



Vidas Interrompidas

**I e II Fórum Estadual sobre Prevenção do Suicídio
TOXCEN - Centro de Atendimento Toxicológico**

**Vitória
2009**



Organizador:

Ítalo Campos

Projeto Gráfico:

WGA Propaganda

Editoração Eletrônica:

Antonio Caliar

Capa:

Paulo Angelo / Antonio Caliar

Sob tela de Claude Monet - 1840/1925

“Le Pont Japonais” 1899/1900

Óleo sobre tela 89cmx92cm

Digitação:

Simone Fernandes

Impressão:

Departamento de Imprensa Oficial do Espírito Santo

Catálogo na fonte:

Biblioteca Pública do Estado do Espírito Santo

V649 Vidas interrompidas / Organizado por Ítalo
Francisco Campos. - Vitória : DIO, 2009.
206 p.: Il.; 15cmx21cm

1. Suicídio. 2. Fórum Estadual sobre suicídio,
I e II. I. Campos, Ítalo Francisco. II. Título.

CDD 616.8584





SUMÁRIO

Nota	5
Sesa promove debate no dia Mundial de Prevenção do Suicídio	6
A Política Estadual de Saúde Mental: desafios e perspectivas	12
Apresentação do TOXCEN	18
Perfil Epidemiológico da Violência do Espírito Santo	27
Vidas Interrompidas	60
Algumas Considerações a Respeito do Suicídio	102
A Violência e a Tentativa de Suicídio como Apelo	109
O Oferecimento do Corpo e as Promessas de Fausto	119
Nota Sobre o Suicídio	130
A complexidade do suicídio: há prevenção possível	134
Prevenção de Suicídio	147
Suicídio, Tabu e Silêncio	153
Cultura, Suicídio e Identidade: dores e delícias de subjetividades em movimento	161
O Suicídio na Abordagem Fenomenológica	178
A mídia e a morte voluntária	186
A Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio: o suicídio como uma questão de saúde pública	193





NOTA

Este livro é uma coletânea de textos apresentados no Iº e no IIº “Fórum Estadual de Prevenção do Suicídio”, realizados respectivamente no dia 10 de setembro do ano de 2007 e em 2008. Este evento comemorativo do **“Dia Mundial de Prevenção do Suicídio”** – 10 de setembro –, instituído pela Organização Mundial de Saúde, é organizado pelo **Núcleo de Atendimento Toxicológico - TOXCEN da Secretaria de Estado da Saúde**.

Este livro pretende contribuir para que a reflexão sobre o suicídio não fique restrita apenas ao momento do evento e seja ampliada para outras pessoas e espaços, propondo outras possibilidades de leitura e interpretação a fim de que se possam enfrentar o trauma e suas consequências. Nestes eventos realizou-se importante diálogo entre a psicanálise, a psiquiatria, a saúde pública, a filosofia, a antropologia, a sociologia e o jornalismo. Queremos registrar o agradecimento à Gerência Estratégica de Vigilância em Saúde - GEVS, e a toda a equipe do TOXCEN pela colaboração. Agradecemos o apoio da SAMP-Assistencia Médica, na pessoa do seu diretor, Dr. Márcio Maciel, o apoio dado para a produção deste livro. Agradecimento se deve também ao apoio dado pela Secretaria de Estado de Agricultura, Abastecimento, Aquicultura e Pesca – SEAG, e ao Serviço Nacional do Comércio – SENAC, pela concessão dos auditórios. Dirigimos um agradecimento especial ao Departamento de Imprensa Oficial - DIO, nas pessoas de seu presidente e de seus assessores, que entenderam prontamente a necessidade e importância desta publicação, que será destinada, preferencialmente, à rede pública de educação, saúde, e de segurança pública e à rede estadual de bibliotecas públicas. Muito especialmente agradecemos ao Dr. José Nazar, que aceitou o nosso convite e permitiu a apropriação do título de seu trabalho para este livro.

Ao leitor informamos que coube ao autor de cada artigo ou ensaio a responsabilidade pelo trabalho de revisão linguística. Se pecamos, pois, pela pressa e pela ausência de uma revisão mais apurada, esperamos, em contrapartida, oferecer-lhe a contribuição de uma análise pertinente no calor da discussão e com a urgência que o tema requer.

Ítalo Campos - Organizador

toxcen@saude.es.gov.br





SESA PROMOVE DEBATE NO DIA MUNDIAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

A Secretaria de Estado da Saúde (Sesa), por meio do Centro de Atendimento Toxicológico - **Toxcen**, realiza no dia 10 de setembro a mesa redonda “**Dia Mundial de Prevenção do Suicídio**”. A proposta é de iniciar uma reflexão sobre o assunto, convidando várias instituições para o debate. O evento acontece de 9 às 12h, no Auditório da Secretaria de Estado de Agricultura, próximo ao Samu. A entrada é franca. O dia 10 de setembro foi instituído pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Dia Mundial de Prevenção do Suicídio.

O Toxcen é um serviço da SESA que realiza orientação via telefone sobre prevenção e atendimento imediato nos acidentes por intoxicações, fornecendo informações à população em geral e orientando os profissionais de saúde sobre substâncias tóxicas que causam danos às vítimas humanas, animais e acidentes ambientais. O atendimento telefônico é feito 24 horas no fone **0800 2839904** para todo o estado do Espírito Santo.

“O Toxcen atende, e quando há alguma ocorrência relatada por profissionais de saúde ou pessoas leigas que acionam o serviço - são orientados por telefone na medida que estes informam os dados de identificação, tipo de agente causador do acidente, bem como os sinais e sintomas que se apresentam da vítima”, disse Aurimar Demenech, enfermeiro do Toxcen. Os dados das notificações são sigilosos e ficam registrados em ficha própria. No ano de 2006 foram notificados no Toxcen um total de 9.267 acidentes por intoxicações, e dentre esses casos, 834 foram tentativas de suicídio.

“A faixa etária que comete suicídio é cada vez mais nova, devido à perda de referência simbólica, o que caracteriza um mal do mundo





contemporâneo”, ressaltou o Psicanalista do Centro, Ítalo Campos. O Psicanalista ainda disse que na mesa redonda poderão ser debatidos temas como: “Sociedade Contemporânea x suicídio” e “É possível a prevenção?”.

Tipos de Intoxicação:

- Medicamentos.
- Drogas de abuso.
- Agrotóxicos.
- Domissanitários (domésticos).
- Animais peçonhentos.
- Plantas.
- Produtos ilegais.

