

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 minhas 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 derata
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
Na 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. Marfinati
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, instinto, 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 sérios, 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, em 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, em 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!

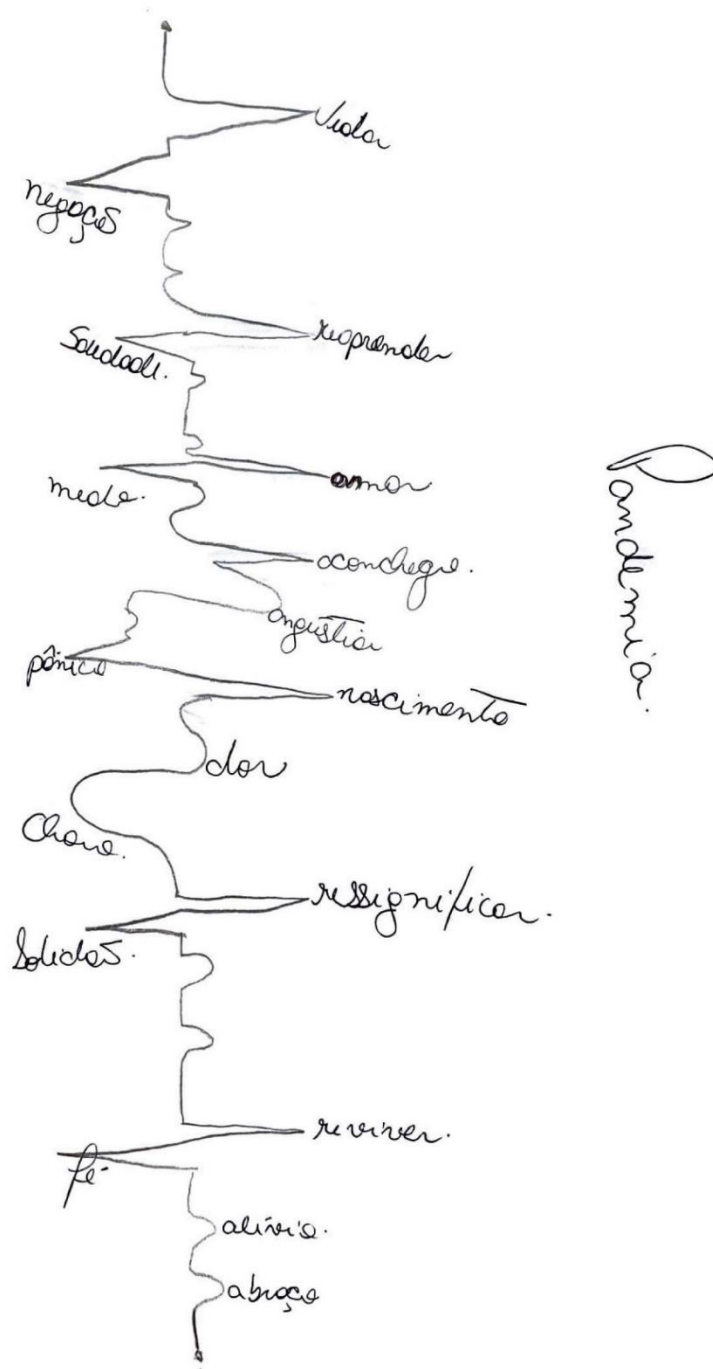
Esta é a minha opinião, a minha contribuição sobre o período de quarentena e espero poder ter contribuído nesta tarefa de doutorado de nossa querida Maki (angustia Martinete).

Atenciosamente


Dr. Wagner da Cruz Almeida
R. 516-804.3/1
Diretor de Pós-graduação, 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 esmaecidas 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.

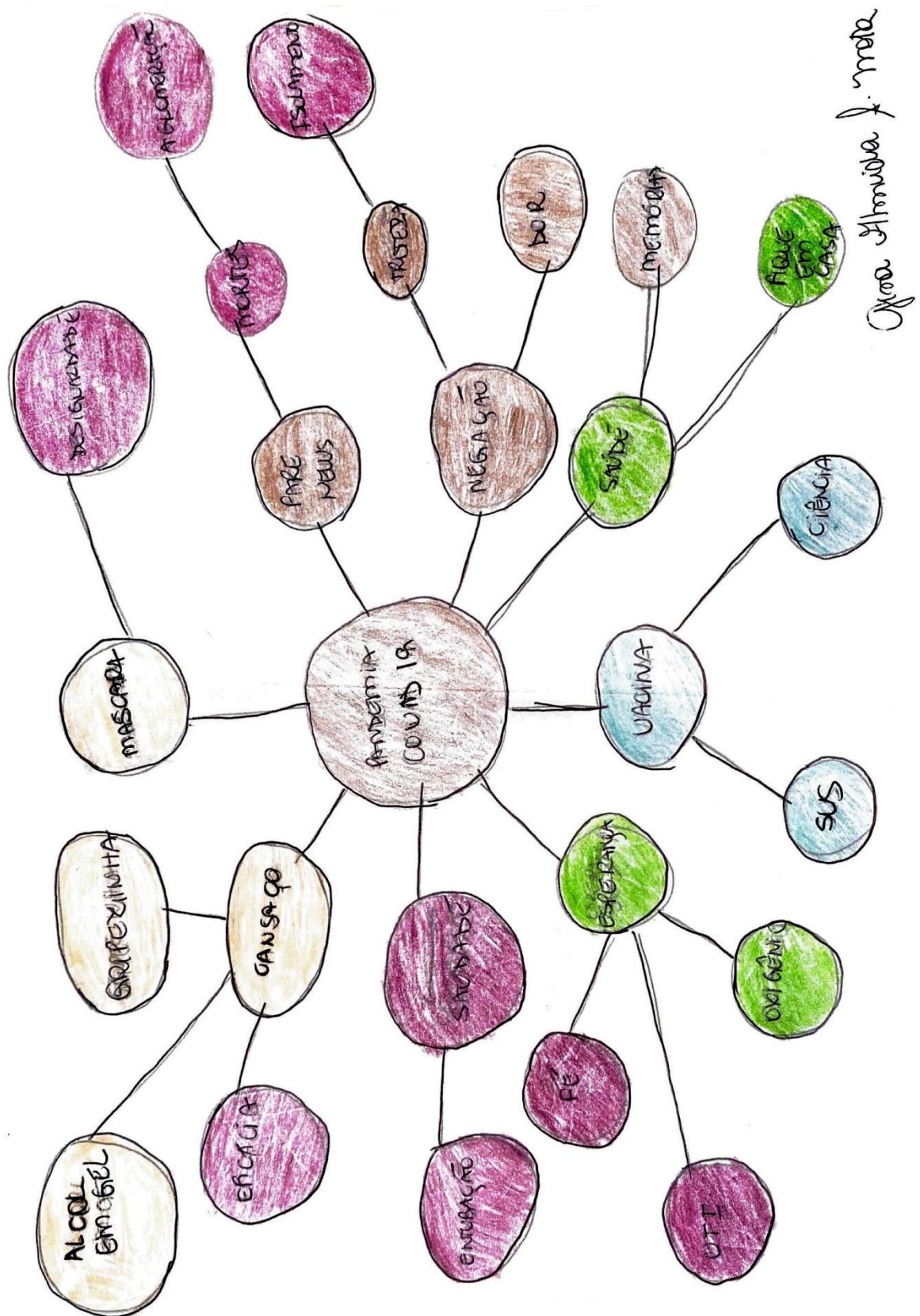
Figura 7 - Frase sobre a vivência na Covid-19 - Fisioterapeuta

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  diferente
Amar
Despedir-se  diferente
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 correto "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 descrenerei tantas boas coisas. Mas algumas
conheço. mais sei que Deus foi tal maravilhoso
na minha vida, adquiri todos 19. até segundo Deus
de salvação tem de repente saber, acredito de
de tudo que vivenciei que Deus tem testis
na minha vida e como os humanos 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 delineio 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.

1. SUICÍDIO E SUA INTERFACE NA SAÚDE PÚBLICA: PANORAMA, DESAFIOS E REFLEXÕES

Este capítulo visa apresentar um panorama do suicídio, apontando dados mundiais, nacionais e, por fim, no município de São Paulo, onde se dá o contexto da presente pesquisa. Tendo vista que o recorte para a compreensão do tema ocorre no terreno da saúde pública, especificamente em minha atuação profissional no Hospital Geral, abordaremos na sequência as portarias, orientações e documentações importantes que norteiam a prática profissional daqueles que se dedicam à assistência das pessoas que tentam suicídio.

Como contraponto, refletiremos a respeito do predomínio do discurso médico, especificamente psiquiátrico, na elaboração de diretrizes acerca da abordagem diante do comportamento suicida que, se por um lado lança luz quanto ao manejo e condução do caso, por outro limita a uma área do saber uma questão multifatorial.

1.1. Aspectos epidemiológicos dos suicídios

O suicídio é considerado um fenômeno de alta complexidade, ocorrendo em todas as regiões do planeta. Segundo dados da *World Health Organization* (Organização Mundial de Saúde), em 2019 o suicídio tornou-se a 17^a causa de morte no mundo, havendo indícios de que, para cada adulto que morre por suicídio, há mais de vinte tentativas subjacentes, adicionando que 77% dos suicídios ocorreram em países de baixa e média renda (World Health Organization, 2021).

As estimativas de Saúde Global da OMS fornecem uma avaliação abrangente e comparativa de mortalidade (incluindo suicídio) para todas as regiões do mundo. A última avaliação da OMS de mortes por causa externas abrange os anos de 2000-2019. As taxas globais padronizadas apontam que o suicídio continua maior em homens do que em mulheres, sendo cerca de 2,3 vezes maior.

Igualmente, em relação à idade das pessoas que se suicidam, os dados globais publicados pela OMS (2021), referentes a esse período, apontam que mais da metade (58%) ocorreram antes dos cinquenta anos de idade. Outra informação importante consiste em que a maioria dos adolescentes que morreram por suicídio (88%) era de países de baixa e média renda, onde quase 90% dos adolescentes do mundo vivem.

Entre a idade de 15 e 29 anos de idade, entre homens e mulheres, o suicídio foi a quarta principal causa de morte, ficando atrás apenas para acidentes em estradas, tuberculose

e violência interpessoal. Nas idades compreendidas entre 15 e 19 anos, o número de mortes entre homens e mulheres nesse grupo também é bastante similar – é a quarta causa morte entre os meninos e terceira entre as meninas compreendidas nessa faixa etária (World Health Organization, 2021, p. 7-8).

Quando se comparam os dados globais às diferentes regiões do mundo no período de 2000 a 2019, observamos, por meio do material publicado pela OMS (2021), que as regiões africanas, europeias e do sudeste asiático apresentam taxas superiores às médias globais de mortes por suicídio para ambos os sexos. O suicídio em mulheres ocorre com taxas muito superiores às médias globais femininas no Sudeste Asiático; nos homens, as regiões da África, das Américas (onde o Brasil está inserido) e a Europa tiveram taxas de suicídio mais altas do que a média global masculina.

Finalmente, como um panorama das mortes por suicídio no mundo nos últimos 20 anos, mais especificamente entre os anos de 2000 e 2019, apesar da taxa global de suicídio padronizado por idade ter diminuído cerca de 36%, houve um aumento na Região das Américas. Desse modo, se o declínio continuar em sua taxa atual, as metas propostas pela OMS para reduzir a mortalidade por suicídio em um terço até 2030 não se efetivará.

Outrossim, ressalta-se que apesar dos esforços de muitos países na sistematização dos dados acerca das mortes por suicídio, encontramos diversas dificuldades no estudo epidemiológico sobre o tema. Ainda de acordo com a OMS (2021), é provável que haja discrepâncias nas taxas onde a qualidade dos dados é baixa, escassa e mesmo potencialmente tendenciosa. Apontam ainda o estigma da morte por suicídio como outro fator que implica nas falhas na sistematização das informações, sugerindo um fortalecimento dos sistemas de informações de saúde nos países:

In addition, because it is a stigmatized cause of death, suicide is often miscoded. The assignment of the underlying cause of death is limited by the information provided on death certificates, and variability in coding practices needs to be addressed. Country health information systems, including vital registration, need to be strengthened as a matter of priority in order to provide a more solid empirical basis for monitoring health situation and trends. Such data are also crucial for Member States' monitoring of national and subnational trends in order to respond to the changing needs of their populations. (OMS, 2021, p. 12).¹

¹ Ademais, tendo em vista o estigma da causa de morte, o suicídio é frequentemente mal codificado. A atribuição subjacente da causa da morte é limitada pelas informações fornecidas nas certidões de óbito e variações nas práticas de codificação precisam ser abordadas. Os sistemas de informação sanitária dos países, incluindo o registo vital, precisam ser fortalecidos como prioridade, a fim de fornecer uma base empírica mais sólida para monitorizar a situação e as tendências da saúde. Esses dados são também cruciais para a monitorização das tendências nacionais e subnacionais pelos Estados-Membros, a fim de responder às novas necessidades das suas populações. (OMS, tradução nossa).

Com vistas a melhorar o monitoramento do suicídio, a OMS (2021) sugere que os sistemas de informação em saúde devem focar no fortalecimento de coletas de dados por causa morte a partir de informações vitais, pesquisas regulares de saúde domiciliar, entre outros. A vigilância do suicídio, das suas tentativas e dos comportamentos autolesivos é importante para o planejamento, monitoramento e avaliação dos países, para que assim possam traçar as prioridades, focar nas estratégias de prevenção a partir das peculiaridades de cada localidade e informar com maior precisão sua evolução em comparação às taxas globais de morte por suicídio.

No Brasil, os dados atuais referem-se ao período compreendido entre 2010 e 2019 e foram obtidos por meio de um estudo descritivo, com base nos dados de óbitos por suicídio registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), além de notificações de violências autoprovocadas anotadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), em 2019. Assim, as estatísticas nacionais sobre o tema, que são apresentadas neste capítulo, têm como fundamento esse estudo, publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde, no ano de 2021.

Entre 2010 e 2019, ocorreram no Brasil 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual de mortes, demonstrando um aumento do risco de morte por suicídio em todas as regiões do Brasil, destacando-se as regiões Sul e Centro-Oeste com as maiores taxas de suicídio entre as regiões brasileiras, sobressaindo os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, com as maiores taxas do país, respectivamente 11,8 e 11,0 por 100 mil habitantes (Brasil, 2021).

Em relação à diferença entre os sexos, os homens continuam apresentando um risco maior de morte por suicídio quando comparado às mulheres (cerca de 3,8 maior). Contudo, comparando os anos de 2010 e 2019, verificou-se um aumento de 29% nas taxas de suicídios de mulheres e 26% nas taxas entre homens. Não obstante, mulheres apresentam maiores prevalências de ideação e tentativas de suicídio.

Outra informação importante concernente aos dados brasileiros emitidos nesse boletim epidemiológico diz respeito à evolução das taxas segundo a faixa etária. O aumento de incidência de suicídio ocorreu em todos os grupos, com um acréscimo pronunciado nas taxas de mortalidade de adolescentes, chamando a atenção a elevação sustentada das mortes por suicídio em menores de 14 anos. Entre 2010 e 2013 houve um aumento de 113% na taxa de mortalidade por suicídios nessa faixa etária. (Brasil, 2021).

As populações vulneráveis, como migrantes e refugiados, população LGBTQIA+², povos indígenas, entre outros, também evidenciam maiores riscos de suicídio. De acordo com o Ministério da Saúde (2021), estudos têm demonstrado de forma consistente maior risco de morte por suicídio na população indígena, com um risco de suicídio 74% maior comparado a não indígenas.

O estudo mais recente sobre o suicídio em jovens negros (10 a 29 anos de idade) foi publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 2018 e refere-se ao período compreendido entre os anos de 2012 e 2016. Nesse trabalho, em todos os anos analisados, o número de suicídios foi maior entre adolescentes e jovens negros quando comparados com os brancos. No ano de 2016 houve o maior risco de suicídio em jovens negros, cerca de 45% maior quando comparados aos jovens brancos. (Brasil, 2018).

Como podemos observar, o Brasil contrariou a tendência mundial de diminuição das taxas de suicídio nas últimas duas décadas, “(...) entre 1979 até 2016 nossa taxa de suicídio aumentou de 2,95 para 6,1 por 100 mil habitantes, um aumento de aproximadamente 220% em relação ao anterior”. (Busato; Asevedo; Mari, 2021, p. 82).

Além disso, cabe ressaltar que os dados brasileiros devem ser analisados com cautela, tendo em vista que tanto o suicídio quanto as tentativas de autoextermínio são subnotificados, além de haver grande variabilidade regional nas taxas:

No Brasil, dados sobre mortalidade por suicídio derivam de informações que constam em atestados de óbitos, compiladas pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Esses dados costumam estar subestimados. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao comparar suas projeções demográficas com o total de óbitos registrados nos cartórios brasileiros, estima que 9,5% dos óbitos não foram registrados em cartórios. (Botega, 2015, p. 58).

Gondim (2015, p. 15) aponta nesse mesmo sentido ao assinalar que no Brasil as tentativas de suicídio são maiores que os índices de suicídio, atribuindo a falta de sistematização da assistência e a notificação aos órgãos de vigilância epidemiológica como fatores que repercutem na escassez de estudos para tentar minimizar o problema.

Após essa breve apresentação no que tange às estatísticas nacionais a respeito da temática, consideramos importante refletir acerca da associação de transtorno mental com o comportamento suicida. Seguindo uma lógica com um enfoque psiquiátrico proeminente, o

² O acrônimo para denominar os gêneros e sexualidades dissidentes variam conforme a experiência dos diferentes grupos que reivindicam por suas identidades coletivas: “A diferença entre acrônimos como LGBT ou LGBTI ou como LGBTQIA+ e LGBTQIAP+ diz respeito a adição de categorias que apontam para um detalhamento de experiências (...)”. (FACHINI, 2020, p. 63).

Ministério da Saúde (Brasil, 2021) indica a presença de transtorno mental em 80% dos casos, apontando como o “transtorno” mais prevalente “a depressão unipolar ou bipolar, também sendo quadros associados com risco importante o abuso e dependência de substâncias psicoativas e a esquizofrenia” (Brasil, 2021, p. 7).

Consideramos que essa assertiva deve ser tomada com cautela, uma vez que os dados a respeito da correspondência entre suicídio consumado e transtorno mental, por exemplo, são realizados por meio das chamadas autópsias psicológicas, histórico de prontuários ou entrevistas com familiares, os quais são inquiridos em um momento de muita angústia após a perda de um ente querido. Além disso, o próprio sujeito está ausente nas considerações a respeito de si mesmo, tornando questionável o diagnóstico efetuado nessas condições:

Esse processo de diagnóstico a posteriori nos eventos de suicídio consumado nos parece bastante complexo, ou melhor, permeado de subjetividade. De um lado, encontramos um familiar (às vezes, nem tão próximo do sujeito) perplexo diante da morte de um parente que se suicidou, repleto de dúvidas sobre os motivos do ato e elaborando um luto difícil. Do outro, encontramos um profissional (uma autoridade na área da saúde) com um discurso elaborado e autorizado pela ciência, com um checklist dos possíveis sintomas psiquiátricos nos casos de suicídio e indagando ao familiar se o indivíduo que se suicidou se encaixa em uma das descrições. (Marquetti, 2019, p. 176).

Em relação às investigações sobre o suicídio no município de São Paulo, entre os anos de 1996 e 2005, houve 4.275 óbitos por suicídio com maiores índices na região central da cidade, onde os coeficientes de suicídio chegam ao dobro da média da cidade (Botega, 2015).

De acordo com os dados divulgados pela Prefeitura Municipal de São Paulo (2019), no ano de 2017 houve 547 óbitos por suicídio, com aumento de 18% quando comparado com o mês anterior. No ano de 2018, a cidade de São Paulo registrou, por meio do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), mais de 34.000 notificações de violências, e as lesões autoprovocadas (compreende as autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios) representam 20% desses casos. Ainda de acordo com a Prefeitura de São Paulo (2019), diferentemente do que ocorre no óbito por suicídio, a violência autoprovocada é quase o dobro no sexo feminino quando comparada ao sexo masculino.

O principal meio de agressão utilizado nas lesões autoprovocadas no município de São Paulo em 2018 foi o envenenamento. Nesse mesmo ano, dos 12.226 casos notificados como intoxicação exógena, 28% tiveram como circunstância a tentativa de suicídio e 71% ocorreram com o sexo feminino. (São Paulo, 2019).

Os dados, a partir do ano de 2018, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde - Vigilância em Saúde (São Paulo, 2022), estão sendo revisados e são passíveis de

alterações, contudo, dados preliminares apontam que no ano de 2019 houve 10.662 casos de Agressões Autoprovocadas/Tentativas de Suicídio, seguido de um declínio nos anos subsequentes, tendo em vista, muito provavelmente, a pandemia do Coronavírus, que mudou drasticamente os fluxos nos sistemas de saúde, aumentou a demanda de trabalho dos profissionais e certamente impactou nas notificações de violência.

Conforme veremos a seguir, essas taxas se coadunam com os dados do hospital onde ocorre a presente pesquisa, cujo predomínio das tentativas de suicídio ocorre com o sexo feminino e o método predominante se dá por envenenamento/intoxicação exógena.

Desse modo, após apresentarmos os principais aspectos epidemiológicos acerca do suicídio no mundo, no Brasil e na cidade de São Paulo, resta-nos expor os dados da região e da instituição onde transcorre este estudo.

O Hospital Municipal Doutor Alexandre Zaio está situado no município de São Paulo, na circunscrição da Penha, e está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), de modo que suas atribuições observam os princípios e normas definidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS. A instituição caracteriza-se, portanto, como um hospital de pequeno porte, contudo, marcada por um número significativo de casos por tentativas de suicídio.

Com vistas a fornecer um panorama numérico das tentativas de suicídio no âmbito do território da Penha, assim como do hospital em análise, os dados que apresentamos na tabela abaixo foram pesquisados a partir da base de dados do SINAN NET (Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação), que oferece a visualização de indicadores de saúde e tabulações *online*. Essa base de dados é vinculada à Prefeitura Municipal de São Paulo – Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) e ampara-se nos casos comunicados por meio do SINAN.

Importante acrescentarmos algumas ressalvas a respeito dos dados que se seguem. Tendo em vista que não há um campo específico para tentativa de suicídio na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada para levantamento dos dados no SINAN NET, selecionamos os seguintes campos disponíveis: ano; unidade de vigilância epidemiológica e de saúde notificante; autor da violência – própria pessoa; sexo (feminino, masculino e todas as categorias). Assim, embora a experiência hospitalar no trabalho com pacientes que tentam suicídio e as notificações desses casos indique que a maior parte de violência autoprovocada se trata de tentativas de suicídio, os números apresentados a seguir

também abrangem episódios de pessoas que se autoinfligiram sem declaradamente apresentar ideias de suicídio no momento da autolesão³.

Dito de outro modo, apesar de não servir como parâmetro fidedigno para fins quantitativos, a tabela a seguir nos mostra um panorama dos dados oficiais (apenas os notificados) a respeito das autolesões/tentativas de suicídio na circunscrição da Penha e do Hospital onde transcorreu a pesquisa.

Tabela 1 - Violência autoprovocada – tentativas de suicídio – notificadas pela Unidade de Vigilância e Saúde (UVIS) da Penha - SP

ANO	SEXO FEMININO	SEXO MASCULINO	TOTAL
2018	191	89	280
2019	234	74	308
2020	206	55	261
2021	219	61	280
2022	220	75	295
2023	150	46	196*

Fonte: SINAN NET - COVISA - SMS/SP. Atualizado em 07/06/2022. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

*Atualização no mês agosto de 2023

Tabela 2 - Violência autoprovocada – tentativas de suicídio – notificadas pelo Hospital Municipal Alexandre Zaio

ANO	SEXO FEMININO	SEXO MASCULINO	TOTAL
2018	108	60	170
2019	127	45	172
2020	48	16	64
2021	71	24	95
2022	64	28	92
2023	57	14	71*

Fonte: SINAN NET - COVISA - SMS/SP. Atualizado em 07/06/2022. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

*Atualização no mês agosto de 2023

Como demonstrado nas tabelas, no ano de 2019 houve um número significativo de notificações de tentativas de suicídio, tanto pela UVIS da Penha quanto pelo Hospital Alexandre Zaio, que evidenciou uma queda significativa no ano de 2020, uma vez que,

³ Feitas essas ressalvas, acrescentamos que as estatísticas da Tabela 2 se aproximam dos dados internos do Hospital acerca das tentativas de suicídio notificadas.

conforme ressaltado anteriormente, foi impactado significativamente em sua rotina institucional com alterações no fluxo de trabalho diante da pandemia do Coronavírus.

Outra informação facilmente visualizada na tabela é a preponderância de tentativas de suicídio no sexo feminino, tendência que se alinha com os dados mundiais e nacionais em que as mulheres apresentam maior histórico de tentativas de suicídio quando comparadas ao sexo masculino, que, por sua vez, se suicida em maior número.

Em trabalho destinado à compreensão do gênero no comportamento suicida a partir de dados epidemiológicos no Distrito Federal, Baeré e Zanelo (2018) observam que o maior número de suicídio entre os homens se relaciona com o método empregado, como armas de fogo, que apresentam maior letalidade. Além disso, o elevado consumo de álcool e outras drogas nessa população repercute como catalisador de comportamentos impulsivos e violentos em situações de crise. As mulheres, por sua vez, buscam vias com maior possibilidade de salvamento, como a de intoxicação exógena, principalmente por uso de medicamentos. Os autores também apontam como possíveis explicações a respeito desse paradoxo a subnotificação de tentativas de suicídio em homens e do suicídio das mulheres:

Homens costumam falar menos sobre seus estados emocionais (Zanello, 2014) e suas investidas no autoextermínio. Além disso, as tentativas malsucedidas não são registradas oficialmente por serem encaradas como fracassos pessoais e, recorrentemente, omitidas (Canetto & Sakinofsky, 1998). Já entre as mulheres, métodos utilizados no suicídio estão sujeitos a erros de classificação em registros de óbitos, nos quais são encontrados termos como "envenenamento acidental" ou "ferimento indeterminado". Ademais, a família costuma encobrir com maior frequência o registro de mortes por autoextermínio entre mulheres em comparação aos homens (Canetto, 1993). (Baére; Zanelo, 2018, p. 173).

Finalmente, como pudemos observar, os dados epidemiológicos são importantes para que possamos mapear a situação dos agravos e assim traçar estratégias eficazes no domínio da saúde pública. Infelizmente, as estatísticas brasileiras, estaduais e municipais, ainda são pouco confiáveis, e as informações, embora acessíveis para consulta do público em geral, requerem uma compreensão mínima do funcionamento dos fluxos, do formulário de violência autoprovocada e das limitações comumente encontradas nos preenchimentos dos campos, como o mau preenchimento, que repercute no dimensionamento dos dados acerca das tentativas de suicídios e suicídios consumados em nosso contexto, conforme corrobora o estudo de Marcolan (2018):

No Brasil não temos em prática um programa de vigilância ao comportamento suicida nem sequer dados confiáveis a respeito do tema. É notória a subnotificação do comportamento suicida no sistema de saúde, pois é passível de verificação na

prática e na pesquisa o mascaramento de dados. Atendimentos de urgência em prontos-socorros, claramente relacionados à intenção suicida, ainda ficam sob diagnósticos disfarçados em intoxicação endógena, ferimento por arma de fogo ou arma branca e acidente automobilístico. Há ainda aqueles que tentam ou se matam sem que tenham acessado um equipamento de saúde, e os sobreviventes familiares escondem a causa real pela vergonha e o julgamento moral que cercam tal fato. (Marcolan, 2018, p. 2480).

Perante a urgência e o sofrimento psíquico intenso dessa população, chama à atenção a problemática acerca dos dados epidemiológicos sobre o tema em estudo, fazendo-nos questionar o interesse público no enfrentamento do suicídio e suas tentativas. Conforme veremos adiante, legislações e orientações nacionais e municipais têm emergido com vistas à maior compreensão e intervenção dos profissionais de saúde diante dessas pessoas, contudo há, por certo, um longo caminho para que tais estratégias se firmem de modo efetivo e reflitam na diminuição da angústia que na qual subjazem as populações que tentam suicídio.

Diante dessas reflexões, além do aperfeiçoamento dos dados a respeito do suicídio e das tentativas, reiteramos as propostas do Ministério da Saúde (Brasil, 2021) de expansão da rede assistencial em todos os níveis de complexidade, especialmente no atendimento a crises e urgências, bem como no componente ambulatorial especializado, com o monitoramento e acompanhamento dos casos. Apesar dos serviços de urgência e emergência não promoverem diretamente a atenção integral e continuada à pessoa com sofrimento psíquico, com e sem diagnóstico de transtorno mental, são os locais onde as pessoas que tentaram suicídio recebem os primeiros cuidados, de modo que se faz mister a adoção de medidas que qualifiquem os profissionais no atendimento a esses pacientes.

1.2. As tentativas de suicídios e as políticas públicas brasileiras

A presente pesquisa aborda, entre outros objetivos, os atendimentos às tentativas de suicídio em um hospital municipal na cidade de São Paulo, inserido, portanto, dentro do campo das políticas públicas. As diligências dessas políticas vão desde a criação de protocolos para a notificação epidemiológica desse tipo de violência às diretrizes para o atendimento às tentativas de suicídio. Desse modo, apresentaremos a seguir as principais diretivas (documentos, resoluções, portarias), na esfera Federal e Municipal, que abrangem a temática. O intuito é refletir acerca dos enfoques e eventuais hiatos do poder público, que repercute diretamente na assistência a essa população.

No ano de 2006 foi lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que destaca a construção de um modelo de atenção que prioriza a qualidade de vida e inclui ações

para a prevenção de violências e estímulo à cultura de paz. No ano de 2014, a PNPS foi redefinida por meio da publicação da Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, cujo enfrentamento às violências foi posto como uma de suas prioridades. Nesse sentido, observa-se um esforço do Ministério da Saúde no aperfeiçoamento dos instrumentos de vigilância em saúde, buscando sintonia com as diversas políticas para a efetivação dos princípios do SUS, de modo que seus dispositivos têm repercutido nos documentos balizadores das ações do âmbito da Saúde.

Ainda no ano de 2006, o Ministério da Saúde estabeleceu a Portaria nº 1876, que instituiu as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, a ser implementada em todas as unidades federadas. A partir dessa Portaria, o suicídio é considerado um problema de saúde pública, de tal forma que a promoção, tratamento e recuperação é responsabilidade de todos os níveis de atenção à saúde. Além disso, há nesse momento a preocupação em contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão e a disseminação das informações.

A PNPS e a Portaria nº 1876, ambas datadas do ano de 2006, repercutiram na cidade de São Paulo com a publicação da Portaria 1328/2007 pela Secretaria Municipal de Saúde, que implanta o "Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes - SIVVA". Mediante essa Portaria, o preenchimento da notificação de casos suspeitos ou confirmados de violências e acidentes é obrigatório e de responsabilidade dos profissionais de saúde dos serviços hospitalares, urgência e emergência da rede pública, privada e demais serviços de saúde do SUS do município de São Paulo. (São Paulo, 2007).

Ainda no tocante ao aspecto epidemiológico, em janeiro de 2011 o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 104, definiu a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública que devem ser notificadas de forma compulsória em todo o território nacional, estabelecendo fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições dos profissionais e serviços de saúde. Em seu anexo I, no entanto, não há referência clara à notificação das tentativas de suicídio, havendo menção a essa modalidade de violência de modo genérico, sob a denominação “violência doméstica, sexual e/ou outras violências”. (Brasil, 2011).

As tentativas de suicídio serão notadas de modo mais específico no âmbito das notificações no ano de 2014, com a revogação da portaria MS/GM nº 104/2011 e a promulgação da Portaria GM/MS nº 1.271/2014, em que as tentativas de suicídio aparecem como um agravo de notificação imediata e devem ser registradas em um prazo de até vinte e

quatro horas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, além de ser comunicado à Secretaria Municipal de Saúde de modo imediato. (Brasil, 2014).

Desse modo, fica definido que em todos os níveis de atenção à saúde, seja público ou privado, as tentativas de suicídios devem ser notificadas via SINAN por qualquer profissional de saúde ou aquele responsável pelo serviço assistencial. A notificação equivale ao processo de informar o caso à vigilância em saúde do município para a tomada de ações, não implicando na comunicação, quando necessário, aos órgãos de direitos e de proteção como, por exemplo, o Conselho Tutelar e do Idoso.

Em face dessas normativas e em consonância com as políticas federais que versam sobre a questão da violência de modo mais abrangente, no ano de 2015, por intermédio da portaria nº 1.300, de julho de 2015/SMS-G, o município de São Paulo institucionaliza os Núcleos de Prevenção de Violência (NPV), objetivando a responsabilização pelo cuidado e o acesso aos serviços. (São Paulo, 2015a).

No mesmo sentido, no âmbito municipal, a Secretaria de Saúde da cidade de São Paulo lançou a cartilha “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência” (2015). A elaboração desta cartilha foi um processo participativo, que envolveu os trabalhadores do Sistema Único de Saúde – SUS – nos diferentes níveis de Atenção à Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde do município. (São Paulo, 2015b).

