raises in the professional, regardless if he is inserted in a clinical or institutional context, reflections that concern not simply to his professional practice and the ethics that guides him, but also about the feelings of his own state of helplessness and his desire for life. This research seeks to address the topic of suicide through discussions permeated by the psychoanalytic framework, arising from the reverberations and resonances of the subjective interplay between the patient, who is attended after a suicide attempt, and the researcher, who has been a psychologist for about ten years at the hospital located in the city of São Paulo, where this study takes place. Thus, from thirteen visits, the sensitive experience of these meetings is highlighted: the thoughts, the feelings, the body manifestations and the implications of the technique resulting from the management with this public after their attendance in the Emergency Room. It is believed, therefore, that by listening to those whose suicide was not consummated, one can advance in this field, massively dominated by a medical and psychiatric discourse, reverberating, therefore, policies that do not necessarily represent the suffering of these persons. The material is organized in four subtitles, thought from the mobilizations that stood out. In the first one, the communication is addressed as a request for assistance, an attempt to continue living; in the second section are addressed the entanglements of transference - countertransference in the states of hopelessness and madness in the analytic third; in the sequence, is highlighted the care with patients historicized by episodes of violence, trauma and pain. Finally, the vicissitudes related to triangularity are portrayed, that is, the intrinsic challenges to the attempt to maintain duality with the object at any cost. In the discussions, we first seek to reflect on institutional problems, such as the difficulties in the flows and referrals of cases collected during the Coronavirus pandemic. The technical implications in the management with these patients are illustrated in the sequence, highlighting the approach with those who operate in primitive states of mind, communicating predominantly via projective identification. In these situations, the importance of transiting between the spaces of madness and sanity is emphasized, as well as being able to sustain a state of dialectical tension - life and death, good and bad, knowing and not knowing, loving and hating, losing and finding each other again. Finally, in the process of conclusion, it is pointed out that in addition to technical management, the analyst must be involved in an ethics for the contemporary that is intertwined with the ethics of the psychoanalytic clinic. In this sense, the urgency of a collective effort at the expense of an individual effort is established as a necessary struggle for the psychic suffering of patients to find resonances.

Keywords: Suicide attempts; Psychoanalysis; Emergency-Room; Public Health, COVID-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Carta aberta à equipe	18
Figura 2 - Sentimentos vivenciados na Covid-19 - Fisioterapeuta.....	20
Figura 3 - Relato da vivência durante a pandemia - Terapeuta Ocupacional.....	19
Figura 4 - Relato do Diretor do Hospital acerca da pandemia de Covid-19	20
Figura 5 - Representação dos sentimentos durante a pandemia - Fonoaudióloga.....	24
Figura 6 - Relato da vivência durante a pandemia - Psicóloga	25
Figura 7 - Frase sobre a vivência na Covid-19 - Fisioterapeuta.....	26
Figura 8 - Fluxograma sobre o trabalho na Covid-19 – Fisioterapeuta.....	27
Figura 9 - Relato da vivência durante a pandemia - Fisioterapeuta	28
Figura 10 - Poesia: A vivência na pandemia - Assistente Social	29
Figura 11 - Relato da vivência durante a Covid-19 - Assistente Social.....	32
Figura 12 - Relato da vivência durante a pandemia - Enfermeiro.....	33
Figura 13 - Relato da vivência durante a pandemia - Apoio Administrativo.....	35
Figura 14 - Profissional na pandemia da Covid-19 - Terapeuta Ocupacional.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Violência autoprovocada – tentativas de suicídio – notificadas pela Unidade de Vigilância e Saúde (UVIS) da Penha - SP.....	46
Tabela 2 - Violência autoprovocada – tentativas de suicídio – notificadas pelo Hospital Municipal Alexandre Zaio.....	46
Tabela 3 - Principais disposições (Documentos, Leis, Portarias) que abordam às violências autoinfligidas elaboradas no âmbito Federal e Municipal.....	53
Quadro 1 – Principais fantasias suicidas	76

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
COVID-19 – Corona Virus Disease (Doença do Coronavírus)
COVISA - Coordenadoria de Vigilância em Saúde
LC – Linha de Cuidado
NPV - Núcleos de Prevenção de Violência
OMS – Organização Mundial de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UVIS – Unidade de Vigilância e Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	35
CAPÍTULO 1. SUICÍDIO E SUA INTERFACE NA SAÚDE PÚBLICA:	
PANORAMA, DESAFIOS E REFLEXÕES.....	40
1.1. Aspectos epidemiológicos dos suicídios	40
1.2. As tentativas de suicídio e as políticas públicas brasileiras.....	48
1.3. Suicídios: Questão de saúde pública ou da saúde?.....	55
CAPÍTULO 2. PENSANDO O SUICÍDIO A PARTIR DA(S) PSICANÁLISE(S)..	59
2.1. Humano... Demasiadamente humano: contribuições de autores contemporâneos para o tema do suicídio no contexto brasileiro	71
CAPÍTULO 3. A PESQUISA E SEUS PRESSUPOSTOS: PERSPECTIVAS	
METODOLÓGICAS E ÉTICAS.....	88
3.1. Das possibilidades do estudo acadêmico em psicanálise como método e prática clínica em instituições de saúde.....	88
3.2. A idiossincrasia da tese: participantes, procedimentos e aspectos éticos.....	93
3.2.1. Local de Pesquisa, Participantes e Instrumentos.....	93
3.2.2. Aspectos Éticos.....	95
CAPÍTULO 4. TENTAMOS VIVER: HOJE NÃO MORRO.....	97
4.1. Tem alguém aí? Ensina-me a viver: ajudamo-nos.....	98
4.2. Transferência/contratransferência e seus emaranhados: sobrevivendo aos estados de enlouquecimento e desesperança.....	104
4.3. Violência, trauma e dor: cuidamo-nos	117
4.4. A triangularidade e suas vicissitudes: Se você for, fico no caminho.....	128
DISCUSSÕES.....	134
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	144
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	155
ANEXO – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA – SINAN.....	156

PRÓLOGO

PANDEMIA DO CORONAVÍRUS - 2019

ESTAMOS NO *FRONT*: A PESQUISA, O TRABALHO EM EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR, NOSSAS PERDAS – RECOMEÇAMOS. RESISTIMOS.

Março, 2020. Ouvíamos, sem entender a dimensão do problema, sobre a chegada de um vírus, com alto poder de contaminação. Emergido no final do ano de 2019 em Wuhan, Província de Hubei, na China, o Coronavírus (COVID-19) logo se disseminou por todos os continentes, aumentando exponencialmente o número de infectados e ocasionando milhares de mortes no mundo. (ISER et al., 2020).

Em um curto período de tempo, os hospitais receberam os primeiros casos de pacientes infectados, ocasionando uma série de modificações nos protocolos e fluxos de atendimentos. Sintomas evidentes relacionados à síndrome respiratória aguda grave nos espantavam. Estávamos assustados diante de uma doença ainda desconhecida, e carregávamos o estigma pela nossa atuação com as pessoas contaminadas pelo COVID-19.

Outubro, 2023. Decido escrever algumas considerações sobre o período vivido até então. Por onde começo? As memórias do que vivemos individualmente e enquanto equipe se misturam. As lembranças sobrevivem em retalhos: as inúmeras despedidas que acompanhamos, o afastamento dos nossos colegas de trabalho, a falta de equipamento tecnológico para possibilitar que nossos pacientes contatassem suas famílias e nossas tentativas para dirimir o problema: – *encapa o celular, paramenta, vai ao paciente, está sem áudio. E agora?* Estávamos sozinhos, as diferenças estruturais, de tratamento e de possibilidades entre os serviços de referências e o nosso, enquanto um hospital público periférico, estavam escancaradas.