Equipe do TOXCEN

- 7 médicos.
- 1 psicanalista.
- 1 enfermeiro.
- 3 funcionários administrativos.
- 36 estagiários acadêmicos dos cursos de medicina, enfermagem e farmácia.
- 1 motorista





I FÓRUM ESTADUAL SOBRE SUICÍDIO

DIA MUNDIAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO 10/09/07 – 9-12h

Convidados para a Mesa Redonda

- Escola Lacaniana de Psicanálise de Vitória.
- Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa Social.
- Associação de Psiquiatria do Espírito Santo.
- Associação de Terapia Familiar do Espírito Santo.

Programação

9:00 – Abertura

Anselmo Tozi – Secretário de Estado da Saúde /ES.

9:30 – Mesa Redonda

- Darlene Vianna Gaudio Angelo – Escola Lacaniana de Psicanálise de Vitória/ES.
- Maria Isa Herkenhoff Araújo – Associação de Psiquiatria/ES.
- Maria Ângela Moura Rodrigues – Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa - Social/ES-HPM.
- Daniele Reis e Silva – Associação de Terapia Familiar do ES.

11:00 – Debate

Debatedores

- Antônio Schimer – Coordenador de Saúde Mental da Sesa.
- Fronzio Calheira Mota – Cel. Comandante – Corpo de Bombeiros Militar/ES-CBM.
- Ailton Vicente Rocha – Professor da Faculdade de Medicina da UFES





II FÓRUM ESTADUAL SOBRE SUICÍDIO

Violência e suicídio nos dias de hoje

10 de setembro de 2008

Auditório do SENAC - Av. Beira Mar-Vitoria-ES

Programação

8:00 - Inscrição com café da manhã

9:00 - Abertura - Mesa Redonda

Ana Maria Ferrara de Carvalho Barbosa

Grupo de Trabalho da Estratégia Nacional de Prevenção do suicídio/ MS

Anselmo Tozi

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

Maria do Carmo Lopes Diniz Hatab

Gerência Estratégica de Vigilância em Saúde / SESA

Sony de Freitas Itho

Núcleo de Prevenção e Atenção às Intoxicações -TOXCEN / SESA

Coordenador: Aurimar Demenech

Núcleo de Prevenção e Atenção às Intoxicações -TOXCEN / SESA





10:00 - Conferência: “Vidas Interrompidas”

José Nazar

Psiquiatra, Psicanalista-Escola Lacaniana de Psicanálise de Vitória, Rio de Janeiro e Brasília

Coordenador: Marcia Silva Campo Dall’Orto

Núcleo de Prevenção e Atenção às Intoxicações – TOXCEN / SESA

12:00 – Debate

13:30 - A Realidade do Espírito Santo

Perfil Epidemiológico da Violência do Espírito Santo

Maria Auxiliadora Fiorillo Mariani

Núcleo Especial de Análise e Situação de Tendência da Saúde do ES / SESA

Atendimento Psicológico do Paciente Suicida no Toxcen

Ítalo Campos

Psicólogo, Psicanalista TOXCEN / SESA

Coordenador: Antônio Schirmer

Núcleo de Saúde Mental da / SESA

14:45 - Debate

15:15 - Intervalo





15:30 - O Suicídio sob Diferentes Abordagens

Edebrande Cavalieri

Filósofo - Centro de Ciências Humanas e Naturais / UFES

Jorge Medina

Jornalista - Universidade Federal do Espírito Santo / UFES

Márcia Rodrigues

Socióloga - Núcleo de Estudos Indiciários / UFES

Patrícia Pavesi

Antropóloga - Departamento de Ciências Sociais / UFES

Coordenadora: Claudia Murta

Departamento de Filosofia / UFES

17:30 - Debate

18:00 - Encerramento





ANSELMO TOZI

Secretário de Estado da Saúde

anselomotozi@saude.es.gov.br

A POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

(O secretário saúda os componentes da mesa: Senhora representante do Ministério da Saúde, Dra. Ana Maria Ferrara; Senhor Secretário de Estado da Justiça, Dr. Ângelo Roncalli; Senhor Secretário de Estado de Agricultura, Abastecimento, Aquicultura e Pesca, Dr. César Colnaggi; Senhor Comandante Geral da Polícia Militar Cel. Antônio Carlos Barbosa Coutinho, Senhor Comandante do Corpo de Bombeiros Militar Cel. Frônzio Calheira; Senhor representante da Polícia Federal, Dr. Expedito Jorge e demais autoridades presente).

Senhoras e Senhores

A política estadual de saúde mental, embasada nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, tem como pressupostos a inclusão social, a atenção psicossocial e a habilitação da sociedade para conviver com as diferenças. Seu eixo norteador é o redirecionamento do modelo de atenção e sua prioridade é a organização de uma rede de atenção em saúde mental tendo a atenção primária à saúde como organizadora.

Tornar hegemônico este novo modelo de atenção é um caminho a ser percorrido não só no Espírito Santo, mas em todo o Brasil, considerando





as dificuldades de romper com a lógica hospitalocêntrica, centralizada e concentrada. No estado, percebemos vazios assistenciais em saúde mental nas Macrorregiões Norte e Sul e um maior número de serviços extra-hospitalares na Região Metropolitana.

Mas alguns avanços na cobertura de serviços extra-hospitalares pelos municípios podem ser observados. Em 1999 era de 25%, 36% em 2002, 46% em 2003 e 59% em 2006. Atualmente, 62% possuem serviço de saúde mental, o que representa 48 municípios, com as seguintes modalidades: Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Equipes de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde, oferta de consulta psiquiátrica nos Centros de Referência de Especialidades e Ambulatório de Saúde Mental.

Decorrente desta ampliação houve um aumento no financiamento dos serviços extra-hospitalares, cujos gastos em 2000 eram de R\$ 643.170,42 e atingiram R\$ 2.631.139,72, em 2007, considerando a produção dos CAPS e das residências terapêuticas.