Nesse instrumental, os Núcleos de Prevenção a Violência ganharam notoriedade, firmando-se como um articulador de cuidado no serviço e tornando-se um grupo de referência da instituição. No hospital de onde parte a pesquisa, o NPV é composto por psicólogas, assistente social, farmacêutica, área médica, enfermagem, administrativo e gestão. Entre as principais ações desenvolvidas, destacamos a sensibilização da equipe quanto ao preenchimento das fichas de notificação compulsória, o endereçamento à vigilância da região, bem como o controle interno dos dados de tentativas de suicídio, além de outras violências, permitindo-nos uma melhor visualização dos casos. Ademais, a equipe também participa de reuniões internas e do território, bem como articula com a rede assistencial o acompanhamento dos casos de violências atendidos.

A Linha de Cuidado (LC) também estipula ações dos diferentes níveis de atenção à saúde no cuidado com as pessoas que sofrem das mais variadas formas de violência, orientando os profissionais de saúde na abordagem junto a elas. Tendo como referência o “Relatório Mundial de Violência e Saúde” (OMS, 2002), são definidos dentro do eixo das violências autoinfligidas o suicídio, a ideação e as tentativas de suicídio, englobando também

o conceito de autoabuso, que se refere às autoagressões e às automutilações. (São Paulo, 2015, p. 15).

No ano de 2017, na esfera federal, o Ministério da Saúde institui duas Portarias, a saber: a Portaria nº 3.479 (Brasil, 2017a) e a Portaria nº 3.491 (Brasil, 2017b), em que estabelece, respectivamente, um Comitê para elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, dispondo sobre o custeio direcionado a prevenção do suicídio na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS) no orçamento do ano de 2017.

Apesar de reconhecer o suicídio como um fenômeno complexo e multifacetado, o Comitê instituído pela Portaria nº 3.479 restringe sua composição aos representantes do campo da saúde, com a participação da Secretaria de Atenção à Saúde (em que a Atenção Hospitalar e de Urgência estão inseridas), da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Entre as propostas, há menção de elaboração de diagnósticos situacionais sobre o cenário do suicídio no Brasil, bem como articulação e monitoramento do Plano que trata esse Decreto.

Pontos importantes que repercutiram de modo mais específico na atuação dos estabelecimentos públicos e privados de saúde e de ensino ocorre no ano de 2019, com a promulgação da Lei nº 13.819, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. A normativa inclui, além das tentativas de suicídio e do suicídio consumado, a automutilação, buscando, por meio dessa Política, a prevenção também das lesões autoprovocadas.

Outro ponto de destaque nessa legislação concerne à notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada. Assim, os serviços de saúde e de ensino, públicos e privados, notificam esses casos, respectivamente, às autoridades sanitárias e ao conselho tutelar. Seguindo a tendência encontrada nas diretrizes anteriores, a Lei nº 13.819 compreende por violência autoprovocada o suicídio consumado, sua tentativa e a automutilação, com ou sem ideação suicida. (Brasil, 2019).

Por fim, ainda no tocante às regulamentações federais, no ano de 2020 há a publicação do decreto nº 10.225, que 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 também estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. (Brasil, 2020).

Entre outras medidas, o Decreto dispõe sobre a criação do Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, o qual é responsável por articular,

planejar e propor estratégias que abarquem a prevenção, o monitoramento e os estudos da automutilação e do suicídio.

O Comitê Gestor é composto por representantes dos seguintes órgãos: Ministério da Saúde, que o coordena, Ministério da Educação, Ministério da Cidadania e Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Cada órgão é responsável por competências específicas, cabendo ao Ministério da Saúde, entre outras atribuições: promover o acesso e a qualidade dos serviços, regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial destinados a pessoas em situação de risco de automutilação e tentativa de suicídio; disseminar informações que possibilitem a compreensão da ocorrência desses fenômenos para além dos fatores de ordem individual; estabelecer fluxos para o registro de notificações compulsórias sobre a automutilação e a tentativa de suicídio; fomentar estudos e pesquisas sobre a temática, etc. (Brasil, 2020).

No âmbito do município de São Paulo encontramos poucas normativas voltadas à abordagem do suicídio publicadas no período de 2016 até 2022. No ano de 2017 há a promulgação da Lei nº 16.765, de 2017, que altera a Lei nº 14.485, de 19 de julho de 2007 voltada à inclusão 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. (São Paulo, 2017).

A lei nº 16.765, de 2017, apesar de tecer algumas providências voltadas à prevenção do suicídio como, por exemplo, a previsão da formação permanente dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção à saúde, o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, a promoção da interdisciplinaridade, entre outros, parece ainda caminhar timidamente, adotando medidas generalistas como palestras e caminhadas que, embora sejam importantes para divulgação da temática, correm o risco de serem tomadas de modo simplista e pouco efetivo no sentido da efetivação de uma política pública.

Por outro lado, a Lei 17.237, datada de 2019, cria na cidade de São Paulo o Programa Municipal de Prevenção ao Suicídio e de Promoção do Direito ao acesso à Saúde Mental entre Jovens e Adolescentes. O programa tem como objetivo principal ampliar a conscientização sobre o tema, capacitar cidadãos a identificar sintomas presentes entre jovens e adolescentes e garantir o direito ao acompanhamento e à prevenção de quadros de sofrimento ou transtorno psíquicos que possam conduzir ao suicídio. (São Paulo, 2019).

Observamos que a promulgação dessa lei é um avanço para o município, haja vista o aumento crescente do número de suicídio entre jovens, conforme abordamos anteriormente. Além disso, a normativa traz a especificidade de incluir ações considerando a particularidade

de cada população, abrangendo a saúde das pessoas com deficiência e aquelas atravessadas por demarcadores de raça e gênero, por exemplo. O Programa Municipal de Prevenção ao Suicídio e de Promoção do Direito ao acesso à Saúde Mental entre Jovens e Adolescentes prevê que seu desenvolvimento ocorra de modo constante no decurso do calendário anual, inclusive nas ações do Setembro Amarelo, desde que não representem uma limitação das atividades a apenas esse mês. (São Paulo, 2019).

Com essas considerações iniciais, objetivamos oferecer um panorama sobre o tema em estudo no tocante às principais políticas públicas delineadas nos últimos anos. Como vimos, há uma grande preocupação dessas normativas em se reconhecer o suicídio como um problema de saúde pública, tendo em vista a gravidade e complexidade dessa modalidade de violência.

Com objetivo de visualizar as principais normativas acerca da violência autoprovocada a partir do ano de 2006 até o presente momento, apresentamos na tabela abaixo as principais disposições que se firmam como políticas públicas e permitem a reflexão sobre o tema do suicídio no cenário nacional e na cidade de São Paulo.

Tabela 3 - Principais disposições (Documentos, Leis, Portarias) que abordam às violências autoinfligidas elaboradas no âmbito Federal e Municipal

DISPOSIÇÃO	DATA	ESFERA GOVERNAMENTAL
Portaria nº 687 MS/GM e Portaria nº 2.446 que versa sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde, inclui ações ao enfrentamento às violências	Lançada em 2006 e redefinida no ano de 2014	Federal
Portaria n. 1876, institui as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio a ser implementada em todas as unidades federadas	2006	Federal
Portaria nº 1.328/SMS. Dispõe sobre a implantação do “Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes – SIVVA”	2007	Municipal
Portaria MS/GM Nº 104. Define as terminologias adotadas em legislação	2011	Federal

nacional, 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. As tentativas de suicídio aparecem como “outras violências”		
Portaria MS/GM Nº 1.271. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, incluindo as tentativas de suicídio como notificação compulsória imediata, no prazo de 24 horas.	2014	Federal
Portaria 1300/ SMS-G. Institui os Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) nos estabelecimentos de saúde do Município de São Paulo	2015	Municipal
Linha de cuidado para a prevenção integral à saúde da pessoa em situação de violência	2015	Municipal
Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020	2017	Federal
Portaria nº 3.479. Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil.	2017	Federal
Portaria nº 3.491. Institui incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância, e atenção	2017	Federal

integral relacionados à prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS)		
Lei nº 16.765. 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.	2017	Municipal
Lei nº 13.819. 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.	2019	Federal
Lei nº 17.237. Cria o Programa Municipal de Prevenção ao Suicídio e de Promoção do Direito ao acesso à Saúde Mental entre Jovens e Adolescentes.	2019	Municipal
Portaria 10225. 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.	2020	Federal

Fonte: (SÃO PAULO, 2007-2019; BRASIL, 2006-2020).

1.3. Suicídios⁴: Questão de saúde pública ou da saúde?

⁴ Para Leite (2018), talvez seja melhor falar em *suicídios*, uma vez que demarcaria cada caso e escuta, ainda que, no caso da psicanálise, possamos aspirar a alguma elucidação metapsicológica sobre o suicídio.

Nas seções anteriores pudemos discutir sobre os principais aspectos epidemiológicos que envolvem os suicídios, bem como a criação e o desenvolvimento das políticas públicas federais e municipais sobre a temática.

Como observamos nas discussões anteriores, há, por certo, um predomínio da área da saúde acerca do tema; mesmo normativas que envolvem outras áreas de saber como, por exemplo, o Decreto nº 10.225, datado de 2020, que define os integrantes e as competências do Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio incumbe ao Ministério da Saúde sua coordenação. (Brasil, 2020).

Ao categorizar os suicídios como um problema de saúde pública, esse campo do saber tem cada vez mais se apropriado da temática, condicionando políticas e práticas de prevenção balizadas essencialmente no discurso psiquiátrico, conforme corrobora Leite (2018)

O campo da saúde, mesmo reconhecendo a complexidade na determinação do suicídio, é hegemonicamente modulado pelo saber psiquiátrico. Este é a especialidade médica e a área que no último século mais se apropriou do assunto em termos da consolidação e construção de um discurso que dá ao suicídio um aspecto centralmente psicopatológico, alicerçando o desenvolvimento de dispositivos de tratamento e prevenção hoje correntes no campo da saúde pública (Leite, 2018, p. 118).

A assertiva do Ministério da Saúde (Brasil, 2021) a respeito da prevalência de transtorno mental em cerca de 80% dos suicídios reduz a complexidade do tema como um sintoma a ser eliminado, voltando à práxis que envolve recursos farmacológicos e tratamentos nesse sentido. Assim, como afirma Marquetti (2019), os sujeitos com eventos suicidas na sua vida, inevitavelmente, são diagnosticados com um transtorno mental. Como consequência, raramente o paciente com tentativa de suicídio escapa a um diagnóstico psiquiátrico quando se defronta com esse aparato.

Dito em outras palavras, embora partamos do pressuposto da multideterminação do ato suicida, na prática, reduzimos à questão causal e psiquiátrica um sofrimento psíquico complexo. Por meio dessas considerações poderíamos pensar qual o alcance das políticas públicas, ou seja, a partir de qual enfoque estamos partindo para se pensar a questão e se, de fato, elas contemplam todos ou a maioria dos suicídios quando pensamos nas ações de promoção de saúde e prevenção do suicídio.

É necessária, assim, a reflexão acerca de em qual eixo discursivo os métodos diagnósticos e terapias farmacológicas que tratam do tema estão assentados, uma vez que com

tal atitude esquivamos de um desconfortável debate ético sobre a deliberação da própria morte, favorecendo a medicalização da vida:

São resultados práticos que apaziguam a angústia técnica e familiar e geram, no entanto, um afastamento do fenômeno do suicídio e do sujeito que o produz, não só denunciando o interesse econômico em escamotear determinantes psicossociais e minando a intervenção nelas por meio do biologicismo, mas também favorecendo a medicalização da vida acima de uma concepção realmente viva, permeável ao caráter ideográfico das manifestações, em que se pesa a capacidade de *errar* – no sentido de *percorrer* o desconhecido – em sua própria existência (Leite, 2018, p. 118).

Outrossim, o predomínio da saúde e, especificamente do saber médico psiquiátrico acerca dos suicídios, também repercute nas pesquisas que são desenvolvidas acerca da temática. Marquetti (2019) aponta a menor quantidade de pesquisas na área com abordagem qualitativa, com a preponderância do referencial epidemiológico e, mesmo naquelas pesquisas amparadas na metodologia qualitativa, há o predomínio do saber psiquiátrico, delimitando, portanto, uma hegemonia discursiva sobre o suicídio:

O discurso médico parece ter embotado os sentidos dos profissionais da saúde e pesquisadores, pois observamos na literatura e na clínica um eterno soar das mesmas palavras sobre o tema do suicídio. E, na sociedade contemporânea, esse discurso ressoa continuamente, seja nas mídias, nas redes sociais, nas soluções adotadas por familiares diante do evento ou nos órgãos oficiais que produzem as políticas públicas de saúde. O suicídio foi capturado do mundo social, no qual sempre esteve presente, e depois encarcerado e isolado dentro das categorias científicas dos transtornos mentais. A esse evento não se permitem outras significações. (Marquetti, 2019, p. 188).

Diante dessas reflexões, a presente pesquisa tem como desafio e aposta a escuta da singularidade daqueles que tentam suicídio, objetivando não reduzir os sujeitos a esse evento, tampouco reificar uma prática discursiva amparada na supremacia do modelo biomédico. Desafio contínuo, haja vista que o campo de pesquisa ocorre dentro de um hospital, em que, via de regra, as histórias dos sujeitos e as suas memórias nesses espaços são comumente desprezados, com enfoque na busca de um sintoma.

Para tanto, partiremos do olhar psicanalítico sobre o tema que, conforme aponta Leite (2018), conflita com o campo da saúde, uma vez que se pauta por uma concepção distinta de cura e se baseia na defesa radical da singularidade, opostamente desconsiderada pelas concepções gerais e normativas de saúde.

Como veremos no decurso deste estudo, ao propor a escuta dos pacientes pela orientação da psicanálise, almejamos que o sujeito possa dar voz ao sofrimento e tentativa de suicídio que culminou em sua hospitalização e, quem sabe, produzir alguma mobilidade em

relação à saída encontrada. No capítulo subsequente, apresentaremos alguns pensamentos da psicanálise acerca do suicídio que atravessam e sustentam as discussões das narrativas dos sujeitos atendidos no hospital geral as quais discorreremos oportunamente.

2. PENSANDO O SUICÍDIO A PARTIR DA(S) PSICANÁLISE(S)

- *Meu mistério é simples: eu não sei como estar viva.*
 - *É que você só sabe, ou só sabia, estar viva através da dor.*
 - *É.*
 - *E não sabe como estar viva através do prazer?*
 - *Quase que já. Era isso o que eu queria te dizer.*
Clarisse Lispector

Neste capítulo refletiremos sobre o ato suicida a partir de autores que têm como arcabouço teórico a psicanálise. Tendo em vista a diversidade de correntes teóricas que nos auxiliam a refletir sobre a temática, e visando uma questão didática, abrangeremos nesse estudo o pensamento de psicanalistas que nos auxiliaram a refletir acerca das narrativas incluídas nesta pesquisa. Desse modo, passaremos por concepções de Sigmund Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott e autores contemporâneos filiados a essas correntes teóricas.

De acordo com o psiquiatra e psicanalista Bernard Miodownik (2019), a clínica do suicídio (e as tentativas de) evoca temas relevantes à psicanálise, como angústia, desamparo, fantasias simbióticas e destrutividade, de modo que chama a atenção do autor a pouca abordagem na literatura psicanalítica sobre o tema, com exceção de Roosevelt Cassorla, um expoente desse assunto em território nacional, o qual abordaremos no decurso desse capítulo. Nas palavras do autor:

Diante de uma situação clínica radical, como é o suicídio (e as tentativas de), chama a atenção o fato de pouco se falar a respeito dele na literatura psicanalítica. Em nosso meio, Cassorla (2017) tem se dedicado a trabalhar esse assunto de forma mais constante. No geral, artigos de outros autores são esparsos, o que também ocorre em nível internacional, sendo as abordagens mais conhecidas as de Gabbard (1998), Kernberg (1995) e outros mais voltados para o tratamento de pacientes com diagnósticos de transtornos de personalidade borderline ou narcísica e nas depressões graves. (Miodownik, 2019, p. 68).

A partir de casos de suicídios emblemáticos, Miodownik (2019) discute aspectos clínicos e históricos que poderiam elucidar o porquê da resistência da psicanálise em relação à temática. Um dos motivos problematizados refere-se à intensa angústia na comunicação dos pacientes que tentam suicídio e que se suicidam, de forma que predominam atos ao invés de comunicação simbólica, exigindo do analista contato prolongado com aspectos psicóticos no processo analítico.

Diante disso e do risco da concretização dos pensamentos suicidas, o psicanalista se vê envolto a inúmeros sentimentos contratransferenciais como, por exemplo, desesperança, o que pode dificultar e negligenciar as comunicações do paciente, bem como a sensação de fracasso pessoal e atuação como uma figura salvadora. Ao se deparar com o suicídio ou sua tentativa, não raras vezes, emerge no profissional sentimento de culpa e vergonha perante os demais colegas. Assim, por sua radicalidade, o suicídio é um tema que assusta os analistas (Miodownik, 2019).

O último aspecto levantado pelo autor que poderia esclarecer o embaraço da psicanálise diante do comportamento suicida é discutido levando em consideração um acontecimento histórico na psicanálise: o suicídio de Victor Tausk (1879-1919), psicanalista e colega de Sigmund Freud, fato esse que pode ter reverberado, segundo o autor, como uma sombra na psicanálise.

Tausk teve uma breve participação na história da psicanálise, ingressou nesse campo em 1908 e faleceu cerca de dez anos depois. Personagem polêmico dentro do meio psicanalítico e marcado por desavenças com Freud, contribuiu com sua experiência na clínica da psicose, explorando domínios antes não empreendidos pela psicanálise. (Riguini; Franca Neto, 2008).

Em busca pela história oral da psicanálise, o jornalista Paul Roazen depara-se com a história de Tausk e publica originalmente em 1969 o livro “Irmão Animal: a história de Freud e Tausk”, onde descreve de modo pormenorizado as dificuldades da sua relação com o pai da psicanálise, bem como as problemáticas de sua vida íntima.

Aos dois de julho de 1919, Tausk escreve duas cartas de despedida: uma para sua noiva e outra para Freud, suicidando-se na sequência. Na carta destinada para Freud, cujo conteúdo pode ser encontrado no livro de Roazen (1969/1995), Tausk não tece acusações a Freud, agradecendo-o pelos anos de convívio e por ter testemunhado “o triunfo de uma das maiores idéias da humanidade” (p. 122).

Estudioso no campo das psicoses maníaco-depressivas e da esquizofrenia, suas contribuições foram apagadas completamente após seu suicídio, de modo que o Tausk ainda é pouco conhecido, mesmo entre aqueles que se dedicam ao campo da psicanálise. Nesse sentido, é importante o trabalho de Roazen (1969/1995) por trazer à tona não apenas as circunstâncias que desencadearam o desfecho trágico de Tausk, mas também por permitir que sua história e seu trabalho não sejam silenciados.

Feitas essas considerações, esclarecemos que apesar das dificuldades expostas na interface da psicanálise com o tema do suicídio, encontramos literatura que exploraremos a seguir. Desse modo, passemos adiante para as apresentações dos autores cuja obra nos auxilia na compreensão de fatores envolvidos nos suicídios e nas suas tentativas dentro do pensamento psicanalítico, sem perder de vista que a temática envolve diferentes olhares e compreensões por se tratar de um fenômeno complexo e multifatorial (psíquico, biológico, sociocultural, etc.).

Apesar de Freud não ter se aprofundado no problema do suicídio, as primeiras referências sobre a temática aparecem na obra “Sobre a psicopatologia da vida cotidiana (1901/1996)”, na qual o autor alinha o suicídio junto aos atos falhos e lapsos, partindo, portanto, da suposição de uma tendência à autodestruição em todas as pessoas:

Sabe-se que, nos casos mais graves de psiconeuroses, os ferimentos auto-infligidos ocasionalmente aparecem como sintomas patológicos e que, nesses casos, nunca se pode excluir o suicídio como um possível desfecho do conflito psíquico. Sei agora, e posso provar com exemplos convincentes, que muitos ferimentos aparentemente acidentais sofridos por esses doentes são, na realidade, lesões auto-infligidas. Acontece que uma tendência à autopunição, que está constantemente à espreita e comumente se expressa na autocensura ou contribui para a formação do sintoma, tira hábil partido de uma situação externa oferecida pelo acaso, ou contribui para sua criação até que se dê o efeito lesivo desejado. Tais ocorrências de modo algum são raras, inclusive nos casos de gravidade moderada, e denunciam o papel desempenhado pela intenção inconsciente através de uma série de traços particulares - por exemplo, a notável serenidade com que os pacientes encaram o suposto acidente. (Freud, 1901/1996, p. 181-182).

Assim, nesse momento da obra freudiana (1901/1996), os ferimentos autoinfligidos podem aparecer como sintomas patológicos e, nesses casos, o suicídio pode figurar como um possível desfecho do conflito psíquico. Acrescenta-se ainda que além do suicídio intencional (da ordem da consciência), há uma intenção inconsciente de autodestruição, que pode ser mascarada, por exemplo, como um acidente casual:

Freud indica a presença de uma pulsão que impele à autodestruição, o que pode ser reconhecido como um germe da pulsão de morte, na base das tentativas ou conclusões suicidas de ordem consciente ou inconsciente. Segundo o autor, duas forças se opõem e os ferimentos autoinfligidos surgem a partir da tendência à autodestruição que supera as forças que se lhe opõem. Esse prenúncio da desfusão pode ser antevisto nas considerações de Freud (1901/1969) sobre o suicídio como pertencente à categoria de equívocos na ação. (Brunhari; Darriba, 2014, p. 199-200).

No ano de 1910, em uma reunião na Sociedade Psicanalítica de Viena, Freud (1910/1996) faz uma breve reflexão sobre o suicídio, material que foi publicado no texto intitulado “Contribuições para uma discussão acerca do suicídio”.

Esse período da obra freudiana antecede constructos teóricos importantes, como o da teoria pulsional, de modo que o autor (1910/1996) atribui, nesse momento, a problemática do suicídio a causas misteriosas, apontando a condição da melancolia e sua comparação ao afeto do luto como área do conhecimento a ser desbravada, uma vez que a renúncia à autopreservação e o desinvestimento libidinal presentes no quadro melancólico podem ser articuladas ao suicídio.

Estávamos ansiosos sobretudo em saber como seria possível subjugar-se ao extraordinariamente poderoso instinto da vida: isto pode apenas acontecer com o auxílio de uma libido desiludida, ou se o ego pode renunciar à sua autopreservação, por seus próprios motivos egoístas. Pode ser que tenhamos deixado de responder a esta indagação psicológica porque não temos meios adequados para abordá-la. Podemos, eu acredito, apenas tomar como nosso ponto de partida a condição de melancolia, que nos é tão familiar clinicamente, e uma comparação entre ela e o afeto do luto. Os processos afetivos na melancolia, entretanto, e as vicissitudes experimentadas pela libido nessa condição nos são totalmente desconhecidos. Nem chegamos a uma compreensão psicanalítica do afeto crônico do luto. Deixemos em suspenso nosso julgamento até que a experiência tenha solucionado este problema. (Freud, 1910/1996, p. 244).

Assim, os estudos de Freud publicados na obra “Luto e melancolia” (1917/1996) são de grande valia para o entendimento dos aspectos envolvidos no suicídio, em que o autor se dedica às dinâmicas do afeto normal de luto e sua comparação com o estado melancólico, abrindo um campo de discussão sobre o tema do suicídio na perspectiva psicanalítica. Outrossim, antes de tecermos algumas considerações a respeito dessa obra, é válido pontuar que sua publicação antecede importantes formulações freudianas como, por exemplo, a segunda teoria pulsional, publicada em 1920, e a segunda tópica, datada no ano de 1923, de modo que o autor ainda não havia elaborado a noção de superego, aludido, nesse momento, como uma instância crítica.

Freud (1917/1996) inicia esse trabalho mencionando que as características da melancolia se apresentam em várias categorias clínicas, tendo uma variabilidade mesmo na psiquiatria descritiva, o que de certo modo ainda observamos nas discussões na psicanálise contemporânea, cujos sintomas do quadro melancólico, por vezes situam-se no campo das neuroses narcísicas.

No que tange às aproximações entre o luto e a melancolia, o autor situa os traços mentais de ambos os processos como um estado doloroso, marcados por desanimo, perda de interesse no mundo externo e da capacidade de amar, bem como inibição de toda e qualquer atividade. Em relação à diferença entre luto e melancolia, Freud (1917/1996) destaca que no luto há uma referência clara a uma perda, enquanto no estado melancólico essa perda não é

evidente, pois a perda do objeto foi retirada da consciência. Outra diferença diz respeito à autoestima: na melancolia, diversamente do luto, há um empobrecimento proeminente do ego: “No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego”. (Freud, 1917/1996).

Adiciona-se que na melancolia uma parte do ego se coloca contra a outra, avaliando-a criticamente, tomando-a como objeto, o que não ocorre no processo do luto. Há, portanto, uma identificação narcísica com o objeto, evitando-se, com isso, o sofrimento que adviria com a experiência de separação e consequente ódio, direcionando a si a hostilidade dirigida ao objeto:

(...) os pacientes ainda conseguem, pelo caminho indireto da autopunição, vingar-se do objeto original e torturar o ente amado através de sua doença, à qual recorrem a fim de evitar a necessidade de expressar abertamente sua hostilidade para com ele (...). É exclusivamente esse sadismo que soluciona o enigma da tendência ao suicídio, que torna a melancolia tão interessante – e perigosa. (Freud, 1917/1996, p. 257).

Portanto, dito de outro modo, há uma identificação regressiva com o objeto primário idealizado, motivo pelo qual o narcisismo, no quadro melancólico, não impulsiona o desapego do objeto, pois estar vivo é estar identificado com o objeto ideal: “O melancólico não pode deixar que o objeto se vá sem temer perder-se com ele”. (Santos; Migliavacca, 2019, p. 119).

Seguindo as acepções freudianas presentes na obra *Luto e Melancolia* (1917/1996), Edler (2008) aponta que a hostilidade dirigida ao objeto trouxe uma possibilidade de entendimento dos complexos mecanismos envolvidos no suicídio. A destruição do ego pode ser compreendida assim como resultado dessa ação sádica, ou seja, pela identificação inconsciente com o objeto, em que sujeito trata a si próprio como trataria o objeto do seu amor ambivalente.

Observamos que no decurso de seu artigo, Freud (1917/1996) evita conclusões taxativas a respeito dos mecanismos envoltos no quadro melancólico, que também é abordado no oposto dos seus sintomas, a mania. Nesse aspecto, o autor aponta que ao passo em que o ego sucumbe ao objeto no estado melancólico, na mania, o ego, muito provavelmente, supera a perda do objeto.

Finalmente, acrescentamos que embora o estudo de Freud (1917/1996) sobre luto e o estado melancólico tenha lançado algumas hipóteses a respeito dos mecanismos psíquicos envolvidos no suicídio, reiteramos que elementos para a elucidação dessa temática também

podem ser melhor discutidas com a elaboração da segunda teoria pulsional e a redefinição do masoquismo, por volta de 1920, que abordaremos na sequência.

Em “O problema econômico do masoquismo”, Freud (1924/1996) iguala o sadismo primário ao masoquismo. A parte principal do masoquismo é transposta para os objetos, para fora, e dentro sobra um resíduo, o masoquismo erógeno, o qual compõe tanto a libido quanto o eu como seu objeto:

Esse masoquismo seria assim prova e remanescente da fase de desenvolvimento em que a coalescência (tão importante para a vida) entre o instinto de morte e Eros se efetuou. Não ficaremos surpresos em escutar que, em certas circunstâncias, o sadismo, ou instinto de destruição, antes dirigido para fora, projetado, pode ser mais uma vez introjetado, voltado para dentro, regredindo assim à sua situação anterior. Se tal acontece, produz-se um masoquismo secundário, que é acrescentado ao masoquismo original. (Freud, 1924/1996, p. 184).

Assim, o autor defende, nesse momento, que as pulsões sexuais tentam neutralizar a ação das pulsões de morte presentes no interior do sujeito para os objetos do mundo externo. A parte que se mantém no mundo interno está colada à libido, caracterizando o masoquismo original: “O masoquismo secundário produz-se pelo recolhimento no Eu da pulsão de destruição dirigida ao mundo externo e amplifica o masoquismo primário”. (Pietro; Tavares, 2014, p. 29).

De acordo com Freud (1924/1996), o retorno das pulsões agressivas ao Eu decorre da repressão cultural, que impede que os componentes instintuais destrutivos sejam exercidos em vida. O masoquismo tende a ações “pecaminosas” e que, portanto, devem ser expiadas pela censura da consciência sádica, podendo ocasionar na própria destruição da existência do indivíduo:

A fim de provocar a punição desse último representante dos pais, o masoquista deve fazer o que é desaconselhável, agir contra seus próprios interesses, arruinar as perspectivas que se abrem para ele no mundo real e, talvez, destruir sua própria existência real. (Freud, 1924/1996, p. 189).

Assim, tem-se que o superego passa a conter a descarga desenfreada, contudo, essa instância pode tornar-se extremamente sádica, atacando o ego masoquista (Cassorla, 2021). Tendo em vista que o componente erótico está mantido, Freud não desassocia autodestruição de satisfação libidinal.

A partir do estudo de Freud (1924/1996) sobre o masoquismo, Edler (2008) aponta que o núcleo masoquista se encontra desnudado no discurso melancólico, em que as

autorrecriações aparecem com veemência e o ato suicida (morrer, nadificar-se) surgiria como uma resolução para esse conflito.

Por fim, resta-nos apresentar um caso trazido por Freud (1920/1969) no ensaio denominado “A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher”, publicado com outros artigos em “Além do Princípio de Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos (1920-1920)”. Ao discutir os caminhos psíquicos que poderiam ter levado a libido da jovem à homossexualidade, apresenta considerações sobre a tentativa de suicídio do caso em questão.

Trata-se de uma jovem de dezoito anos de idade que despertara a preocupação de seus pais por seus cortejos a uma determinada dama, cerca de dez anos mais velha. Certo dia, o pai encontrou a jovem em companhia da mulher, lançando um olhar de ira. Na sequência, a jovem atira-se em direção a uma linha ferroviária, próximo ao local, sofrendo ferimentos, porém sem danos permanentes. Após esse fato, aponta o autor, os pais não se opuseram com tanta veemência e a dama, por sua vez, comoveu-se após a prova da sua paixão. A tentativa de suicídio de sua paciente leva Freud (1920) a traçar algumas reflexões a respeito do tema:

[...] é provável que ninguém encontre a energia mental necessária para matar-se, a menos que, em primeiro lugar, agindo assim, esteja ao mesmo tempo matando um objeto com quem se identificou e, em segundo lugar, voltando contra si próprio um desejo de morte antes dirigido contra outrem. (Freud, 1920/1969, p. 174).

Nessa passagem, o autor nos dá indicações de que o suicídio (e as tentativas de) perpassa pela via da identificação do objeto, conforme discutimos anteriormente; no caso da jovem em questão, sua tentativa de suicídio está correlacionada à angústia ocasionada pela perda do objeto amoroso, ou seja, quando se desfez a fantasia simbiótica com a amante idealizada.

A partir do caso da jovem homossexual, Lacan, em “O seminário, livro 10: a angústia” (1962-1963/2005), considerará a passagem ao ato como entendimento necessário para compreensão do suicídio. Apesar de não nos aprofundarmos no pensamento desse autor, é válido sinalizar o conceito de *acting out* e passagem ao ato cujo entendimento impulsionou estudos sobre o tema dentro desse referencial teórico.

Diferentemente do *acting out*, em que há uma entrada em cena, na *passagem ao ato* a angústia passa ao ato, quando o sujeito se encaminha para evadir da cena constituída pelo Outro: “O *acting out* é, essencialmente, alguma coisa que se mostra na conduta do sujeito. A ênfase demonstrativa de todo *acting out*, sua orientação para o Outro, deve ser destacada” (Lacan, 1962-1963/2005).

Assim, para psicanálise lacaniana, uma tentativa de suicídio pode ser entendida tanto como *acting out* ou quanto *passagem ao ato*. No primeiro caso há uma demanda de amor e reconhecimento:

(...) uma tentativa de suicídio pode ser o ato em que o sujeito, inundado por seu sofrimento, cria uma cena e se põe nela. A *cena* pode denunciar aos *espectadores* o desejo de malogro de seu ato. Já na *passagem ao ato*, o sujeito não pode se manter na cena. Por isso, ele se evade e deixa a cena. (Botega, 2015, p 72-73).