A situação era crítica: adia férias, feriado, todos sobrecarregados. Primeira onda de contaminação. Sobrevivemos. Segunda onda. Muitas mortes. Entorpecidos por notícias difíceis.

- *Vamos almoçar?*

- *Paramentei errado... Acho que vou morrer.*

- *Libera a visita, doutor?*

- *Tem vacina! Que dia? Vamos viver, vamos viver!*

Dia após dia, meio acostumados, anestesiados, seguíamos em frente. Cada dia um enlouquece. Está tudo bem. Recomeçamos.

A pesquisa? Sonhada no ano de 2019 já não sabia se meus planos se concluiriam. No período crítico da pandemia, os pacientes que entravam quase diariamente no Pronto-Socorro após uma tentativa de suicídio não chegavam mais até o nosso serviço. Faço uma pesquisa teórica? Mudo de tema? Cansaço, palavra repetida. Decido esperar.

Gradativamente os casos que ora se inserem na pesquisa também foram aparecendo. E eis que eram muitos. Um sofrimento também permeado pelas contingências envoltas pela pandemia. Com a mudança dos fluxos dos sistemas de saúde, muitos pacientes atravessados e impactados em sua saúde mental ficaram desassistidos, e agora também preciso estar às voltas de pensar em estratégias para enfrentar essa questão.

Nesses momentos, de trabalho, estudos, perdas e recomeços durante o período da pandemia, jamais estive sozinha. A essa altura é fácil notar que essa pesquisa de doutorado não se configura como unicamente minha. Ela também é fruto do apoio do trabalho em equipe que tenho a sorte de vivenciar no dia a dia e que se constituiu como uma potente rede de apoio. Amizades que me ajudaram na sinalização e discussão dos casos, no incentivo para que tivesse fôlego para concluir, na compreensão das minhas ausências e na confiança de que esse recorte também representa o esforço conjunto de todos aqueles que se dedicam à pesquisa e ao SUS.

A seguir, apresento algumas memórias, minhas e da equipe, sobre a pandemia, expressas de variadas formas, no modo como cada um se sentiu mais à vontade: relatos, poesias, imagens, testemunhos e desenhos.

Não foi fácil coletar o material a seguir. O período em que vivemos, o terror de lidar com a ameaça constante da morte, as despedidas, a sobrecarga emocional e de trabalho deixaram uma marca em nossas histórias. É complexo recontar esse período.

Optei por deixar a versão em manuscrito, pois assim acredito que o leitor pode testemunhar e partilhar conosco desse momento, de nossas dores, das potências do trabalho, da força do encontro e das amizades. Afinal, estamos vivos.

Hoje, mais do que nunca, não morremos.

Figura 1 - Carta aberta à equipe

meus amores, vocês caíram
Enlacei meus sapatos, fiquei de mansinho e dei nas lágrimas
no colchão.
meus amigos, vocês têm chorado.
nossos tropeços, já quase que esqueço, e de vitórias também
temos tentado.
Todos os dias.
Atropelamos nossos sonhos, revisitamos nossos traumas e
quase amordaçados conectamos.
Na mão que pua, mas não escapa.
Do abraço que exonega, mas não desata
Jornos contrapontos, dissidências.
minhas simas, vocês têm se dissolvido.
nessa guerra imissível, quem é o inimigo?
Tateamos flores, espinhamos tristezas e - veja,
o que temos feitos de nós?
Do amor que tanto reza
Do aroma tranquilizante
Alecrim e lavanda.
Nossas almas, agora acalmam
Da nossa loucura cotidiana, não temos medo
é o que nos salva.
Do escárnio, da hipocrisia, do bem querer dos que nos matam.
Com flores brancas.
meus amores, temos sobrevivido
Enlacamos carinhos, ficamos coladinhos e fitamos nossas
apostas em flutuações.
nos mares de uma vida ondulada nossos pés se encostam
e nos distorciados mais sobrepontos não desviaremos do
fim.

minha amiga, você tem partido
se sobrisito, se fico à espreita, é porque luto também.
No mundo antagônico,
o amor mais bonito ninguém tira de nós.

Onaivi L. Marfinski
2023

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 2 - Sentimentos vivenciados na Covid-19 - Fisioterapeuta

superação, garra, trabalho em equipe, afetos, verdades, vida, revelações, vitórias, solidão, união, aprendizado, resiliência, apoio, amigos, vizinhos, sobrevivência, instabilidade, mudanças, prioridades, amor próprio, oportunidade, realizações, sinceridade, planejamento, estratégia, salvar vidas e CORAGEM.

EQUIPE MULTI



medo, isolamento, distanciamento, morte, corações partidos, mentiras, solidão, fim, dificuldades, termos, ausência de prioridade, tristezas, mágoas, decepções, perdas, falta de amor, egoísmo, desaso, sobrecarga, desconfiança e COVARDIA.

Enfim, entre altos e baixos, tenho orgulho de ter feito a diferença na vida de alguém!
#eusesobrevivi

Figura 3 - Relato da vivência durante a pandemia - Terapeuta Ocupacional

Quando paro para pensar sobre a pandemia o que primeiro me vem é uma sensação de vazio.

Vários lapsos na memória, muitos detalhes e muitos dias é como se não tivessem sido registrados, sei que aconteceram, mas não consigo me lembrar de todos eles, muitos detalhes foram perdidos.

Além dos detalhes perdidos, perdi pessoas, adiei sonhos, adiei viagens, perdi encontros, perdi abraços, novamente a mesma sensação: de vazio.

Para preencher esse lugar com os medos, isolamento e sofrimentos vividos realmente prefiro manter assim, insistindo em deixar esse vazio.

Não é um vazio de existência, não é um vazio de forma, não é um vazio de sentimento, é um vazio que nunca será preenchido, daqueles buracos na alma que cicatrizam assim, abertos e sempre vivos.

Pamela.

Pamela G. Q. Kavaloko
Terapeuta Ocupacional
CREFITO-3/15.404-TO
30/08/2023

Figura 4 - Relato do Diretor do Hospital acerca da pandemia de Covid-19

Minha Exatidão sobre a Pandemia Covid-19:

O que se passou diante de uma pandemia nunca antes vivenciada pela humanidade recente e com tamanho impacto na nossa sociedade. Houve a necessidade por todos de tantas adaptações, mudanças comportamentais radicais, alterações comportamentais, perdas incalculáveis e sequelas das mais variadas e que infelizmente ainda é sentida por parte dos parentes, medos não superados, além de transtornos mentais severos, mas com a certeza de que fomos vencidos por algo invencível e de que muito ainda precisamos fazer em relação, em suma, uma lição que nos foi deixada para reavermos as nossas atuais condições, conceitos, significados e comportamentos e a necessidade de olharmos mais para o certo e mais ainda como uma humanidade deve ser em sua essência divina.

A meu ver, ela foi uma oportunidade dada à humanidade de que precisamos mudar, seja no nosso jeito de ser, no aprender a valorizar mais a vida e cuidar mais da nossa morada planetária, dos nossos filhos e amigos para termos um futuro melhor, pois no ritmo que estamos, pouco sobra para os nossos filhos e netos e que infelizmente não temos a oportunidade de viver e ter o que temos disponível.

Foi um aviso, um alerta de que se não mudarmos, algo pior certamente virá e nos possuirá a isso.