- A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

As estratégias para a ampliação da Rede de Atenção em Saúde Mental agregam vários segmentos do sistema de saúde e foram assim definidas:

- Incentivo aos municípios na dinamização da rede de saúde mental, com recursos co-financiados do Estado para a criação de novos serviços, mobilizações locais para maior capilaridade da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e consequentes mudanças culturais;
- Sensibilização dos gestores, profissionais de saúde por meio da veiculação de informações e eventos visando a ampliação da cobertura assistencial em saúde mental, incorporação e fortalecimento do modelo de atenção integral às pessoas com transtornos mentais e aos usuários de álcool e outras drogas;
- Articulação e integração com as equipes municipais e estadual da Estratégia Saúde da Família e de agentes comunitários de





saúde, para identificar, acompanhar e orientar os familiares e as pessoas com transtornos mentais e/ou relacionados ao uso de álcool e de outras drogas;

- Implantação do Programa de Atenção Comunitária aos Usuários de Álcool e Outras Drogas em conjunto com o Conselho Estadual sobre Drogas, Fórum Metropolitano de Atenção aos Usuários de Drogas e Secretarias Municipais de Saúde;
- Efetivação da Educação Permanente dos profissionais de saúde e de saúde mental com articulação interinstitucional entre a Secretaria de Estado da Saúde, Instituições de Ensino Superior e Gestores;
- Otimização do Fórum de Saúde Mental para articular e potencializar o trabalho dos diversos atores de saúde mental, objetivando fortalecer a prática clínico-institucional, a gestão política, a pesquisa e a veiculação das informações.

Plano Estadual de Expansão da Rede de Saúde Mental

A Secretaria de Estado da Saúde visando a ampliação do acesso e da atenção psicossocial lançou no ano de 2007 o Plano Estadual de Expansão da Rede de Saúde Mental. O objetivo é ampliar a cobertura de CAPS principalmente a usuários de álcool e outras drogas, por meio de co-financiamento e de gestão compartilhada do serviço. Foram repassados, aproximadamente, R\$ 2,5 milhões para a construção de CAPS nos seguintes municípios:

- Nova Venécia (CAPS I) e São Mateus (CAPS –ad), na Macrorregião Norte.
- Santa Maria de Jetibá (CAPS I), na Macrorregião Centro.
- Castelo (CAPS I) e Cachoeiro do Itapemirim (CAPS ad) na Macrorregião Sul.

Estão previstos repasse de recursos para a construção de CAPS I nos municípios de Aracruz e Viana e para mais 05 municípios, nos anos subsequentes





Plano Estadual para Criação de Serviços Hospitalares de Referência na Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas no Espírito Santo

As internações psiquiátricas em geral de **2001-2005** (AIH's com longa permanência) totalizaram 52.195, o tempo médio foi 24 dias de permanência e o valor pago aos hospitais (05) foi R\$ 33.591.790,83. Destas, 12.644 internações foram decorrentes do uso de álcool e outras drogas, cujo valor significou R\$ 7.216.159,05, sendo R\$ 5.322.652,65 pagos à Clínica de Repouso Santa Izabel, de Cachoeiro do Itapemirim. Especificamente no ano 2006, ocorreram 2.521 internações, cujo valor pago a esses hospitais foi de R\$1.412.605,53 (SESA/GERA/NSIAS, 2006).

Para romper esta lógica foi elaborado em 2006 o Plano Estadual para Criação de Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas no Espírito Santo que otimiza os leitos clínicos. Neste mesmo ano, o Plano foi apresentado às Câmaras Técnicas das CIB's Microrregionais visando a sensibilização, divulgação e definição de hospitais potenciais para a criação do SHR-ad, nas diversas microrregiões.

A partir de 2007 foram realizadas as primeiras discussões para a criação do serviço no Hospital da Polícia Militar, Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim e Hospital Antonio Bezerra de Faria, estando atualmente em negociação.

Centro Integrado de Atenção à Criança e ao Adolescente

O Centro Integrado de Atenção à Criança e ao Adolescente será um serviço de saúde de base territorial, para atenção psicossocial a adolescentes e jovens usuários de drogas e seus familiares, com múltiplos serviços articulados à rede de atenção à saúde.

Este projeto está em fase de elaboração e conta com a parceria dos municípios, do Conselho Estadual sobre Drogas e da articulação com o Conselho Estadual de Saúde. Estamos trabalhando para criar progressivamente, 04 Centros, sendo 01 na Macro Norte, 01 na Macro Sul e 02 na Macro Centro, formados pelos seguintes serviços:





- CAPS ad com quinze leitos e funcionamento 24 horas.
- Espaço de Convivência
- Núcleo de Estratégia da Saúde da Família
- Articulação com os outros serviços que compõem a rede, com os Centros de Referência da Assistência Social – CRAS e Centros de Referência de Especialidades da Assistência Social – CREAS.

Além da estruturação da Rede de Atenção em saúde mental a educação permanente dos profissionais de saúde é uma prioridade assumida pelo Governo do Estado. Esta afirmativa pode ser comprovada pela sociedade capixaba no lançamento da “Coleção Uma Nova Saúde”, composta por linhas-guia e manuais que orientam a organização das Redes de Atenção à Saúde ocorrida em julho deste ano, com a participação do Exmo.sr. Ministro da Saúde Dr. José Gomes Temporão.

Este Fórum sobre o Suicídio, com a presença de autoridades de Estado, profissionais e estudantes é uma boa oportunidade para darmos conhecimento das ações e projetos que o Governo do Estado do Espírito Santo tem empreendido na área de saúde mental. Esperamos que aqui se realize um aprofundamento na reflexão sobre como abordar, como prevenir o suicídio e como articular os serviços existentes nesta área. Este será o desafio de todos neste Dia Mundial de Prevenção do suicídio.

Cumprimento a equipe de saúde mental do Toxcen que realizou este evento e desejo a todos um bom trabalho.





SONY DE FREITAS ITHO

Graduada em Medicina pela Escola Superior de Ciências
da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (1977)
Especialização em Administração Hospitalar pela Faculdade
de Ciências da Saúde São Camilo (1984)
Doutorado em Farmácia e Bioquímica pela Universidade
de São Paulo (2001) e residência médica pelo
Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (1979)
Médica da Secretaria Estadual de Saúde do Estado
do Espírito Santo
Chefe do Núcleo Prevenção e Atenção às Intoxicações - Centro de
Atendimento Toxicológico do Espírito Santo
Assessora da ANVISA (Agencia Nacional de Vigilância Sanitária)
- Ministério da Saúde, nas áreas de Intoxicações por
Agrotóxicos e Plantas tóxicas
Publicou dois livros técnicos em Toxicologia
Participação com artigos, livros, revistas, trabalhos, jornais

toxcen@saude.es.gov.br

(A chefe do Núcleo de Atendimento Toxicológico – Toxcen – saúda os componentes da mesa, agradece as presenças das autoridades e do público)





APRESENTAÇÃO DO TOXCEN

Senhoras e Senhores,

O Núcleo de Atendimento Toxicológico – Toxcen – sempre considerou relevante e, às vezes até determinante, a vertente psíquica/emocional nos casos de intoxicação por tentativa de suicídio. Por isso, e por entender que um serviço de saúde não se faz apenas do ponto-de-vista médico, é que nosso trabalho e atendimento é multiprofissional, tentando chegar a uma visão integral do ser humano.