No trabalho “Da angústia ao suicídio” (2009), Cremasco e Brunhari apontam que não é possível definir se uma tentativa de suicídio ou o suicídio concretizado possa ser designado sob a alcunha de passagem ao ato ou *acting out*⁵, conceitos esses que devem ser pensados como uma resposta frente à angústia:

Sendo assim, uma questão ficará em suspenso: uma tentativa de suicídio e um suicídio realizado poderiam ser denominados como passagem ao ato ou *acting out*? Essa questão não será respondida nesse trabalho uma vez que, remetendo a qualquer forma de demarcação ou estratificação, o objetivo inicial de articulação entre angústia e suicídio seria desviado por uma nomeação da ação (Cremasco; Brunhari; 2009, p. 802).

Feitos esses apontamentos, é válido recapitular o caminho que percorremos até o presente momento. Iniciamos levantando algumas problemáticas em relação ao estudo do suicídio na psicanálise, como as publicações esparsas sobre o tema, ocasião em que tecemos hipóteses que poderiam elucidar o porquê dessa dispersão; em seguida optamos por mencionar as primeiras alusões de Freud sobre suicídio, discussão que se tornou mais complexa na medida em que sua teoria foi avançando, com considerações mais robustas a partir da obra *Luto e Melancolia* (1917/1996); na sequência, indicamos as proposições de passagem ao ato e *acting out*, conceitos essenciais para reflexão desse tema na teoria lacaniana, a qual, como já exposto, não é objeto deste trabalho e por isso não nos detivemos nela de modo pormenorizado.

Prosseguiremos elucidando as contribuições de grandes pensadores para o estudo em análise no campo da psicanálise, como Karl Menninger, Melanie Klein e Winnicott. Na seção que se sucede, nosso objetivo é o de estender a reflexão por meio de autores contemporâneos vinculados às essas filiações teóricas.

⁵ Brunhari (2015), em sua tese de doutorado intitulada “O ato suicida e sua falha”, permite situar uma teoria freudiana do suicídio que toma como pontos o campo do ato e da metapsicologia da melancolia, defendendo uma continuidade teórica entre a teoria freudiana do suicídio e a conceituação de passagem ao ato e *acting out* desde a asserção do *objeto a*, compreendido como um articulador.

Destarte, foi o psiquiatra norte americano Karl Menninger quem versou de modo mais detalhado sobre comportamentos autodestrutivos e acerca do suicídio. Influenciado fortemente pela psicanálise, co-fundou junto ao seu pai e irmão a Clínica Menninger, em Topeka, no Kansas (EUA), e foi presidente da Associação Psicanalítica Americana (American Psychoanalytic Association). (Araujo et al, 2016).

Em 1938, Menninger escreve sua obra “Eros e Tânatos. O homem contra si próprio”, publicada no Brasil no ano de 1970. Neste estudo o autor se aprofunda nas diversas formas de autodestruição humana, diferenciando comportamentos automutilatórios do suicídio:

Segundo Menninger (1938/1970), em qualquer circunstância, mesmo aparentando uma forma de suicídio atenuada, essas ações de autoagressão seriam uma formação de compromisso, um substitutivo que garantiria a não ocorrência da total autoaniquilação do sujeito. A automutilação seria uma busca da cura ou da autopreservação. (Cedaro; Nascimento, 2013, p. 206).

Menninger (1938/1970) acreditava que havia três componentes que poderiam ser avaliados no comportamento suicida, quais sejam: o desejo de matar, o desejo de ser morto e o desejo de morrer.

No primeiro, o *desejo de matar* refere-se não apenas a um objeto introjetado, mas também ao outro, em uma espécie de vingança. O *desejo de ser morto* adviria de uma resposta do superego ao desejo inconsciente de punição, oriundo de fantasias masoquistas de submissão e punição; e, finalmente, no *desejo de morrer* haveria uma distinção entre o desejo consciente e inconsciente de morte:

Menninger (1965) se refere ao desejo de matar, morrer e ser morto, envolvendo agressividade, punição ou erotismo. Se os três elementos não estiverem presentes, emergirão formas incompletas ou paradoxais de suicídio. Cito como exemplos: na falta do desejo de morrer, a pessoa pode cometer o ato suicida e depois pedir ajuda para ser salva. Se não houver desejo de matar, a pessoa falará repetidamente de sua vontade de morrer, mas não terá coragem para executar o ato. (Kovacs, 2013, p. 72).

Segundo Botega (2015, p. 70), a concepção de Karl Menninger sobre a temática em análise amplia as possibilidades de compreensão do ato suicida e suas ideias dão sustentação teórica para a compreensão clínica. No entanto, o autor critica a adoção de Menninger de um rígido dualismo pulsional, em que as pulsões de vida e de morte se configuram em uma relação dicotômica. Botega (2015) destaca que certos comportamentos, tais como dirigir rápido demais e consumir substâncias psicoativas, não podem ser recriminados como “inconscientemente suicidas”, como se observa em discussões de caso.

Finalmente, antes de passarmos à seção subsequente, apresentaremos, ainda que brevemente, noções da teoria de Melanie Klein e Donald Winnicott que nos auxiliam a elucubrar sobre estudo do suicídio e reverberam em trabalhos de autores brasileiros contemporâneos sobre o tema, os quais apresentaremos adiante. Além disso, seus arcabouços teóricos norteiam as reflexões realizadas por meio da pesquisa de campo, discutidas no quarto capítulo.

Embora a psicanalista Melanie Klein também não tenha se dedicado de forma mais extensa no estudo do suicídio, conforme apontaremos a seguir, a compreensão do tema perpassa pelas concepções dos estados depressivos, de modo que teremos como referência seu artigo “Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos” (1935/1996) e “O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos” (1940/1996), publicado cinco anos mais tarde, considerado a continuação do primeiro artigo, estudando outro processo importante na posição depressiva: o luto pelo objeto perdido.

Para esta autora, o enigma do suicídio pode ser concebido como uma expressão da pulsão de morte dirigida contra o objeto introjetado. Dessa maneira, na fantasia envolvida no ato suicida há a preservação dos objetos bons internalizados, em que a parte do ego identificada com esses objetos destrói os objetos maus e o id, conseguindo, por consequência, se unir aos seus objetos amados: “(...) se ao cometer suicídio o ego pretende assassinar seus objetos maus, na minha opinião, ele procura ao mesmo tempo salvar seus objetos amados, internos ou externos”. (Klein, 1935/1996, p. 317).

Adiante, a autora complementa que o sujeito que comete suicídio não odeia somente os objetos maus, mas também o id, de modo que com o ato suicida há uma ruptura na sua relação com o mundo externo, em que as defesas, como cisão e identificação projetiva, parecem não dar conta das ansiedades de aniquilamento, como esclarece Cassorla (2021):

O paciente busca destruir a parte do ego identificada com objetos maus. Ao mesmo tempo, fantasia o salvamento dos objetos bons interiorizados e da parte do ego identificada com esses objetos. Dessa forma, em fantasia, o ego se une aos objetos amados sem correr perigo. (p. 144).

Em seu trabalho “O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos” (1940/1996), Melanie Klein coloca o luto entre os fenômenos da posição depressiva. Para a autora, as experiências infelizes possuem uma similaridade com a experiência do luto, pois reativa a posição depressiva infantil, de modo que as adversidades envolveriam um trabalho psíquico semelhante ao do luto:

Minha experiência me leva a concluir que apesar de a característica típica do luto normal ser o fato de o indivíduo instalar o objeto de amor perdido dentro de si mesmo, ele não está fazendo isso pela primeira vez. Na verdade, através do trabalho de luto, ele está restaurando esse objeto, assim como todos os seus objetos amados *internos*, que acredita ter perdido. Portanto, está *recuperando* aquilo que já tinha obtido durante a infância (Klein, 1940/1996, p. 405).

Embora seu trabalho esteja amplamente correlacionado ao de Freud, convém pontuar duas diferenciações; a primeira delas diz respeito ao luto e aos estados maníaco-depressivos, pois para Klein o luto adulto “normal” envolve estados maníacos e depressivos. Outrossim, como vimos, para Freud (1917/1996), no estado melancólico a desvalorização egóica é atribuída à agressividade dirigida ao eu, enquanto do ponto de vista kleiniano as sensações de vazio podem ser derivadas de uma falha no processo de constituição do ego, aproximando o sujeito da condição primária de desamparo. Nesse sentido, por não ter condições de reparar seu mundo interno, o melancólico o encontra caótico, dominado por maus objetos, carente de bondade. (Santos, 2017, p. 75).

Como veremos adiante, o arcabouço teórico kleiniano, principalmente no que se referem as suas contribuições sobre o processo de luto, melancolia, estados maníacos depressivos e teoria das posições, permitirão que autores contemporâneos nacionais alinhados com seu pensamento formulem reflexões sobre adoecimentos que abarcam a problemática do suicídio.

Ainda no contexto da escola das relações objetais, surge Donald Woods Winnicott que, apesar de não abordar especificamente o suicídio, as características dos casos atendidos por ele fizeram com que se interessasse pelo tema:

Em alguns desses textos (1963a[1962]/ 1983, p. 225) sua preocupação é sublinhada pela avaliação dos riscos potenciais de suicídio, devidos à extrema vulnerabilidade, não apenas daqueles pacientes regredidos a estágios de máxima dependência, mas também daqueles cuja doença pode estar oculta sob um manto de aparente normalidade. (Faria, 2007).

Assim, de acordo com o autor, a possibilidade do suicídio ou da tentativa de suicídio é compreendida a partir de suas considerações a respeito da teoria do amadurecimento, em que a concretização do ato suicida dependeria em grande parte da possibilidade ou impossibilidade de retomar as condições de provisão das necessidades daquele amadurecimento.

De acordo com Faria (2003), Winnicott parte de uma concepção de sujeito não edipiano, de modo que se faz mister a compreensão de conceitos, tais como falso e verdadeiro

self, criatividade primária, entre outros. Para o autor, esses conceitos ajudam a compreender o ato suicida como uma busca para escapar às agonias impensáveis, tendo em vista a impossibilidade de se sentir real.

Para Winnicott (1971/1975) o estado de saúde está diretamente correlacionado ao viver criativo, pois é pela apercepção criativa que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida; em oposição, a submissão com a realidade externa exige do sujeito adaptação e ajuste, um sentido de inutilidade, de modo que não vale a pena viver a vida:

Em casos graves, tudo o que importa e é real, pessoal, original e criativo, permanece oculto e não manifesta qualquer sinal de existência. Nesse caso extremo, o indivíduo não se importaria, de fato, de viver ou morrer. O suicídio pouca importância tem quando tal estado de coisas está poderosamente organizado num indivíduo, e nem mesmo o próprio indivíduo se dá conta do que poderia ter sido, ou do que foi perdido, ou do que lhe está faltando (p. 100).

A esse respeito Campos (2019) aponta que caso o sujeito se encontre integralmente subjugado por um *falso self* submisso, o verdadeiro *self* não encontra modos de emergir, conservando-se isolado. Caso ocorra essa configuração, novas defesas contra o aniquilamento podem surgir e, para a autora, apesar do suicídio representar uma solução extrema, guarda um gesto de esperança, compreendendo-o como um gesto espontâneo⁶.

Outro ponto ressaltado no trabalho de Campos (2019, p. 9) baseia-se nas concepções de Winnicott sobre a existência de um estado de solidão pré-dependência, de onde despontará o sentimento de estar vivo. Para Winnicott (1990), a solidão essencial corresponde ao momento inicial da vida, ao primeiro despertar, cujo estado anterior corresponde a um estado de não existência pleno de paz. A partir desse conceito, Campos (2019, p. 9) sugere a hipótese de que “o desejo suicida possa estar relacionado ao desejo de voltar ao início, ao estado de solidão inicial no qual se inaugura a possibilidade de constituir uma vida pautada em um verdadeiro *self*”.

Desse modo, expusemos brevemente algumas noções de expoentes da psicanálise que nos permitiram refletir a respeito da temática explorada neste trabalho. Na atualidade, outros autores versarão sobre a problemática do suicídio a partir de elementos que sustentam seus arcabouços teóricos.

⁶ Para Winnicott (1971-1975) o encontro com o objeto é uma potencialidade que poderá fornecer um sentido ao gesto espontâneo do bebê e legitimará o “ser verdadeiro em potência”. Santos (1999) aponta que a fonte do gesto espontâneo é aquela que expressa um impulso genuíno (um gesto, ato ou balbúcio), - o *self* verdadeiro potencial -, que se dirige ao outro, o qual percebe e dá lugar para que o gesto se realize.

2.1. Humano... Demasiadamente humano: contribuições de autores contemporâneos para o tema do suicídio no contexto brasileiro

Nessa seção, o comportamento suicida – que abarca tanto o suicídio consumado quanto as tentativas – será abordado a partir de autores nacionais contemporâneos, cujo pensamento teórico ampara-se grande parte no conhecimento psicanalítico proposto por Freud, Klein, Winnicott, entre outros.

Ressaltamos que autores como Adolph Stern e Herbert Rosenfeld, americano e alemão, respectivamente, foram mencionados ao longo desse trabalho com vistas a elucidar eventuais hiatos teóricos que se fizeram necessários para complementar as ideias dos autores brasileiros.

O recorte que optamos para a apresentação do tema em análise circunscreve em alguma medida, essencialmente, um campo denominado por psicopatologia psicanalítica, sobre o qual, antes de prosseguirmos com as discussões propostas, faz-se necessário tecer algumas considerações.

As tentativas de analisar o sofrimento psíquico para compreendê-los estiveram presentes em diferentes contextos históricos. De acordo com Cecarelli (2005), até o final do século XIX não existia, de forma específica, uma área do conhecimento sobre o padecimento da mente, *psichê*; a preocupação, nesse momento, era a doença e seus sintomas – conhecer para classificar. Atualmente, o termo "psicopatologia" está associado a diferentes disciplinas que se preocupam com o estudo do sofrimento psíquico, acarretando um problema de diálogo entre diferentes áreas do saber e sua eventual confrontação:

Hoje, o termo "psicopatologia" encontra-se associado a um grande número de disciplinas que se interessam pelo sofrimento psíquico. Isso trouxe um problema, por vezes uma impossibilidade, tanto de diálogo intercientífico entre as diferentes abordagens teóricas, quanto de confrontação crítica dos modelos por elas utilizados, o que evidencia que o fenômeno psíquico não é redutível a uma única forma discursiva. (Cecarelli, 2005, p. 473).

Parece-nos consensual que a terminologia “psicopatologia” no cenário contemporâneo tem ressonâncias na área médica, especificamente, na psiquiatria, que se debruça em identificar e descrever diferentes quadros nosológicos relacionados ao sofrimento psíquico, cujos maiores expoentes e referências encontram-se nos manuais DSM e na CID.

Contudo, conforme aponta Minerbo (2013), o terreno da psicopatologia psicanalítica é completamente diferente, servindo tanto para o analista organizar os elementos da clínica, descrevendo diferentes subjetividades e formas de ser e de sofrer, como dialogar com a

metapsicologia, permitindo a mediação entre o singular e universal. Além disso, o sofrimento psíquico é essencialmente integrado a cultura inerente àquela subjetividade.

Para a autora, o campo destinado à exploração da psicopatologia psicanalítica é importante para que a discussão metapsicológica não se esvaia diante da complexidade das subjetividades, correndo-se o risco de incidirmos em uma escuta rasa e superficial:

Os conceitos metapsicológicos não são observáveis na clínica, mas são imprescindíveis para compreender a ordem de sua determinação. Sem psicopatologia – e esse é um problema que tenho identificado em vários grupos de formação em psicanálise –, tende-se a uma escuta rasa. O pensamento metapsicológico vai se rarefazendo, até se tornar meramente psicológico. (Minerbo, 2013, p.40.)

Nesse sentido, igualmente importante são as contribuições de Manoel Tosta Berlink a respeito do que denomina como Psicopatologia Fundamental, considerada como fórum de toda a metapsicopatologia. (Cecarelli, 2005). Berlink (1998) aponta que a Psicopatologia Fundamental está orientada a suscitar uma experiência que seja compartilhada pelo sujeito e não descrever as doenças:

Desde que a posição da Psicopatologia Fundamental é tal que se dispõe sempre a escutar um sujeito que porta uma única voz que fale do pathos que é somático e que vem de longe e de fora, ela é sempre objeto da transferência, ou seja, de um discurso que narra o sofrimento, as paixões, a passividade que vem de longe e de fora e que possui um corpo onde brota, para um interlocutor que, por suposição, seja capaz de transformar, com o sujeito, essa narrativa numa experiência. (Berlink, 1998, p. 57).

Experiência, para o autor, como uma possibilidade de se pensar o que não foi pensado, promovendo o enriquecimento. O campo da psicopatologia fundamental adquire, portanto, uma postura flexível e que permite movimento, cuja experiência assume um caráter metapsicológico e terapêutico. Nesse sentido, o diagnóstico é utilizado para orientar a escuta, e não encaixar o sujeito em quadros nosológicos pré-definidos.

Para a Psicopatologia Fundamental, o pathos manifesta uma subjetividade que é capaz, através da expressão em palavras, de transformar a paixão em experiência, servindo para a existência do próprio sujeito. O diagnóstico, para a Psicopatologia Fundamental, é apenas um recurso para orientar a escuta e balizar o caminho, e não um instrumento classificatório ideológico a ser utilizado para definir, a priori, uma organização ou uma estrutura na qual o sujeito deva ser encaixado; e menos ainda, um discurso que contribua para a cronificação do sofrimento e/ou discriminação do sujeito. (Cecarelli, 2005, p.474).

Tendo essas discussões em vista, apresentamos na sequência contribuições de Roosevelt Carssola, Luís Claudio Figueiredo, Jânderson Farias S. dos Santos em trabalho conjunto com Eva Maria Migliavacca e Marion Minerbo, os quais nos permitem pensar o

tema do suicídio a partir, respectivamente, das configurações narcísicas e borderlines, do quadro melancólico e de formas de subjetividades não neuróticas.

Como vimos, tanto os estudos de Freud quanto os de Melanie Klein inspiraram autores atuais que versam sobre o suicídio a partir desse escopo teórico. Jânderson Santos, em sua dissertação de mestrado “Da melancolia ao suicídio: uma aproximação da psicanálise à obra poética de Florbela Espanca” (2017), realizado com orientação de Maria Migliavacca, desenvolve o tema do suicídio a partir da metapsicologia dos quadros melancólicos.

Na dinâmica melancólica, Santos (2017) menciona que inexiste um mundo interno harmônico, tendo em vista a incapacidade de lidar com aspectos contraditórios do objeto e internalizar o bom objeto primordial, aspectos importantes para aliviar a ansiedade paranoide:

Isso remete à situação de abandono construída pela falta de gratificação na infância primitiva, pela escassez de situações de contato íntimo e feliz, isto é, momentos que poderiam aliviar a ansiedade paranoide, diminuir a crença no próprio potencial destrutivo e aumentar a crença na sua capacidade de amor e reparação. (Santos, 2017, p. 76).

Para o autor, a perda de objeto de amor, seja de ordem concreta ou abstrata, é fator central na dinâmica melancólica e adquire tamanha importância pois tem o poder de recriar a ferida narcísica sofrida na infância primitiva, remetendo ao abandono arcaico. Esse aspecto é desenvolvido por Santos (2017) como um ponto nodal para a compreensão do que denomina como *surto melancólico*, noção desenvolvida com base nos estudos de Freud e Rosenberg que remete à ideia de um percurso da melancolia ao suicídio em determinadas situações.

Outro ponto a respeito da metapsicologia dos quadros melancólicos diz respeito ao fato de que nesses casos o sujeito, embora tenha alcançado a posição depressiva, não conseguiu elaborar a angústia oriunda a essa posição, ou seja, embora haja uma razoável integração egóica, há, por outro lado, uma impossibilidade de restaurar o objeto danificado e introjetar o objeto bom dentro de si de forma que a relação com o objeto bom é permeada pela iminência de destruição.

No melancólico o fracasso dessa internalização faz com que sua existência precise ser sempre validada pela existência de um duplo, isto é, de um outro a partir do qual ele possa, de forma especular, existir. “Estar vivo” para o melancólico é, pois, estar identificado narcisicamente com o outro, é perder-se no outro ou o outro perder-se nele. O que está em jogo é a problemática da indiferenciação. Por esse motivo o melancólico só pode desprender-se do objeto, realizando a destacabilidade (Rosenberg), não pela “soma das satisfações narcísicas em estar vivo”, mas sim pela expressão do ódio. (Santos, 2017. p. 82).

Como o objeto bom primordial não está presente em seu mundo interno para apaziguar a culpa diante da destrutividade, o sentimento de desamparo torna-se uma experiência aterrorizante, remontando ao desamparo primordial: “Perder o objeto Ideal é, então, para o melancólico, perder tudo, pois em sua ausência restará apenas a dor, a angústia e desalento do desamparo. Nessas condições, como pode o melancólico continuar vivendo?”. (Santos, 2017, p. 106).

A tendência regressiva encontrada nos quadros melancólicos também é apontada pelo autor como uma regressão almejada com vistas ao retorno a um suposto momento em que não era assolado pelas forças pulsionais e quando a regressão atinge o nível zero (ou próximo a isso), as defesas maníacas chegam ao ápice, com o fracasso do trabalho de melancolia e o suicídio. O suicídio apareceria assim como possibilidade de fugir da angústia de morte e que não desembocaria no vazio ou na aniquilação absoluta, mas na idealização que o sujeito faz da vida intrauterina.

Além da idealização que subjaz as defesas maníacas, o triunfo também é comumente utilizado na melancolia. Um dos riscos em sua utilização é a indiferenciação dos bons e maus objetos, ou seja, o sujeito acaba também triunfando sobre os bons, o que ocasionará mais culpa e medo de retaliação. Conforme aponta Santos (2017, p. 89), o desfecho do triunfo na melancolia ocorre “(...) ou pela destruição onipotente do objeto, após a destacabilidade efetuada pelo trabalho de melancolia, ou por uma intensificação da idealização que pode culminar no ato suicida”.

Em artigo publicado no ano de 2019, Santos e Migliavacca exploram a temática desenvolvida na dissertação de mestrado, articulando os conceitos de reparação maníaca e o trabalho da melancolia. Como vimos, para os autores, na dinâmica melancólica há uma impossibilidade de reparar o objeto amado e, por consequência, estabelecer uma relação de amor com ele, motivo pelo qual o indivíduo não conseguiu elaborar a posição depressiva, valendo-se de mecanismos de defesa primitivos, predominantemente maníacos.

Após um percurso teórico, o qual debatemos anteriormente, os autores apostam na ideia de que o suicídio melancólico é, paradoxalmente, resultado do fracasso e do sucesso da conversão em mania: “O paradoxo se dá no fato de que a mania só pode se configurar numa saída do surto melancólico em direção à preservação da vida se houver um fracasso relativo dessa conversão”. (Santos; Migliavacca, 2019, p. 127).

Nesse sentido, a distância entre o ego e o superego apontaria para o nível da desfusão pulsional. Os autores esclarecem que o objetivo último da mania seria a convergência

absoluta do ego e do ideal, o que implicaria em uma desfusão absoluta das pulsões (a pulsão de morte desfusionada sobre uma parte do ego e a pulsão libidinal sobre a outra parte). O resultado dessa desfusão absoluta seria, em última instância, a morte.

Conforme mencionamos no início deste capítulo, dentro do campo psicanalítico encontramos publicações esparsas sobre o nosso objeto de estudo. Na atualidade, entretanto, o médico e psicanalista Roosevelt Moisés Smeke Cassorla, firma-se com uma robusta publicação nesse campo de investigação, que se inicia por volta do ano de 1982 e se estende até os dias atuais.

A seguir, apresentaremos alguns pontos de sua obra, essenciais para a reflexão do comportamento suicida e, para tal, nos basearemos majoritariamente no seu livro “Estudos sobre suicídio: psicanálise e saúde mental”, publicado no ano de 2021, que reúne cerca de vinte e seis estudos do autor publicados anteriormente acerca da problemática em estudo, com suas considerações atualizadas.

Para Cassorla (2021), o suicida não procura a morte propriamente dita, mas sim fugir de um sofrimento vivenciado como insuportável; o sujeito buscaria, assim, substitutos fantasiados que o permitam escapar desse sofrimento. Tais fantasias ocorrem na maior parte das vezes de modo inconsciente e podem se apresentar de acordo com as idiossincrasias de cada indivíduo das seguintes formas:

- *Busca de uma “outra vida”*: nessa fantasia subjaz o desejo de um encontro com uma vida sem sofrimento, um reencontro com o objeto primário em que a morte é definida pelo autor como um parto ao contrário, um reencontro com a vida intrauterina.

- *Reencontro e autopunição*: nesse caso há uma fantasia de reencontro com objetos idealizados, equacionado a Deus e a pessoas falecidas igualmente idealizadas, por exemplo. Incluem nessas fantasias processos de lutos complicados em que exista uma identificação com o morto, podendo resultar em mortes em sequência de pessoas próximas; no caso do suicídio, o mesmo método e mesma idade da pessoa morta pode se repetir. Para Cassorla (2021, p. 40), em lutos patológicos o morto internalizado é vivenciado como um objeto interno persecutório, e o objetivo, então, seria matar esse objeto interno odioso, sem que o paciente se dê conta dessa fantasia.

- *Agressão e vingança*: O aspecto agressivo do suicida ao seu ambiente manifesta-se também “no abandonar pessoas próximas, no frustrar os outros, incluindo a própria sociedade” (CASSORLA, 2017b, p. 34). Nessa fantasia, as pessoas próximas ou a sociedade são acusadas de não suprirem suas demandas e o sentimento de ser injustiçado ganha força.

Aspectos persecutórios são projetados alimentando tais fantasias de modo que o sujeito não está em busca da morte propriamente, mas de vingança.

- *Pedido de ajuda*: Nesse ponto é destacado que uma tentativa de suicídio pode ser compreendida como uma mensagem desesperada, em que sua desesperança é comunicada ao ambiente, o que nem sempre é notado por pessoas próximas, dificultando o encaminhamento ao profissional de saúde mental para acompanhamento do caso.

No quadro a seguir, elencamos, inspirados no modelo proposto por Cassorla (2021), as principais fantasias suicidas:

Quadro 1 – Principais fantasias suicidas

DESEJO DE MATAR	DESEJO DE SER MORTO	DESEJO DE MORRER
• <i>A si mesmo</i> pelo desejo de destruir elementos indesejáveis dentro de si (exterminar objetos torturantes, assassinos etc. e eliminar terrores de aniquilamento, por exemplo). • Pelo desejo de magoar e causar sofrimento a <i>outra pessoa</i>;	• Para obter punição por tendências primitivas antissociais e assassinas; fantasias e comportamentos sexuais proibidos. • Satisfazer impulsos masoquistas.	• Para reunir-se com pessoa morta; • Reunir-se com Deus; • Obter expiação ou reparação; • Encontrar um lugar idealizado.

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de classificação proposta por Cassorla (2021)

Outro aspecto que cabe mencionar a respeito das contribuições desse autor no campo da psicanálise e no estudo do suicídio concerne às configurações borderlines e narcísicas importantes de serem apresentadas.

É válido pontuar que Cassorla tem seu reconhecimento tanto no meio psicanalítico quanto na psiquiatria, de modo que as terminologias configurações borderlines e narcísicas

também remontam, de algum modo, a descrições encontradas nos manuais de psiquiatria, como o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), contudo, como observaremos, sua compreensão não se limita a esse entendimento. Assim, tendo em vista, por exemplo, que as características dos pacientes inscritos sob a insígnia de borderlines e narcísicos ocorrem em conjunção constante, Cassorla (2021) utiliza-se do termo “configurações” para dar conta desse dinamismo.

De acordo com Pereira (1999), foi Adolph Stern, em seu artigo “Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses” (1938), quem primeiro utilizou no campo da psicanálise o termo *borderline*, também denominado por estado limítrofe, formando, a partir de sua contribuição, as bases do pensamento psicanalítico contemporâneo.

Embora Stern (1938) tenha pensado inicialmente os casos limítrofes como um grupo específico entre os neuróticos, esse quadro oferece uma série de dificuldade diagnóstica, confundindo-se com diversas denominações psicopatológicas. (Figueiredo, 2018).

De acordo com Figueiredo (2018), no que tange à questão da terminologia, a utilização “personalidade limite” ou “paciente limite” é comum nos Estados Unidos e na Inglaterra, enquanto na França fala-se principalmente em “estados” ou “situações limites”. Notou-se, assim, a falta de um lugar próprio para determinados pacientes que não se coadunavam com a classificação tradicional das estruturas, “(...) pareciam se situar em uma *região fronteira* ente psicose, neurose e perversão, com traços das três, mas com elementos refratários a todas as inclusões fáceis e consensuais”. (p. 82).

A partir do trabalho de A. Stern (1938), levantou-se a discussão em psicanálise da impossibilidade de classificar esses pacientes como neuróticos ou psicóticos, bem como a dificuldade de tratá-los por meio do manejo habitual, de forma que desde seus primórdios a categoria *borderline* se apresenta como um desafio clínico para a psicanálise. (Pereira, 1999).

A utilização da terminologia *borderline* também é controversa na psiquiatria e inclui um padrão global de instabilidade nos relacionamentos, com presença de impulsividade e início no começo da idade adulta. Seu diagnóstico inclui cinco ou mais características a seguir: esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado; padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização; instabilidade acentuada e persistente da autoimagem; impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas, comportamento suicida e de automutilação recorrente; instabilidade afetiva; sentimentos

crônicos de vazio; raiva intensa com dificuldade para controlá-la e/ou ideação paranoide transitória associada ao estresse. (DSM V, 2014).

No que diz respeito às configurações borderlines, cujas ameaças e tentativas de suicídio são muito comuns, Cassorla (2021) aponta que o paciente busca simbiotizar-se ao objeto porque sente que não tem uma estrutura mental coesa; sua existência é permeada pela ameaça de aniquilamento do *self*, com angústias de separação e intrusão que remetem ao terror de não-ser.

Com o objetivo de evitar a separação e a intrusão, o paciente se agarra ao objeto, que pode ser o analista ou mesmo o profissional de saúde mental. Em termos de atendimento psicanalítico o autor refere que o analista pode sentir-se provocado, seduzido ou atacado sem conseguir fazer um bom manejo desses sentimentos: “Como os traumas iniciais ocorrera quando a relação era dual, não se formou um espaço triangular que possibilitasse o pensamento. Por isso os supostos testes de realidade falham”. (Cassorla, 2021, p. 97).

O superego ataca o ego, avaliando a realidade em termos de certo e errado, em que o certo é tudo aquilo que mantenha a dualidade, evitando, a todo custo, vivenciar a realidade como triangular. A incapacidade de suportar a triangularidade (frustração) manifesta-se também como agressividade e impulsividade, aparecendo assim, as mutilações e os atos suicidas.

Depreende-se do estudo de Cassorla (2021) a respeito das tentativas de suicídio com pacientes com configurações borderlines a urgência de o profissional de saúde, seja em um contexto iminentemente clínico, seja inserido no âmbito institucional, observar suas limitações e reavaliar sua conduta terapêutica, permitindo a emergência da criatividade. Tendo em vista que o componente agressivo muitas vezes é transferido ao profissional, o autor equiva esse trabalho ao do equilibrista:

Por mais dedicado e experiente que seja, sabe que, a qualquer momento, o paciente poderá destruir o processo analítico (e destruir-se). Esses pacientes demandam equipes de saúde multiprofissionais, retaguarda hospitalar e flexibilização dos procedimentos analíticos. (Cassorla, 2021, p. 98).

As defesas narcísicas, por sua vez, podem ser encontradas em diversas organizações, inclusive na borderline, apresentadas anteriormente. Quando elas predominam, Cassorla (2021) nomeia como configurações narcísicas.

De acordo com o DSM V (2014), o transtorno de personalidade narcisista é caracterizado por um padrão difuso de grandiosidade (que pode se manifestar na fantasia ou

no comportamento), bem como necessidade de admiração e falta de empatia. Essas características surgem no início da vida adulta em diversas situações e ambientes, cujos cinco ou mais traços devem estar presentes, a saber: sensação grandiosa da própria importância; preocupação com fantasias de sucesso ilimitado, poder, beleza ou amor ideal; crença de que é especial e único; demanda por admiração excessiva; sentimento de possuir direitos; perfil exploratório em relações interpessoais; carência de empatia; sentimentos frequentes de inveja em relação aos outros ou acreditar que os outros o invejam e, por fim, comportamentos ou atitudes arrogantes.

Zimerman (2004) enumera uma série de elementos que acompanham o que o autor denomina como “posição narcisista”, tais como: um estado de indiferenciação que resulta em outras características como, por exemplo, ilusão em busca de uma completude, negação das diferenças, presença da parte psicótica da personalidade, lógica do tipo binário (oscila entre dois pólos – ou o melhor ou o pior); desesperada necessidade de reconhecimento e de fazer comparações, entre outros.

As considerações de Cassorla (2021) a respeito das configurações narcísicas aproximam-se das contribuições do psicanalista alemão Herbert Rosenfeld (1971), de modo que nos valeremos desses dois autores para refletir acerca do encadeamento do suicídio (e suas tentativas) nesses pacientes.

Em seu artigo “Uma abordagem clínica para a teoria psicanalítica das pulsões de vida e de morte: uma investigação dos aspectos agressivos do narcisismo”, publicado pela primeira vez no ano de 1971, Rosenfeld estuda o narcisismo a partir do conceito da desfusão das pulsões, em que os impulsos destrutivos desfundidos são evidenciados nessas configurações.