Eu pessoalmente sou muito grato, pois tive a felicidade de contrair apenas uma vez o sintoma leve/moderado com poradões a outros colegas, amigos e familiares sem distinção de raça, cor, credo, origem social, política e sexual. Penso que a maneira como a pandemia foi um aviso, um alerta para os humanos como seres humanos e para aprendermos a viver em harmonia com o planeta.

Porém em relação ao nosso hospital tivemos um aviso incondicional de todos os equipes e não posso me limitar de agradecer a todos os colaboradores que trabalharam incansavelmente em benefício do certo, isso colocando em

risco as suas próprias vidas e de seus familiares, mas com a certeza de seu desejo de termos feito o nosso melhor!

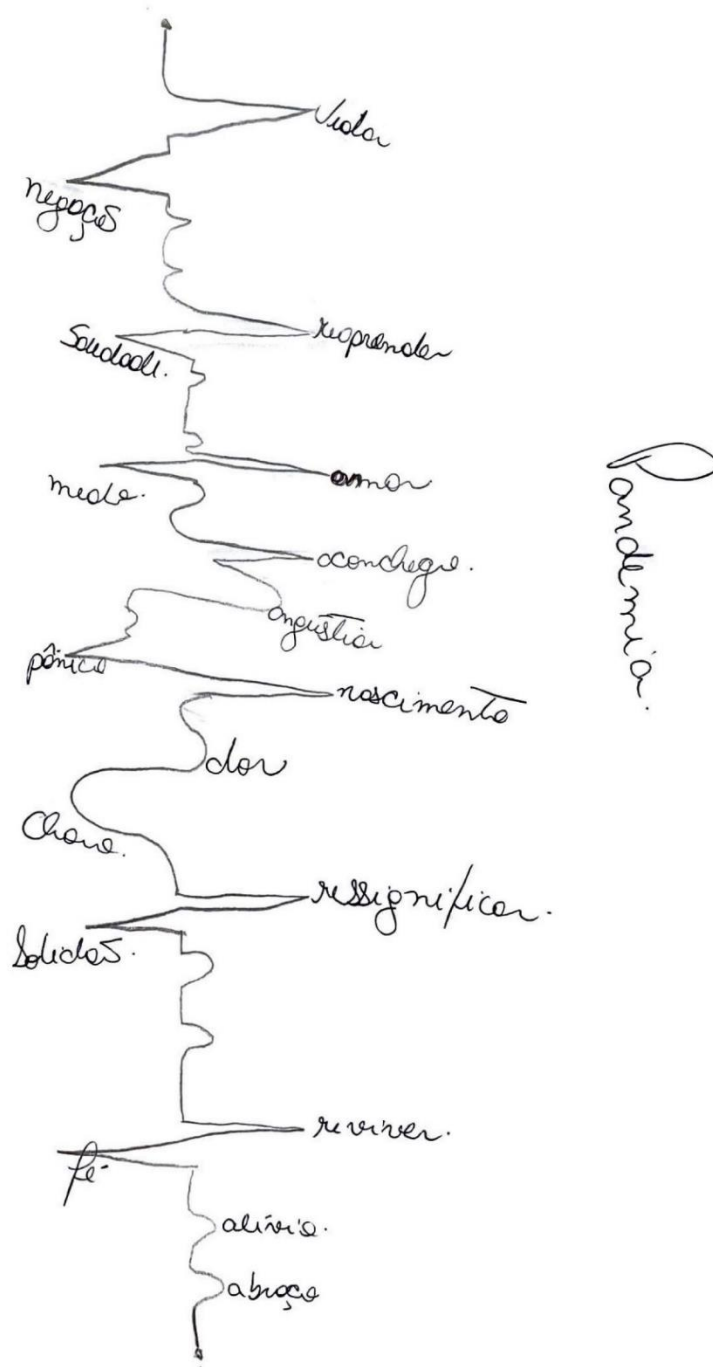
Esta é a minha opinião, a minha contribuição sobre o período de quarentena e espero poder ter contribuído nesta tarefa de doutorado de nossa querida Maki (angustia Martinete).

Atenciosamente


Dr. Wagner da Cruz Almeida
Raf. 616.804.3/1
Diretor de Diagn. Técnico
H.M. Dr. Alexandre Zaio

Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 5 - Representação dos sentimentos durante a pandemia - Fonoaudióloga



Aline R. G. Carvalho
CRFA-2 18058
FONOAUDIÓLOGA

Figura 6 - Relato da vivência durante a pandemia - Psicóloga

Inicialmente um susto, alguns dias para assimilar o que acontecia no mundo. O hospital já não era o mesmo ambiente. As subjetividades pelo os equipamentos de proteção individual ficavam encaixadas pelo medo.

O medo: sair de casa, pegar metrô, atender pessoas, chegar em casa e a pergunta: Estou com covid? E se eu estiver assintomática e passar para alguém? Questionamentos diários. Segui assim por dois meses até acordar sem olfato e paladar. Definitivamente não foi uma gripezinha. Dente e um dia e retorno ao trabalho: equipe desgastada, atendimentos que colocavam a prova a saúde mental. Dor de familiares, dúvida de cada paciente: vou voltar da intubação? Alguns voltaram, muitos não. Dor, esperança, desesperança, medos, traumas. Seguimos com alguma consequência, para uns antidepressivos, para alguns eternos agradecimentos por estarem vivos e podermos refletir sobre o que é mais importante: O momento presente. Sobre saúde mental: UM CAOS!

Luci
Lucicleia de Souza Lopes
Psicóloga
CRP 05/58213

Fonte: Arquivo pessoal da autora.

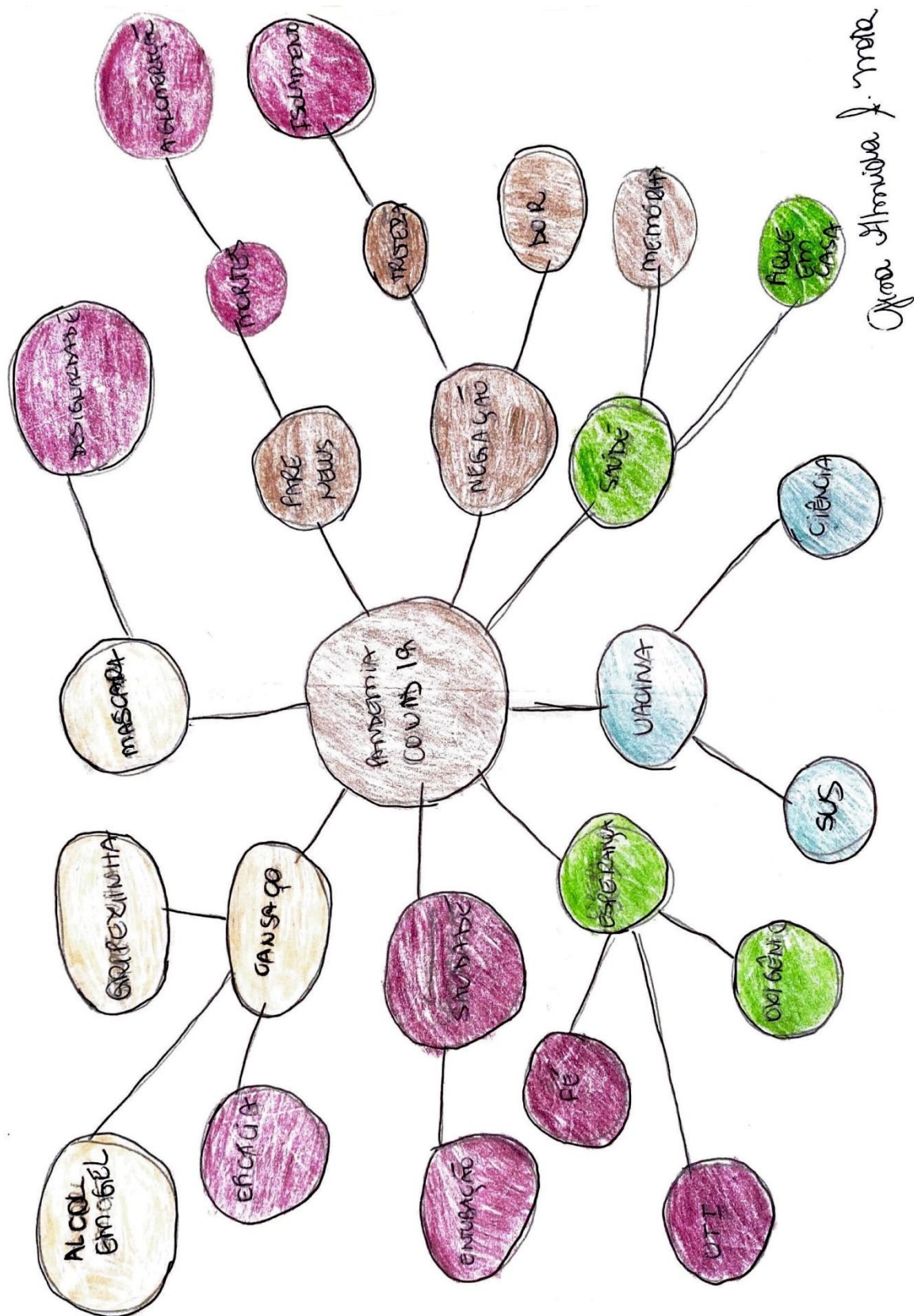
Figura 7 - Frase sobre a vivência na Covid-19 - Fisioterapeuta