Neste ano de 2008, em que o Toxcen comemora seus dezesseis anos de funcionamento, trago para vocês alguns dados da nossa história e de nosso serviço. Ao final apresentamos algumas informações e dados epidemiológicos extraídos de nosso banco de dados.

Criação

O Núcleo de Atendimento Toxicológico do Espírito Santo - Toxcen, é um serviço ligado a Secretaria Estadual da Saúde – Gerência Estratégica de Vigilância em Saúde -GEVS e está sediado no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), hospital pediátrico de ensino, de referência estadual, onde funciona o serviço desde sua implantação em abril/1992. Foi aí montado visto que a maioria das exposições/intoxicações acontecem nas crianças.

Objetivo e Prestação de Serviços

Com funcionamento ininterrupto 24 horas por dia, tem como objetivos: assessorar médicos e outros profissionais de saúde pública ou privada, no atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de





intoxicação aguda, sejam da Grande Vitória ou do interior, neste ou em outro estado.

Auxilia ainda na orientação da população leiga sobre questões referentes aos acidentes tóxicos, com vítima ou simplesmente informação.

Não deixa de exercer seu papel na prevenção aos acidentes com medidas para proteger as crianças dos produtos tóxicos e do envenenamento devido a acidentes com animais peçonhentos, juntamente com seus familiares que vêm aquela unidade hospitalar requerer atendimento pediátrico, duas vezes por dia, desde o ano 2000. Expandiu esta modalidade de informação a mais de 20 estabelecimentos entre hospitais, pronto-atendimentos, unidades básicas e outros serviços de saúde, públicos ou privados.

Gera busca ativa em vários hospitais e pronto-socorros distribuídos na Grande Vitória, firmando assim seu papel de referência das intoxicações.

Promove treinamentos e atualizações sobre o tema “Intoxicações” à comunidade universitária, profissionais de saúde e população em geral com cursos, seminários, palestras e orientações preventivo-educativas.

É referência médica das notificações ao SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação – Ministério da Saúde) referentes aos acidentes por animais peçonhentos, avaliando o agente e analisando os dados clínicos com as propostas terapêuticas efetuadas.

Analisa e avalia os dossiês toxicológicos dos fabricantes de agrotóxicos (já registrados pela ANVISA - Agencia Nacional Vigilância Sanitária – MS), através do Cadastro de Agrotóxicos, destinados à Secretaria de Estado da Saúde, no que concerne a autorização de novos produtos agrícolas requerentes para utilização no estado.

Anualmente encaminha os dados de atendimento ao SINITOX (Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – FIOCRUZ – MS) contribuindo assim com os números compilados de todos os outros Centros de Informações e Assistência Toxicológica (CIAT) distribuídos no país, para servir de elemento de análise.

Mantém a população orientada e atualizada, através das mais variadas formas de mídia, quanto aos dados epidemiológicos e pre-





ventivos sobre as ocorrências de situações ou às quais os cidadãos podem estar expostos.

Sobre o Atendimento

O paciente intoxicado pediátrico que chega ao HINSG tem seu atendimento direto. Os demais pacientes (adultos e crianças que chegam a outros serviços de saúde como urgência/emergência), o atendimento é feito pelo telefone 0800-283-9904.

Quando um serviço recebe um paciente onde há suspeita ou confirmação de intoxicação, o profissional de saúde, à partir do exame físico, contacta o Toxcen, há uma avaliação do caso pelo plantonista e passado a melhor forma de atendimento, o diagnóstico e as medidas terapêuticas ideais.

O contato entre os profissionais permanece até que o paciente esteja em condições de alta toxicológica.

Registros em 2007

No ano de 2007, ocorreram 7.786 registros, considerando os eventos tóxicos em humanos (7.697 casos), em animais (33) e as solicitações de informações.

O agente com o maior número de casos em humanos foi o medicamento (2.621 casos; 34,1%) seguido pelos agrotóxicos (935; 12,2%), as drogas de abuso (737 casos; 9,6%), os acidentes por animais peçonhentos (666 casos; 8,6%) e os produtos de uso doméstico (532 casos; 6,9%).

A faixa etária de maior ocorrência de casos foi a menor de 10 anos de idade (2.514 registros; 32,6%) com um pico de 1 a 4 anos (1730 notificações).

A ocorrência acidental predominou (3203 casos; 41,6%). A tentativa de suicídio foi a segunda circunstância (motivo) de intoxicação (1423 casos; 18,5%) com maior número de casos na faixa etária de 20-29 anos, no sexo feminino (2,8:1).





Considerando todos os agentes, o sexo feminino excedeu levemente (52,2%) que o masculino (47,5%).

O conjunto dos municípios da Grande Vitória predominou (64,8%) aos outros municípios do estado.

De todos os casos notificados, ocorreram 28 óbitos. Os agrotóxicos contribuíram com 17 (60,7%), seguido pelos medicamentos (4 registros) e picada por escorpião (3 casos).

História do TOXCEN com 16 Anos de Atividades

Diante do crescente número de crianças vítimas de Intoxicação no HINSG - Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória e da necessidade de uma diretriz para melhor atender, aprimorar o diagnóstico e as medidas terapêuticas, foi implantado pela Dra. Sony de Freitas Itho, em abril de 1992, o primeiro Centro de Controle de Intoxicações no Estado, sediado no próprio Hospital Infantil, funcionando em regime ininterrupto de plantão, 24 horas por dia. Foi criado, inicialmente com o nome de CCI-ES - Centro de Controle de Intoxicações do Espírito Santo, sendo que, em 1999 foi substituído para TOXCEN - Centro de Atendimento Toxicológico, devido à sua maior abrangência, por ampliação de suas atividades, sendo o único do Estado.

O TOXCEN, um serviço destinado à difusão de conhecimentos técnico-científicos no campo da Toxicologia, tem o objetivo fundamental de informação e orientação a profissionais de saúde humana ou animal no atendimento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de agravos de natureza toxicológica provocados por quaisquer substâncias potencialmente tóxicas, quer sejam medicamentos, agrotóxicos, animais peçonhentos, plantas, produtos de uso doméstico e industrial. Desenvolve ainda projetos de prevenção em comunidades, escolas, creches, empresas, hospitais e unidades de saúde.

Atua em entidades públicas e privadas tanto para a população da capital e interior como para outras cidades de estados vizinhos.