Cassorla (2021) acredita ser válido no âmbito da clínica fazer a diferenciação entre narcisismo libidinal e destrutivos, também estudado por Rosenfeld (1971) no artigo supracitado. No narcisismo libidinal, há uma idealização e supervalorização do *self* pela pulsão de vida. As identificações projetivas e introjetivas onipotentes que ocorrem durante a posição esquizoparanóide, em que o que é estimado é sentido como parte dele e o que é mau, é projetado. Por outro lado, na posição depressiva, ao integrar o objeto, a autoidealização é transformada em autoestima adequada. De acordo com Cassorla (2021), nas personalidades narcísicas não ocorre essa integração, mantendo-se a autoidealização:

A dificuldade em investir o objeto decorre de decepções e/ou inveja primitiva. O indivíduo se defende intensamente de qualquer sentimento de dependência, pois esse sentimento lhe mostraria sua falta e a necessidade de objetos bons, que pertencem ao outro. Se percebesse essa necessidade, desabaria a autoidealização, e a pessoa reviveria humilhações e decepções primitivas. (Cassorla, 2021, p. 102).

No que tange o narcisismo destrutivo, Rosenfeld (1971) acrescenta que a idealização do *self* ainda constitui um aspecto central, só que nesse momento se trata das partes destrutivas onipotentes do *self*, as quais muitas vezes estão silenciadas e disfarçadas e cumprem a função de impedir relações objetais dependentes e manter os objetos externos desvalorizados, conferindo uma aparente feição indiferente desses sujeitos aos objetos e mundo externo.

Os aspectos libidinais e destrutivos coexistem nas configurações narcísicas, variando a violência dos impulsos destrutivos. Quando predominam esses últimos aspectos, a inveja aparece como um desejo de destruição, seja do analista ou outro objeto que represente fonte de vida, aparecendo, concomitantemente, impulsos de se autoaniquilar. Nesse sentido, para ambos os autores, o sujeito narcisista, ao se defrontar com o sentimento de dependência (do analista, dos pais etc.), preferiria morrer, ser não existente:

Nesse ponto, freqüentemente, o paciente quer desistir da análise, porém mais freqüentemente ele atua de uma maneira autodestrutiva, destruindo seu sucesso profissional e suas relações pessoais. Alguns desses pacientes *se tornam suicidas, e o desejo de morrer, desaparecer no esquecimento, se expressa muito abertamente, sendo a morte idealizada como a solução para todos os seus problemas* (Rosenfeld, 1971, p. 250-251, grifo nosso).

Nesses casos há uma completa des fusão das pulsões, em que o *self* parece identificado com a com a parte narcísica destrutiva do *self*, triunfando sobre a vida e criatividade, bem como ceifando seu *self* dependente e amoroso, conferindo um sentimento de superioridade e autoadmiração:

Nesses momentos, a fantasia e o ato suicida podem manifestar-se. A morte é idealizada como solução para tudo. Os aspectos destrutivos triunfam sobre a vida e a criatividade. No entanto, como vimos, o paciente tem a fantasia de que recuperará os objetos idealizados após a morte (Cassorla, 2021, p. 104).

É válido pontuar que para Rosenfeld (1971) alguns estados destrutivos não podem ser descritos como des fusões, uma vez que se tratam, muitas vezes, de fusões patológicas, ou seja, o *self* libidinal é aprisionado por partes do *self* destrutivo, incapaz de se opor ao processo destrutivo.

Desse modo, tanto nas configurações borderlines quanto naquelas denominadas narcísicas, o ato suicida pode ocorrer quando o paciente entra em contato com os terrores de aniquilamento e se manifestam “quando o objeto é sentido como não continente, decepcionante, intrusivo e/ou invejosamente necessário”. (Cassorla, 2021, p. 105).

O paciente, quando convicto do seu desejo de morte, pode invadir a mente do terapeuta, que pode ser mobilizado a sentimentos de desesperança, ou reagir menosprezando o risco do suicídio de seu paciente. Diante de pacientes com tais manifestações, faz-se necessário que o profissional tenha um estado mental propício para se deparar com tais organizações da personalidade, do contrário, corre-se o risco de se emaranhar em uma contratransferência que inviabilize o trabalho, seja na prática clínica, seja naquela desenvolvida no contexto institucional.

Nesse sentido, é importante mencionar a contribuição de Roosevelt Cassorla a respeito do manejo com pacientes graves. Ao buscar compreender os aspectos técnicos que envolvem o atendimento com adolescentes que se valem de organizações defensivas diante de separações de seus aspectos infantis, Cassorla (2017a) aponta que a percepção do analista diante de eventuais identificações patológicas pode tornar sua mente obscura para a realidade, fazendo-o parecer estúpido.

Como sugestão para dissolução desse estado, sugere, entre outras medidas: auto-observação constante de seus afetos, pensamentos; colocação por escrito de seus sentimentos e fantasias e discussões de caso com colegas, cujo pensamento não contaminado, pode ajudá-lo a pensar. Por conseguinte, os tratamentos com base na psicanálise serão influenciados pela experiência e disponibilidade do profissional, uma vez que o envolvimento transferencial/contratransferencial será intenso.

Outrossim, há inúmeras contribuições de Cassorla quanto ao manejo dos pacientes graves, incluindo aqueles que tentam suicídio, de modo que ao longo deste estudo novos apontamentos certamente serão trazidos à discussão, uma vez que sua produção teórica sobre o tema do suicídio abarca diversas nuances igualmente necessárias que inclui aspectos psíquicos, sociais, culturais, biológicos, entre outros.

Luís Cláudio Figueiredo (2018), por sua vez, configura-se como um grande expoente do pensamento psicanalítico contemporâneo, que também oferece reflexões e preceitos teóricos para pensarmos a configuração borderline.

Para o autor, a dinâmica borderline é polarizada pelas posições “tudo” ou “nada”, em que as coisas são utilizadas massivamente para evitar o conflito intrapsíquico. Assim, os estados de consciência também se apresentam cindidos, ou seja, a realidade não é admitida à consciência em sua complexidade ambivalente. Eles fogem do conflito, pois sentem que sua estrutura subjetiva estão por um fio: “Nunca a realidade como um todo complexo, contraditório e ambivalente poderá ser enfrentada: de um lado, promessas de gozo ilimitado, de outro, ameaças de aniquilamento igualmente infinitas” (Figueiredo, 2018, p. 125).

Ademais Figueiredo (2018) situa o paciente *borderlines*, na intersecção entre os polos esquizoides e narcísicos, os quais apresentam defesas e angústias específicas, marcados pelas oscilações abruptas entres esses dois pólos.

No polo esquizoide há um fechamento dos canais de comunicação de caráter eminentemente defensivo, com ênfase nas separações, cisões e dissociações, objetivando a manutenção da onipotência infantil pela via da autossuficiência. Observa-se, de modo geral, estados de “retraimento, rigidez, intolerância (disfarçada, muitas vezes, em boa educação e polidez), senso de futilidade e tédio e, muitas vezes, uma depressão de caráter autoprotetivo, uma espécie de autoanestesiamento”. (Figueiredo, 2018, p. 153).

Por sua vez, o adoecimento com ênfase na unidade, negação da diferença e ausência de limites é característica do polo narcísico, cuja manutenção da onipotência infantil ocorre pela via da imersão fusional:

O que observamos em geral é a voracidade e a impaciência (em relação ao *self*-objeto especular e ao idealizado), a projeção paranoide desenfreada, a fúria destrutiva como reação às feridas narcísicas e, diante dos fracassos e perdas irremediáveis, a melancolia (Figueiredo, 2018, p. 154).

O grande desafio sinalizado pelo autor são as alternâncias dos estados de intensidades absolutas (amores e fúrias narcísicas) e o resfriamento afetivo (o tédio, depressão e senso de futilidade esquizoide). Tais oscilações podem ser frequentes e rápidas, de modo que o analista pode sentir-se, simultaneamente, engolfado e suprimido da vida mental do paciente.

Haveria, conforme explicita o autor, uma compulsão a repetir esses ciclos de alternâncias inesperadas. Por conseguinte, na clínica *borderline* é necessário estar preparado para lidar com o imprevisível e com repetitivo, podendo gerar, depois de alguns episódios, um sentimento de cansaço, desanimo.

A clínica psicanalítica, em qualquer de suas modulações, não é possível sem a utilização e manejo das resistências e manejos, seja do analista, seja do paciente, de modo que as respostas contratransferenciais são inevitáveis. A questão, frisada pelo autor é o uso terapêutico que se faz dessas respostas. Referindo-se nesse momento especificamente aos casos *borderlines*, o autor acrescenta:

A clínica *borderlines* – modulação da clínica psicanalítica – coloca em forma extrema a exigência de conjugar uma atividade defensiva intensa e uma igualmente poderosa capacidade de escuta e transformação, vale dizer, de abertura para o outro, para o desconhecido e, para o novo. (Figueiredo, 2018, p. 116).

Outro aspecto mencionado pelo autor e evidenciado no capítulo 4 desta tese diz respeito ao uso da identificação projetiva como forma de comunicação primitiva, bastante presente na clínica *borderlines*, que ocorre amiúde quando as fronteiras do eu vacilam e oscilam. Como consequência, muitos desses pacientes atuam parecendo ignorar aspectos da realidade externa, como se as identificações projetivas tivessem destruídos sua capacidade perceptiva:

(...) o *borderlines*, quando tende a agir, tende a não perceber, e quando efetivamente percebe, nada pode fazer de prático com suas percepções. A lucidez dessas percepções, contraposta à atuação compulsiva e quase sempre desastrada, pode gerar um grau insuportável de desespero que o conduza, inclusive, ao *suicídio*". (Figueiredo, 2018, p. 98, grifo nosso).

No que se refere ao manejo e direção de tratamento na clínica *borderlines*, o ponto chave sinalizado pelo psicanalista abrange a possibilidade de permitir que o paciente tolere as ambivalências, bem como a atuação de forma a viabilizar uma gradual moderação dos extremos e lentidão nas transições entre os polos esquizoides e narcísicos. Dito de outro modo, moderar as intensidades absolutas, abrindo espaço para vivências de ambivalência e conflito: "Quanto mais conflito intrapsíquico puder existir, quanto mais ambivalência for tolerada, mais moderação afetiva poderá emergir. Parece pouco, mas os ganhos terapêuticos dessas mudanças nos pacientes *borderlines* não podem ser subestimados". (Figueiredo, 2018, p. 122).

Finalmente, o autor aponta que a clínica do paciente sem esperança (esquizoide, narcisista ou *borderline*), que subjaz aqueles que apresentam comportamento suicida discutido no decurso deste trabalho, obriga-nos a transpor os limites do *setting* analítico para o plano da cultura e da história. Para tanto, é preciso valer-nos da concepção de clínica ampliada, correspondendo a uma ética baseada em uma escuta que não incorra na psicologização do social.

Apesar de não tecer uma compreensão específica a respeito da temática do suicídio, a psicanalista Marion Minerbo, em seu livro "Neurose não neurose" (2013), nos auxilia a compreender e a refletir acerca das configurações psíquicas encontradas em alguns pacientes que tentam suicídio ao pensar formas de sofrimento e suas subjetividades a partir de organizações psíquicas em que se configuram duas insígnias: aquelas que preponderam os núcleos neuróticos e outras cujo funcionamento não neurótico sobressai.

Enquanto no funcionamento neurótico o inconsciente está recalcado, resultando em uma transferência neurótica, no funcionamento não neurótico o inconsciente está clivado, havendo transferência psicótica.

Para fins desse estudo, focaremos a respeito dos modos de sofrimento não neurótico, uma vez que sua configuração psíquica abarca todas aquelas que predominam as dificuldades na constituição do narcisismo, ou seja, os quadros descritos como estados-limite (borderline) e todas as patologias relacionadas aos problemas na constituição do eu como, por exemplo, patologias do vazio, compulsões, somatizações e àquelas definidas por Minerbo (2013), como “patologias do ato coloridas por diversos tipos de violência”.

A respeito de situações de fusão com o objeto, ou seja, quando ele é responsável em grande parte por garantir a integridade psíquica do sujeito, a autora, inspirada por autores como Melanie Klein e Winnicott, assinala três variações em torno da angústia de morte que ocorrem no funcionamento não neurótico: as angústias de aniquilamento (que inclui as de fragmentação e de esvaziamento), as angústias de separação e intrusão e os modos de defesas utilizadas contra essas angústias primitivas.

Nas angústias de aniquilamento o sujeito se “prende” em termos psíquicos ao objeto para manter sua coesão; nas de fragmentação, por sua vez, apesar de haver certa integração, que se apresenta de modo frágil, em que o ego depende de modo absoluto do objeto, com fins de conter esse ego fragilmente integrado; por fim, nas angústias de esvaziamento, o ego teme perder sua substância e “pressupõe, necessariamente, a constituição de um envelope psíquico. A sensação é de hemorragia narcísica, a autoestima vai embora “pelo ralo”, o sujeito sente que não vale mais nada. O objeto precisa ser usado como tampão”. (Minerbo, 2013, p. 99).

Outrossim, nas angústias de separação e intrusão, o sujeito oscila entre não existir separado do objeto (“sem ele não vivo”) e/ou ser invadido por um objeto considerado explorador e assim perder sua autonomia. Finalmente, em relação aos modos de defesa ativados em face às angústias primitivas, a autora menciona diferentes tipos de cisão com o objeto, tais como negação (em que o sujeito evita a todo custo fazer contato com a realidade), idealização, reparação maníaca, entre outros.

Observa-se, assim, que a relação de objeto que o sujeito estabelece no funcionamento não neurótico aproxima-se da concepção kleiniana de posição esquizoparanóide, ou seja, os objetos são predominantemente arcaicos, vivenciados como excessivamente bons ou maus, que podem levar à salvação ou a destruição: “A predominância da posição esquizoparanoide indica um funcionamento psicótico, típico da subjetividade não neurótica, cuja principal

característica é o eu se sentir ameaçado de morte, ao passo que a predominância da posição depressiva caracteriza a subjetividade neurótica”. (Minerbo, 2013, p. 161).

Ainda sobre as relações de objetos, eles são vivenciados como um objeto da necessidade e não como um objeto do desejo, ou seja, estão a serviço da sobrevivência do ego e por isso quase não há separação entre sujeito e objeto. Enquanto no objeto do desejo há negociação, o da necessidade precisa ser obtido a qualquer custo; sua falta repercute em angústias impensáveis, um sentimento de não existência.

Desse modo, temos que a dor produzida pelo objeto é insuportável, refletindo em um importante mecanismo de defesa presente na subjetividade não neurótica: a cisão. Na clínica com esses pacientes, observamos com frequências identificações cindidas, do modo “tudo ou nada”, com oscilações repentinas e intensas quanto ao investimento libidinal, conforme também salientado por Figueiredo (2018).

Somado a isso, Minerbo (2013) aponta que, nesses casos, estamos diante de um superego arcaico, que não é coeso, pelo contrário, é “pulverizado” de modo que os objetos internos atacam o sujeito integralmente:

É possível “agradar” o superego neurótico: basta renunciar àquilo que ele condena. É impossível, contudo, atender à demanda do superego arcaico (não neurótico), pois ele condena a própria existência do sujeito. Suas exigências são humanamente impossíveis de serem satisfeitas”. (Minerbo, 2013, p.144).

Até o momento, pensamos na colaboração da autora em termos da relação do sujeito com o objeto. Sua reflexão também perpassa pela teoria das pulsões, cujo predomínio das pulsões de morte estariam presentes nesse modo de funcionamento, ao passo que as pulsões libidinais predominariam na neurose, uma vez que houve experiências de gratificação a partir de uma identificação com o objeto bom. A triangulação é sentida como ameaçadora na não neurose, uma vez que as pulsões estão organizadas em fantasias arcaicas; como consequência, a triangulação é recusada e/ou atacada.

Por fim, a autora resume a subjetividade não neurótica em dois grandes grupos, apresentada anteriormente:

1. Aqueles pacientes cuja subjetividade se estrutura em torno *de defesas contra o excesso de pulsões agressivas* (grifo nosso). Nessa categoria, estariam os pacientes borderlines marcados por uma falha na função simbolizante e predomínio da pulsionalidade não ligada, que causaria uma tendência à atuação. (Minerbo, 2013).
2. Sujeitos que vivenciaram *falhas notáveis na narcisação do ego pelo objeto primário*, encontrados em pacientes que apresentam patologias do vazio, por exemplo.

Portanto, apesar de não versar de modo específico a respeito do tema do suicídio na psicanálise, as descrições realizadas pela autora sobre a metapsicologia da subjetividade não neurótica permitem nos aproximarmos, em grande parte, do modo de funcionamento dos pacientes que tentam suicídio, sobre os quais discorreremos no quarto capítulo.

Ressaltamos a importância de compreender as acepções da autora, assim como a dos demais pensadores apresentados, de modo dinâmico e conectados com os aspectos culturais, sociais, raciais, de gênero, entre outros. Do contrário, corre-se o risco de circunscrever um sofrimento psíquico a um quadro eminentemente psicopatológico, ou impetrar um juízo de valor de um modo de sofrer em relação a outro, supervalorizando os quadros neuróticos e negatizando os que se distanciam desse padrão de ser e estar no mundo.

Dito de outro modo, a descrição e reflexão do comportamento suicida por meio do campo da psicopatologia psicanalítica servem mais como fins didáticos, bem como respeita as considerações que realizamos no início dessa seção acerca de nossa compreensão sobre essa área (Berlinck, 1998; Cecarelli, 2005, Minerbo, 2013). Como veremos no capítulo quatro, o comportamento suicida não é exclusivo de um determinado modo de sofrer, estritamente ligado às configurações borderlines, narcisistas ou não neuróticas, contudo, há, por certo, modos de se relacionar com o objeto e com o mundo muito recorrente nessas subjetividades e que, não raras vezes, desembocam em tentativas de suicídio, as quais buscamos compreender por meio do encontro intersubjetivo entre a pesquisadora e os pacientes, conforme melhor explicitado na metodologia desta tese.

Igualmente, é válido pontuar que os autores nacionais contemporâneos debatidos (Cassorla; Figueiredo; Santos e Migliavaca) não se detêm em demarcar os pacientes no âmbito de estruturas clínicas como neurose e psicose. Tal demarcação e diferenciação é mais presente no estudo de Minerbo (2013) ao definir as subjetividades e os modos de sofrer neurótico e não neurótico.

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*, sinalizadas anteriormente.

Os trabalhos intitulados “Passagem ao ato na psicose” e “A passagem ao ato na neurose e na psicose”, escritos respectivamente por Carvalho (2002) e Castro e Vorcaro (2014), por exemplo, partem da psicanálise de orientação teórica lacaniana para se pensar as diferenças entre a passagem ao ato na neurose e na psicose. Segundo Castro e Vorcaro (2014), o campo da passagem ao ato apresenta-se mais disperso na psicose, já que, por não ser

limitado pela fantasia, o gozo predispõe o sujeito ao ato. As autoras ressaltam que, diferentemente da neurose, onde há um emolduramento da fantasia, na psicose há uma maior propensão à passagem ao ato.

A psicanalista Soraya Carvalho, em seu livro “A morte pode esperar? Clínica psicanalítica do suicídio” (2014), discute uma sessão específica dedicado ao suicídio nas diferentes estruturas clínicas: o suicídio na neurose, na neurose obsessiva, na histeria, na psicose, na perversão e no melancólico. A autora, valendo-se da teoria lacaniana, aponta, por exemplo, que o suicídio na neurose geralmente constitui-se como um *acting-out*, ou seja, um ato que o sujeito cria a cena e participa dela com o objetivo de alcançar o Outro: “Esse tipo de suicídio é, antes de tudo, um ato que expressa uma desesperada demanda de amor dirigida ao Outro. Na neurose, no entanto, não é tão raro encontrarmos passagens ao ato suicidas”. (Carvalho, 2014, p. 157). Isso porque a relação que o neurótico estabelece com o Outro está intermediada pela fantasia, como resultado, a perda do objeto figurará como perda do gozo, podendo desembocar em um ato suicida.

Por outro lado, Carvalho (2014) acrescenta que diferentemente dos quadros neuróticos, a passagem ao ato na melancolia e na psicose tem um caráter mais radical porque, segundo aponta, não há nesses casos o recurso da fantasia que permite ao neurótico a posição de crença, fé e ilusão.

Finalmente, assim como apontamos no início deste capítulo, o tema do suicídio na psicanálise, de modo geral, não é um objeto de estudo discutido de modo pormenorizado quando comparado a outros grandes temas de interesse dessa área do saber. Desse modo, acreditamos ter esboçado os principais entendimentos a respeito do pensamento psicanalítico, que se mostram importantes para compreender a problemática do suicídio. Embora incompleto, o esboço teórico apresentado cumpre a função de introduzir os principais referenciais psicanalíticos sobre o tema, os quais repercutem tanto na produção acadêmica quanto norteiam o cuidado no cotidiano clínico e institucional daqueles que se propõem ao cuidado dos pacientes que tentam suicídio.

3. A PESQUISA E SEUS PRESSUPOSTOS: PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS E ÉTICAS

Neste capítulo objetivamos apresentar os pressupostos metodológicos que sustentam o presente estudo, assinalando as possíveis contribuições para o meio acadêmico, prática clínica e políticas públicas.

Para isso, partimos de um estudo qualitativo sob um escopo denominado “pesquisas em psicanálise”, cujas considerações são realizadas no tópico subsequente. A seguir, apresentaremos os procedimentos, os aspectos éticos e demais questões concernentes ao *modus operandi*, importantes para a compreensão do desenvolvimento prático desta pesquisa.

3.1. Das possibilidades do estudo acadêmico em psicanálise como método e prática clínica em instituições de saúde

Em termos gerais, a presente pesquisa está inserida no campo metodológico dos estudos qualitativos, segundo o qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas compreender o significado para a vida das pessoas:

Depreende-se que o pesquisador qualitativista não quer explicar as ocorrências com as pessoas, individual ou coletivamente, listando e mensurando seus comportamentos ou correlacionando quantitativamente eventos de suas vidas. Porém, ele pretende conhecer a fundo suas vivências, e que representações essas pessoas têm dessas experiências de vida. (Turato, 2005, p. 509).

Outra peculiaridade da pesquisa qualitativa refere-se ao seu instrumental, cerceado ao próprio pesquisador, que se vale dos órgãos dos sentidos para apreender os objetos em estudo, “[...] espelhando-os então em sua consciência onde se tornam fenomenologicamente representados para serem interpretados”. (Turato, 2005, p. 510).

De modo mais específico, o estudo ora em desenvolvimento está integrado ao campo das pesquisas em psicanálise, considerando, portanto, o inconsciente e a investigação de verdades contextuais, relativas e individualizadas. Segundo Denise Quaresma Silva (2013), nessa modalidade de pesquisa podem ser usada técnicas de observação livre como, por exemplo, registro de diário de campo, complementando as informações construídas. Nesse registro, impressões subjetivas, expressões emocionais e gestos que não couberam nas narrativas ganham seu espaço:

Essas percepções, por vezes pouco consideradas ou não validadas pelas ciências exatas, encontram, no campo das pesquisas em psicologia e psicanálise, sua valia, pois os silêncios, os suspiros, o tom de voz revelam a emoção e afetividade que permeiam o sujeito na temática que narra, muitas vezes, denunciando o sujeito. (Silva, 2013, p. 38).

Fortes e Macedo (2018) propõem a denominação Pesquisa Empírico-clínica para se referirem às pesquisas em psicanálise que utilizam métodos qualitativos aplicados a contextos que não são eminentemente clínicos, mas que partem de uma clínica ampliada e que têm sua empiria em hospitais, escolas, entre outros. Essas pesquisas, tais como as teóricas, são consideradas pelos autores como modalidades clínicas, alcinha que define o estudo ora em desenvolvimento.

No que tange à articulação da psicanálise em instituição, ou seja, à clínica ampliada, observamos que a inserção da psicanálise em locais diversos do *setting* analítico, como o serviço público e instituições, tem sido discutida nos últimos anos como, por exemplo, com as autoras Livia Moretto (2001), Marizina (2002), Kupfer (2005).

Para Kupfer (2005) embora haja resistência de grupos psicanalíticos ortodoxos a respeito da inserção da psicanálise nas instituições, existe, por outro lado, autores e praticantes institucionais que vêm demonstrando que as práticas institucionais merecem ser chamadas de psicanalíticas. Para a autora, há argumentos que psicanálise e instituição não são termos antinômicos, uma vez que a psicanálise está entrelaçada com a cultura e com os discursos sociais: “O inconsciente é o social, e o sujeito emerge no ponto de articulação de seu fantasma (ou fantasia, tradução correta do *fantasma* francês) e o discurso social” (p. 33-34).

Para Moretto (2001, p. 207) a psicanálise dentro da área hospitalar propicia uma escuta diferenciada do discurso majoritário da instituição, o discurso médico. Na medida em que abre um espaço para a palavra do paciente, abre-se também a possibilidade de o sujeito se escutar, propiciando sua subjetivação.

Desse modo, a presente pesquisa se ampara no preceito de que trabalhar dentro de uma perspectiva psicanalítica em uma instituição, especificamente em hospitais, é delimitar um dispositivo clínico-institucional, uma vez que uma instituição é marcada por sua historicidade, suscetível de transformações. Nesse sentido, uma escuta amparada nos preceitos psicanalíticos pode trazer ao espaço institucional uma mudança de posição em relação aos pacientes, que passam a ser considerados em seu sofrimento:

[...] a possibilidade de provocar um giro na posição dos agentes institucionais em princípio em relação aos efeitos de assujeitamento imaginário que produzem um *plus* de gozo, impedindo a produção de prazer, de transformação, de vida. Em

segundo lugar, esse mesmo giro, inevitavelmente, muda também a posição em relação aos pacientes. Poderíamos dizer que eles passam a ser vistos, *escutados, a fazer sentido por eles mesmos*. (Marizina, 2002, p. 63).

Ao atuar dentro desse dispositivo junto aos pacientes que atentam contra suas vidas no hospital, podemos discorrer a respeito das possibilidades de acolhimento àqueles em situação de crise e em urgência subjetiva, tal como define Brunhari e Moretto (2013)

Esse dispositivo aposta na palavra que deriva de um sujeito comprometido em seu sofrimento e padecimento. Dessa forma, não se refere aqui à urgência social ou médica, ainda que estas façam parte do que chamamos de urgência subjetiva. (...), mas o clínico não deve se esquecer de que a demanda dessa urgência, em um primeiro momento, é da sociedade e da instituição. Isso causa ressonâncias no seu trabalho e exige que ele se posicione. O posicionamento do psicanalista diante da instituição é fundamental para que seu trabalho exista e se diferencie de um cuidado dirigido à doença ou à fratura. (Brunhari, Moretto, 2013, p. 24).

Acreditamos, portanto, que propor a atuação dentro de um dispositivo clínico institucional em pronto socorro, especificamente junto aos pacientes que se inserem no hospital por tentativa de suicídio, é apostar na singularização das suas narrativas, de modo que o sujeito possa dar outro direcionamento, diverso, portanto, da repetição: “Contar sua história é um meio de jogar com o tempo da vida, de reconstruir o passado, de suportar o presente e embelezar o futuro”. (Gaulejac, 2009, p. 65).

Igualmente, a abordagem do paciente momento após ter realizado uma tentativa de suicídio permite que o acolhimento seja realizado em um momento de fragilidade, tanto física quanto psíquica, podendo servir como norteador para o sujeito, o qual pode ser escutado sem julgamentos prévios e generalizações:

O paciente hospitalizado, após uma tentativa de autoextermínio, se vê confrontado: com a dor que o levou a esse ato; com os efeitos emocionais da hospitalização; e com as consequências de seu ato no corpo, como fraturas, paraplegias, lesões em órgãos vitais. Receber, nesse momento, um olhar que não seja de julgamento ou consolo pode fazer diferença na reabilitação psíquica desse paciente (Nunes; Santos, 2017, p. 123).

Ademais, o avanço sobre o tema do suicídio é beneficiado quando nos propomos a escutar os sujeitos cujo suicídio não se consumou, propiciando que pensemos a temática a partir de suas experiências e não somente a partir de manuais, cartilhas e orientações, que nem sempre traduzem os atravessamentos e historicidades daqueles que estão em sofrimento:

Dito de outro modo, se a experiência clínica possibilita uma compreensão teórica a respeito do ato suicida, é preciso ressaltar que todo avanço e construção de saber sobre o tema se faz, sobretudo, pela sua falha. É, necessariamente, a partir da oferta

de escuta ao indivíduo cuja tentativa de suicídio não se consumou, seja no âmbito dos serviços de emergência nas instituições de saúde, seja no âmbito da clínica privada, que toda construção de saber sobre o tema se faz possível: nas situações em que o ato suicida é um ato falho. (Moretto et al, 2017, p. 162).

Propomos, portanto, lançar um olhar psicanalítico emergido no encontro entre a pesquisadora e os pacientes que tentam suicídio. Tendo em vista que esses atendimentos ocorrem no contexto de um Pronto-Socorro, poderíamos supor que há um aparente limitador: o fator tempo. Nesse sentido, Moretto (2001) indica que a prática psicanalítica dentro de um hospital não é inviabilizada por esse fator, uma vez que, mesmo se tratando de um momento de entrevistas preliminares, privilegia-se o tempo inconsciente, que está ali, onde o sujeito fala.

De acordo com Lúcia Nunes e Luciana Santos (2017), em artigo sobre o tema, intitulado “Possibilidades da psicanálise frente aos sujeitos que chegam aos hospitais após uma tentativa de suicídio”, o que determina o processo terapêutico é a ética da transferência:

É importante salientar, que o setting terapêutico no hospital é completamente diferente do de um consultório particular, o que exige uma postura flexível e criativa do profissional para lidar com as questões do tempo, espaço, trabalho multidisciplinar e debilidade física do paciente. Mas o que determina o processo não é o divã, a mobília do consultório, ou o tempo programado, e sim, a ética da transferência na possibilidade de que o paciente fale via Associação Livre. (p. 121).

Desse modo, o arcabouço teórico e metodológico das pesquisas em psicanálise não parte de respostas pré-definidas, o que limitaria, por conseguinte, a escuta: “(...) a demonstração de um saber prévio, ao estilo de um teorema, não pode ser psicanalítica pela simples razão de que essa resposta já é consciente” (Silva, 1993, p. 21).

Nesse sentido, ao longo da pesquisa, propomos apresentar a natureza da experiência de inter-relação dinâmica de subjetividades entre pesquisadora e paciente que tentou suicídio no contexto do atendimento de um Pronto-Socorro público da cidade de São Paulo. Assim, não partimos de um *a priori*, ou seja, que elas comprovem uma suposição teórica: objetivamos a escuta e o encontro com o que pode ser surpreendente, a partir dos elementos despertados no encontro entre pesquisadora-clínica e paciente em uma instituição pública de saúde.

Essa inter-relação dinâmica entre subjetividades foi conceituado por Ogden (1996) como constituintes do terceiro analítico. Para Ogden (1996; 2010), a situação analítica, o que considero para fins desse estudo, aquele também ocorrido na psicanálise extra-muros, é composta de três sujeitos: o paciente e analista como sujeitos separados e o “terceiro analítico” intersubjetivo, construído conjunta e assimetricamente pelo par analítico.

O conceito do terceiro analítico fornece uma estrutura de ideias sobre a interdependência entre sujeito e objeto, entre transferência e contratransferência, que auxilia o analista nos seus esforços para acompanhar de perto e pensar claramente sobre a miríade de fatos clínicos intersubjetivos com que se depara, sejam estes as divagações aparentemente ensimesmadas de sua mente, as sensações corporais do analista que parecem nada ter a ver com o analisando, ou qualquer ‘objeto analítico’ intersubjetivamente gerado pelo par analítico (Ogden, 1996, pp. 90-91).

A concepção de terceiro analítico está intimamente intrínseca ao conceito de *rêverie*, originalmente de Bion (1962), compreendido pelo autor como um estado mental disponível para acolher as identificações projetivas do bebê, independentemente se boas ou más.

Para Ogden (1996) a experiência intersubjetiva do terceiro analítico é apreendida por meio das *revêrie*: “Se nos inspirarmos na expressão paradoxal de Winnicott, de que a mãe é descoberta e encontrada pelo bebê, podemos pensar que a *rêverie* é criada e encontrada pelo terceiro analítico”. (Ribeiro, 2020, p. 63.). Assim, a *rêverie* pode ser entendida como o sonho acordado, o devaneio, a capacidade imaginativa da mente e à sua disponibilidade à comunicação do outro. “Se pudermos fazer uso dela, a *rêverie* funciona como uma verdadeira bússola, indicando nortes do campo emocional gerado pelo encontro de duas mentes, do analista e do analisando (Ogden, 2013)”. (Ribeiro, 2020, p. 63).