Tr Somos lutadores e
sobreviventes do caos Tr

04/08/23
Márcia de S. Bailomo
Fisioterapeuta
CREFITO 3/42533-F

Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 8 - Fluxograma sobre o trabalho na Covid-19 – Fisioterapeuta



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 9 - Relato da vivência durante a pandemia - Fisioterapeuta

Medo, muito medo. Medo do desconhecido, medo do invisível, medo da exposição diária ao vírus, medo de nos contaminarmos e contaminarmos as nossas famílias, medo do que estava por vir. Víamos nos noticiários que o vírus estava se espalhando rapidamente e que tínhamos pouco tempo para nos "prepararmos". Nos preparamos para uma situação nunca antes vivenciada e nós, profissionais, sem conhecimento técnico suficiente de como tratar a doença. Iniciou assim uma corrida contra o tempo. Estudamos o que podíamos, fizemos treinamentos, montamos fluxos de trabalho e estratégias para cuidar dos pacientes e tentamos manter a nossa saúde mental. Sair pelas ruas de São Paulo para trabalhar e ao invés de nos depararmos com grandes congestionamentos e agitação da cidade grande nos víamos em ruas vazias e silenciosas. Um cenário triste, assustador e imaginável. A cada notícia de um funcionário afastado por contágio carregava consigo

o medo da falta de mão de obra qualificada para mantermos a assistência e o temor pela saúde do colega. Ver os pacientes contaminados, sozinhos, sem contato com os familiares ou pessoas queridas e com muito medo da gravidade da doença nos fragilizava. Ver as tristes despedidas nos fragilizava, a solidão dos doentes, nos fragilizava. Estávamos fisicamente e emocionalmente muito sobrecarregados. Mesmo trabalhando há muitos anos com pacientes graves, não estávamos preparados para lidarmos com tantas perdas. O sentimento de impotência perante as coisas tomava conta de nossas mentes. O mundo parou e havia chegado o momento de aprendermos a viver em sociedade, em compartilhar conhecimentos, em ajudarmos o próximo e juntos pensarmos numa estratégia de combatermos a essa ameaça invisível. Assim sucedeu, muitas alianças se formaram, novas

estudos, a saúde como prioridade no mundo, amizades formadas, união, fortalecimento de vínculos, mudanças de valores e a esperança de dias melhores com o surgimento da vacina. Enfim, a vacina. Nossa, que sensação de liberdade. Uma esperança do fim daquele terror. Serão memórias que ainda vão doer mas que podemos ressignificar e seguirmos pelo grande e desafiador caminho da vida com outros valores, saberes, sentimentos e com a certeza da necessidade de melhorarmos como sociedade para cuidarmos do nosso planeta com responsabilidade e respeito.

Karine U. A. Elia
CREFITO 3/94694-F
04/09/2023

Figura 10 - Poesia: A vivência na pandemia - Assistente Social

Shiiiiiu!!!
Silêncio!
O mundo pausou!
Envolto em uma capa do desconhecido
Do medo
Da distância
Da morte ponto final para todos nós
Certeza, mas nunca a busca
Buscamos VIDA
E o que é a vida?
Cada sujeito, descrições diversas
Amor
Poder
Conquistas
Pertencimento
Afetos
conhecimento
E como achar vida no silêncio?
Olhar
Sentir
Amar
Despedir-se
Renovação
Adaptação
Ouvir diferente para achar respostas, ou não,
nesse silêncio dito.



Kelly Margarete S. da Cunha
Assistente Social
CRESS 52.168
04/09/2023

Figura 11 - Relato da vivência durante a Covid-19 - Assistente Social

Trabalhar durante a pandemia me remete aos sentimentos de medo, tristeza, solidão...

A cada plantão vivíamos em total incerteza. Pacientes, familiares e profissionais sofriam.

Nos isolamos. Nos distanciamos.

04/09/23
Maria Nathaly R. Costa
Assistente Social
CRSS 51805

Figura 12 - Relato da vivência durante a pandemia - Enfermeiro

Eu sou Antonio Carlos Batista Enfermeiro, casado
e pai de filhos, tendo 48 anos, trabalho no Hospital
municipal Dr. Alexandre Garcia há 21 anos sendo
10 anos atuando enfermagem, Enfermeiro 11 anos
pandemia acredito que para todos profissionais da
saúde foi fase mais difícil, porque naquele
momento não havia entendimento de doença, existia
alguns medicamentos para amenizar sintomas, mas a
maior luta era além disso no uso do "EPI"
mas na dutaramentação também tinha risco
contaminação acidental. E o medo contaminar meus
familiares era tal grande que arrumei quartos
que estava vazios no hospital para ficar sozinho,
quando ia para casa, era muito triste ver
meus filhos, pai, mãe, avó, mas abraçar, beijar,
com o passar do tempo isso causava tristeza, chorado
muito estendido, principalmente com medo de morrer
mas ver meus filhos. Eu trabalhava era como se
fosse "guerra", algo que todos eram conscientes de

nunca desistirei destas boas maneiras, pois algumas
conheço, mais sei que Deus foi tal maravilhoso
na minha vida, adquiri todos 19. até segundo Deus
de salvação tem de sempre viver, acredito de
de tudo que vivenciei que Deus tem testado
na minha vida e como um humano também que
nunca é demais fazer o bem.

Antônio Carlos Batista
COREN-SP 285202-ENF

Figura 13 - Relato da vivência durante a pandemia - Apoio Administrativo

Para mim, os sentimentos que mais tive durante a pandemia foram: espanto, tristeza, medo, ansiedade e apreensão. O sentimento, a sensação diária que tinha quando meu esposo e filhos me deixavam aqui era: de tristeza, de angústia e de incerteza; me perguntava: será que é hoje que vou ficar doente? ou ainda: "quem será que estará afastado? Porque todos os dias, vários colegas das + diversas áreas se afastavam devido à doença. A preocupação também de levar o vírus para casa e contaminar os familiares, era uma constante. Foram dias difíceis. Acho que o ano de 2020 ficará marcado na vida de todos nós, que convivemos, todos os dias com a doença de perto.