O TOXCEN está ligado também ao Ministério da Saúde através da Gerência Geral de Toxicologia da Agência Nacional de Vigilância Sani-





tária (ANVISA) e ao Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). Seu aprimoramento científico é fortalecido pela Associação Brasileira de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (ABRACIT). É apoiado pelo HINSG através da cessão, na quase totalidade, dos materiais de apoio e consumo, de medicamentos especiais, dos antídotos e soros, assim como da alimentação dos plantonistas.

O TOXCEN efetua o registro dos atendimentos toxicológicos através de fichas de notificação individual que, após tabulação são enviadas ao SINITOX que, por sua vez, é responsável pela coleta, compilação, análise e divulgação aos outros 31 Centros de Controle de Intoxicações casos de intoxicação e envenenamento registrados por uma Rede composta de localizados em 17 estados brasileiros.

No ano de 1992, contou com uma equipe de sete plantonistas acadêmicos de medicina, uma auxiliar para a elaboração das fichas em sistema manual e sua médica fundadora. Neste primeiro ano, com nove meses de criação, foram registrados 812 atendimentos (cerca de 90 casos/mês) somente com um ramal interno de telefone.

O serviço cresceu e hoje somos 28 plantonistas acadêmicos em medicina, dois em enfermagem, dois em farmácia, seis médicos, dois psicólogos, um enfermeiro, que respondem por uma média de 1.050 atendimentos/mês. O apoio conta com um motorista e dois funcionários administrativos. Por estar instalado num hospital de ensino de referência estadual, o TOXCEN tem o apoio ainda de uma equipe multiprofissional composta de médicos de todas as especialidades, médicos-residentes, profissionais de enfermagem e serviço social com orientação adequada para assistir aos pacientes. Atualmente conta com uma linha de telefone 0800, duas linhas diretas além do ramal interno.

É feito atendimento através de “Busca Ativa” nos hospitais Dório Silva, Santa Casa de Misericórdia, São Lucas, Antônio Bezerra de Faria, Hospital das Clínicas, Santa Rita de Vitória, Evangélico, Apart, Meridional, Metropolitano, vários Pronto-Atendimentos e Pronto-Socorros entre outros. Este trabalho, inédito aos outros 36 centros de intoxicações do país, tem as finalidades de inserir o TOXCEN na rotina do atendimento do paciente suspeito ou confirmado de intoxicação, minimizar a subnotificação dos casos,





aprimorar a qualidade das informações melhorando o preenchimento da ficha de notificação e o fluxo das evoluções do paciente internado, facilitar a continuidade e fluidez do intercâmbio entre o serviço com os profissionais de saúde desses hospitais, divulgar e atualizar condutas aperfeiçoando o diagnóstico e conseqüentemente o atendimento além da orientação aos usuários sobre prevenção dos acidentes tóxicos.

As informações são dadas diretamente à classe médica através do telefone ou diretamente à população tendo o cuidado de evoluir o quadro, por contato posterior, até a resolução do caso. Para os pacientes pediátricos que normalmente chegam ao Pronto Socorro do HINSG, o atendimento é feito diretamente pelo plantonista (71,6% do total de pacientes de 0-14 anos). Desde sua implantação, tem o cuidado de promover semanalmente, reuniões científicas com os plantonistas do serviço e estagiários, com atualização de temas usuais em toxicologia, éticos, administrativos e revisão clínica dos casos atendidos.

Além de atender as intoxicações em humanos, fornece informações toxicológicas aos usuários assim como orienta e auxilia no diagnóstico e tratamento de intoxicações em animais.

Presta atendimento em saúde mental a pacientes vítimas de intoxicação principalmente por tentativas de suicídio, para orientação psicológica.

O serviço possui um acervo bibliográfico para pesquisa sobre intoxicações agudas e crônicas, composto de livros, folhetos, folderes e monografias. Também conta com um arsenal de antídotos e soros antivenenos para atender aos casos indicados.

Para disseminar conhecimentos sobre a Toxicologia e informações atualizadas sobre os agentes mais utilizados na clínica médica e como preparatório de candidatos à plantonistas do serviço, o TOXCEN promove o “Curso Anual sobre Intoxicações”.

Seus dados serviram como base para Doutorado em Toxicologia, tese de mestrado em Biologia e em Psicologia, bem como para apresentação de inúmeros trabalhos em congressos e similares.

Nesses 16 anos, o TOXCEN pôde difundir, aos profissionais de saúde e leigos, informações técnicas atualizadas, proporcionando novos





rumos e melhoria da qualidade do atendimento aos intoxicados reduzindo assim os índices de mortalidade principalmente entre adultos quando nas intoxicações intencionais (suicidas).

Através dos conhecimentos ofertados, o serviço se orgulha de ter estimulado, direcionado e formado profissionais com capacidade em diagnosticar e habilidade em tratar adequadamente os pacientes que são atendidos nos inúmeros serviços de urgência e emergência deste Estado.

Intoxicações - Uma visão Abrangente

As intoxicações humanas têm crescido nos serviços de saúde que prestam atendimento de urgência/emergência, assim como têm aumentado o número de registros nos 36 Centros de Controle de Intoxicações distribuídos pelo país. Em Vitória, Espírito Santo, o único Centro denomina-se TOXCEN - Núcleo de Atendimento Toxicológico.

O progresso da tecnologia nas últimas décadas proporcionou a injeção de milhares de produtos químicos no mercado, sejam eles sob a forma de medicamentos, extermínio de pragas indesejáveis, enfim, facilitando nossa vida ou nos proporcionando conforto. Juntamente com este progresso veio o crescente número de envenenamentos decorrentes da sua má utilização, descaso quanto às medidas preventivas, desconhecimento dos princípios ativos dos produtos e suas interações, ignorância, irresponsabilidade nos mais diversos níveis pessoais ou governamentais, etc.

A ausência desta matéria no currículo das escolas médicas tem formado profissionais sem conhecimentos de toxicologia e portanto, despreparados até quanto ao primeiro atendimento do intoxicado agudo. Os Núcleos ou Centros de Intoxicações suprem parte desta carência.

Os envenenamentos têm várias facetas e são devido a vários agentes tóxicos: medicamentos, plantas, animais peçonhentos, praguicidas (pesticidas), produtos domissanitários, raticidas, produtos de toalete, alimentos, etc., atingindo a todas as idades.