Como podemos observar, o pensamento psicanalítico contemporâneo tem, cada vez mais, se desvincilhado da concepção de analista e analisando como sujeitos separados, que toma um ao outro como objeto: “A ideia do analista como uma tela em branco, neutra para as projeções do paciente, vem ocupando uma posição de importância cada vez menor nas concepções correntes a respeito do processo analítico”. (Ogden, 1996, p. 58). Assim, busca-se romper com a noção de uma analista/pesquisadora neutra, simétrica e separada dos pacientes.

Amparando-se, portanto, nas concepções de terceiro analítico e da capacidade de *rêverie*, a pesquisa não objetiva apresentar estudos de caso voltados, por exemplo, a um debate metapsicológico, mas ilustrar, por meio da experiência sensível dessa relação intersubjetiva ocorrida no *setting* de um hospital público, os pensamentos, sentimentos, manifestações corporais e as implicações da técnica decorrentes no manejo com esse público.

Finalmente, apostamos na ideia de que a compreensão do tema perpassa diretamente pela escuta e não-silenciamento daquele que tentou suicídio, demarcando a subjetividade, humanidade, sensibilidade em um contexto hospitalar, centrado no modelo biomédico. É a partir do encontro intersubjetivo que buscaremos contribuir com as atuais teorias sobre a temática, fomentando discussões que possam amparar a elaboração de práticas de atendimento, como o desenvolvimento de estratégias de acolhimento e manejo, a construção

de fluxos e atualização das políticas públicas que se fizerem necessárias, tanto institucionalmente como *extramuros*.

3.2. A idiossincrasia da tese: participantes, procedimentos e aspectos éticos

Como apontamos, as pesquisas denominadas sob a alcunha clínica, que inclui as empíricos-clínicas, revelam uma multiplicidade na investigação metodológica, uma vez que podem se basear na construção de casos clínicos, estudos de caso, narrativas, vinhetas clínicas e, justamente por essa diversidade, é possível se perder na definição deste método. (Endo, 2013).

No decurso da tese de doutorado, conforme esclarecemos na seção anterior, partimos da concepção de Ogden (1996) a respeito do terceiro analítico para apresentar as experiências emocionais oriundas do encontro entre a pesquisadora, que atua como psicóloga na instituição, e os pacientes que tentam suicídio. Tendo em vista a perspectiva psicanalítica do método, refletiremos a respeito dessas vivências permeadas pelo terceiro analítico intersubjetivo ocorrido no *setting* institucional, onde transcorrem esses encontros.

Nesse sentido, estamos em consonância com as proposições da psicanálise contemporânea que, paulatinamente, tem se apropriado e se interessado pelo que também ocorre na mente do analista. Isso porque, conforme aponta Cassorla (2016), o analista pode imaginar o que está ocorrendo no campo, porém logo se dará conta de que tem acesso apenas à sua mente, “(...) isto é, à forma como as percepções, sentimentos e intuições relativas ao campo analítico é representada dentro de si. Observando a si mesmo estará percebendo os reflexos daquilo que captou da relação com seu paciente”. (p. 14).

Com fins didáticos, apresentamos a seguir o local da pesquisa, os participantes incluídos no estudo e os aspectos éticos que o norteiam.

3.2.1. Local da Pesquisa, Participantes e Instrumentos

O hospital onde decorre a pesquisa está situado no município de São Paulo, na circunscrição da Penha, e está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Segundo dados obtidos a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (2022) – CNESnet –, o hospital está dividido em oito leitos de cirurgia geral, cinco de pediatria clínica e trinta e cinco de clínica geral, os quais contemplam setores de observação adulto e de emergência.

Nesta instituição, atuo como psicóloga prestando assistência a pacientes e familiares de todos os setores, com foco no Pronto-Socorro, e realizo diligências também em grupos de

trabalho como o NPV, discussões multiprofissionais no hospital e nas redes de saúde adjacentes.

Desde o início de meu trabalho nessa instituição, a frequência com a qual atendia pacientes que davam entrada no Pronto-Socorro após uma tentativa de suicídio me chamou a atenção. Apesar de não ser um hospital de referência em saúde mental, é um dos estabelecimentos de saúde que mais notificam essas violências na nossa região, apresentando um número expressivo de pacientes atendidos por esse motivo, conforme explicito na Tabela 2, no primeiro capítulo.

De modo geral, o setor de psicologia é acionado nessas situações e a abordagem – acolhimento, atendimento, discussão em equipe multidisciplinar e eventuais encaminhamentos – é realizada no cotidiano do trabalho. Igualmente, para fins dessa pesquisa, manteve-se o fluxo, ou seja, assim que era sinalizado pela equipe ou que verificava que um paciente procedeu à entrada por tentativa de suicídio, realizava o atendimento tal como previsto. Ao término, explicava ao paciente a respeito da presente tese e mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o convidava a participar.

Optamos por incluir neste estudo pacientes acima de dezoito anos de idade que referiram tentativa de suicídio e deram entrada na instituição via Pronto Socorro. Pacientes que não declararam intenção suicida como, por exemplo, internação derivada do abuso de substâncias ou que apresentaram comportamentos autolesivos sem intenção suicida não foram apreciados, tanto para maior delimitação do estudo quanto pelo fato de essas pessoas dificilmente serem internadas na rede hospitalar, permanecendo, via de regra, em equipamentos de saúde com menor complexidade, como AMA (Assistência Médica Ambulatorial) ou UBS (Unidades Básicas de Saúde).

É importante salientar que, mesmo cumprindo os requisitos para inclusão na pesquisa, quando aspectos paranóides e/ou persecutórios assumiam uma dimensão muito importante na dinâmica psíquica do paciente, optamos em não inserir esses casos nesse estudo. Isso porque a solicitação de autorização para participar da pesquisa poderia prejudicar o andamento do atendimento, podendo desencadear desconfiças a respeito da conduta profissional da psicóloga/pesquisadora e repercutir negativamente em um momento de sofrimento e fragilidade.

Outrossim, por vezes, no atendimento realizado no Pronto-Socorro, o paciente apresenta uma demanda estritamente pontual, buscando alguma orientação em específico (encaminhamento, por exemplo), ou mesmo não desejando ou não conseguindo abordar suas questões naquele momento, de forma que priorizamos não incluir essas situações.

Tendo em vista o cuidado ao sujeito em urgência subjetiva e as características da metodologia desta pesquisa, apontadas anteriormente, não utilizamos instrumentos tecnológicos para gravar esses encontros. Em momento posterior ao atendimento, anotava alguns elementos oriundos do terceiro analítico – impressões, reminiscências, sensações, comentários, aspectos da linguagem, entre outros – para reflexão e discussão. Por outro lado, eventualmente, recorria ao registro dos prontuários para confirmação de dados que se mostraram pertinentes à tese.

Em relação ao período de coleta de dados, o presente estudo foi realizado após aprovação dos Comitês de Ética e ocorreu no intervalo de 01/06/2020 a 15/01/2021, durante um período muito crítico da pandemia do COVID-19, impactando nos atendimentos, nas redes de saúde e, conseqüentemente, nesta pesquisa, que também apresenta um recorte desse momento difícil de nossas histórias.

Nesse período, participaram da tese treze pacientes, número expressivo quando consideramos uma pesquisa qualitativa. Optamos por manter essa quantidade pois mesmo atuando há tantos anos com pacientes que tentam suicídio nesse contexto, há sempre uma marca peculiar nesses encontros, ou seja, há sempre o novo, o surpreendente.

Ademais, por vezes, há situações cuja experiência emocional tem pouca ressonância no terceiro analítico, enquanto em outra somos movimentados para estados tão íntimos que permitem acesso a áreas profundas e primitivas, dando-nos a impressão de que esse encontro aconteceu outras vezes. Dito de outro modo, tendo em vista que nossa proposta não se destina a expor um estudo de caso de modo aprofundado, há atendimentos cujo interjogo pesquisadora/paciente apresentou-se de modo mais pontual, por outro lado, outros adquiriram elementos simbólicos mais expressivos que repercutiram em um maior material. Na dinâmica de um atendimento institucional norteado pelo referencial teórico da psicanálise em um momento de urgência psíquica, compreendemos ser enriquecedor apresentar essa variação.

Assim, apesar dos limites da escrita científica, principalmente quando se objetiva ilustrar experiências emocionais cujas palavras nem sempre descrevem o que se passa no *setting* institucional, ilustrar essa heterogeneidade permite aproximar o leitor do trabalho que realizamos com pacientes que tentam suicídio no contexto de um hospital público na cidade de São Paulo, bem como evidenciar seu desdobramento nas discussões desta tese de doutorado.

3.2.2. Aspectos Éticos

A proposta da pesquisa, os procedimentos, metodologias e alicerce teórico foram encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculado tanto à UNESP – Assis quanto à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, cujo CAAE (Certificado de Apresentação para a apreciação Ética) são respectivamente números 17842919.7.0000.5401 e 17842919.7.3001.0086.

Ao término dos atendimentos, os pacientes foram convidados a participar da pesquisa e os que concordaram assinaram o TCLE, documento com informações acerca do estudo. Todos os participantes ficaram com o meu contato pessoal e profissional, caso desejassem outro atendimento ou para eventuais esclarecimentos sobre a pesquisa. O conteúdo do TCLE encontra-se no Apêndice deste trabalho.

4. TENTAMOS VIVER: HOJE NÃO MORRO

*Jurei por Deus que ia acertar as contas
 E aí lembrei que é Deus quem acerta as contas
 Ele acerta no início, no meio, e no fim das contas
 Quem somos nós nesse mundo complicado?
 Mostre-me um homem são e eu o curarei
 You're runnin' and you're runnin' and you're runnin' away.
 Não posso correr de mim mesmo
 Eu sei, nunca mais é tempo demais
 Baby, o tempo é rei.
 Black Alien.*

Apresento a seguir, as experiências emocionais oriundas do terceiro analítico, conforme proposta e critérios esclarecidos no capítulo anterior. Nesse momento, o material é exposto como um diário de campo, com impressões e reminiscências da experiência emocional a partir das reverberações e ressonâncias do interjogo subjetivo paciente/pesquisadora, bem como os atravessamentos institucionais pertinentes ao *setting* de um hospital público.

Desse modo, evito partir de uma descrição neutra e impessoalizada; pelo contrário, meus pensamentos, sensações, devaneios também são colocados em cena. Aproximo-me da concepção de Ogden (1996) no que tange à intersubjetividade analítica como dialética, em que analista-analisando não existem de forma pura como entidades psicológicas separadas: “A intersubjetividade e a subjetividade individual criam, negam e preservam uma a outra”. (p. 59).

Com vistas à melhor articulação do conteúdo, organizo os casos por meio de quatro subtítulos, os quais foram pensados a partir das mobilizações que se sobressaíram nesses encontros. Assim, 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, como o próprio subtítulo sugere, abordo os emaranhados da transferência – contratransferência nos estados de desesperança e enlouquecimento no terceiro analítico; na sequência, apresento os atendimentos junto aos pacientes marcados por episódios de violências, traumas e dor; por fim, retrato as vicissitudes no que tange à triangularidade, ou seja, os desafios imbrincados na tentativa de manter a qualquer custo à dualidade.

Ressalto que tal exposição destina-se a organizar o material facilitando eventuais discussões a respeito do tema; não são, portanto, determinantes categóricos impermutáveis, de

maneira que algumas experiências poderiam estar ilustradas em outro subtítulo do apresentado, a depender também do que sobressai para aqueles de leem o trabalho.

Além disso, evitamos fazer grandes discussões com preceitos psicanalíticos com vistas a evitar a limitação da escrita à necessidade de articulação teórica, o que poderia prejudicar a associação das ideias, as quais estariam às voltas de cumprir com esse objetivo. As citações e menções aos autores ocorreu com o propósito de exemplificar e ampliar a reflexão sobre as experiências emocionais e as decorrentes implicações no manejo com esses pacientes atendidos no Pronto-Socorro.

Finalmente, importante reiterar que o material exposto a seguir é decorrente dos atendimentos efetuados em um momento crítico da pandemia, refletindo também as problemáticas institucionais e das redes de saúde adjacentes cujos fluxos para acolhimento de pacientes foram diretamente afetados. Igualmente, mas não menos necessário, ponderar os aspectos emocionais dos profissionais de saúde nesse momento, no qual me incluo, marcados pelo medo frequente de contaminação e outros sentimentos, como evidenciado no prólogo da tese.

4.1. Tem alguém aí? Ensina-me a viver: ajudamo-nos

Paciente A.

Paciente, cerca de 30 anos, sozinha no leito. Sou informada pelo enfermeiro do setor que a paciente havia solicitado ajuda. Está tranquila, disponível. Pergunto se tem recordações do que ocorreu, ao que responde que ingeriu medicações após uma pequena discussão com seu marido. Segue dizendo sobre a dificuldade de maternar, principalmente em relação à filha menor, com seus oito meses de vida. Chora, pois não consegue se conectar com essa filha.

Antes das duas filhas, vivenciou dois abortos e após o nascimento da primogênita, relatou problemas conjugais com o marido, decepcionando-se, mas decidiram prosseguir com o relacionamento. Ao escutá-la, tenho a impressão de que suas dores não estão muito bem localizadas no seu corpo, como se não houvesse lugar para elas, um sofrer não autorizado.

A. segue como transbordando, narrando sua história. Em um dado momento, entreolhamo-nos, eu falo, meio que em pensamento, meio que em um som abafado pela máscara, que o maternar decepcionado deve ser realmente muito difícil. A. chora, suas palavras vão saindo, seguindo a coesão que sua dor começa a tomar... O que se segue são

sentimentos de culpa e fracasso, *não sou uma boa mãe, não conseguir perdoar estou aqui porque não pensei nas minhas filhas.*

A. retomou ao trabalho havia pouco tempo, após um período de dificuldade financeira. Sente-se exausta, gostaria de chegar em sua casa e ter um tempo para si, refere-se a não se alimentar por falta tempo. Mesmo estando, A. estava toda coberta, a voz era baixa, parecia-me pedir auxílio e o sentimento que tenho na fala de súplica dirigida a mim é o de pegá-la no colo, tal como ela parece esperar de uma mãe, vendo seu bebê aflito. Penso em como teria sido A. bebê e essa dupla bebê/mamãe.

Às vezes, durante os atendimentos, tal como neste momento ilustrado, sinto-me diante de um bebê. Ao olhar A. meus devaneios eram de que estava diante de um bebê faminto, que se agarrava a mim, chorando. Essa situação gerava em mim um estado de identificação extrema, de modo a antever as suas necessidades, ao que Winnicott (1956) se referiu como “preocupação materna primária”.

Ogden (1996), ao discutir a dialética de estar-em-um e estar separado na preocupação materna primária, aponta que a mãe se engaja no processo psicológico de modo a permitir que sua subjetividade ceda lugar à do bebê e, simultaneamente, mantém um senso de sua própria subjetividade distinta, servindo de intérprete das experiências do bebê: “A intersubjetividade que subjaz à preocupação materna primária implica uma forma precoce da dialética da unicidade (*oneness*) e dualidade (*twoness*): a mãe é uma presença invisível (invisível mas sentida)”. (OGDEN, 1996, p. 46). Essa dialética, tal como aponta o autor, continua no decorrer da vida como um aspecto de todas as formas subsequentes de subjetividade.

Nesse atendimento, embora breve, há uma sintonia em nossa dupla em que as associações que fazia em minha mente logo eram transmitidas para a paciente sem que houvesse uma comunicação verbal direta. Ao imaginar, por exemplo, como seria A. bebê, ela prossegue suas associações relatando: *minha mãe me batia, abandonou minha irmã adolescente para viver um romance, traía meu pai por diversas vezes, eu não a perdoei...* Sua percepção é de que o relacionamento entre as duas teve uma melhora após A. ter sido mãe.

Pensei em ir mais adiante com essa questão, mas sinto que está muito ferida. Silêncio minha necessidade de interpretações e de devolutivas que pareciam mais suprir meu anseio de oferecer respostas do que a necessidade de escuta de A. Retiro-me então desse local que muitas vezes encarnamos de encontrar respostas, transtornos, eventos que estariam imbricados na tentativa de suicídio. Esse é um recorte da sua vida e qualquer aposta de dimensionar sua história a partir desse evento seria reducionista. Limito-me, nesse momento,

em acolher sua narrativa, sem inquéritos e perguntas que, como sinalizei, visariam muito mais responder às minhas urgências de compreensão do que suas necessidades.

Oriento os encaminhamentos após a alta hospitalar. Nesse momento, a única possibilidade da região é o acolhimento no CAPS, pois os demais serviços ambulatoriais estão fechados por conta da pandemia do Coronavírus. No mesmo dia, A. tem alta hospitalar e não manifesta ideias suicidas; pelo contrário, mostra-se desejante em prosseguir.

A dor que a angustia é a mesma que a mantém viva na busca de dar voz a esses sentimentos ainda inomináveis e que até então considerava ilegítimos e desautorizados. Na experiência emocional do terceiro analítico, sinto que abrimos um espaço para que as questões intrínsecas em ser mãe e também ser filha pudessem encontrar ressonâncias.

Paciente B.

Hoje é um dia que estamos todos apreensivos. Sem previsão de vacina para o Coronavírus e com muitos colegas de trabalho afastados, o clima hospitalar é de tensão. Mais do que em qualquer outro momento, estamos inundados por incertezas.

Lembro-me do atendimento de B. com muitos detalhes, contudo, a escrita e a ordenação das ideias sobre o caso são realizadas com muita dificuldade. Essa tentativa de sistematizar a experiência emocional intersubjetiva no contexto hospitalar, assim como as demais, não segue um tempo cronológico nos moldes de uma sequência exata de como o atendimento foi ocorrendo, mas tenta priorizar os enlaces e as nuances dessa experiência.

Ouçó a mãe de B. indagando, sem muito sucesso, os profissionais do hospital: *Por que as pessoas fazem isso? Por que meu filho quer morrer?* Ao escutá-la e conversarmos, observo que seus questionamentos são mais da ordem de expressar seu sofrimento do que uma busca por uma explicação da tentativa de suicídio de seu filho.

Encontro o paciente ao acaso no corredor. Pacientes mais jovens chamam minha atenção, pois não é o perfil da maior parte dos sujeitos atendidos na instituição. B. evidencia um estado de intensa ansiedade ao primeiro contato: sua fala é acelerada, são muitos assuntos ao mesmo tempo. Somado a isso, a escuta é permeada por interferências constantes no atendimento, às vezes por sua mãe, outras pela equipe, que precisa remanejá-lo de lugar com frequência e solicitar exames.

O que acontece agora? B. perguntava com certa insistência. Aos poucos, as pontuações que realizo vão ofertando continência e organização para o caos que envolvia seu pensamento e ressoava em seu corpo. Em um corredor de hospital geral há dois dias, uma vez

que os setores estavam restritos aos pacientes com COVID, apareci como uma esperança de vida e menos rachaduras, à qual ele se apegou “instintivamente”. Estava claro para mim que as palavras precisavam ser bem colocadas, pois ele estava atento ao meu discurso.

Deitado na maca, não havia cadeiras próximas a ele, mas senti a necessidade de me colocar mais perto fisicamente. Deixo minhas pernas entreabertas para ficar em uma altura menor e percebê-lo melhor. Aspectos não verbais da fala, atmosfera do discurso, da voz e da expressividade do corpo são primordiais nas operações das identificações projetivas, bem como na sua recepção: “Essas dimensões conseguem “transmitir” e provocar afetos de uma forma muito direta, instalando estados subjetivos nos eventuais receptores, cujas causas e razões dificilmente podem ser postas em palavras, mesmo quando estão originalmente associadas à fala”. (Figueiredo, 2018, p. 149).

Afirmo que gostaria de escutar aquela dor e que imaginava que estava sobreposta por julgamentos. B. coloca que foi advertido por uma enfermeira que afirmou que ele estava ali, naquela situação, pois “havia procurado”. *Vou ser julgado também no próximo hospital?* Seu questionamento é respondido por ele mesmo com um pedido de perdão, um perdão desesperado. Este é um ponto delicado para mim: em que se pese o desgaste da equipe, o mau atendimento e o despreparo de profissionais de saúde àqueles que atentam contra suas próprias vidas não é uma novidade⁷.

No decorrer do atendimento, B. coloca muitos pontos de angústia, cujas traduções e respostas ele buscava por meio de um diagnóstico. “*Pesquisei sobre o que eu tenho*”, dizia, *tenho depressão*. Seu diagnóstico não me preocupava, porque nenhum transtorno conseguiria descrever ou aproximar-se do que ele tentava comunicar. As intervenções que fazia eram simples. B. precisava *falar-se*.

O sentimento de medo, apreensão e ansiedade eram prementes. Relatava medo de ter inúmeras doenças, entre elas HIV. Em alguns momentos fui convocada a uma postura mais ativa, como que ampliando e organizando seu discurso para que o seu *falar-se* fosse digestível.

Questões com a sexualidade, o uso de substâncias e o planejamento do ato suicida foram abordadas por ele conforme sentia-se mais seguro. B. ia fazendo sentido por ele

⁷Conforme estudo de Marcolan (2018), falas inadequadas e condutas inapropriadas são cenas comuns vivenciadas no pronto socorro: “Verificamos ao longo de nossa vivência profissional a atenção prejudicial dada comumente por médicos e profissionais da enfermagem ao indivíduo que tentou se matar. Punição, falas preconceituosas, ameaças, julgamento moral e agressão verbal foram atitudes comuns vistas em prontos-socorros e outras unidades de saúde – infelizmente, vindas também de profissionais de saúde mental, que deveriam ter melhor entendimento do que ocorre”. (Marcolan, 2018, p. 2481).

mesmo, costurando e recosturando sua história. Ali não percebia uma tentativa de morrer, mas sim uma vivacidade que carecia de representação; desejava viver, mas como fazer isso? Sentia como se fosse levada a responder a partir de uma demanda: Ensina-me a viver! Precisei, ainda que em um encontro, sustentar que ficássemos colados psiquicamente, auxiliando-nos na busca de um sentido para aquele momento.

B. aguardava avaliação da psiquiatria de um hospital de referência, pediu para que o acompanhasse: tinha medo de uma internação involuntária e de medicamentos que o deixassem “dopado”. Ao término do atendimento, conversamos na presença da genitora e da enfermeira da remoção, ocasião em que solicitou que continuássemos com nossos encontros, um acompanhamento ambulatorial. Expliquei que o hospital não dispõe, ainda mais nesse momento de pandemia, de local adequado para seguimento nesse sentido. Não é fácil dizer isso. Há uma conexão entre mim e suas histórias, mas sinto que do mesmo modo que tenho que me abrir a essa conexão, também preciso sair dela, para que outros espaços de cuidado possam emergir na vida de B., como, por exemplo, os CAPS.

- *Me dá um abraço?* Pergunta B antes de entrar na ambulância. Sorrio com a máscara, um meio abraço. São tempos de COVID e, nesse momento, de esperança. Não tenho outros atendimentos a realizar depois de B.

Sigo conversando com colegas e me sinto em um estado de euforia e confusão. Em discussão do caso, refletimos sobre a importância de nomear os sentimentos que ficam impregnados logo após os atendimentos mais desafiadores. Tento preencher a ficha de notificação, mas em vão. Estou cansada. Fim de turno, peço ajuda a uma colega do administrativo, integrante do Núcleo de Prevenção à Violência (NPV). Já em casa, anoto algumas considerações sobre o caso, sem muita preocupação com a ordenação, e sinto muita dificuldade, como se toda a minha capacidade de pensar estivesse esvaziada. Respiro. Amanhã é outro dia.

Paciente G.

Logo que chego ao hospital no período da manhã me deparo com uma paciente jovem, deitada na maca, aparentemente dormindo. Chama a minha atenção por estar com sua roupa (e não a hospitalar) e por não ter acompanhante, pois apesar de ter por volta de seus dezoito anos de idade, aparentava ser mais nova.

No período da tarde, atendendo em um setor próximo ao da paciente, pergunto à auxiliar de enfermagem do que se trata o caso daquela jovem e sou informada que ela chegou

na madrugada do dia anterior por intoxicação exógena. A profissional, aflita, pede que eu a ajude com a área médica, pois como não estava internada, a paciente estava sem tomar banho e sem alimentação.

Em alguns plantões, a abordagem de pacientes que chegam ao Pronto-Socorro após tentativa de suicídio é delicada; nesse caso em específico, por exemplo, a não comunicação do caso à equipe de psicologia e serviço social, bem como sua permanência no corredor do hospital, nos diz de um “não lugar” de cuidado – seguindo uma lógica de moralidade: os que tentam morrer não devem ser priorizados, pois assim não repetirão esse comportamento.

Jovem inicialmente introspectiva, limita-se a responder alguns questionamentos iniciais. Relata que conviveu com sua mãe biológica até seu primeiro ano de vida, e por razões desconhecidas foi redirecionada, junto com o seu irmão, a um centro de acolhimento. Nesse local residiram até os sete anos, ocasião em que foi adotada, assim como seu irmão, que possui idade próxima a ela.

Residiu com seus pais adotivos até seus dezoito anos, quando decidiu voltar a morar com sua mãe biológica. É interessante que G., ao narrar sua história familiar, trata de modo demarcado os pais adotivos e a mãe biológica. Há poucos meses morando com a mãe biológica, relata ter sofrido abuso sexual do padrasto. Na ocasião, chamou os vizinhos e foi socorrida. Diz que não se sente ameaçada.

Também me chama a atenção, em uma situação de violência e vulnerabilidade, G. não se reportar à mãe, com quem estava morando, ou mesmo seus pais adotivos. Será que G. se sentia segura em recorrer aos seus familiares adultos?, questionei-me. Pensei em fazer algumas demarcações nesse sentido, contudo senti que nosso vínculo não estava bem estabelecido, de maneira que achei precoce o apontamento.

Nesse aspecto, Ogden (2010) pontua acerca da necessidade do analista ser respeitoso com as formas pelas quais nossos pacientes, desde sua infância, encontraram para proteger sua sanidade. Assim, afirma o autor, “a velocidade e o ritmo dos esforços do paciente para encarar a verdade de sua experiência emocional são determinados pelo próprio paciente”. (p. 42). O autor assinala que o papel do analista abrange sustentar a tensão entre a necessidade de segurança e a de conhecer a verdade. Assim, coloco-me no lugar de suporte com G., buscando propiciar um clima emocional de segurança.

No decurso de sua narrativa, ela apresenta a mãe biológica de modo idealizado: *contudo para minha mãe, meus pais adotivos não me deixam fazer nada*, disse em uma dada circunstância. A preservação da imagem da mãe idealizada parece sustentar-se por meio de

um ataque aos pais adotivos, os quais, para G., roubaram a história idealizada que teria vivido com sua mãe.

Em relação à tentativa de suicídio, relata que apresentou anteriormente pensamentos recorrentes de morte, mas que é a primeira vez que se empreendeu nesse sentido. Apesar de abordar pontos sensíveis, delicados e vulneráveis em sua trajetória, não a percebo desesperançosa e/ou desanimada; está preocupada em não perder a aula da faculdade naquele dia, possui vínculo empregatício que lhe parece trazer satisfação.

O ato que decorreu sua hospitalização nos pareceu como uma denúncia, um grito por ajuda, algo no sentido: Será que se eu gritar bem alto, se mostrar por atos que estou em perigo, o ambiente (nesse caso em específico, a mãe) consegue vir em minha ajuda? Conforme colocamos no segundo capítulo desta tese, Cassorla (2021) aponta que em muitos casos uma tentativa de suicídio pode ser entendida como uma mensagem desesperada, cuja desesperança é comunicada em ato ao ambiente. A ausência da mãe biológica nesse momento de hospitalização de G. não me pareceu ser uma boa resposta nesse sentido.

Além disso, G. não deseja que contactemos os pais adotivos e precisamos de um acompanhante para avaliação de psiquiatria, que ocorre em outro hospital. Após o término de seu atendimento, discuto o caso com a assistente social e com o terapeuta ocupacional, com os quais tenho bastante afinidade e compartilhamos com frequência os desafios dos atendimentos. Não conseguimos contato com família biológica e G. segue com a ideia de não contarmos seus pais adotivos. Com a ajuda da assistente social, ela consegue acionar um amigo pela rede social para acompanhá-la durante sua internação.

No mesmo dia G. tem alta hospitalar. G. menciona que já foi acompanhada por psiquiatra e psicólogo particular quando residia com sua família adotiva. Como ainda possui convênio médico, diz que irá retomar seu acompanhamento pela rede conveniada. Na saída do hospital, G. me aborda, pergunta pelo meu nome. Caminha sorrindo, e diz: Bonito nome, Anahi.

4.2 - Transferência/contratransferência e seus emaranhados: sobrevivendo aos estados de enlouquecimento e desesperança

Paciente C.

Perto do horário de ir embora, estou tomando café, quando um enfermeiro informa que viu uma paciente com carvão ativado no choque e que tem a impressão de tê-la visto outras

vezes no hospital por tentativa de suicídio. Ligo no setor, a equipe esclarece que a paciente está consciente e conseguindo se comunicar.

C. tem por volta dos 60 anos de idade, mãe de oito filhos. No prontuário leio que ingeriu cerca de 20 comprimidos de *Diazepam*. Está na maca, com sonda nasogástrica, o setor de choque está vazio, mas por ser fim de plantão há muito barulho. É muito difícil me concentrar no atendimento, tenho que recuperar a escuta forçosamente.

Recordo de modo muito vívido o seu sofrimento ao me aproximar de C.: *Minha vida é muito difícil, são muitos problemas...*, dizia, decorrendo dessa fala uma associação de eventos traumáticos que marcam fortemente sua história, com ênfase no estupro de um de seus filhos, ainda criança, que quase lhe custou a vida. São sequências dolorosas. Em um dado momento, nos conectamos de modo íntimo e o barulho da sala se transforma apenas em um plano de fundo.

C. me olha com desespero, faz um esforço corporal como se fosse agarrar em meus braços, seu corpo inteiro dói, ela está frente a frente com uma angústia impensável. Seus olhos capturam os meus e o seu pedido por ajuda é desesperado, urgente, *não dava mais*, está desintegrada psiquicamente. Chego bem perto dela, eu estava presente. A sensação de desintegração que me toma é intensa. Sinto que preciso deixar-me enlouquecer, perder-me junto com C. para que então possa metabolizar e oferecer uma devolução possível a ela.

Recordo-me de Figueiredo (2018) quando aponta a importância de o analista possuir reservas em face de pacientes cuja comunicação ocorre em níveis primitivos na mente como, por exemplo, os *borderlines*, com os quais, via de regra, faz-se necessário que o profissional deixe-se enlouquecer-se para que então tenha condições de elaborar. Nas palavras do autor:

(...) o necessário é deixar-se enlouquecer e recuperar a sanidade, isto é, a capacidade de admitir, metabolizar, continuar contendo, elaborando, até que um certo nível de ordem afetiva e esclarecimento possa ocorrer internamente antes que o material venha a ser devolvido. Só que todas essas operações deverão ser realizadas sob pressão, diante de demandas e imposições incessantes que deixam pouco tempo e espaço para um uso mais livre e espontâneo da mente e mesmo do corpo, já que muitos pacientes *borderlines* não se deitam no divã e mantêm o corpo do analista sob um controle estrito. Há que ter muitas reservas disponíveis e bem preservadas para que, em uma situação como essa, “lá atrás”, em um recôndito esconderijo de seu ser, algo permaneça livre, tranquilo, vivo e inviolável. (p. 124/125).

Após recuperar desse estado de enlouquecimento, pergunto a C. se já ocorreu de ouvir vozes e outras alterações em seu sentido, ao que confirma que sim, que tais alterações acontecem desde criança e que seu pai nunca cuidou dela: *Quando as facas ficam apontadas para mim, me desespero*. Não era a primeira tentativa de suicídio de C. Por diversas vezes

referiu sentir um impulso, por vezes incontrolável, de se atirar nos trilhos do metrô ou na frente de um ônibus.

Para mim estava claro que parecia viver uma espécie de irrealidade; há uma desconexão que escapou de seu corpo, de seus sentidos. Ao mesmo tempo, seu olhar no meu se configura em uma capacidade, que também é a de esperança, de que ela retorne a si: *Eu já fui feliz, sabia?* Lembrei-me de Clarisse Lispector (1977): “a vida é um soco no estomago” e eu, ali nesse interjogo psíquico, me senti nausear.

Aceito o papel de representação da esperança que me pareceu ser atribuído por C. e dou pequenos enlaces a essa escuta: *Nós estamos aqui para cuidar das suas dores, um pedacinho por vez, não precisa ser todas elas juntas. Qual seu nome?* C. pergunta. *Ana, pode me chamar de Ana.* C. agradece: *Obrigada, Ana.* Permanecemos um curto período em silêncio.

Na sequência, encontro suas duas filhas na porta do setor de emergência, onde C. estava hospitalizada. Estavam aflitas, desejando visitar sua mãe. O encontro é autorizado, com a orientação de que fosse um rápido contato. Em atendimento, os familiares relatam que C. era acompanhada em uma das UBS da região, onde pegava os medicamentos e que devido à pandemia do coronavírus tiveram dificuldade de acesso: *Um médico saiu, depois não conseguiu mais*, disseram. No dia anterior à tentativa de suicídio, C. havia comparecido no CAPS com uma de suas filhas para um acolhimento inicial. Infelizmente, apesar de terem buscado auxílio, o contexto da pandemia e a consequente mudança de fluxos dificultou que pacientes como C. recebessem assistência adequada, principalmente no momento de crise que ela estava vivenciando.