Aparecida F.P. Goulart
RP/8298513/1
AGPP HMAZ

Figura 14 - Profissional na pandemia da Covid-19 - Terapeuta Ocupacional



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

INTRODUÇÃO

*Tenho razão de sentir saudade,
tenho razão de te acusar.
Houve um pacto implícito que rompestes
e sem te despedires foste embora.
Detonaste o pacto.
Detonaste a vida geral, a comum aquiescência
de viver e explorar os rumos de obscuridade
sem prazo sem consulta sem provocação
até o limite das folhas caídas na hora de cair.*

*Antecipaste a hora.
Teu ponteiro enlouqueceu, enlouquecendo nossas horas.
Que poderias ter feito de mais grave
do que o ato sem continuação, o ato em si,
o ato que não ousamos nem sabemos ousar
porque depois dele não há nada?*

*Tenho razão para sentir saudade de ti,
de nossa convivência em falas camaradas,
simples apertar de mãos, nem isso, voz
modulando sílabas conhecidas e banais
que eram sempre certeza e segurança.*

*Sim, tenho saudades.
Sim, acuso-te porque fizeste
o não previsto nas leis da amizade e da natureza
nem nos deixaste sequer o direito de indagar
porque o fizeste, porque te foste
(Carlos Drummond de Andrade)*

A clínica do suicídio, conforme aponta Rigo (2013), é a clínica do limite, da dor psíquica, e por isso tem suas especificidades. O psicólogo, psicanalista ou profissional de saúde, independente se inserido em um contexto institucional ou eminentemente clínico, é levado a reflexões que dizem respeito à sua prática profissional e à ética que a orienta, além de se ver diante de sentimentos que remetem ao seu próprio estado de desamparo e ao seu desejo de vida.

Neste trabalho proponho abordar a temática apresentando considerações sobre os sujeitos que tentam suicídio a partir das reverberações e ressonâncias do interjogo subjetivo paciente/pesquisadora, ocorridos no contexto de um hospital público, especificamente em um Pronto-Socorro na cidade de São Paulo. Essa inter-relação dinâmica entre subjetividades foi conceituado por Ogden (1996; 2010) como constituintes do terceiro analítico, em que a

situação analítica, o que considero para fins deste estudo aquele também ocorrido na psicanálise extra-muros, é composta de três sujeitos: o paciente e o analista como sujeitos separados, e o “terceiro analítico” intersubjetivo, construído conjunta e assimetricamente pelo par analítico.

Amparada, portanto, nesse preceito, que também está intrínseco na capacidade de *rêverie*, a pesquisa objetiva, por meio da experiência sensível dessa relação intersubjetiva ocorrida no *setting* do Pronto-Socorro, ilustrar os pensamentos, sentimentos, manifestações corporais e as implicações da técnica decorrentes do manejo com esse público. Assim, por meio do método psicanalítico, busco o encontro com o surpreendente, com o desconhecido. Não parto, por conseguinte, em busca de respostas prévias ou de “fazer caber” o material nas teorias já desenvolvidas sobre o tema do suicídio na psicanálise.

Acredito, portanto, que por meio da escuta daqueles cujo suicídio não foi consumado, podemos avançar nesse campo de estudo massivamente dominado por um discurso médico e psiquiátrico, reverberando, por conseguinte, em políticas públicas que não necessariamente representam o sofrimento desses sujeitos. Igualmente, a partir das vivências emocionais ilustradas nos treze encontros, busco refletir sobre as particularidades do manejo clínico-institucional com esses pacientes, perpassando pela experiência intersubjetiva desenrolada nesses encontros.

Por se tratar de um Pronto-Socorro, o *setting* possui algumas especificidades, como a brevidade dos atendimentos e suas constantes interrupções, requerendo do profissional disponibilidade para lidar com imprevistos em um contexto de atendimento a pacientes em urgência psíquica. Por outro lado, defrontar-se cotidianamente com sentimentos de desamparo, angústia e crise também requer, assim como no trabalho analítico tradicional, atenção ao que se denomina como o tripé da psicanálise, qual seja: análise pessoal, supervisão e estudo teórico – em âmbitos institucionais, adicionaríamos discussões em equipe.

Desse modo, com vistas a contextualizar o suicídio, apresento, no primeiro capítulo, os dados epidemiológicos no mundo, no Brasil, na cidade de São Paulo e no território onde transcorre a pesquisa. Na sequência, retrato as principais portarias e legislações previstas no âmbito federal e municipal que impactam no trabalho desenvolvido com essa população. Finalizo esse capítulo abordando o predomínio da saúde e, especificamente, do saber médico-psiquiátrico acerca dos suicídios, apontando a menor quantidade de pesquisas na área com abordagem qualitativa, com a preponderância do referencial epidemiológico. Mesmo nas pesquisas amparadas na metodologia qualitativa há o predomínio do saber psiquiátrico, delimitando, portanto, uma hegemonia discursiva sobre o suicídio.

No segundo capítulo, abordo o suicídio a partir de autores que tem como arcabouço teórico a psicanálise, iniciando pelas contribuições de Sigmund Freud, Karl Menninger, Melanie Klein e Donald Winnicott. Adiante, com base em autores nacionais contemporâneos, como Roosevelt Carssola, Jânderson Farias S. dos Santos, em trabalho conjunto com Eva Maria Migliavacca, Luís Cláudio Figueiredo e Marion Minerbo, teço algumas considerações a respeito das contribuições dos autores para pensar a clínica do suicídio, perpassando pelas configurações narcísicas e borderlines, pelo quadro melancólico e formas de subjetividades não neuróticas.

Acrescento, como contraponto, que o comportamento suicida não é exclusivo de um determinado modo de sofrer, estritamente ligado, por exemplo, às configurações borderlines, narcisistas ou não neuróticas, muito embora os modos de se relacionar com o objeto e com o mundo encontrem-se recorrentemente nessas subjetividades e, não raras vezes, desemboquem em tentativas de suicídio, conforme discuto no material apresentado no quarto capítulo. Finalmente, ainda nessa seção, sinalizo que a temática do suicídio no campo da neurose, como uma estrutura clínica mais definida, parece ser abordada de modo mais específico dentro do arcabouço teórico da psicanálise lacaniana, principalmente por meios das concepções de passagem ao ato e *acting out*.

No capítulo subsequente delinheiro os pressupostos metodológicos que sustentam o presente estudo, assinalando as possíveis contribuições para o meio acadêmico, para a prática clínica e para as políticas públicas. Para tal, discorro a respeito das pesquisas em psicanálise, considerando, portanto, o inconsciente e a investigação de verdades circunstanciais, relativas e singulares, bem como apresento a concepção do terceiro analítico, que ampara as discussões, reflexões e vivências emocionais expostas. Também apresento no decurso desse tópico os procedimentos, os critérios de inclusão, os aspectos éticos e demais questões concernentes ao *modus operandi*, importantes para se compreender o desenvolvimento desta pesquisa.

Finalmente, no capítulo quatro, o material é apresentado em forma de diário de campo, advindo das reminiscências do atendimento com os pacientes, abordando também os sentimentos emergentes da psicóloga/pesquisadora nesse processo, bem como as discussões de caso em equipe e os atravessamentos institucionais.