Cerca de 60% de todos os casos de intoxicação de 0-14 anos acontece entre 2-4 anos. A maioria dos envenenamentos infantis é





de causa acidental. Nos adultos, a incidência maior é de 20-29 anos e a causa mais comum é a intencional, principalmente as tentativas de suicídio. Para cada 3 casos acidentais acontece 1 tentativa de ou o próprio suicídio.

De modo geral, as intoxicações no sexo feminino predominam sobre o masculino. As mulheres se intoxicam mais com medicamentos e raticidas enquanto nos homens, os agentes mais usuais são praguicidas, animais peçonhentos e não peçonhentos e os químicos industriais.

Os medicamentos mais envolvidos nos envenenamentos são os depressores do Sistema Nervoso Central (Benzodiazepínicos, Barbitúricos, Butirofenonas, Fenotiazínicos e Carbamazepina). Dentre os praguicidas (agrotóxicos), os mais comuns são os inibidores da colinesterase (Organofosforados e Carbamatos), além dos raticidas. Dos produtos domissanitários encontramos o hipoclorito de sódio (água sanitária), detergentes, solventes (hidrocarbonetos) e o hidróxido de sódio (soda cáustica). As plantas mais comuns encontradas como agentes de acidentes são as que contêm oxalato de cálcio (comigo-ninguém-pode) e toxalbuminas (mamona e pinhão paraguaio).

Os acidentes toxicológicos são mais predominantes na zona urbana que na rural (2:1).

A cura se dá em mais de 99% dos envenenamentos. Menos de 1% (0,6%), culminam com óbito, sendo que o sexo masculino tem uma prevalência de 2:1 sobre o feminino. Os produtos que tem maior letalidade são os praguicidas tanto os de uso agrícola quanto domésticos, além dos produtos veterinários e raticidas.

Todas as intoxicações são evitáveis. A prevenção é o passo mais importante do tratamento no envenenamento agudo.

Vamos apresentar agora, com auxílio de recursos visuais, um resumo da nossa exposição. Aguardamos a sua visita e desejamos um proveitoso e produtivo evento.





MARIA AUXILIADORA FIORILLO MARIANI

Médica da Secretaria de Estado da Saúde desde 1979
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em 1977
Especialização em Saúde Pública pela UFES em 1984
Especialização em Epidemiologia pela Escola Nacional de Saúde
Pública (ENSP)/SESA em 1997
Coordenadora do Programa Estadual de Controle
da Tuberculose de 1992 a 1999
Coordenadora da Rede Nacional de Informações
em Saúde- RNIS de 1999 a 2002
Chefe do Núcleo Especial de Análise de Situação
e Tendência em Saúde (NASTS) da Gerência de Planejamento e
Desenvolvimento Institucional-GEPI - da SESA
Professora da disciplina de Saúde Pública do curso de
Medicina da UNIVIX

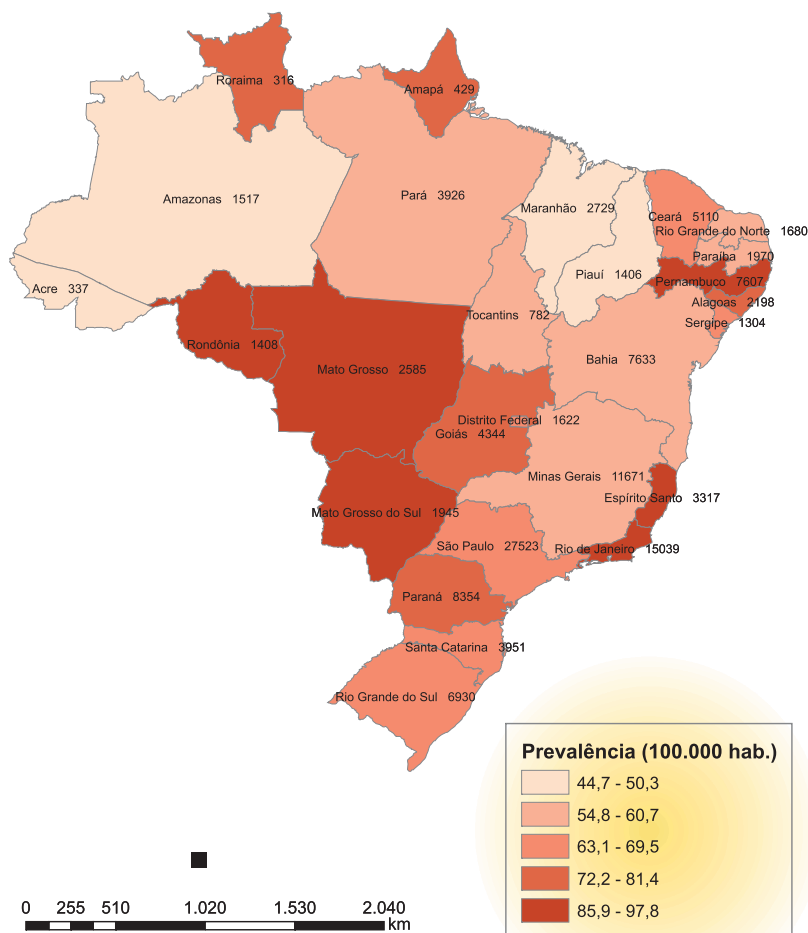
doramariani@saude.es.gov.br





PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO

Prevalência de causas externas no Brasil – 2005





Principais causas de óbitos por faixa etária, ES - 2006

Faixa etária	Colocação	Capítulos CID 10	Nº de óbito	%
Menor de 1	1º	Algumas afec originadas no período perinatal	773	58,21
	2º	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas		17,59
	3º	Doenças do aparelho respiratório		5,56
	4º	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat		4,53
	5º	Algumas doenças infecciosas e parasitárias		4,01
1 a 4	1º	Causas externas de morbidade e mortalidade	140	26,43
	2º	Algumas doenças infecciosas e parasitárias		14,29
	3º	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas		14,29
	4º	Doenças do aparelho respiratório		12,86
	5º	Neoplasias (tumores)		9,29
5 a 9	1º	Causas externas de morbidade e mortalidade	90	37,78
	2º	Neoplasias (tumores)		16,67
	3º	Algumas doenças infecciosas e parasitárias		10,00
	4º	Doenças do sistema nervoso		7,78
	5º	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas		6,67