Ao retornar no próximo plantão, C. estava no hospital. Embora com feridas emocionais latejantes, seu discurso estava organizado, com perspectivas futuras. Planejava morar com uma de suas filhas e tinha a esperança de que fosse ficar tudo bem. Esse segundo atendimento é breve, C. aguardava avaliação de psiquiatria em um hospital de nossa referência. Antes de ir, segura firme minha mão, ao que lhe digo: *Obrigada, C. por dividir um pouco comigo sua história.* Ao que ela responde: *Obrigada, Ana.*

Nos dias que se sucederam à alta médica da paciente, entrei o contato com o CAPS para saber o seguimento do caso e fui informada de que a paciente não retornou para acompanhamento e que fariam a busca ativa do caso.

Paciente M.

Sou informada pela equipe do Pronto-Socorro a respeito de um paciente, o qual não sabia ao certo se havia cometido uma tentativa de suicídio ou se havia feito uso abusivo de bebida alcóolica. No prontuário, leio que se trata de M., um rapaz com aproximadamente quarenta anos, encaminhado pelo Samu no dia anterior após ingerir inúmeras substâncias, entre elas bebida alcóolica, gasolina e comprimidos de diversos remédios.

Observei-o de longe, deitado na maca, em silêncio e com a feição tranquila. Após me apresentar, pergunto a ele se recorda o que havia lhe ocorrido. M. chora, sem evidenciar desespero, contudo seu estado é de profunda desesperança.

Relata que há muitos anos é dependente de bebidas alcóolicas, cocaína e maconha. Não tinha mais celular, pois todas as vezes que comprava ou ganhava, vendia para conseguir sustentar o consumo. Conta que já foi internado em clínica particular para dependentes químicos e por conta da “lavagem cerebral” realizada, optou por fugir dessa instituição: (...) *não aguentei aquele lugar: aquilo não me fez bem*, contou.

Pergunto se M. percebia ou se localizava quais momentos a necessidade das substâncias eram mais proeminentes, ao que responde, de modo enfático, que nos momentos ruins, tendo em vista que elas funcionavam como seu amuleto e, após seu efeito, sentia-se ainda pior emocionalmente. Acrescenta ter consciência dos prejuízos da dependência a si e nas relações sociais e familiares, não se reconhecendo quando está sob efeito das “drogas”: *fico irreconhecível, bravo, xingo minha mulher, falo palavras duras*, prossegue. Enquanto sóbrio se arrepende, restando culpa, desânimo e desesperança: *Sou muito grato à minha esposa, mas faço tudo errado, meu casamento está acabado*, diz em tom calmo, mas abatido.

É a terceira tentativa de suicídio de M., em uma delas, após ingerir bebida alcóolica, jogou-se em via pública. Naquele momento, sentia-se preso nesse ciclo, não vislumbrando alternativa diversa de colocar fim à sua própria vida. Seu sofrimento tornava-se mais intenso quando refletia acerca das dores causadas em sua família devido ao seu estado emocional e dependência química. M. parecia todo doído. E também doía a mim lhe escutar: para ele, seu destino estava decidido, *não tenho mais o que fazer*, refletia.

Por outro lado, avaliávamos potente o seu reconhecimento da situação. M. parecia compreender muito bem o seu modo de funcionar, trazia um conteúdo muito organizado, com associações interessantes sobre sua história, contudo estava extenuado psiquicamente. Nesse momento, sinto como se emprestasse meu aparelho psíquico para que, ainda de modo muito incipiente, M. entreveja possibilidades diversas daquele caminho já conhecido de dor e fracasso.

Penso, por vezes, que uma das funções do profissional de saúde mental que atua com pacientes enlaçados pela dor e desesperança é permitir que se vislumbre uma frecha imaginativa onde só há aspereza do concreto, transmitido no caso de M. como a certeza do fracasso. Quando me dizia, em tom resolutivo, que não havia mais solução para o seu problema, restando-lhe somente a *certeza* da derrota, corremos o risco de nos fecharmos nesse discurso, não emergindo espaço para o não saber, para a dúvida, limitando o pensar imaginativo. Conforme aponta Ogden (2010), não saber é uma pré-condição para ser capaz de imaginar, de manter abertas possibilidades outras de experimentação na forma de pensar, sonhar, brincar: “Imaginar não é descobrir uma solução para um problema emocional; é mudar os termos do próprio dilema”. (Ogden, 2010, p. 47).

Nos dias que se sucederam a esse atendimento inicial, M. manteve-se calmo e disponível com todos, contudo, ambivalente quanto ao desejo de morte. M. seguiu em alta hospitalar após interconsulta com o psiquiatra e sugerimos continuidade de seu acompanhamento no CAPS. Nesse sentido, revelou não gostar desse serviço, *conheço todo mundo que vai lá, não me ajuda a parar com as drogas, não acredito no tratamento*, restando-nos poucas possibilidades quando pensamos no seu acompanhamento após alta hospitalar.

Sugeri a M. que me contatasse caso desejasse outro atendimento, pois assim poderíamos seguir com suas reflexões enquanto articulava com outras redes o seu cuidado. O atendimento presencial na maioria dos serviços da atenção primária ainda estava suspenso por conta da pandemia do Coronavírus, de modo que sugeri seu seguimento comigo enquanto definíamos essa questão. Apesar da tentativa, não tive mais contato com M.

Por vezes, a demanda do paciente não se alinha com as ofertas existentes no serviço público, firmando-se como um grande desafio quando pensamos no cuidado em saúde mental. Afinal, apesar das nossas perspectivas, desejos e ânsia por resolução do conflito daqueles que atendemos há uma complexidade de vulnerabilidades que não conseguiremos acessar, seja por um descompasso de resposta dos serviços públicos (de saúde, educação, assistência social, segurança pública, entre outros), seja por questões do próprio sujeito.

Paciente K

Paciente jovem, cerca de dezoito anos. Quieta, introspectiva. Ao me aproximar ela transparece tranquilidade, sua fala é baixa e infantilizada. Como não há alterações clínicas significativas, convido-a para atendê-la na parte externa do hospital.

Ao atender K tenho a impressão de que seu discurso é amparado por um roteiro pré-estabelecido. Há algo marcadamente engessado, apresentava-se a mim como se estivesse lendo um registro de prontuário: pontuava com precisão seus sintomas, sobre o ambiente familiar e suas relações sociais. Esse jeito de K contar sua história logo no início do atendimento me fez- pensar que a jovem poderia ter sido atendida em ocasiões anteriores na área de saúde mental, como se tivesse um roteiro de anamnese decorado, falando sobre si dentro de um parâmetro descritivo, obscurecendo sua espontaneidade.

No mesmo tom calmo, K. assinala como marco em sua história de vida um episódio de *bullying*: *as meninas da escola queriam brigar comigo, eu não entendia e não sabia o que fazer*, disse. Ao contar para a professora acerca do ocorrido, K. afirma que foi desacreditada: *Eu contava para a professora e ela dizia que era tudo coisa da minha cabeça*. Nesse mesmo período, ela descreve um quadro sintomático definido por ela como alucinação. A partir disso, destaca uma mudança em sua vida *nunca mais fui a mesma... antes eu ria, era feliz, depois disso tudo mudou*, concluiu.

K. se incomoda por não ter amigos, esforçando-se em ficar bem, passear com sua mãe e pensar em outras coisas, mas nos últimos dias narra ter sido dominada pelo desânimo: *Não tenho vontade de fazer nada*, continuava atribuindo seu estado emocional ao diagnóstico de esquizofrenia. Ao procurar entender o motivo dessa associação, K. relata episódios de alucinações auditivas aos treze anos de idade, ocasião em que foi acompanhada no CAPSiJ e logo esses sintomas remitiram.

No decorrer do atendimento, seu discurso mantém-se coeso, organizado, sem manifestar quadros delirantes, tampouco desconexão da realidade ou quaisquer outros indícios sugestivos de um quadro com maior gravidade psiquiátrica. Contudo, ela atribuía insistentemente a sua dificuldade no relacionamento interpessoal, sentimentos de vazio e menos valia ao diagnóstico *dessa tal de esquizofrenia*, como narrou a mim em vários momentos.

Nos momentos em que K referia-se à terminologia esquizofrenia, descrevendo, por exemplo, o que encontrou nas ferramentas de busca na internet sobre esse tema, escutava-a como se a palavra muito pouco correspondesse ou me dissesse algo sobre ela. K., ao desejar procurar respostas sobre si e de suas possibilidades futuras, apegava-se literalmente a esse quadro nosográfico (que pode ter recebido em algum período de sua vida), cuja assertividade era duvidosa.

Ao escutar K. refleti por uns instantes que, às vezes, quando olhamos para um sintoma de modo isolado, somos inclinados a pensar o caso a partir de um entendimento

delimitado por uma nosografia psiquiátrica em que as alucinações auditivas podem incitar a pensarmos o caso, inicialmente, a partir de uma ótica da cisão, de uma sintomatologia pertinente à psicose. E, ao contrário, K não estava imersa em alucinações; sua dor, o sentimento de vazio e de desânimo não estavam correlacionados diretamente a esse ou outro “transtorno” em específico. Assim, a escuta e a necessidade de compreender o caso pode nos levar a conclusões precipitadas, traçando, por exemplo, uma falsa correlação de causa e efeito.

Como se pode observar até esse momento, minhas reflexões e consequentemente minha escuta também estava permeada e mesmo obscurecida pelo tom psicopatológico que K narrava sobre si mesma. Quando percebi, estava igualmente carecida de espontaneidade e de um olhar criativo sobre ela, sobre mim e sobre o terceiro analítico. Parece que respondi contratransferencialmente como uma máquina diagnosticante que, de modo extremamente prematuro, senti a necessidade de categorizá-la tal qual ela fazia consigo mesma e provavelmente fora perpetrado por profissionais e instituições anteriores.

Figueiredo (2018) ao refletir sobre os perigos de um diagnóstico precoce assinala que essa conduta pode assumir um caráter defensivo que pode ser desencadeada pelas características do paciente e/ou pelas insuficiências do analista. Nas palavras do autor:

É claro que um diagnóstico precoce comporta riscos. Ele pode exercer uma função puramente defensiva. Esses riscos são enormes quando o afã diagnosticante se deve menos às características do paciente e mais às insuficiências do analista. No primeiro caso, trata-se de fato de uma resposta contratransferencial a ser considerada. No segundo, trata-se apenas de um “erro” técnico e ético motivado pela necessidade de o analista se proteger das incertezas da vida e, muito em particular, do próprio inconsciente”. (Figueiredo p. 115-116).

No caso em discussão, a necessidade e mesmo o automatismo de K. em pensar a si mesma por meio de categorizações psiquiátricas somadas à minha incapacidade, ainda que momentânea, de escutá-la a partir de outros modos de existir parece ter sido uma resposta contratransferencial para me proteger da incerteza, da dúvida.

Paulatinamente vou me retirando desse lugar e adequando esse pensamento e minhas impressões a ela. Conversamos acerca desse diagnóstico, das fantasias em torno dele e como ela esperava que seria sua vida dali em diante. K. observa calmamente e parece compreender nossas observações com ar de novidade, dizendo na sequência sobre seu sonho em ser médica veterinária.

Em relação à ideação suicida, K mostra-se ambivalente, se por um lado exprimia um desejo de ousar existir, por outro, sentia-se esvaziada de sentido, de esperança. No decorrer do nosso encontro a questão do diagnóstico dificultava que tecesse sobre si mesma um olhar

idissiossincrático, o que lhe causava um sentimento desesperançoso: seu destino já estava traçado pelos manuais psiquiátricos – *não há o que fazer*, disse em determinado momento a respeito dessa questão. Ao término do atendimento, mesmo com um importante sofrimento psíquico, sinto-me surpreendida por sua capacidade de pensar sobre si, colocar-se em dúvida e problematizar o que até então trazia como certezas absolutas, como, por exemplo, seu escoramento quase que total no diagnóstico de esquizofrenia.

Apesar dos desafios e limitações do nosso trabalho, observar emergir ponto e vírgula onde só parece haver ponto final pode ser um início para que pacientes como K. revisitem suas narrativas sob perspectivas diversas daquelas pensadas até então. Para tanto, nós, como profissionais, também precisamos experimentar escutar o paciente sob uma perspectiva menos protocolar, descritiva e nosográfica, principalmente quando trabalhamos dentro de uma instituição de saúde cujo olhar, ainda que nos esforcemos em desvencilharmos, é centrada no discurso médico psiquiátrico.

Paciente P.

Segunda-feira.

Os plantões na segunda-feira têm sido intensos nos últimos meses, marcados por um aumento dos casos de pacientes que tentam contra suas vidas aos finais de semana, resultando em maior demanda nos dias subsequentes. Hoje não é um dia diferente.

P. é um jovem com cerca de vinte anos de idade. Vejo-o, ao longe, deitado na maca com os olhos fechados, em uma aparente tranquilidade. Em prontuário leio que ingeriu produtos de limpeza em grande quantidade e foi levado ao Pronto-Socorro no domingo por seus familiares.

Aproximo-me de P. Ele chama a atenção: é um jovem bonito, fala baixo e com um português impecável. Está bem clinicamente, de modo que caminhamos um pouco e fomos para atendimento em uma sala reservada. Relatou-me que há três dias tem tentado se matar, lamentando que não obteve sucesso. Primeiro, guardou os medicamentos psicotrópicos prescritos, segundo ele, por psiquiatra da rede particular, e ingeriu todos de uma vez, mas “apenas dormiu”. Fez procedimento semelhante no dia posterior e, não restando outras medicações, ingeriu concomitantemente material para limpeza.

P. impressiona pela sua modulação na fala, mantém o mesmo padrão, sem grandes variações em sua entonação, mesmo relatando acontecimentos difíceis em sua vida, como a dificuldade na vida familiar, o desemprego, nas relações afetivas. Muito religioso, narra ter se

“descoberto” (sic) bissexual, o que lhe traz muito sofrimento. Atualmente namora uma menina a quem diz que desejou muito, mas que agora não vê mais sentido e não consegue terminar. Observa que seus amigos da mesma faixa etária têm sucesso em suas carreiras e que mesmo tendo ensino superior, considera-se fracassado.

Na vida familiar, o ambiente é compreendido como conturbado, em que todos os integrantes estão adoecidos, cada um a seu modo. Para P. não resta dúvidas de que o melhor é morrer. Tentou golpear-se no pescoço com uma faca, mas, por instinto, não conseguiu fazer um corte muito profundo.

Nesse atendimento inicial, não conseguia sentir P., havia uma discrepância entre o seu eixo discursivo e a expressão de sentimentos. Ao ouvi-lo, sinto-me diante de um personagem cuja narrativa não emociona. Fico incomodada, sentia-me como uma espectadora de um filme triste contado pelo personagem principal sem que ele estivesse em cena. Pergunto se ele costuma se emocionar, ou chorar, e a sua afirmação de que era emotivo me surpreende. Para onde elas (as emoções) foram agora?

Existe uma frecha de vida, que associa a assistir a estreia de um filme no cinema, mas que logo é irrompida por angústia: *Quando o filme acabar, o que vai ser? Não vou querer viver*. Acho interessante a comunicação que nos envolve: P. canalizava sua esperança na estreia de um filme no cinema e ao ouvi-lo, logo tive um devaneio em que estávamos na sessão de cinema, ele ao meu lado, contudo a projeção das telas eram cenas aleatórias, sem roteiro, sem personagem. Havia algo que P. gostaria de me comunicar e que ainda estava Tateando.

Nesse sentido, recordo-me de uma citação de Ogden (2010) em que o autor coloca que há pessoas que nos procuram em busca de sonhar seus metafóricos terrores noturnos e pesadelos, motivo pelo qual o analista deve possuir a capacidade de devaneio:

(...), isto é, a capacidade de sustentar por longos períodos de tempo um estado psicológico de receptividade aos sonhos não sonhados e interrompidos do paciente, à medida que eles são vivenciados na transferência-contratransferência. Os devaneios do analista são centrais ao processo analítico, no sentido de que eles constituem uma via de acesso essencial pela qual o analista participa no sonhar dos sonhos que o paciente é incapaz de sonhar por conta própria”. (Ogden, 2010, p. 22).

No atendimento em Pronto-Socorro com pacientes com ideação e planejamento suicida, a sustentação desse estado de devaneio pelo qual pode possibilitar a participação dos sonhos não sonhados do paciente pode ser dificultada pelos sentimentos contratransferenciais de urgência, em que o profissional de saúde pode ser demandado a atuar a partir de um sentimento onipotente de salvador.

No caso de P., seu desejo de morrer permaneceu expressivo durante todo o nosso primeiro encontro. Nesse momento não via saída para nenhuma de suas problemáticas, restando apenas angústia, desesperança e desejo de morte. Estava em um estado psíquico que parecia aproximar-se de um estado suspensivo. Seria possível sustentar um *não-desejo* em vida?, me perguntei. Seria esse o caso? Sinto que todas minhas tentativas de devolução de P. de incutir um ponto e vírgula onde só existe ponto final são em vão. Naquele momento não havia lugar para dúvidas, para hesitação.

Comento com P. que às vezes quando nos sentimos muito imobilizados por sentimentos que não conseguimos localizar ou mapear minimamente, somos aterrorizados por uma angústia inominável, mas que não achava que era tão ruim assim, porque ela também diz daquilo que desejamos muito, mas que temos muito medo. P. mantém-se atento. Sinto nesse momento que caminhamos juntos. Mas seu desejo de morte segue inegociável.

A respeito dos estados desesperançosos, Figueiredo (2018) menciona que tais estados, quando vivenciados por nossos pacientes, devem ser enfrentados por meio do acolhimento e sustentação dos medos e angústias mais profundos: “Ou seja, não se trata de combater a desesperança congênita com discursos otimistas e ‘esperançosos’, ilusórios ou evasivos, mas, ao contrário, com a corajosa determinação de encarar e falar abertamente do mais difícil e menos esperançoso que há no paciente”. (Figueiredo, 2018, p. 172).

Enquanto retornamos ao leito, onde troco algumas palavras com a genitora que o acompanha, e discutido o caso com a área médica sobre o andamento da situação, o sentimento que permanece é o mesmo: tenho pouco tempo. Preciso correr. É difícil me manter na posição de analista e profissional de saúde tendo em vista a ferida narcísica de observar o sofrimento, vivenciá-lo em conjunto com o paciente e sentir-me incapaz de “salvá-lo” desse tormento.

No dia seguinte, P. segue no hospital e o atendimento ocorre em conjunto com o Terapeuta Ocupacional. O atendimento realizado em contextos fora do *setting* analítico tradicional, e no caso em estudo, aquele transcorrido no ambiente hospitalar, permite que possamos contar com a equipe multidisciplinar. O profissional que me acompanha nesse momento do atendimento tem um olhar sensível e calmo, com quem tenho intimidade e respeito. A presença dele nesse atendimento é importante para mim. Sinto que preciso do seu suporte, assim como senti que P., de um modo que ainda não consegui apreender, precisava do meu.

Clinicamente P. está bem, vamos até a parte externa da instituição. Sentamo-nos. O dia está bonito, ensolarado e fresco. P. se mantém direcionado a mim. Inicia o atendimento de

modo muito semelhante ao dia anterior, com os mesmos detalhes acerca de sua história de vida. Segue com a mesma modulação verbal, contudo, ao contrário do dia anterior, cuja expressividade de emoções era monótona, hoje o percebia com um tom desafiador, por vezes debochado. Pensei em relacionar essa percepção com a presença do terapeuta ocupacional, mas senti que poderia ser um atravessamento precipitado que correspondesse pouco a sua demanda. Esperei.

No decurso desse atendimento, P. me pareceu mais próximo e apesar do tom pacífico de sua fala, há ataques indiretos direcionados a mim. Assegurei a P. que não estava com medo de todo o terror e fúria que percebia dentro dele, apesar de temer que efetivasse seu desejo de morrer cometendo uma nova tentativa de suicídio. P. respondeu-me com um sorriso desafiador, como se me dissesse em pensamento: você não me salvará dessa.

Apesar da tensão do que estava sendo comunicado nesse atendimento, sinto-me mais tranquila. O tom desafiador, por vezes debochado, e mesmo bem-humorado, ressoava como se ele estivesse voltando à cena. O filme agora tinha um personagem que falava por si, expressava de modo menos primitivo o que lhe afligia. Ao contrário do que me afirmava percebi que, ainda que timidamente, ele estava de voltando à vida.

No dia posterior eu não estava de plantão. Sabia que provavelmente esse seria nosso último encontro no hospital. Ao término P. prontificou-se a participar dessa pesquisa e pude até percebê-lo um pouco feliz com o convite. De alguma forma estaríamos juntos.

O atendimento de P. no hospital se seguiu com a sugestão do psiquiatra de internação e nova reavaliação, e em pouco tempo obteve alta hospitalar. Após alguns dias, entro em contato telefônico para saber a respeito do seu seguimento. Mostra-se surpreso com o meu contato e em tom sedutor me pergunta se eu ligaria para ele com frequência. Explico a ele que o seguimento se daria nos serviços que já havíamos combinado, mas que tinha meu contato e, caso desejasse atendimento, poderia me contatar que marcaríamos até que se sentisse seguro. P. comenta do filme que assistiu após sua estreia. *Como foi?*, pergunto. *Foi bom, mas esperava mais.* Sorrimos.

** Cerca de seis meses após esse episódio, P. deu entrada no hospital por tentativa de suicídio. Não estava de plantão, de modo que foi atendido pela psicóloga que também trabalha no setor. Ela informou que P. disse ter tomado medicação excessiva e que não se tratou de uma tentativa de suicídio consciente. Em atendimento com essa profissional, demonstrou tranquilidade e não evidenciou ideação suicida ou sentimentos proeminentes de angústia, tristeza e desesperança. Não foi hospitalizado, seguiu de alta com suporte familiar.*

Paciente J.

Assim que chego ao plantão a equipe solicita atendimento de uma paciente que se encontra no setor de emergência da instituição. Jovem, aparentava seus vinte anos de idade e estava acompanhada de sua mãe.

Estava monitorizada com eletrodos no corpo, visivelmente incomodada, com lágrimas nos olhos. Aproximo-me para me apresentar. É muito difícil ouvi-la. Embora vazio, o barulho dos aparelhos e dos profissionais do setor dificultam a escuta, preciso me aproximar mais. Inicialmente não compreendo muito bem o que ela diz, apenas o seu desejo de ir embora, pois não vai aguentar ficar ali por muito tempo.

A enfermeira logo chega, medica a paciente dizendo que era medicação para enjoo, o que vou descobrir pouco tempo depois ser, na verdade, um ansiolítico. As interrupções frequentes e o barulho do setor refletem em grande dificuldade para conseguir escutá-la. Era de manhã. Combinamos que retornaria no período da tarde para continuarmos.

Já fora do setor sou acompanhada da genitora, que se mostra bastante preocupada com a situação da filha. Relata que J. perdeu o emprego recentemente por conta da pandemia e que é muito agressiva com a namorada, chegando a agredi-la fisicamente. Mostra-se muito presente, mas sem esperanças, *não sei mais o que fazer*, ela diz. Anteriormente buscou ajuda em clínica particular devido ao uso de substâncias, ocasião em que J. ficou um período internada. Até aquele momento não era acompanhada por nenhuma rede de atenção em saúde mental.

No período da tarde, conforme combinado, retorno para atendimento de J. Durante seu atendimento, ela menciona que não tem dúvidas: *quero morrer, já deu*, logo ela diz. Tem um jeito impositivo de falar, um tom quase agressivo, como se antecipasse um ataque, ocasionando dificuldades no seu relacionamento com a equipe.

Prossegue que após a perda do emprego e o rompimento de seu relacionamento não havia motivos para continuar vivendo. Relata que planejou seu suicídio: doou seus móveis pois sabia que não precisaria mais deles. Contudo, ainda estava viva e narrava frustração, pois ainda estava ali, *naquela merda de lugar*. Sorrio, digo que realmente aquele não era um lugar agradável de se estar e que eu também não estava muito à vontade. J. me entreolha. Parece um pouco surpresa.

J. reconhece o esforço e presença de sua mãe, mas está inconformada em morar na sua casa novamente. Nesse momento há poucas brechas, é muito difícil acessar psiquicamente

J. Sinto-me impotente frente a seu desejo de morte e especialmente dispersa, esforço-me em estar ali, sustentar minha presença. Ela parece me comunicar o seu desejo de ir embora, de modo que eu também quero desistir, como se meu corpo, meu pensamento e sentimentos tivessem sido desligados e quando retorno a mim, é como se durante alguns instantes eu fosse apenas um corpo esvaziado, ao seu lado, em pé. Comento da minha sensação de nebulosidade ao atendê-la, de sentimentos intensos que não tinham um espaço e do quão difícil é ter esperanças.

A partir disso, sinto que J. passa a me convocar pelo olhar e logo consigo sair desse estado de apatia e desligamento e conectar-me a ela. Observo que sua capacidade discursiva paulatinamente vai se ampliando e os sentimentos hostis foram se transformando- em culpa. Disse, por exemplo, que já fez *muita merda*, referindo-se à agressão à namorada. *Perdi o controle, agora não dá mais para continuar*. O atendimento é novamente interrompido e retorno no final do plantão para finalizarmos.

Assim, no terceiro momento em que a abordo nesse mesmo dia, J me questiona em tom desafiador: *Você não bota uma fé que eu vou me matar?* Digo, preocupada, mas com muita calma, que não duvidava, acreditava mesmo que esse era o seu plano. Inconformada, continua: *Você não acha que tenho o direito de morrer?*, respondo que eu sentia um sofrimento muito intenso no seu questionamento, parecia que tinha sofrido uma pancada muito forte e agora suas falas estavam permeadas por dor. Respiramos fundo. Olhamo-nos por instantes, pela primeira vez, J. sorri, aliviada. Sentimo-nos verdadeiras. O atendimento até então permeado por certa dureza, foi cedendo para um ambiente menos hostil, com falas bem-humoradas entre nós. Sobrevivemos.

Lembrei-me da proposição de Ferenczi em “Elasticidade da técnica Psicanalítica” (1928/1992) que, no contexto de um atendimento analítico, não há nada mais nocivo do que uma atitude de professor ou médico autoritário. Segundo o autor, todo indício de despeito, ou de sentimento de afronta por parte do médico (acrescentaria aqui do profissional de saúde, do analista) perdura a resistência do paciente;

(...), mas se o médico não se defende, o paciente cansa-se pouco a pouco do combate unilateral; quando já provocou bastante, não pode impedir-se de reconhecer, ainda que com reticências, os sentimentos amistosos escondidos por trás da defesa ruidosa, o que permitirá eventualmente penetrar mais a fundo no material latente (...). (FERENCZI, 1928/1992, p. 30-31).

As interpretações, intervenções e falas precisam, principalmente em situações em que o paciente se encontra muito desafiador, assumir um caráter de proposição pois as

interpretações em caráter de asserção indiscutível, além de irritar o paciente, pode acontecer de estarmos, de fato, efetivamente enganados. (Ferenczi, 1928/1992).

J. seguiu hospitalizada até avaliação de psiquiatria, obtendo alta na sequência. Quando a oriento dos serviços voltados à saúde mental que existem em nossa região, como o CAPS, é categórica ao não se reconhecer nesse local, contudo aceita com muita tranquilidade o seguimento para acompanhamento psicológico na rede (UBS). Se por um lado fico confiante pelo seu desejo de ser inserida nesse serviço, por outro fico preocupada, pois sei que muitas UBS não contam com esses profissionais. Ademais, dependendo do território do sujeito, esse serviço não está disponível, com longa espera até sua efetivação. Antes de encaminhá-la, faço contato com a rede. As informações eram confusas e mesmo contraditórias. A UBS do território de J. estava sem psicólogo, e como o fluxo tem sido modificado com frequência por conta da pandemia, não sabiam informar quando o serviço estaria disponível.

Infelizmente, em muitos casos, o tempo das resoluções burocráticas entre os serviços não corresponde à urgência dos nossos pacientes. Enquanto o sistema de saúde se prende a questões institucionais, adaptando-se muito pouco à realidade daqueles que assistimos, nosso trabalho transforma-se em um *continuum* de “enxugar gelo”.

Oriento a paciente acerca do encaminhamento, informando que no TCLE consta meu telefone. Caso haja dificuldade no seguimento na rede de saúde ou deseje outro atendimento até reordenação do fluxo, aponto que pode entrar em contato comigo. J. responde que iria me ligar. Agradece. Nessa empreitada, não precisa lutar sozinha.

4.3. Violência, trauma e dor: cuidamo-nos

Caso D.

Ao realizar atendimento de rotina no setor de Clínica Médica do hospital, ouço no corredor um dos médicos comentando a respeito de uma paciente que deu entrada por intoxicação exógena, em outro setor.

Mudo meus planos, dirijo-me ao Pronto-Socorro para depois dar sequência aos atendimentos já acompanhados. Isso porque, de modo geral, os pacientes que dão entrada por tentativa de suicídio permanecem pouco tempo no hospital, seja por alta médica ou por evasão; nesse último caso, a saída da instituição ocorre pois, em algumas vezes, há uma demora na efetivação da avaliação de psiquiatria que é realizada em outro hospital.

Chego para o atendimento de D. cerca de quatro horas após sua entrada no Pronto-Socorro. Está em procedimento de lavagem gástrica. Ela possui cerca de 20 anos de idade, chama a atenção por sua beleza e seus olhos expressivos. Logo, visualizo cortes em seus braços, mas a tentativa de suicídio ocorre após ingestão excessiva de *sertralina*.

Inicialmente sinto que D. mal consegue me olhar e tenho dúvida se prossigo com o atendimento ou se retorno em outro momento. Esclareço que estava ali para que pudéssemos entender um pouco da sua história e não para julgá-la. Entre choro e vômitos, D. inicia a narrativa sobre sua vida. Relata que é a segunda tentativa de suicídio; na primeira foi encaminhada para o CAPS, mas não teve *vontade de ir*.

Chorando, falando baixo, diz que mora com sua namorada e com seu filho de quatro anos de idade. Prossegue que o relacionamento com sua mãe sempre foi envolto por muitos conflitos, mas que melhorou com a chegada de sua própria maternidade. O relacionamento com seu pai, por sua vez, é descrito como distante, pois ele sempre foi um homem ausente em sua vida.

D. chora ainda mais, parece querer me comunicar algo que não consegue ainda representar em palavras. Questiono, de modo intuitivo, se ela já havia sofrido algum episódio de violência e dessa pergunta D. prossegue associando episódios traumáticos em sua vida, iniciando por um abuso sexual do padrasto e depois por um namorado da avó.

No primeiro abuso, menciona que sua mãe nunca desconfiou de tal fato e que não teve coragem de falar sobre esse acontecimento com ela. Quando foi assediada pelo namorado da avó e revelou a situação, foi desacreditada por todos, atribuindo o desamparo familiar como um dos motivos pelos quais saiu cedo de casa, casando-se com o pai de seu filho. Esse relacionamento foi descrito como violento e abusivo, em que seu namorado chegou a mantê-la em casa, em cárcere privado, apenas dando alimentos para que não tivesse contato com o mundo exterior, além de outros episódios em que se viu confrontada, mais uma vez, com violência e desamparo.

Baseando-se em Ferenczi, no que se refere à experiência traumática, Figueiredo (2018) aponta que o traumático não reside apenas na violência cometida contra a criança, mas na recusa do mundo adulto em reconhecer e acolher o episódio:

A vítima, portanto, não só é atravessada por afetos intensos, produzidos pelo contato com a ‘língua adulta’, a da paixão sexualizada, e desproporcionais à sua capacidade de assimilação e simbolização, como tem essa experiência afetiva desmentida e desautorizada pelos adultos, em especial pelo agressor” (p. 21).

Macedo e Werlang (2007), em seu artigo sobre Trauma, Dor e Ato, propõem, a partir de um relato de uma tentativa de suicídio sob a perspectiva psicanalítica, a inter-relação existente entre vivências de excesso, como o trauma, dor psíquica e ato. Para as autoras, devido à impossibilidade de um processo de simbolização desse quantum, o traumático não encontra meios de metabolização psíquica: “A operação que falha é da simbolização” (Macedo; Werlang, 2007, p. 93).

O relacionamento atual é sentido por D. como mais tranquilo. Ela relata que sua namorada também tem um histórico de abuso sexual e um quadro de ansiedade que parece uni-las, pelo menos inicialmente.

Ao término desse atendimento, reflito que D. conseguiu trazer sentimentos e dores silenciadas em sua história, dores essas que não tiveram o lugar, tampouco legitimidade e hoje repercutem em desesperança: *O que você sonha D.? ... Hoje?... Hoje não mais.*

Antes de finalizar o atendimento, D. sorri, deseja me mostrar a foto de seu filho no celular, coincidentemente tenho uma filha da mesma idade. Vemo-nos amanhã, digo. Sinto-me identificada com a história de D. e penso que também é importante reconhecer o que une e nos distancia na experiência emocional emergida do contato com nossos pacientes.