Com vistas a melhor articulação do conteúdo, organizo os casos por meio de quatro subtítulos, pensados a partir das mobilizações que se sobressaíram nesses encontros: no primeiro subtítulo abordo aqueles casos cuja comunicação se endereça como um pedido por auxílio, uma tentativa de continuar vivendo, mas como se não soubéssemos muito bem como

fazer isso. Na segunda seção, abordo os emaranhados da transferência – contratransferência nos estados de desesperança e enlouquecimento no terceiro analítico; na sequência, apresento os atendimentos aos pacientes, marcados por episódios de violências, traumas e dor. Por fim, retrato as vicissitudes no que tange à triangularidade, apontando os desafios imbricados na tentativa de manter a qualquer custo a dualidade com o objeto.

Ressalto que tal exposição destina-se a organizar o material, facilitando eventuais discussões a respeito do tema; portanto, não são determinantes categóricos impermutáveis, de maneira que algumas experiências poderiam estar ilustradas em outro subtítulo, a depender também do que sobressai para aqueles de leem o trabalho.

Na parte final da tese, teço reflexões e alguns apontamentos suscitados pelos treze encontros. Para tal, parto de algumas problemáticas institucionais e de acepções mais gerais, tais como a predominância do sexo feminino no material, o julgamento acerca do método da tentativa de suicídio, cujo grau de letalidade é erroneamente associado ao nível do sofrimento do paciente, as dificuldades nos fluxos e encaminhamentos dos casos, principalmente no momento mais crítico da pandemia do coronavírus, entre outros.

Em relação à organização do material e sua interface com a psicanálise, discuto brevemente acerca das quatro subdivisões apresentadas no capítulo anterior e sobre determinadas implicações técnicas, como a abordagem a pacientes que operam em estados muito primitivos da mente, comunicando-se predominantemente via identificação projetiva. Em situações como essas, friso a importância de transitar entre os espaços de enlouquecimento e sanidade, emprestando, por vezes, meu aparelho psíquico e mesmo minha capacidade de me manter viva, além de conseguir sustentar um estado de tensão dialética – vida e morte, bom e mau, saber e desconhecer, amar e odiar, perder-se e reencontrar-se.

Para conseguir sustentar esse estado de mente, além de certa disponibilidade psíquica, também é necessário contar com uma equipe de trabalho, para que se estabeleçam discussões francas dos casos, e com o apoio da gestão e da instituição onde o profissional está inserido. Outrossim, para assegurar a horizontalidade no atendimento é imprescindível o empenho em seu próprio trabalho de análise enquanto paciente: do contrário, corre-se o risco de nos confundirmos com os conteúdos projetados nesses encontros e nos perdermos em um emaranhado transferencial-contratransferencial, respondendo, por conseguinte, com tentativas de se proteger desses sentimentos, deixando, em algumas ocasiões, o paciente à própria sorte.

Por fim, em vias de conclusão, aponto que para além do manejo técnico, o analista precisa estar envolto a uma ética para o contemporâneo que se entrelaça com a ética da clínica

psicanalítica, demarcada pela capacidade de transitar e renunciar a significações definitivas, metas que não serão alcançadas individualmente.

Em um país tão severamente marcado pela diferença de classes, preconceitos, discriminações, misoginias, assim como o atual desmonte dos serviços públicos, a urgência de um esforço coletivo em detrimento de um esforço individual firma-se como uma luta necessária para que o sofrimento psíquico dos pacientes encontre a ressonância necessária para que as condições – sociais, psíquicas, culturais ou políticas – que implicariam, por exemplo, em novas tentativas de suicídio, sejam minimizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Tenho tanto a dizer que não sei
É raro escutarem nossos silêncios
E o que não contamos é o que mais queremos gritar
Rayane Leão*

A linha que separa uma tentativa de um suicídio consumado é muito tênue. Nesses anos de trabalho e pesquisa pude escutar, dialogar, aprender e vivenciar diversas experiências junto com os pacientes que sobreviveram a tentativa de suicídio e me ensinam cotidianamente sobre as diversas nuances envoltas no sofrimento humano.

Mesmo nos estados mais desesperançosos, a grande maioria daqueles que acompanhei e cujo material tentei ilustrar nessa tese não sustenta, ao término dos atendimentos, um desejo inexorável de morte, contudo essa constatação por si só não os protegerá de que ocorra uma nova tentativa de suicídio. É preciso mais. Como sinalizado anteriormente, não se trata apenas de um esforço individual, seja do próprio sujeito, seja do profissional que o acompanha.

Para a prevenção e posvenção⁹ do suicídio e de suas tentativas é necessário um empenho coletivo, que abarca, por exemplo, planejamento político, mudanças sociais, educação aos profissionais que atendem esse público nas diversas instituições, etc. Nesse sentido, no primeiro capítulo, apresento e problematizo no primeiro capítulo o quanto ainda caminhamos timidamente na adoção de estratégias efetivas para o dimensionamento do estudo do suicídio, com dados epidemiológicos imprecisos, legislações pouco resolutivas e o enfoque em pesquisas desenvolvidas na área com um olhar preponderantemente estatístico e limitada à área da saúde.

Movida por essas inquietações e por atender há quase dez anos esse público no contexto de um Pronto-Socorro de um hospital público de São Paulo, propus a apresentar nesse trabalho um recorte de minha atuação e as reflexões que tem me norteado nesses anos, fruto também das frequentes discussões em equipe multidisciplinar, a qual tem se mostrado como resistência em períodos tão difíceis como aquele que vivenciamos no auge da pandemia do Coronavírus.

Com base no referencial teórico e metodológico da psicanálise e fortemente amparada por autores da psicanálise contemporânea, apresentei o material advindo do encontro intersubjetivo entre mim e os pacientes - encontro conceituado por Ogden (1996; 2010) como

⁹ O termo “posvenção” é uma tradução brasileira para postvention, cunhado por Edwin Shneidman (2001), que se refere a intervenções realizadas após uma morte por suicídio. Pode ser realizada tanto com o indivíduo que tentou o ato suicida ou com familiares e amigos daqueles enlutados por suicídio.

terceiro analítico. Nos treze encontros, as experiências emocionais foram organizadas a partir de quatro eixos de discussão: no primeiro, embora os pacientes não expressassem significativamente ideações e pensamentos de morte, mobilizaram um pedido de ajuda para que pudessem dar sustentação ao desejo de viver; na sequência expus os emaranhados da relação transferencial-contratransferencial em estados de desesperança e enlouquecimento; no terceiro eixo abarqueei os pacientes marcadamente historicizados por um evento violento em suas vidas; e finalmente, as problemáticas envoltas na busca de manter a dualidade nas relações de objeto foi ilustrada por meio dos casos das pacientes L. e N.

Nessas ocasiões, precisei transitar entre os espaços de enlouquecimento e sanidade, emprestando, em algumas situações, meu aparelho psíquico e mesmo minha capacidade de me manter viva. Em outras circunstâncias, precisei cair junto e com os pacientes, sustentando um estado de tensão dialética – vida e morte, bom e mau, saber e desconhecer, amar e odiar, perder-se e reencontrar-se.

Para conseguir sustentar esse estado de mente, além de certa disponibilidade psíquica também é necessário contar com uma equipe de trabalho que ampare esses momentos, com discussões francas dos casos, além de apoio de gestão e da instituição onde o profissional está inserido. Outrossim, para assegurar a horizontalidade no atendimento é imprescindível o empenho em seu próprio trabalho de análise enquanto paciente: do contrário, corre-se o risco de nos confundirmos com os conteúdos projetados nesses encontros e nos perdermos em um emaranhado transferencial-contratransferencial, respondendo, por conseguinte, com tentativas de nos protegermos desses sentimentos, deixando, em algumas ocasiões, o paciente à própria sorte.