Faixa etária	Colocação	Capítulos CID 10	Nº de óbito	%
10 a 19	1º	Causas externas de morbidade e mortalidade	600	75,83
	2º	Neoplasias (tumores)		4,67
	3º	Doenças do sistema nervoso		3,83
	4º	Doenças do aparelho circulatório		3,83
	5º	Doenças do aparelho respiratório		2,00
20 a 59	1º	Causas externas de morbidade e mortalidade	6816	35,52
	2º	Doenças do aparelho circulatório		21,13
	3º	Neoplasias (tumores)		14,30
	4º	Doenças do aparelho digestivo		5,66
	5º	Algumas doenças infecciosas e parasitárias		5,34
60 ou mais	1º	Doenças do aparelho circulatório	10726	43,28
	2º	Neoplasias (tumores)		16,60
	3º	Doenças do aparelho respiratório		11,62
	4º	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas		7,25

Mortalidade geral e por causas externas no Espírito Santo, 1980-2006

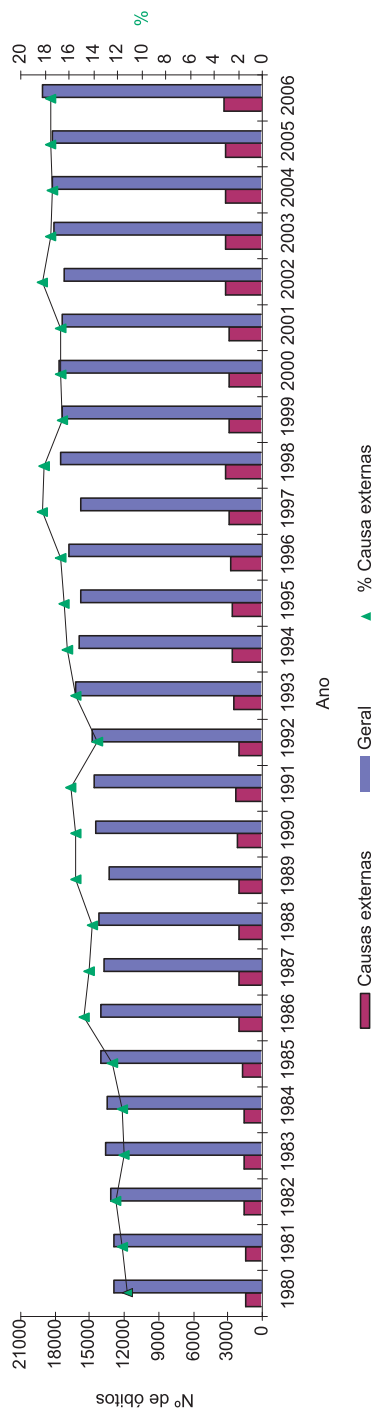
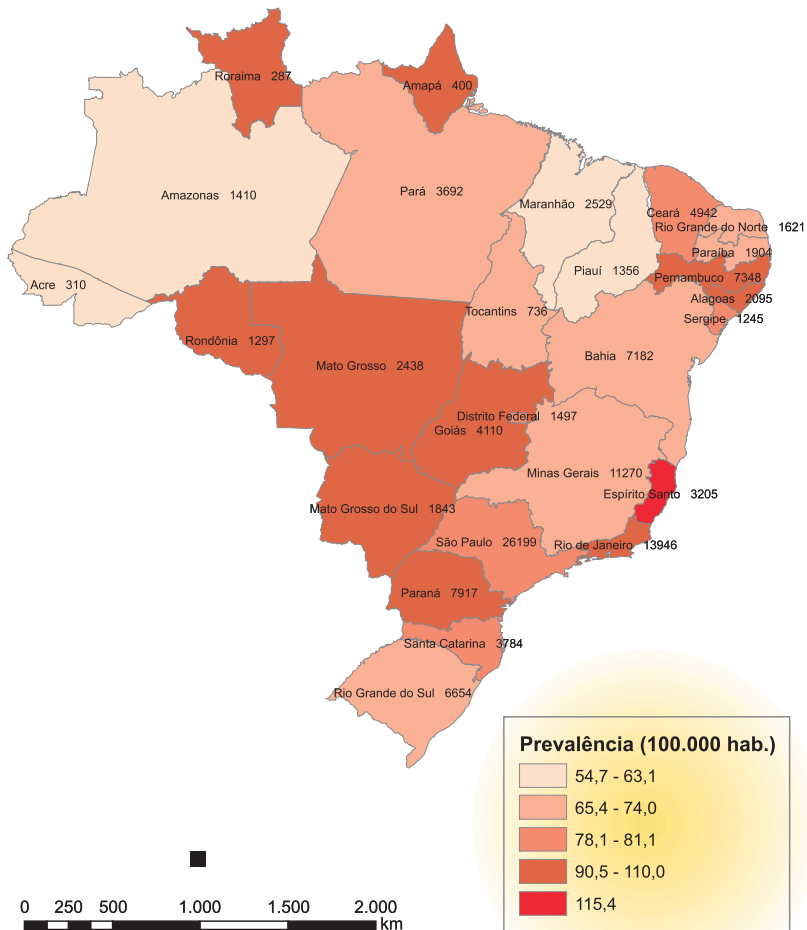


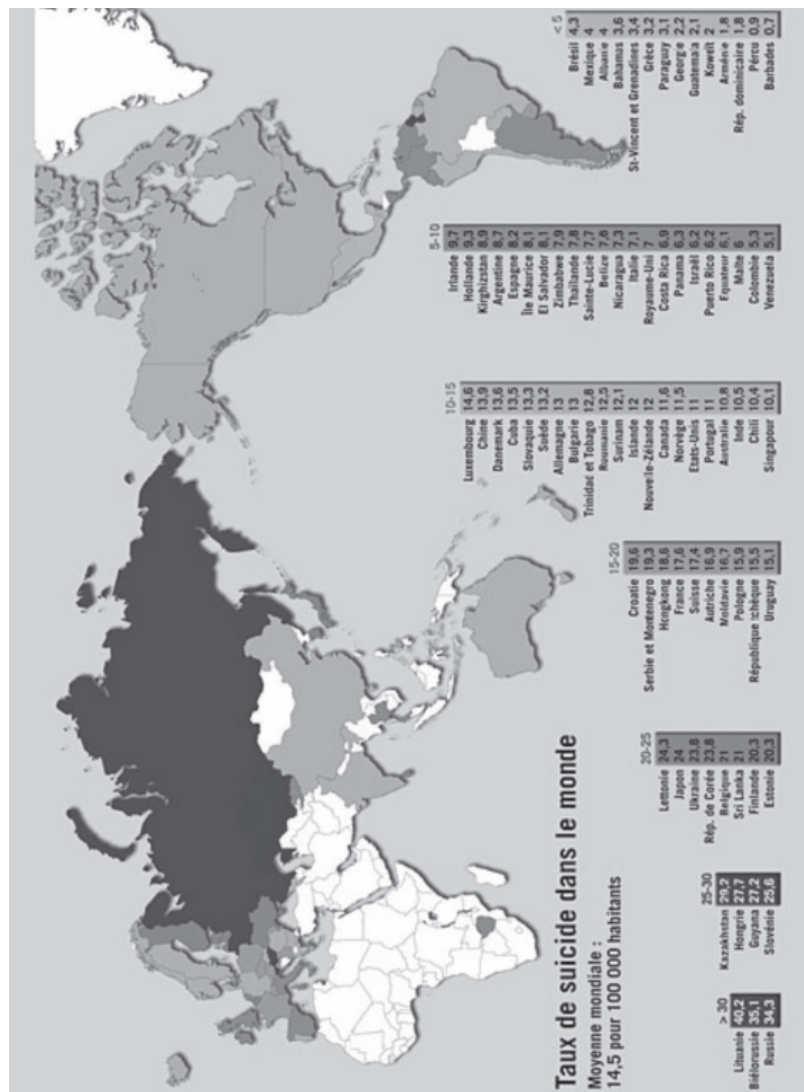
Figura: Mortalidade geral e por causas externas, ES - 1980 a 2006
Fonte: SESA-ES/GEPI/NASTS