No dia seguinte, nosso encontro é rápido. A equipe administrativa que realiza as regulações de vagas e exames relata que psiquiatra deseja discutir o caso de D. antes de atendê-la. Ao telefone, o médico indaga: *Parece que teremos que internar, não acha? Estamos lotados aqui.* Respondo que tenho dúvidas, pois a atendi no auge de sua crise e naquele dia pela manhã senti maior integração e desejo de vida na paciente, sugiro que naquele momento poderíamos pensar em saídas diversas da internação como, por exemplo, um redirecionamento ao CAPS para a continuidade das intervenções. D. é atendida por ele na sequência e tem alta hospitalar com encaminhamento e orientações.

**Dois anos após esse atendimento, encontro por acaso a paciente na instituição. Relata que após uma crise de ansiedade, procurou ajuda do AMA vinculado ao hospital. Nesse momento não relatou ideação suicida. Atua em uma empresa particular com acesso a convenio médico, contudo, mencionou que apesar de realizar consultas com psiquiatra pela rede particular, em um momento de crise sentiu segurança em procurar o serviço público que a atendeu anteriormente, quando efetuou a tentativa de suicídio.*

Sorrindo, ela pergunta sobre minha filha e diz que apesar de não se lembrar do meu nome, reconheceu-me logo pela cor dos meus cabelos e pelo jeito de andar. D., mesmo com crises de ansiedade frequentes, pareceu-me bem, com capacidade de localizar e nomear seus

pontos de angústias, limites, transmitindo vivacidade. Planeja terminar seus estudos e ser uma profissional da área da saúde.

Após esse breve encontro, refleti junto aos colegas de trabalho da equipe multidisciplinar sobre a importância da escuta e atendimento empático a pacientes que acessam o pronto-socorro em urgência psíquica e após tentativas de suicídio. Não raras vezes, o primeiro acesso a um profissional de saúde mental se dará nesse contexto, principalmente quando pensamos no público que acessa a instituição em estudo que não conta com recursos financeiros para acessar serviços particulares. D. sentiu segurança em procurar o serviço público hospitalar antes que a crise avançasse e pudesse culminar novamente em impulsos suicidas, evidenciando a importância que estejamos acessíveis a esse público e demarcando a relevância (também) dos serviços hospitalares na prevenção do suicídio.

Paciente F.

Paciente jovem, com seus aproximados dezoito anos de idade, acompanhada por seu pai, que evidenciou bastante preocupação. Logo, o médico que a atendeu se aproxima para fazer orientações à paciente e familiares, ocasião em que orientamos sobre o fluxo do hospital e efetuamos esclarecimentos pontuais. Na sequência, peço licença ao pai, pois gostaria de falar um pouco a sós com F.

Início esse atendimento perguntando se ela se lembrava do que houve, de como chegou à instituição, ao passo que a jovem prossegue relatando seu contexto familiar. Não é comum essa associação em uma pergunta inicial, o que me chama a atenção e me antecipa que, provavelmente, esse é um assunto importante a ela.

Imigrante de um país da América do Sul, residente no Brasil há 10 meses, F. fala baixo e razoavelmente bem em português. Narra que morou com o avô e outros familiares até os sete anos de idade. Adiciona que até essa idade o avô era sua referência familiar, uma figura materna: *Chamava me abuelo de mama*, dizia.

Após essa idade, sua mãe desejou que F. fosse morar com ela e com seu irmão mais novo, com quem F. refere ter muito vínculo. Inicialmente o relacionamento era ótimo e tudo caminhava bem, contudo, com o passar do tempo, a genitora mostrou-se agressiva, agredindo-a verbalmente e fisicamente. Essas cenas são contadas de modo pormenorizado pela paciente, com muitas pausas. Era muito delicado, porém muito necessário para ela narrar esses acontecimentos.

Em um dado momento, F. afirma que mesmo não me conhecendo, sentiu confiança em mim e na minha profissão, compartilhando, em tom de segredo, que havia sido forçada pela genitora a manter relações sexuais com estranhos a pedido da sua mãe: eu aceitei, disse envergonhada. Prossegue que sentiu *como se* tivesse sido violentada. Sinto uma urgência em afirmar e distinguir que aquele episódio se tratou de uma violência. Pareceu-me importante pensar com F. que outras opções ela teria caso contrariasse “o pedido” de sua mãe.

Ferenczi (1932), a respeito da violência sexual contra crianças, assinala que o primeiro movimento esperado seria o de recusa, no sentido, “não faça isso comigo, não gosto, isso me machuca”. Contudo, a criança é marcada por uma inibição e um medo intenso, sua personalidade ainda não desenvolvida plenamente para poder protestar contra a força e autoridade dos adultos podem fazer com que perca, inclusive, a consciência. O autor prossegue: “Mas este medo, quando atinge seu ponto culminante, obriga-as automaticamente a se submeter à vontade do agressor, a adivinhar o menor dos seus desejos, a obedecer esquecendo-se completamente de si, e a se identificar totalmente com o agressor”. (Ferenczi, 1932, p. 352).

Como consequência, por introjeção do agressor, o medo se torna intrapsíquico e, seguindo o princípio do prazer, pode ser transformado de modo alucinatório também positivamente, ou seja, no curso do transe traumático, a criança consegue manter os sentimentos de ternura anterior. A mudança expressiva demarcada pelo autor é a de que há a introjeção do sentimento de culpa do adulto, uma brincadeira que agora merece punição:

Se a criança se restabelece de uma tal agressão, sofre uma enorme confusão; a bem da verdade, já uma clivagem, ela ao mesmo tempo é inocente e culpada, e *sua confiança no testemunho de seus próprios sentidos está quebrada* (grifo meu). Acrescente aí o comportamento grosseiro do adulto, ainda mais irritado e atormentado pelo remorso, o que torna a criança ainda mais profundamente consciente de seu erro e ainda mais envergonhada. (...) A criança que sofreu abuso torna-se um ser mecanicamente obediente, ou teimosa; mas não se dá mais conta das razões desta atitude. (Ferenczi, 1932, p. 352).

Diferentemente do erotismo adulto, o sentimento de culpa na criança não permite que o objeto seja ambivalente, ou seja, que comporte amor e ódio. Para Ferenczi (1932), essa dualidade ainda falta à criança no estágio da ternura e é justamente o ódio que a traumatiza. Desse modo, esse ódio transforma um indivíduo que brinca espontaneamente em um autômato, “culpado do amor, e que, imitando ansiosamente o adulto, esquece-se, por assim dizer, dele mesmo” (p. 356).

Teço essas reflexões de Ferenczi (1932) pois no decurso desse atendimento com F. nota-se uma ilegitimidade da violência sofrida. F. sente-se envergonhada e, conforme

explicitado pelo autor, sente-se ao mesmo tempo inocente e culpada. Esses sentimentos atingem um estado de muita angústia, de modo que é preciso retomar com certa frequência com F. que ela pode se autorizar e confiar em contar sua própria história.

F. foi explorada sexualmente pela genitora, a qual, muito provavelmente recebia benefícios financeiros em contrapartida. Esse fato logo se espalhou pela cidade e F. narra que passou a sofrer *bullying*: *Todos me chamavam de puta, sem ao menos saber da minha história*, dizia.

Apesar da pouca idade, essa é a terceira tentativa de suicídio de F. A segunda tentativa ocorreu em seu país de origem, na casa de sua mãe. Diz que em um desses episódios foi interrompida por seu irmão mais novo: *Não faça isso, não sei viver sem você*, rememora as palavras dele.

Permaneço nesse atendimento sentada, próxima ao leito. Faço poucas interrupções, apenas quando não compreendia alguma palavra. F. ansiava por fazer-se ouvir, como se tivesse guardado todos os segredos e sofrimentos por muito tempo, temendo julgamentos e retaliações. Preciso lidar com um turbilhão de acontecimentos e episódios traumáticos.

Sobre trauma e impulsos suicidas, recordei-me mais uma vez de Ferenczi, em artigo póstumo intitulado “Reflexões sobre o trauma”, publicado em 1934, comenta que, muitas vezes, é necessário que aconteça algo favorável na própria realidade do paciente diante de um ímpeto suicida:

Essa coisa favorável a que nos referimos em face do impulso suicida, é o fato de nesse novo combate traumático o paciente não está inteiramente só. Talvez não lhe possamos oferecer tudo o que lhe caberia em sua infância, mas só o fato de que possamos vir em sua ajuda já proporciona o impulso para uma nova vida (...). (Ferenczi, 1934, p. 117).

A imagem que emergia enquanto ouvia seu relato era de uma menina caída, machucada. De algum modo, para poder alcançar as nuances da sua narrativa, precisei cair um pouco também, cair com e junto dela para que assim eu pudesse vir a sua ajuda. Em alguns momentos pensava como a sequência de fatos por ela trazidos tinha ceifado as suas possibilidades de um recomeço.

Como um pedido de socorro, implora à mãe para que more no Brasil, junto com seu pai, a quem conheceu quando tinha 11 anos de idade. Antes disso, tentou retornar para a casa do avô, com quem tinha forte vínculo, contudo menciona que sua mãe inventou “notícias falsas” e que seu avô não mais desejou conviver com ela.

Atualmente, apesar de morar com o pai e referir ser acolhida por ele, *é como se não o conhecesse*. Menciona dificuldades de convivência com a madrasta que a deixam triste, mas

que não consegue iniciar um diálogo com ele acerca desse assunto. Como já havia conversado com ele inicialmente junto com F., pergunto se gostaria de conversar um pouco com seu pai, pois tive a percepção que ele estava muito preocupado e que, de fato, conviveram muito pouco, logo, a relação entre pai e filha ainda estava em construção, nova para os dois. Sinto que estamos confortáveis em estarmos juntos quando conversamos com o genitor. Nosso contato visual é constante. A disponibilidade de seu pai em considerar o que F. relata sobre o seu incomodo na sua relação com a madrasta faz com que F. se sinta segura e evidencie de imediato sentimentos mais tranquilos.

Após avaliação de psiquiatria realizada no mesmo dia, a paciente tem alta hospitalar, com seguimento ambulatorial no CAPS de referência da sua residência.

Uma semana depois, na segunda feira, F. me manda uma mensagem de áudio pelo celular. (No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido consta meu número de celular, e oriento que me contatem caso desejem). F. diz que não se sentia bem e pergunta se podia falar comigo; no mesmo dia a atendo no hospital.

Informa que foi ao CAPS, mas sentiu dificuldade em abordar suas questões para vários profissionais diferentes e que uma semana antes da sua tentativa de suicídio, foi atendida pela assistente social da UBS, quem havia agendado atendimento com o psicólogo do NASF para a próxima semana.

Ela revela que começou a se sentir angustiada novamente e por isso havia me procurado. Relata que se sente cansada. Observo que até chegar ao local em que eu a atendo, seus passos são lentos, como se suas pernas não aguentassem o peso de seu próprio corpo. Contudo, ao atendê-la, percebo que está mais tranquila, sorri com frequência, bem-humorada e, mesmo com sintomas corporais, (dizia sentir dor no corpo e dificuldade de andar), tem retomado suas atividades escolares e sociais, saindo com amigos. A relação com a madrasta melhorou e têm se respeitado, embora não haja muita afinidade entre elas.

F. solicita que continue seu acompanhamento psicológico comigo, pois sente confiança e tem muitas coisas de sua vida que ainda precisa contar, mas que não se sente segura. É difícil também para mim não prosseguir com os atendimentos, pois conforme já mencionei anteriormente, embora compartilhe do mesmo desejo, o hospital não dispõe, até o momento, de organização e estrutura que torne possível o seguimento ambulatorial, principalmente no contexto pandêmico em que vivemos.

Ao término desse atendimento, combinamos que eu entraria em contato com o psicólogo da rede que a acompanharia. No corredor do hospital, ao nos despedirmos, F.

agradece, disse que foi importante ter ido e compartilhado um pouco de sua história: (...) *foi como ter tirado um “peso das costas”*. Acho interessante a associação.

Encontro seu pai na porta do hospital, ele comenta que conversou com a madrasta e estão convivendo melhor. F. me olha, sorri. Fico aliviada que nossa conversa tenha repercutido em um início de diálogo entre pai e filha.

Paciente H.

Segunda-feira. Logo antes do meu expediente sou avisada por mensagem que há muitos casos para atender. Apresso-me.

Quando chego ao hospital, a psicóloga e a assistente social da equipe acolheram um caso de uma paciente menor de idade por abuso de substâncias, seguido por uma tentativa de suicídio. Discutimos um pouco esse caso. No setor de pediatria, uma criança vítima de violência procedeu entrada no Pronto-Socorro Infantil, e no de Observação, um jovem com aproximados 20 anos estava hospitalizado por intoxicação exógena, mas pouco sabíamos sobre o caso. Assim, combinamos que eu seguiria para o setor de observação e a outra psicóloga e a assistente social acompanhariam o caso da pediatria.

Já no corredor, antes de chegar ao paciente desta narrativa, sou abordada pelo médico do Pronto-Socorro, que informa que há uma paciente entubada por abuso de substâncias na emergência e outra aparentemente internada pelo mesmo motivo, mas sem gravidade clínica. Fico aflita e um pouco desorganizada, sem saber direito por onde começar. Decido me manter focada no paciente que já havíamos estabelecido e tinha previsão de alta hospitalar para o mesmo dia.

Passo pelo leito onde está H., aparentemente dormindo. Leio no prontuário que chegou na madrugada do fim de semana, após ingerir uma grande quantidade de medicamentos, incluindo benzodiazepínicos e analgésicos. Não encontro a Ficha de Notificação de Violência para verificação de informações e dar seguimento ao fluxo interno de envio de fichas – SINAN. Não posso esquecer disso, penso comigo. Respiro. Sinto meus pensamentos agitados, preciso desacelerar.

Apresento-me. Ele logo abre os olhos, está sozinho, sem acompanhante. Pergunto se ele se lembra do que aconteceu, ao que responde que não se lembra o dia em que estamos nem o modo como chegou ao hospital: *estava muito nervoso, conversando com uma pessoa no telefone e tomei todos os comprimidos que achei na minha frente*, disse ele. Sentia-se muito culpado, a avó e sua mãe estavam internadas em estado grave devido ao COVID-19.

Nesse momento era difícil para mim entender por que ele usava, com muita frequência, a palavra culpa.

H. chora bastante, abordando assuntos diferentes de forma meio atrapalhada. Era como se seus sentimentos estivessem represados por muito tempo e contar sua história daquele modo fazia a função de descarga psíquica: era preciso dar forma àqueles sentimentos intensos de desintegração, os quais me pareciam estar no limite de sua capacidade egóica.

Relatou que essa foi sua primeira tentativa de suicídio e que os pensamentos de morte estavam frequentes, principalmente após assumir sua homossexualidade, há cerca de um ano. Os familiares reagiram de modo violento após esse episódio e, paulatinamente, ele recorda episódios de violências físicas, verbais e psicológicas que sofreu por parte dos seus familiares, principalmente de seu irmão, que mora na parte superior da sua casa. Segundo narra, seu namorado teve que mudar de residência devido às constantes ameaças de sua família.

Nos últimos meses, apresentou sintomas físicos associados ao sofrimento psíquico como tremores e desmaios que repercutiram em afastamentos frequentes do trabalho. Descreve sua chefe como muito exigente, motivo pelo qual tinha medo de falhar, aumentando a sensação de insegurança, o sentimento de incapacidade e os sintomas mencionados. Em episódio recente, desmaiou no trabalho e foi levado em um Pronto-Socorro de nossa região, onde foram descartadas inicialmente causas orgânicas e foi encaminhado para avaliação de neuropsiquiatria cujas medicações prescritas o jovem ingeriu ao tentar o suicídio.

Próximo do término do atendimento do paciente, pois o horário de visitas dos familiares se aproximava, H. relata um acontecimento vivenciado em sua infância que nomeia como traumático: sem saber precisar ao certo os detalhes e com a voz embargada, tem a lembrança de estar em uma cama e alguém aproximar-se dele, de modo perturbador. Eu imagino que o jovem esteja se referindo a alguma situação de abuso sexual, embora ele não seja claro quanto a isso. Penso, nesse momento, que era preciso decodificar esse pensamento e nomear a H. Pergunto então, se o jovem sentia essa situação como uma violência, ainda que não conseguisse assim defini-la.

Ao narrar essa cena, seu corpo apresenta tremores; a maca onde está deitado começa a se movimentar tamanha a intensidade. Fico muito aflita. Sinto que falhei. Chamo o médico? Enfermeiro? Pauso. Estou assustada, confusa. Não sei o que fazer. A densidade das contraidentificações chegou ao limite, de modo que fiquei enlaçada pela força das fantasias. Nesse aspecto, Figueiredo (2018) assinala que muitas vezes a brutalidade das “contraidentificações” coloca a capacidade de *rêverie* do analista em suspenso, o qual pode

ficar capturado pela intensidade dos afetos e pelas forças das fantasias, ou então, identificar-se com aspectos que o paciente exclui como seus:

Ou seja, trata-se de uma identificação contratransferencial estranha que não só pode ser perturbadora para o analista, como pode ser totalmente repudiada pelo paciente, que não quer saber nada da experiência que ele mesmo gerou no analista (...). É de ficar louco: amedrontado, confuso, enfurecido, excitado etc., sem saber muito bem por quê. (Figueiredo, 2018, p. 124).

Pergunto a ele: *H. você consegue olhar nos meus olhos?, Um pouco, de canto...*, responde. Reafirmo que estava ao seu lado. Um dos médicos do Pronto-Socorro observa a situação, passa por nós e me diz: *Fique tranquila, isso não é convulsão*.

Sinto-me sozinha, os tremores não passam, mas não estou mais assustada. Vou retomando minha capacidade de estar presente e de sentir como o paciente sem ficar capturada psiquicamente. Paulatinamente vou nomeando ao jovem como o seu corpo está respondendo, descrevo as partes de seu corpo mais desgobernadas e nos pergunto se devo chamar o médico para avaliá-lo. H. não deseja, pois não quer ficar “sedado”. Questiono se deseja que eu permaneça ao seu lado até sua melhora, ele diz que não, que eu poderia ir. Cinco minutos depois eu retorno, pois havia ficado preocupada com seu caso. H. está na maca, calmo, responsivo e sem rebaixamento de consciência. Informo que aguardaria a visita do seu familiar e que faria algumas orientações em sua presença, pois o jovem tinha muito medo do julgamento de todos.

Logo seu tio vai ao nosso encontro, bastante agitado e irritado, pois era necessário acompanhante para avaliação de psiquiatria. O familiar pergunta se a interconsulta psiquiátrica não pode ser outro dia, pois não se sentia bem para acompanhá-lo. Oriento-o que o jovem havia chegado há três dias e que havia uma urgência em seu sofrimento. O manejo do atendimento familiar é muito difícil para mim, pois sinto pouca capacidade de continência do tio, cujo discurso era permeado por comentários preconceituosos e por vezes hostis sobre o jovem. Pensamos outro acompanhante, mas como a vaga já havia sido cedida e não conseguimos contato com outra pessoa para assisti-lo, proponho ao jovem e ao familiar que eu o acompanhe, o que sinto como um alívio para ambos.

Olho no relógio, três horas da tarde. A ambulância que nos levaria ao outro hospital ainda não havia chegado. Lembro que o psiquiatra havia solicitado que chegássemos até às cinco horas. Chegamos ao serviço onde se daria a avaliação de psiquiatria perto desse horário. H. está quieto, diz ter náusea e dor de cabeça.

Abre-se a ficha, passamos pela triagem. Repito umas três vezes o motivo pelo qual estávamos lá e dou-me conta da burocracia que envolve o atendimento dos nossos pacientes. Há um psiquiatra na instituição, que estava conversando com os familiares dos pacientes que estavam internados. O processo que envolve seu atendimento é bastante demorado, contudo observo que H. se sentiu seguro com minha presença. Enfim somos chamados ao atendimento, permaneci ao lado de H e do psiquiatra que o avaliava.

Questionado pelo profissional sobre o que havia ocorrido, o jovem solicita que eu narrasse, como se me pedisse emprestado o meu corpo e minha voz. Respondo que contaria algumas coisas e peço que me auxiliasse, complementando e sinalizando caso tenha feito uma leitura diversa da que tentou me passar.

Transcorre desse atendimento momentos bonitos, em que contamos com um profissional competente e respeitoso com as dores de H. durante todo o momento que ali permanecemos. O caos e tumulto da parte externa do consultório vão perdendo sua importância e sinto uma conexão potente entre nós três. Aos poucos, o jovem conseguia abordar por si sua história, solicitando minha intervenção nos momentos mais difíceis de sua trajetória como, por exemplo, ao narrar novamente a cena traumática e o modo como seus familiares não aceitam as questões acerca de sua sexualidade. Menciona sua baixa autoestima, a sensação de insuficiência e de se sentir incapaz, acrescentando que não havia recorrido a ajuda anteriormente pois tinha vergonha.

Não tenha vergonha, disse o médico. *Estamos trabalhando, mas também temos ajuda com as nossas dores*, conto sorrindo. Sorrimo-nos. O psiquiatra mantém a conduta medicamentosa do neuropsiquiatra, contudo, apesar de não ser fluxo da instituição, solicita que H. retorne no próximo plantão, pois gostaria de reavaliá-lo.

Retorno tarde para casa. Ainda muito impregnada com as reminiscências desse atendimento. Chego em casa, não consigo fazer sequer uma anotação sobre o caso. No dia seguinte não estou de plantão, o paciente é atendido pelo terapeuta ocupacional, que informa que durante seu atendimento, H. também apresentou os sintomas corporais, contudo em menor intensidade. H. teve alta hospitalar com redirecionamento ao CAPS de referência.

Apesar dos desafios, sinto que conseguimos ofertar uma escuta sem julgamentos, permitindo a validação de alguns pontos de angústia do jovem. Por outro lado, a hospitalização da mãe e da avó, a violência com que os homens da família se dirigem a H., somadas a uma sociedade igualmente violenta em relação às diferenças de gênero são fatores que não podem ser desconsiderados quando pensamos longitudinalmente das possibilidades e desafios que ele terá pela frente. A tentativa de suicídio de H é só a ponta do *iceberg*.

4.4. A triangularidade e suas vicissitudes: Se você for, fico no caminho

Paciente L.⁸

Antes do meu horário de entrada no hospital, recebo mensagem da equipe que há quatro pacientes internados por intoxicação exógena. A psicóloga que também atua no setor está de férias e organizo-me para chegar antes do meu horário de entrada. Sinto-me cansada e especialmente distraída.

Chegando ao local de internação, observo um paciente que chegou no dia anterior por tentativa de suicídio e com quem não consegui realizar o atendimento, pois está muito sonolento. A fisioterapeuta do setor tenta chamá-lo, contatá-lo, mas sem sucesso. No mesmo setor, observo a paciente L. em um canto, toda coberta; não havia percebido sua presença até aquele momento. O enfermeiro do setor informa tratar-se de uma jovem com cerca de vinte anos de idade, internada após uma tentativa de suicídio via medicamentosa e que também apresenta lesões no pulso.

Sento-me ao lado dela, seus olhos estão inchados, possivelmente de tanto chorar. Apresento-me. Inicialmente percebo uma dificuldade em nos conectar: L. não estava muito disponível para falar sobre si, enquanto eu fazia um esforço em escutá-la com tranquilidade, apesar da demanda que ainda teria pela frente. Agacho, de modo que nossos olhos fiquem quase paralelos. Permaneço, digo que estava ali para ouvir o que quisesse falar. L. fala muito pouco com as palavras, estar ali em um quase diálogo se assemelha à sensação de não existir, talvez fosse o que deseja me comunicar.

Introduzo perguntas mais simples e progressivamente L. vai fazendo suas associações livremente. Disse-me que morava com os pais após se separar de seu companheiro, com quem residia anteriormente.

L. relata primeiro episódio de tentativa de suicídio, sentindo-se muito envergonhada: *sempre julguei quem fazia esse tipo de coisa, agora estou aqui nessa situação...*, revelou, sem me olhar nos olhos. Prosseguiu, dizendo-me há algum tempo ter a sensação de estar enlouquecendo, com rompantes de raiva e sensação de descontrole. É um momento muito delicado do atendimento, L. chora em demasia, solicita, em tom de súplica, por ajuda. Ela

⁸ Como veremos no decorrer desse atendimento, em alguns momentos, vivenciamos estados de enloquecimentos e desesperança no terceiro analítico. Contudo, opto em inserir o caso nesse subtítulo voltado às problemáticas no que refere à triangularidade, pois a angústia em manter relações duais e as problemáticas decorrentes dessa tentativa sobressaíram-se.

queria viver, mas tinha dúvidas se conseguiria permanecer viva. Nessa conjuntura, o sentimento de angústia e desamparo eram prementes, impedindo-a de sustentar sua existência.

L. se agita na maca, seu corpo parece comunicar o que escapa as palavras. São assuntos diversos sobrepostos acompanhados de um choro intenso. Noto a paciente em um estado limite, o medo da loucura ressoava próximo ao seu desejo. Afinal, estar desconectada da realidade, o estado de loucura, poderia deixá-la em um lugar imaginariamente mais confortável? Por outro lado, ao compartilhar seus medos e sensações minha presença firma-se gradativamente como um relance de esperança e, mesmo com sofrimento, narrar sua história e ser escutada foi permitindo que L. remontasse sua trajetória, demarcando o que até então eram um emaranhado de sentimentos e sensações confusos, sem representação.

Veio-me a imagem de um vaso quebrado, em pequenos e muitos pedacinhos dispersos. Compartilho com ela essa cena imagética e que, talvez, precisássemos colar um por vez... *Mas nunca mais serei a mesma*, disse. Prossegue, questionando: *E se ele* (referindo-se ao companheiro) *me trocar por outro vaso? Eu queria ser diferente*, continuou. Ela queria estar inteira e desejada, imaginei. Considerei essa imagem como representação do modo como estava operando a partir da experiência inconsciente do terceiro-analítico, ou seja, uma intersubjetividade dialética criada por mim e por L. nessa situação analítica.

No decurso do seu atendimento, reflito que L. se mantinha em uma posição extremamente vulnerável ao olhar do outro, como se realmente não pudesse existir sem algo ou alguém que continuamente a legitimasse. Frente a uma oscilação ou dúvida de seu companheiro, família e amigos, L. parecia desmoronar.

Minerbo (2013), ao assinalar as variações em torno da angústia de morte que ocorrem no funcionamento não neurótico apresentadas no segundo capítulo, aponta que nas angústias de separação e intrusão o sujeito oscila entre não existir separado do objeto (“sem ele não vivo”) ou ser invadido por um objeto considerado explorador e assim perder sua autonomia. Nessas subjetividades, as relações de objeto são vivenciadas como da ordem da necessidade, ou seja, estão a serviço da sobrevivência do ego de forma que quase não há distinção entre sujeito e objeto.

Desse modo, o objeto da necessidade precisa ser obtido a qualquer custo; sua falta repercute em angústias impensáveis, um sentimento de não existência. Pareceu-me que a angústia de morte de L. estava tão intensa que parecia vivenciar, de fato, um estado de enlouquecimento. O afastamento do objeto (principalmente o companheiro) a possibilidade de ser abandonada, substituída, provocava um sentimento de não existência, o qual experienciei logo no início de seu atendimento.

No dia seguinte, encontro a paciente no setor de observação acompanhada de seu pai. Lembro-me de ela ter me pontuado a respeito do seu receio sobre a reação dos seus pais e da condenação e julgamento dos seus familiares a respeito da tentativa de suicídio.

L. mostrava-se ambivalente em relação ao desejo de morte e com sintomas que me remetiam a um quadro ansioso importante (tremores, palpitação e medo inespecífico). Dito de outro modo, por certo ainda vivenciava um estado de angústia de morte, porém, de modo menos penoso do que no dia anterior.

Aproximo-me dos dois, o genitor está visivelmente irritado e L. acuada, envergonhada. Converso com eles, intervindo nesse momento para esclarecer sobre o sofrimento de sua filha e da necessidade de seu acompanhamento após alta hospitalar. Observo uma dificuldade importante no relacionamento entre pai e filha e sinto que minhas intervenções no sentido de sensibilização familiar são pouco efetivas. Ambos não desejam aguardar avaliação de psiquiatria e oriento-os acerca dos serviços de saúde mental do território da paciente e reitero que, caso haja dificuldades no acesso ou desejem, estaria disponível para atendê-los.

Ao escrever sobre a experiência intersubjetiva desse atendimento, estou impregnada por sentimentos diversos e com dificuldade de ordenar a escrita. Aos poucos fui me dando conta de que apesar do nosso único encontro, aprendi um pouco nessa experiência emocional, revisitando e me fazendo refletir sobre minhas próprias relações com objeto e meus estados de enlouquecimentos, os quais também me sustentam perante a vida. É o que desejo a L. Que mesmo diante da angústia de morte, ela possa visitar seus objetos bons, que possa encontrar formas menos desesperadoras de se posicionar frente aos seus próprios dilemas.

Paciente N.

No corredor onde fica o setor de Emergência do hospital encontro uma jovem chorando muito, abordando todos que passavam para obter informações sobre o estado de saúde de sua mãe. Está muito assustada e, em conjunto com a assistente social e terapeuta ocupacional, realizo seu acolhimento.

A jovem narra que sua mãe tem por volta dos cinquenta anos de idade e há um ano está afastada por licença médica de seu emprego na área de enfermagem de um hospital renomado na cidade de São Paulo. Segue chorando bastante, esclarecendo-nos que desde o divórcio de seus pais, sua mãe tem apresentado pensamentos obsessivos, oscilação do humor, com proeminência do humor deprimido.

A mãe é acompanhada por psiquiatra da rede particular, que a diagnosticou com esquizofrenia e a medicou com uma extensa prescrição, a qual N. ingeriu na tentativa de suicídio, o que ocasionou em sua hospitalização. Em atendimento conjunto, era nítida a preocupação da familiar, bem como a disponibilidade em auxiliar sua mãe, solicitando-nos um tratamento em saúde mental pela rede pública, pois a situação financeira da família estava difícil, dificultando o seguimento pela rede privada.

Converso com o médico responsável pelo Pronto-Socorro para discutir o caso de N. Ele me informa que segue instável clinicamente e, como se aproximava do final do meu expediente, menciono que gostaria de atendê-la antes da alta hospitalar.

No dia seguinte, ao chegar ao hospital, a equipe está à minha espera, pois a familiar, temendo que sua mãe contraia a COVID-19, deseja levar N. para casa, sem alta hospitalar. Converso brevemente com a filha de N., orientando-a que após o atendimento de sua mãe pensaríamos em conjunto qual a melhor alternativa para o seguimento do caso.

Assim que me vê, ela sorri. Tinha uma fisionomia familiar, estava no leito, calma, porém visivelmente triste. Clinicamente parecia ter se recuperado. A área médica informa que sua permanência no hospital dependeria se manteríamos o pedido de remoção para interconsulta psiquiátrica ou se ela seguiria em serviço ambulatorial.

Sigo para seu atendimento. Inicialmente expressando uma voz suave e calma, conto-me não ter perspectivas para sua vida, pois desde a partida de seu ex-marido não consegue pensar em outro assunto, somente vive à espera do seu retorno. Sob um estado de profunda angústia e desesperança, ingeriu as medicações visando cessar esse sofrimento.

Além disso, N. menciona ouvir vozes há cerca de um ano, motivo pelo qual foi afastada do seu ambiente de trabalho. As vozes, segundo ela, tinham um tom depreciativo, diziam a ela que sua vida “valia de nada”. Em muitos períodos, tinha crítica a respeito da alucinação; sabia que aquelas vozes não correspondiam à realidade, contudo sua criticidade não diminuía sua aflição.

O sofrimento tornava-se maior tendo em vista que N. se sentia envergonhada por ter-se afastado do trabalho por um diagnóstico de transtorno mental. Assim que esses sintomas iniciaram, percebeu os colegas de trabalho tratando-a de modo diferente, resultando em seu isolamento *preferi não conversar mais com ninguém do trabalho... me senti muito exposta, alguns riam de mim...*, comentou, demonstrando tristeza.

É consenso o estigma de sujeitos marcados sob a insígnia de “psiquiátricos”. No caso de N. ser profissional da saúde, cujo reconhecimento e atuação estão relacionados ao cuidado das dores, doenças e mazelas dos outros, também ecoava em seu estado emocional. Ela

encontra-se devastada e sentindo-se humilhada, pois para si e para alguns de seus pares, o afastamento do trabalho por diagnóstico de transtorno mental e sua internação após uma tentativa de autoextermínio era o atestado de sua falência enquanto profissional: *Sou enfermeira, trabalhei com dedicação por anos e agora estou aqui*, dizia-me chorando, enquanto observava os outros profissionais de sua área no hospital trabalhando.