Finalmente, aponto que, para além das implicações teóricas e técnicas sinalizadas no manejo com os pacientes que tentam suicídio, há que se haver com um compromisso de ética do contemporâneo, com a qual a psicanálise precisa estar implicada, perpassando por um projeto coletivo que envolva a construção de estratégias, visando também uma mudança nas relações de exploração, pelas quais estamos fortemente marcados.

Assim, conforme aponta Figueiredo (2018), a proposta é que o pensamento clínico, e também o político, deve se dedicar à tarefa de refazer os laços entre esperança, fé e utopia em torno de Eros como força de ligação entre o passado, futuro, presente e ligação entre nós: “A essa aliança, em sua criatividade, talvez coubesse o atributo de *poética*. (Figueiredo, 2018, p. 192).

Em um contexto hospitalar, caracterizado pela lógica de obediência dos corpos e pela aspereza da assistência, muitas vezes estabelecida com aqueles que tentam suicídio, espero ter

contribuído em apostar na importância da relação intersubjetiva como modo de dar voz a esse público, pelo qual sou grata por compartilhar comigo suas histórias.

Com este trabalho, desejo que novas inquietações acerca desse tema complexo e multifacetado surjam, fomentando pesquisas, iniciativas políticas, fluxos de trabalho e demais estratégias de cuidado que amparem e escutem o sofrimento daqueles cujo ato contra si desvelou-se como única saída possível em face do desamparo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* [Recurso eletrônico]. (5a ed.; M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.
- ARAUJO, J. F. B. et al. O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 497-515, ago. 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282016000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 17 maio 2021.
- BAERE, F.; ZANELLO, V. O gênero no comportamento suicida: Uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. *Estudos de Psicologia* (Natal), v. 23, n. 2, p. 168-178, jun.2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20180017>. Acesso em: 03 set. 2023.
- BERLINCK, M. T. O que é psicopatologia fundamental. *Revista Latinamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 1, n. 1, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/JrDnBS4bbBWBqyFxm5TkDLd/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 27 set. 2022.
- BION, R. W. *Learning from experience* (1962). London: Karnac, 1991.
- BOTEGA, N. J. *Crise suicida: avaliação e manejo*. São Paulo: Artmed Editora, 2015.
- BRASIL. Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2020.
- BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. 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: 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf. Acesso em 01 set 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 31 ago. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento

Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso 30 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em 26 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em 26 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017. Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3479_22_12_2017.html. Acesso em 26 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3491_22_12_2017.html. Acesso em 10 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, v 52, n 33, 2021.

BRUNHARI, M.V. *O ato suicida e sua falha*. 2015. 235 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia, São Paulo: USP, 2015.

BRUNHARI, M.V. DARRIBA, V.A. O suicídio como questão: melancolia e passagem ao ato. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 26, n.1, p. 197-213, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pc/a/CMjFkrtGjt3KvY3GNDn6wPp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 jan. 20.

BRUNARI, M. V.; MORETTO, M. L. O ato suicida e o hospital: uma clínica possível? *A peste*, São Paulo, v. 5, n 2, p. 19-34, jul./dez. 2013

BUSATO, W. M. M.; ASEVEDO; MARI, J. Epidemiologia do suicídio. In: DAMIANO, R. F. et al. *Compreendendo o suicídio*. Santana do Parnaíba: Manole, 2021, p. 82-93.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. Consultas. Fichas de estabelecimento, 2022. Disponível em <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/3550302080788> Acesso em 03 jul.2022.

CAMPOS, M. R. B. Uma vida que não vale a pena ser vivida, relações entre submissão e suicídio segundo o pensamento de D. Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 53, n. 4, 2019.

CARVALHO, F. F. Psicose e passagem ao ato. *Abrecampos - Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, v. 2, n. 2, 2002.

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

CASTRO, G. R. M.; VORCARO, A. M. R. A passagem ao ato na neurose e na psicose. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v. 14, n. 3, dez. 2014.

CASSORLA, R. M. S. *Estudos sobre suicídio: psicanálise e saúde mental*. São Paulo: Blucher, 2021.

CASSORLA, R. M. S. *O psicanalista, o teatro dos sonhos e a clínica do enactment*. São Paulo: Blucher, 2016.

CASSORLA, R. M. S. Stupidity in the analytic field: vicissitudes os the detachmente process in adolescence. *International Journal of Psychoanalysis*, p. 371-391, 2017a.

CASSORLA, R. M. S. *Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução*. São Paulo: Blucher, 2017b.

CECARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477. 2005

CEDARO, J. J.; NASCIMENTO, J. P. G. Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 203-223, ago. 2013.

CREMASCO, M. V. F.; BRUNHARI, M. V. Da angústia ao suicídio. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 785-814. 2009.

EDLER, S. *Luto e Melancolia: à sombra do espetáculo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

ENDO, T. C. *A saúde mental à margem do SUS: experiências de vastidão e confinamento nas práticas clínicas*. 2013. 174 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

FACCHINI, R. De homossexuais a LGBTQIAP+: sujeitos políticos, saberes, mudanças e enquadramentos. In: FACCHINI, R; FRANÇA, I. L. (orgs). *Direitos em disputa: LGBTI+, poder e diferença no Brasil contemporâneo*. Campinas: Editora da Unicamp, 2020, p. 31-69.

FARIA, F. D. M. A questão do suicídio na teoria de D. W. Winnicott. *Winnicott e-prints*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 1-13, 2007.

FARIA, F. D. M. *O suicídio na obra de D. W. Winnicott: elementos para a formação de uma teoria winnicottiana do suicídio*. 2003. 180 f. Tese (Doutorado em Psicologia: Psicologia Clínica) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

FERENCZI, S. Confusão de língua entre os adultos e as crianças: a linguagem da ternura e a linguagem da paixão. In: *Escritos psicanalíticos: 1909-1933*. Rio de Janeiro, Taurus, p.347-56.

FERENCZI, S. Elasticidade da Técnica Psicanalítica. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 25-35.

FERENCZI, S. Reflexões sobre o trauma. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 109-117.

FIGUEIREDO, L. C. *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2018.

FORTES, I.; MACEDO, M. K. Quem é o psicanalista pesquisador? Questões cruciais sobre o método psicanalítico de pesquisa. In: FULGENCIO et al. *Modalidades de pesquisa em psicanálise: métodos e objetivos*. São Paulo: Zagadoni, 2018, p. 106-122.

FREUD, S. (1910). Breves escritos: contribuições para uma discussão acerca do suicídio. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Luto e melancolia (1917). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. O problema econômico do masoquismo (1924). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Psicogênese de um caso de homossexualismo em uma mulher (1920). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana (1901). In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas*, vol. VI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GAULEJAC, V. O sujeito face à sua história: a “*démarche*”. Romance familiar e trajetória social. In: TAKEUTIC, N. M.; NIEWIADOMSKI (Orgs). *Reinvenções do sujeito social: teorias e práticas bibliográficas*. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 61-73.

GONDIM, D. S. M. A intervenção da psicologia: tentativas de suicídio e urgência hospitalar. *Revista Científica da FMC*, v. 10, n. 2, p. 12-16, dez. 2015.

ISER, B. P. M. et al. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 29, n. 3, jun 2020. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v29n3/2237-9622-ess-29-03-e2020233.pdf> . Acesso em: 07 ago. 2023.

JAWORSK, K. The gender-ing of suicide. *Australian Feminist Studies*, v 25, n 63, p. 47-61, 2010.