Ao escutar N., perguntava-me: O que restava? Carregava a culpa por não ter sido, segundo sua perspectiva, capaz de manter seu casamento que, mesmo marcado por violências por parte do ex-marido, ainda esperava restaurar. O sofrimento por se sentir abandonada é vivenciado como insuportável, de modo que, assim como aponta Cassorla (2021), há uma busca não pela morte propriamente dita, mas por substitutos fantasiados que a auxilie a escapar desse sofrimento. A realidade parece estar delimitada entre certo e errada, boa e má, em que o certo, o bom é o que mantenha a dualidade: a realidade triangular é insuportável. A incapacidade de suportar a triangularidade (frustração) manifesta-se também como agressividade e impulsividade, podendo culminar em atos suicidas. (Cassorla, 2021).

Somado ao término do seu casamento, N. também se sentia desamparada, culpada e incapaz pelo afastamento do trabalho, pelo sofrimento que causava a sua filha e por não conseguir sustentar o desejo de viver. Esperava do outro, especificamente, do ex-marido, da família, dos colegas de trabalho, um olhar que a positivasse, reafirmasse sua existência e apostasse na sua capacidade; do contrário, ficava pelo caminho.

Ao término do atendimento, chamo sua filha e aponto minha preocupação de elas evadirem do hospital sem seguir o fluxo hospitalar, ao passo que elas reforçam o desejo de ir para casa, com seguimento ambulatorial. Igualmente, conversamos sobre a importância de manter fora de alcance medicações e possíveis objetos que possam ocasionar nova tentativa de suicídio, bem como vigília até pelo menos a estabilização da paciente.

Em discussão de caso com equipe médica, há uma preocupação na alta hospitalar, contudo, em face da pandemia do Coronavírus, a qual repercutia também em uma morosidade até a efetivação da interconsulta psiquiátrica e o consequente risco de contaminação da paciente, concordamos com N. e sua filha sobre sua liberação, com as orientações e encaminhamentos pertinentes.

Antes de irem embora, a familiar pergunta a respeito da possibilidade de ficar com meu contato, caso tenha dúvidas ou deseje conversar. Informo que no Termo de Consentimento (TCLE), entregue junto com os demais encaminhamentos, há meu contato, e sigo à disposição para realizar outro atendimento se assim desejarem.

** Uma semana após a internação de N., encontro sua filha no hospital para a retirada de documentação referente à internação. Comenta que sua mãe está um pouco melhor e foram muito bem atendidas pela equipe do CAPS. O suporte familiar, a disponibilidade do sujeito e um bom vínculo com a rede de saúde mental, à qual dará sequência com o acompanhamento, é primordial para que paulatinamente os pacientes tenham a possibilidade de continuar narrando a sua história, escutando-se, dissolvendo o tom acusatório que muitos carregam sobre si, favorecendo a emergência de novos contornos. No caso de N., desejo que no decurso dessa jornada ela tenha condições de tecer um olhar para si em que a culpa e a falência não correspondam à totalidade de seu repertório.*

DISCUSSÕES

O psicanalista deve ser capaz de reconhecer com tristeza e compaixão que entre as piores e mais delibitantes perdas humanas é a perda da capacidade de estar vivo para nossa própria experiência – em cujo caso perdemos uma parte de nossa qualidade humana
OGDEN, 2010

Como vimos, apresentamos treze experiências emocionais oriundas do terceiro analítico. A seguir, discorreremos a respeito de alguns aspectos gerais encontrados nesses casos para, na sequência, tecer reflexões acerca do atendimento dentro do referencial psicanalítico desenvolvido no *setting* institucional.

Em relação ao sexo dos treze pacientes, nove são mulheres e quatro homens, indo ao encontro dos dados epidemiológicos descritos no primeiro capítulo desse trabalho. Além das diferenças entre homens e mulheres, o estudo de Baere e Zanello (2018) aponta a relevância do desenvolvimento de pesquisas que abranjam o comportamento suicida, orientação sexual, identidade de gênero e diferenças entre os homens e mulheres sob uma perspectiva de análise de gênero, uma vez que a maior parte dos estudos realizados no cenário brasileiro enfoca os dados quantitativos sem maiores reflexões a respeito das variações existentes, podendo repercutir na naturalização dos comportamentos, como o de que homens morrem mais por suicídio e mulheres tentam mais.

Baeré e Zanello (2018), tendo como referência o estudo da pesquisadora australiana Katrina Jaworski em seu trabalho “The gender-ing of suicide” (2010), assinalam que há uma crença de que determinadas tentativas são consideradas sérias, como armas de fogo, método mais recorrido por homens, enquanto outras são compreendidas como um modo de chamar atenção, como a intoxicação medicamentosa, meio mais frequente entre as mulheres, e que são comumente desqualificadas, vistas como uma busca por chamar atenção, com baixa intenção de morte. Essa situação reflete diretamente no atendimento dos profissionais de saúde, em que as intoxicações exógenas, meio de tentativa de suicídio preponderante no material apresentado nesta tese, são vistas com menor seriedade e preocupação.

Do mesmo modo, além da associação de tentativas de suicídio com baixo risco de morte a um comportamento comum às mulheres, também observamos esse pensamento atribuído a pacientes com diagnóstico *borderline*, que assume uma insígnia depreciativa nas instituições de saúde, frequentemente compreendidos e abordados de modo inadequado, prejudicando que essas pessoas procurem ajuda, conforme reitera o artigo de Marcolan (2018) sobre o tema:

Ainda me defronto com situações em que a forma de tentar se matar ou a quantidade de tentativas se tornam a diretriz do atendimento, a determinar se o indivíduo queria mesmo se matar ou apenas “chamar a atenção”, sendo desconsiderado o sofrimento que levou a tal ato. É muito comum, por exemplo, a inadequação do atendimento a pacientes diagnosticados com o transtorno de personalidade borderline. Tais fatos reforçam a vergonha e o receio que os indivíduos com comportamento suicida têm de procurar atendimento, principalmente quando não estão em situação de risco à vida. (Marcolan, 2018, p. 2481).

Em discussão de caso em equipe multidisciplinar no hospital, refletimos, muitas vezes, acerca do impacto dessas acepções na assistência aos pacientes. Os profissionais, ao lerem o prontuário do paciente P., por exemplo, onde consta que tentou suicídio por ingestão de material de limpeza, podem ser levados a pensar o caso como um modo de “chamar atenção”, minimizando o risco de suicídio e mesmo seu sofrimento de profunda desesperança, que careceu de um olhar atento e cuidadoso.

Assim, é importante destacar que o meio pelo qual o sujeito realiza a tentativa de suicídio não necessariamente indica a gravidade do caso, ou mais especificamente sua urgência psíquica. Nesse sentido, muito embora o método da tentativa forneça algumas indicações e pistas sobre o modo de sofrer do sujeito, é precipitado mensurar a urgência psíquica conforme o grau de letalidade do meio empregado.

Além das diferenças entre homens e mulheres, no que diz respeito às outras significações de gênero, o comportamento suicida também pode ser relacionado às orientações sexuais dissidentes e à transgeneridade, bem como à raça. Apesar de nosso estudo não focar de modo direto nessas questões, uma vez que o método pressupõe uma escuta livre, sem quesitos previamente estabelecidos, questões envolvendo gênero e sexualidade, por exemplo, aparecerem nos encontros com os pacientes B., P., D., J., H., inseridos na população LGBTQIAP+.

Segundo Botega (2015), tendo como base as pesquisas na área da suicidologia desenvolvidas fora do Brasil, não ser heterossexual ou cisgênero é um fator de risco para o suicídio. Tendo como base uma pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos, Baeré e Zanello (2018) apontam que a propensão ao suicídio entre jovens não heterossexuais foi de 20%, enquanto entre jovens heterossexuais foi de 4%. Outra investigação apresentada pelos autores, também desenvolvida nos Estados Unidos, explicita que ao longo da vida 1,6% de pessoas cisgêneras tentaram suicídio, enquanto 41% das pessoas transgêneras atentaram contra a própria vida. (Baeré; Zanello, 2018).

No Brasil, mais uma vez, o número de trabalhos que envolvem o comportamento suicida dessa população é incipiente, prejudicando a criação de estratégias de cuidado

específicas a essas pessoas. Frisa-se, no entanto, no âmbito do município de São Paulo a iniciativa da Lei nº 17.237, publicada no ano de 2019, assinalada no primeiro capítulo, cujo Programa de Prevenção ao Suicídio e de Promoção ao Acesso à Saúde Mental entre jovens e adolescentes prevê ações que levem em conta as especificidades em saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, de mulheres cis ou transgêneras, de negras e negros, de pessoas com deficiência e de quaisquer outros setores sociais que sejam vítimas de preconceito, violência ou discriminação (São Paulo, 2019), contudo tal legislação ainda tem pouca ressonância prática no trabalho que desenvolvemos com essa população, invisibilizada e marcada pela discriminação e preconceito, cujo sofrimento, como ilustrado no material em estudo, incide em maior risco ao comportamento suicida.

Em relação ao *setting* institucional, é importante trazer algumas considerações. Como destacamos, a pesquisa foi realizada em um momento crítico da pandemia do COVID-19, repercutindo na assistência aos pacientes em que as ressonâncias foram sentidas por todos nós e na rotina de trabalho.

O hospital, por não contar com assistência à especialidade da psiquiatria, foi impactado ainda mais com as alterações dos fluxos: os pacientes encaminhados para essa avaliação necessitavam aguardar um longo período, repercutindo em muitos casos, na evasão dos pacientes. Do mesmo modo, a continuidade dos atendimentos nos serviços de saúde ambulatoriais também foi deveras prejudicada, ocasionando prejuízos no cuidado a essa população e desencadeando angústias nos profissionais, pois presenciávamos situações delicadas e de grande padecimento e, muitas vezes, não tínhamos para onde direcionar os casos.

Essa problemática, embora dirimida com a chegada da vacina e com a retomada dos fluxos ainda é sentida atualmente, ou seja, ainda nos deparamos com situações que envolvem a demora do encaminhamento para a interconsulta com psiquiatra e; quando realizada, há um atendimento não integrado com a equipe que solicitou o pedido, bem como com a equipe que daria continuidade ao cuidado (CAPS ou UBS, por exemplo). Por certo, essa situação prejudica diretamente o paciente em sofrimento psíquico, o qual, muitas vezes, fica desassistido quando na alta hospitalar.

Essas situações e dificuldades são expressas ao longo do material, como nos casos dos pacientes J., M. e de C. No caso dos pacientes J. e M., ambos não desejam o encaminhamento para o serviço disponibilizado no CAPS, pois não se reconhecem nesse local. A UBS à qual pertencia J. não contava com atendimento psicológico, tampouco sabia informar alguma

alternativa para a continuidade de seu acompanhamento, enquanto na região de M. não havia previsão de retomada dos atendimentos presenciais naquele momento. Por fim, apesar de C. ser assistida na UBS antes de sua entrada no Pronto-Socorro, houve alteração do médico que a atendia e com a pandemia do COVID-19, o cuidado de C. foi descontinuado.

Com o propósito de abarcar essas problemáticas, algumas estratégias de cuidado podem ser realizadas visando à integralidade da assistência a pessoas que tentam suicídios e são atendidas no contexto hospitalar. Há pacientes, por exemplo, cuja relação transferencial-contratransferencial emergida no terceiro analítico é favorecida com atendimentos continuados pelo psicólogo que realizou seu atendimento no Pronto-Socorro até seus direcionamentos efetivos às redes de atenção ambulatoriais, como aquelas relações vivenciadas com os pacientes B., P., e F.; essa última marcada sobremaneira por um histórico de violência, e a repetição de sua vivência para profissionais diversos pode revitimizá-la ao invés de auxiliá-la.

Em relação à organização do material, os casos foram pensados por meio de quatro temas gerais, articulados a partir das mobilizações e reflexões que se sobressaíram nesses encontros. Ressaltamos que as situações delineadas são recortes das histórias das vidas dos pacientes; o encontro entre eles e a psicóloga-pesquisadora ocorre em um contexto de urgência psíquica, de maneira que o caráter contextual, relativo e dinâmico deve ser priorizado, haja vista que a tentativa de suicídio e as dores expostas não representam a totalidade do sujeito.

Na primeira discussão intitulada “Tem alguém aí? Ensina-me a viver: ajudamo-nos”, apresentamos os casos de A. B. e G., pacientes que não mobilizaram no encontro intersubjetivo um desejo expressivo de morte; pelo contrário, sentíamos como se eles não soubessem muito bem como sustentar seus desejos de vida, ou seja, percebíamos uma vivacidade carecida de representação como exposto com mais precisão no caso de B.

Nos encontros com esses pacientes, apesar do pensamento de morte e das ideações suicidas não se expressarem com intensidade, o silenciamento das suas dores ou uma escuta menos atenta poderia representar uma ausência de ajuda do ambiente.

Para A., as questões que implicavam em ser mãe e em ser filha precisavam ser legitimadas; com B. foi necessário o compartilhamento do aparelho psíquico, ainda que momentaneamente para que ele pudesse *falar-se* e fazer sentido por ele mesmo, para amparar seu desejo de viver, enquanto para G. foi necessário privilegiar o importante para ela naquele momento, que nos pareceu perpassar pela compreensão que precisava da ajuda de seus pais, sejam os biológicos ou os adotivos. Nessas situações, assim como nas demais, é preciso ter

alguém, um ambiente que responda e esteja atenta às necessidades que estão expressas em formas de ato, comunicado nesses pacientes como algo da ordem: Sim, quero viver, auxilia-me em como fazê-lo! (com escuta, palavras, gestos, pensamentos, corpo, sons, etc.).

Por outro lado, no subtítulo “Transferência-contratransferência e seus emaranhados: sobrevivendo aos estados de enlouquecimento e desesperança”, refletimos acerca dos sentimentos desesperançosos, e por vezes enlouquecedores, experienciados no terceiro analítico com os pacientes C., M., K., P e J.

Figueiredo (2018), rememorando Ferenczi (1932-1933) menciona que um dos legados deixados por esse autor em seus últimos textos foi o de “*descobrir a vida pulsante nos estados de quase-morte, reconhecer nos estados-limite uma preservação paradoxal da vida*, perceber a dialética entre desobjetalização e restauração do “objeto” primordial (...)”. (Figueiredo, 2018, p. 159, grifo nosso). O autor prossegue suas considerações assinalando que ao conceber a chamada “pulsão de morte” como também uma insistência na vida pode-se abrir um horizonte clínico promissor, ainda que se trate de pacientes denominados por ele como difíceis.

Desse modo, nos casos acima mencionados, vislumbramos uma tentativa de afirmar a potência de vida por meio de um ato destrutivo; ideia que, de imediato, parece antagônica, mas que norteou minhas especulações após os atendimentos e vivências com esses encontros, os quais, pela intensidade das mobilizações transferenciais-contratransferenciais, exigem do analista (ou do profissional que se dispõe ao cuidado e à escuta) um estado de mente propício para deixar-se enlouquecer, cair junto, obscurecer-se para então sobreviver e firmar-se nesse encontro dialético como esperança – na vida, na capacidade de pensar, amar e renascer – para si e para o outro.

É interessante pontuar que a comunicação no terceiro analítico dos estados desesperançosos assumem diversas roupagens e repercutem distintamente na transferência-contratransferência. A paciente C., com seu olhar desesperado, provoca em mim sensações corporais de náuseas e uma vivência de desintegração; preciso perder-me ainda que momentaneamente para conseguir comunicar-me com suas partes cindidas e evacuadas projetivamente nesse encontro.

Diversamente, M. com sua feição tranquila e tom moderado, porém resolutivo, comunicava que não havia mais saída para suas dores, tomadas pelo desânimo oriundos a dependência química: o que lhe restava era apenas a certeza da derrota. Com a paciente K. a desesperança é sentida no apelo e colagem que fizemos à questão diagnóstica: nosso encontro inicialmente foi marcadamente limitado à problemática psicopatológica, repercutindo no

terceiro analítico como um interjogo deveras engessado, isento de criatividade e espontaneidade. Notadamente, essa foi uma resposta eminentemente contratransferencial encontrada naquele momento para me proteger diante das incertezas, da dureza de enfrentar o esvaziamento do sentido, do desamparo e da loucura – da paciente e dos meus próprios.

Para conseguir aproximar psiquicamente de P., cuja resistência expressa como distanciamento foi sentida logo de início, precisei estar disponível para sonhar seus sonhos não sonhados e interrompidos até que ele pudesse fazer isso por conta própria. As dúvidas e hesitações a respeito do seu desejo posto como certeza se dirimiram conforme fomos permitindo a expressão do estado de desesperança na relação transferencial-contratransferencial, direcionadas na forma de irritação e ataques, maneira como encontramos de re-ligarmos ao desejo de viver: atacando-me, P. parecia voltar à cena.

J., por sua vez, também vai voltando à cena e comunicando seu estado desesperançoso por meio da irritação, da postura desafiadora e da agressividade: primeiramente ela quer ir embora – e eu também, é difícil estar ali, em pé, em sua presença. Sobreviver aos ataques e ao clima hostil foi necessário para que nosso encontro se revestisse de criatividade e vivacidade.

Evidencia-se nesses atendimentos, antes de tudo, o sentido do empreendimento terapêutico psicanalítico, que objetiva, conforme as proposições de Ogden (2010), aumentar a capacidade do paciente de estar vivo para vivenciar ao máximo a plenitude da experiência humana: “Voltar à vida emocionalmente é, a meu ver, sinônimo de tornar-se cada vez mais capaz de sonhar a própria experiência, que é sonhar-se existindo” (Ogden, 2010, p. 24). Nesses contextos, vivenciar no terceiro analítico o vazio, a desesperança, o enlouquecimento, a irritação, o desânimo e cansaço é um empreendimento por vezes necessário para que nossos pacientes possam retomar a capacidade de sonhar-se, de estarem vivos em vida.

O subtítulo “Violência, trauma e dor: cuidamo-nos” abarca os pacientes marcadamente historicizados por um evento violento em suas vidas – violência sexual, física, psicológicas, - como ilustrado no encontro com D., F. e H., em que a capacidade representacional da vivência traumática não está dotada de um sentido, haja vista que extrapola suas capacidades de compreendê-la.

Nesses encontros a deslegitimação, desautorização e por vezes o não reconhecimento da dor e da violência causada amplifica essa experiência traumática. Para as autoras Monica Macedo e Blanca Werlang (2007), algumas tentativas de suicídio são resultantes de situações que os sujeitos se veem acometidos por um trauma em que o aparelho psíquico é incapaz de processar esse quantum, circunstâncias em que o ato de matar-se pode figurar como única via possível de descarga possível.

No caso de H., esse excesso é exteriorizado por meio de sintomas corporais, tais como tremores e desmaios, em que o terceiro analítico funciona como uma descarga psíquica. Os sentimentos, até então represados, precisaram ser simbolizados, ainda que inicialmente no decurso do atendimento e, para tanto, as forças das fantasias e a densidade das contraidentificações acompanharam a urgência do paciente em evacuar esse excesso, colocando em jogo minha capacidade de continência em muitos momentos.

Com a paciente F. foi necessário legitimar a violência sofrida e acolher os sentimentos ambivalentes, pois se sentia, ao mesmo tempo, inocente e culpada. F. precisou ser cuidada, precisou que eu fosse sua ajuda para que se considerasse autorizada a contar suas dores e traumas. Foi preciso, conforme também aponta Macedo e Werlang (2007), que a auxiliasse a transformar dor em sentimento, ou, em outras palavras, a transformar o irrepresentável e ilegítimo em um sentimento possível de ser metabolizado.

Por fim, no subtítulo “Triangularidade e suas vicissitudes: se você for, fico no caminho” reflito sobre a experiência emocional e reflexões despertadas com L. e N., pacientes que, ao se depararem com a triangularidade, com a frustração e a alteridade, parecem ficar pelo caminho.

No decorrer do atendimento com L., noto em alguns momentos que ela operava sob uma lógica dual significativa em que a possibilidade de ser abandonada e substituída pelo companheiro repercutia em angústias de morte e sentimentos de desamparos importantes. Do mesmo modo, após a separação conjugal, N. foi se apresentando de modo cindido e fragmentado, mesmo partindo da compreensão de que a relação era marcada por conflitos, violências e desavenças, ela ansiava pelo retorno do ex-marido: para N. o bom, o certo, era o que mantivesse a dualidade – qualquer furo nesse sentido culminava em desamparo, desembocando inclusive em tentativas de suicídio.

Essas pacientes relembrou muitos das asserções propostas por Minerbo (2013) no tocante ao funcionamento das subjetividades não neuróticas, principalmente a respeito das angústias de aniquilamento, fragmentação, intrusão e separação, bem como acerca do estabelecimento de relação objetal como da ordem da necessidade, em que o terceiro é mal tolerado, incorrendo no predomínio de relações duais e utilização de defesas como cisão, idealização, identificação projetiva e negação onipotente.

Como pudemos observar e foi assinalado no início desse capítulo, os pensamentos, reflexões e sentimentos organizados por meio dos quatro subtítulos não se destina a agrupar os casos de forma estanque e intercambiável. O paciente D. por exemplo, cuja experiência traumática mobilizou intensos sentimentos no nosso encontro, também apresentou um quadro

de desesperança; com L. e N., por sua vez, apesar de as vicissitudes em relação à triangularidade me chamarem a atenção no interjogo subjetivo, também experienciamos estados de desesperança e enlouquecimento.

Assim, a maioria dos pacientes poderia estar alocada nas discussões a respeito dos emaranhados da transferência-contratransferência e as vivências de enlouquecimento e desesperança no terceiro analítico, uma vez que é um eixo de discussão mais amplo quando pensamos nas mobilizações permeadas nos atendimentos com pacientes que tentam suicídio.

Contudo, acredito que a organização por eixos de discussão permitiu ilustrar as nuances despertadas no encontro entre pesquisadora e paciente no contexto do Pronto-Socorro, perpassando por reflexões acerca do ato como um pedido de ajuda para sustentação do desejo de viver, da importância da legitimação dos episódios de violências, traumas e dor dos nossos pacientes, e das problemáticas envolvidas na triangularidade.

Em relação ao *setting* e ao manejo sob a perspectiva psicanalítica realizada no contexto institucional, é importante pontuar algumas considerações. Em relação ao tempo de intervenção, como vimos, a brevidade dos encontros não impede que a psicanálise opere, pois há ali um sujeito do inconsciente.

Todavia, para a realização dos atendimentos, principalmente em situações de sofrimento como a apresentada no material desta tese, o analista, na instituição de saúde, precisa estar aberto às frequentes interrupções, às dificuldades estruturais do ambiente de trabalho e às divergências com a equipe. Manter-se disponível psiquicamente, presente, defrontando-se com vivências de desamparo, angústia e desesperança nessas circunstâncias é desafiador.

A abordagem de pacientes logo após sua tentativa de suicídio permite, em muitos casos, que nos defrontemos com estados muito primitivos da mente, cuja comunicação ocorre predominantemente por identificação projetiva, como aqueles esboçados nos casos de C., P., H. e L. Nessas circunstâncias, conforme aponta Ribeiro (2020) a principal ferramenta do analista é sua habilidade de compreender seus próprios sentimentos e, também, o que está acontecendo entre ele e o paciente. É preciso, para tanto, ter a capacidade de formular, de modo claro e preciso, o que deseja comunicar para que as palavras tenham um efeito terapêutico, afinadas com o tempo do paciente – “o *timing* da interpretação”. (Ribeiro, 2020).

Ferenczi (1928-1992), em “Elasticidade da Técnica Psicanalítica”, aponta a relevância do que denomina como *tato* psicológico, descrito como a habilidade de saber como e de que maneira se comunica alguma coisa ao analisando, bem como quando é possível afirmar que o

material é suficiente para dele se extrair determinadas conclusões, o momento de silenciar e aguardar outras associações e em que situação o silêncio é uma tortura inútil para o paciente:

O tato é a faculdade de “sentir com (Einfühlung). Se, com a ajuda do nosso saber, inferido da dissecação de numerosos psiquismos humanos, mas sobretudo na dissecação do nosso próprio eu, conseguirmos tornar presentes as associações possíveis ou prováveis do paciente, que ele ainda não percebe, poderemos – não tendo, como ele, de lutar com resistências – adivinhar não só seus pensamentos retidos mas também as tendências que lhe são inconscientes. (Ferenczi, 1928, p. 27).

Em face do material apresentado e das considerações de Ribeiro (2020) e Ferenczi (1928), penso que em inúmeras situações de atendimento com pacientes em urgência psíquica, e que operam majoritariamente com formas primitivas de comunicação, é preciso estar sintonizado com a demanda do paciente e dialeticamente com as nossas próprias: a intensidade e muitas vezes a turbulência do conteúdo projetado pode, sem grande dificuldade, confundir-se e impregnar-se com os nossos próprios conteúdos, correndo o risco que nos apressemos em fornecer devolutivas, em demarcar precocemente o paciente dentro de um diagnóstico psicopatológico, usarmos termos, jargões ou qualquer outra estratégia voltada a salvar nós mesmos da mortificação e congelamento do estado de mente, deixando o paciente, em algumas circunstâncias, à sua própria sorte.

Outrossim, não é tarefa simples, pois é necessário saber transitar por esses espaços – da loucura e sanidade, da vida e morte, de não saber e conhecer, conforme dialeticamente vai se delineando o terceiro analítico. Dito de outro modo, 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, renunciar às significações definitivas e enfrentar fontes de mal-estar, como a ambivalência, a irresolução e a incerteza – metas essas que não poderão ser alcançadas de modo individual.

Nesse sentido, conforme aponta Figueiredo (2018), para além da clínica psicanalítica e sua ética, vislumbra-se e também se faz urgente a expansão de uma nova militância cultural, “dedicada a criar territórios existenciais mais ricos, mais diversificados e menos desautorizadores, mais aptos ao acolhimento dos corpos, dos afetos e das linguagens em toda a sua multiplicidade indisciplinada (Figueiredo, 2018, p. 40,41).

Em um país tão severamente marcado pela diferença de classes, preconceitos, discriminações, misoginias, somado ao desmonte dos serviços públicos, que estão muito pouco sintonizados com a demanda da população e dos profissionais que se dedicam ao cuidado, a urgência de um esforço coletivo em detrimento de um esforço individual firma-se como uma luta indispensável para que o sofrimento psíquico dos nossos pacientes encontre a

ressonância necessária para que as condições (sociais, psíquicas, culturais, políticas,...) que implicariam, por exemplo, em novas tentativas de suicídio, sejam minimizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Tenho tanto a dizer que não sai
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 envolvidas 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 abarquei 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). 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.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado(a),

Convido você para participar da pesquisa que tem como objetivo compreender quais são as demandas dos pacientes que chegam ao hospital após tentarem suicídio. Sua participação é importante porque poderá contribuir com a melhoria do atendimento, com o desenvolvimento de melhores estratégias de acolhimento, com a construção de fluxos e atualização de políticas públicas, com vistas a diminuir o sofrimento. Poderá contribuir ainda, com o desenvolvimento científico.

Nesta pesquisa você participará de um acolhimento psicológico comigo, que sou a pesquisadora responsável e já trabalho no Hospital, onde conversaremos sobre temas que você se sentir à vontade. Não há roteiros e perguntas prontas, pois depende dos seus sentimentos neste momento delicado da sua vida.

Após esse acolhimento, escreverei como se deu o atendimento psicológico e sobre alguns fatos de sua história, como por exemplo, sua faixa etária, acompanhamento na rede de saúde e dados gerais que não o identificarão, mantendo o sigilo em todas as etapas da pesquisa.

Você poderá se sentir desconfortável, pois é um tema muito difícil. Fique à vontade em não responder a alguma questão, bem como retirar o seu consentimento, a qualquer tempo, antes da publicação dos resultados. Caso se recuse a participar da pesquisa ou mesmo desistir dela durante o seu desenvolvimento, não haverá qualquer prejuízo quanto ao seu atendimento no Hospital.

Se você se sentir desconfortável e precisar de um novo acolhimento psicológico, entre em contato comigo, mesmo que já tenha tido alta do hospital. Você também será orientado quanto aos serviços públicos de saúde mental perto da sua casa, como por exemplo, o CAPS, onde poderá ser encaminhado se assim desejar.

Por fim, informo que não haverá nenhuma despesa para sua participação e também não haverá compensação financeira.

Seus dados pessoais não serão divulgados em nenhum momento, mantendo o sigilo de suas informações.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável por este estudo: Anahi Canguçu Marfinati, telefones: (11)3394-9257/(11)98679-2660, e-mail: anahimarfinati@gmail.com.

Quaisquer dúvidas e esclarecimentos quanto à questão ética, contatar os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP): Universidade Estadual Paulista – UNESP/Assis- SP, Av. Dom Antonio, 2100 - Parque Universitário - Assis/SP - CEP 19806-90. Fone: (18) 3302-5607 ou 3302-5830. E-mail: cep.assis@unesp.br. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP): Rua General Jardim, 36 - Vila Buarque, São Paulo-SP, CEP: 01223-010. 6º andar. Fone: (11) 3397-2464. E-mail: smscep@gmail.com.

Este termo será assinado em duas vias, por você e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou foi lido para mim, sobre a pesquisa. Ficaram claros os objetivos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas. Após ter sido devidamente esclarecido, concordo em participar do estudo,

_____/_____/_____
Assinatura do entrevistado

Declaro que obtive de forma voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) para a sua participação neste estudo.

_____/_____/_____
Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		3 Data da notificação
	2 Agravado/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora	☐ 1- Unidade de Saúde ☐ 2- Unidade de Assistência Social ☐ 3- Estabelecimento de Ensino ☐ 4- Conselho Tutelar ☐ 5- Unidade de Saúde Indígena ☐ 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher ☐ 7- Outros		
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora	Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência
	8 Unidade de Saúde	Código (CNES)		
	10 Nome do paciente			11 Data de nascimento
	12 (ou) Idade	☐ 1- Hora ☐ 2- Dia ☐ 3- Mês ☐ 4- Ano	13 Sexo M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ 1- Ignorado	14 Gestante ☐ 1-1º Trimestre ☐ 2-2º Trimestre ☐ 3-3º Trimestre ☐ 4- Idade gestacional ignorada ☐ 5- Não ☐ 6- Não se aplica ☐ 9- Ignorado
Dados de Residência	16 Escolaridade	☐ 0- Analfabeto ☐ 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) ☐ 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) ☐ 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) ☐ 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) ☐ 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) ☐ 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) ☐ 7- Educação superior incompleta ☐ 8- Educação superior completa ☐ 9- Ignorado ☐ 10- Não se aplica		
	17 Número do Cartão SUS	18 Nome da mãe		
	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
Dados Complementares	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência	29 CEP	
	30 (DDD) Telefone	31 Zona ☐ 1 - Urbana ☐ 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana ☐ 9 - Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)	
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social	34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil	☐ 1 - Solteiro ☐ 2 - Casado/união consensual ☐ 3 - Viúvo ☐ 4 - Separado ☐ 5 - Não se aplica ☐ 9 - Ignorado		
	36 Orientação Sexual	☐ 3-Bissexual ☐ 8-Não se aplica ☐ 9-Ignorado ☐ 1-Heterossexual ☐ 2-Homossexual (gay/lésbica)	37 Identidade de gênero: ☐ 1-Travesti ☐ 3-Homem Transexual ☐ 2-Mulher Transexual ☐ 8-Não se aplica ☐ 9-Ignorado	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	☐ 39 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno? ☐ Deficiência Física ☐ Deficiência visual ☐ Transtorno mental ☐ Outras ☐ Deficiência Intelectual ☐ Deficiência auditiva ☐ Transtorno de comportamento		
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	42 Distrito
	43 Bairro	44 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)	47 Geo campo 3	48 Geo campo 4
	49 Ponto de Referência	50 Zona ☐ 1 - Urbana ☐ 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana ☐ 9 - Ignorado	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
52 Local de ocorrência ☐ 01 - Residência ☐ 04 - Local de prática esportiva ☐ 08 - Indústrias/construção ☐ 02 - Habitação coletiva ☐ 05 - Bar ou similar ☐ 09 - Outro ☐ 03 - Escola ☐ 06 - Via pública ☐ 99 - Ignorado				
53 Ocorreu outras vezes? ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado				
54 A lesão foi autoprovocada? ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado				

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Intervenção legal ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Outros ☐ Sexual ☐ Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Força corporal/ espancamento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/ Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento ☐ Intoxicação		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1 - Um ☐ 2 - Dois ou mais ☐ 9 - Ignorado ☐		
Encaminhamento	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã)		
	62 Sexo do provável autor da violência 1-Masculino ☐ 2-Feminino ☐ 3-Ambos os sexos ☐ 9-Ignorado ☐ 63 Suspeita de uso de álcool 1-Sim ☐ 2-Não ☐ 9-Ignorado ☐		
Dados finais	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: ☐ 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras) ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública ☐ Conselho Tutelar ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Notificador	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado ☐ 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
	69 Data de encerramento		
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 Central de Atendimento à Mulher 180 Disque Direitos Humanos 100			
Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____			
Nome _____ Função _____ Assinatura _____			
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			