KLEIN, M. (1935) Uma contribuição à psicogênese dos estados maniaco-depressivos. In: KLEIN, M. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos* (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KLEIN, M. O luto e sua relação com os estados maníacos depressivos (1940). In: KLEIN, M.: *Amor, culpa, reparação e outros trabalhos* (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 301-330.

KOVACS, M. J. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 69-82, dez. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300005&lng=pt&nrm=iso acesso em 27 set. 2022.

KUPFER, M. C. M. Psicanálise e instituições. In: VITA, I. B; ANDRADE, F. C. B. *(Des)fiando a trama: a psicanálise nas teias da educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 27-35.

LACAN, J. (1962-1963) *O Seminário livro 10, A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

LEITE, P. M. T. O que quer dizer um suicida? A escuta psicanalítica do sujeito que constrói a própria morte. In: MARQUETTI, F. C. *Suicídio: Escutas do Silêncio*, São Paulo: Unifesp, 2018, p. 91-121.

MACEDO, M. M. K.; WERLANG, B. S. G. Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. X, n. 1, 2007. Disponível em <https://www.scielo.br/j/agora/a/fj9zS9xsnhPCbzGQWxKGyTr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 13 jul. 2023.

MARCOLAN, J. F. For a public policy of surveillance of suicidal behavior. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 2343–2347, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0256>. Acesso em 03 fev. 2023.

MARIZINA, I. V. Psicanálise e clínica institucional... Navegar é preciso.... In: *Vinculos e Instituições: uma escuta psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 2002, p. 53-65.

MARQUETTI, F. C. Um suicídio enlaçado pelo esquecimento. *Revista brasileira de psicanálise*, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 175-191, dez. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v53n4/v53n4a12.pdf> . Acesso em 24 jun.2022.

MENNINGER, K. *Eros e Tânatos, o homem contra si próprio*. Trad. Aydano Arruda. São Paulo: Ibrasa, 1970.

MINERBO, M. *Neurose não neurose*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

MIODOWNIK, B. Suicídio: uma dificuldade na psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 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. Acesso em 19 set. 2022.

MORETTO, M. L. T. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MORETTO, M. L. T. et al. O suicídio e a morte do narrador. *Psicologia USP* [online]. São Paulo, v. 28, n. 2, p. 159-164, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420172802>. Acesso em 6 set.2022.

NUNES, L. E. G.; SANTOS, L. A. Possibilidades da psicanálise frente aos sujeitos que chegam aos hospitais após uma tentativa de suicídio. *Pretextos – Revista da graduação em Psicologia da PUC Minas*, v. 2, n. 4, p. 109-125, 2017. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/viewFile/15248/11729>. Acesso em 30 jul.2022.

OGDEN, T. H. *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OGDEN, T. H. *Os sujeitos da psicanálise*. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. OMS Genebra; 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Universidade de Brasília, 2018. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf. Acesso em: 31 set. 2022.

PEREIRA, M. E. C. A introdução do conceito de “estados-limítrofes” em psicanálise: o artigo de A. Stern sobre “the borderline group of neuroses”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v 2, n 2, p. 153-158, 1999.

PIETRO, D.; TAVARES, M. *Crise suicida- sofrimento narcísico e dificuldades nas relações de objeto*. *Revista de Estudos Psicanalíticos*, v 32, n 1, p. 25-39, 2014.

RIBEIRO, M. F. R. Da identificação projetiva ao conceito de terceiro analítico de Thomas Ogden: um pensamento psicanalítico em busca de um autor . *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 23, n. 1, p. 57–65, jan. 2020.

RIGO, S. C. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: *O suicídio e os desafios para a Psicologia*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013, p. 30-39.

RIGUINI, R. D.; FRANCA NETO, O. O aparelho de influenciar da psicose: o artifício de Vitor Tausk. *Mental*, Barbacena, v. 6, n. 11, dez. 2008. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272008000200006&lng=pt&nrm=iso. acessos em 23 fev. 2022.

ROAZEN, P. (1969). *Irmão Animal*. A História de Freud e Tausk. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

ROSENFELD, H. Uma abordagem clínica para teoria psicanalítica das pulsões de vida e de morte: uma investigação dos aspectos agressivos do narcisismo. *International Journal of Psycho-Analysis*, v. 52, 1971.

SANTOS, J. F. S. *Da melancolia ao suicídio: uma aproximação da psicanálise à obra poética de Florbela Espanca*. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SANTOS, J. F. S.; MIGLIAVACCA, E. M. Reflexões conceituais sobre a metapsicologia do suicídio do melancólico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 53, n. 4, p. 117-132, 2019.

SANTOS, M. A. A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 12, n. 3, 1999.

SÃO PAULO (Município). *Acidentes e Violências*. Série histórica de 2008 a 2022. COVISA (Coordenação de Vigilância em Saúde). São Paulo. 19/09/2022. Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/index.php?p=260072 Acesso em 17 jul. 2022.

SÃO PAULO. Lei nº 16.765, de 15 de dezembro de 2017. Altera a Lei nº 14.485, de 19 de julho de 2007, para incluir no Calendário de Eventos da Cidade de São Paulo o Dia Municipal de Valorização da Vida, a Semana Municipal de Valorização da Vida, a Caminhada Anual Pela Vida e o Mês do Setembro Amarelo. *Diário Oficial da Prefeitura de São Paulo*, São Paulo, 2017.

SÃO PAULO. Lei nº 17.237, de 14 de novembro de 2019. Cria o Programa Municipal de Prevenção ao Suicídio e de Promoção do Direito ao acesso à Saúde Mental entre Jovens e Adolescentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da Prefeitura de São Paulo*, São Paulo, 2019.

SÃO PAULO. *Linha de cuidado para a prevenção integral à saúde da pessoa em situação de violência*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2015b. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia(1).pdf) f. Acesso em 08 ago.2022.

SÃO PAULO. Portaria nº 1.328/2007 da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Implanta o Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes – SIVVA no município de São Paulo. *Diário Oficial da Prefeitura de São Paulo*, São Paulo, 28 ago. 2017.

Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-1328-de-28-de-agosto-de-2007>. Acesso em 26 set. 2022.

SÃO PAULO. Portaria nº 1.300/2015 da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Institui os Núcleos de Prevenção da Violência (NPV) nos estabelecimentos de Saúde do Município de São Paulo. *Diário Oficial da Prefeitura de São Paulo*, São Paulo, 14 jul. 2015a. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-1300-de-15-de-julho-de-2015> Acesso em 26 set. 2022.

SÃO PAULO. *Setembro Amarelo: Mês de Prevenção ao suicídio*. São Paulo. 10/09/2019. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/index.php?p=263255 Acesso em: 27 jun. 2022.

SHNEIDMAN, E. *Comprehending suicide: landmarks in 20th century suicidology*. Washington: American Psychological Association; 2001.

SILVA, D. Q. A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico. *Estudos de Psicanálise*. Belo Horizonte, n. 39, p. 37-46, 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n39/n39a04.pdf>. Acesso em 22 maio 2022.

SILVA, M. E. L. Pensar em psicanálise. In: _____. *Investigação e psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993, p. 11-25.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. Sistema de Informações para Vigilância de Violências e Acidentes. *Tabnet: Tecnologia DATASUS*. São Paulo. 07/06/2022. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/SINAN/RVIOLE/RViolenciaNet.def> Acesso em 03 jul. 2022

STERN, A. Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, v. 7, p. 467-489, 1938.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

WINNICOTT, D. W. (1971). A criatividade e suas origens. In: WINNICOTT, D. W., *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In: WINNICOTT, D. W., _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em 26 set.2022.

ZIMERMAN, D. E. *Manual de Técnica Psicanalítica: uma re-visão*. São Paulo: Artmed, 2004.