Prevalência de causas externas no Brasil, faixa etária acima de 9 anos – 2005

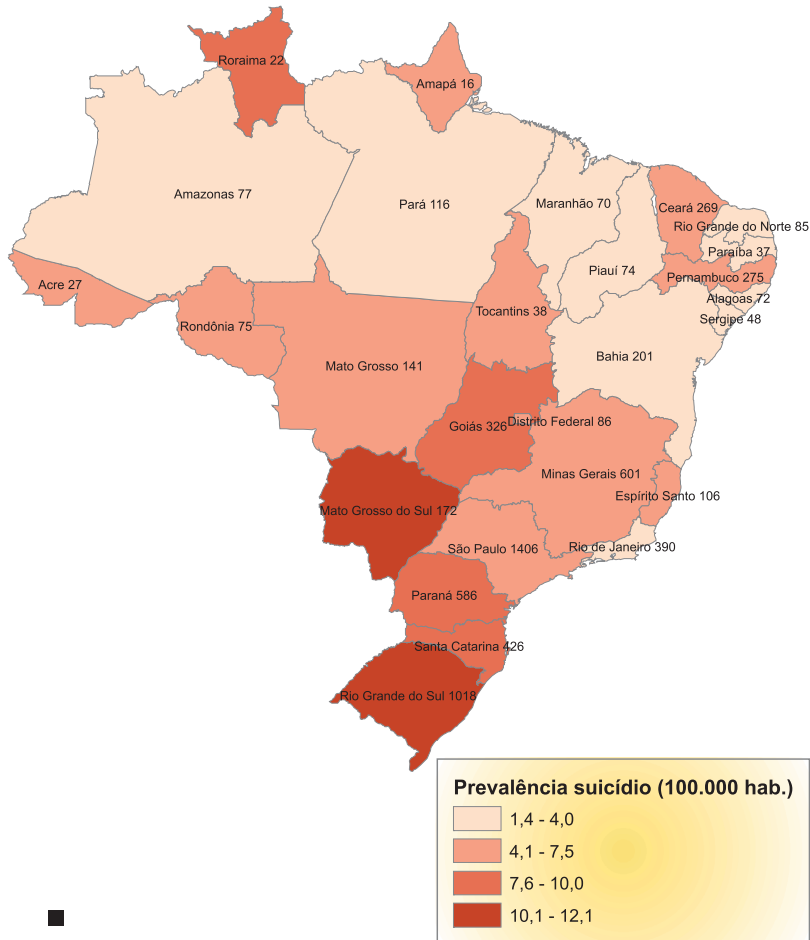


Estatística dos óbitos autoprovocados no mundo



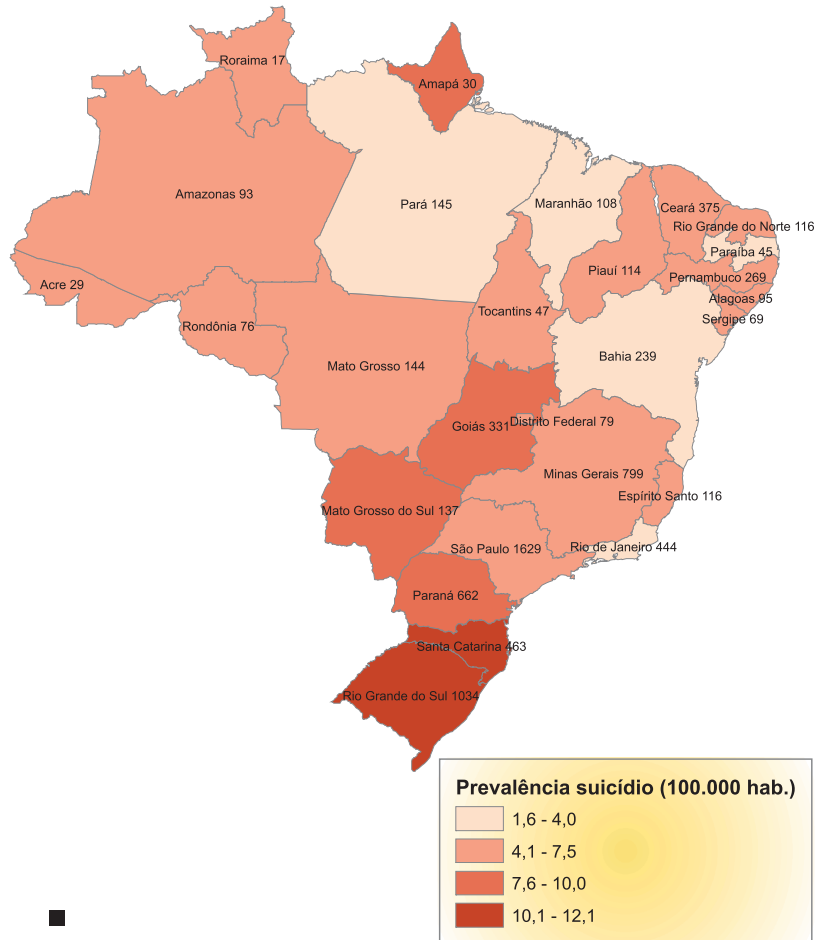


Prevalência de óbitos autoprovocados no Brasil, faixa etária acima de 9 anos – 2000



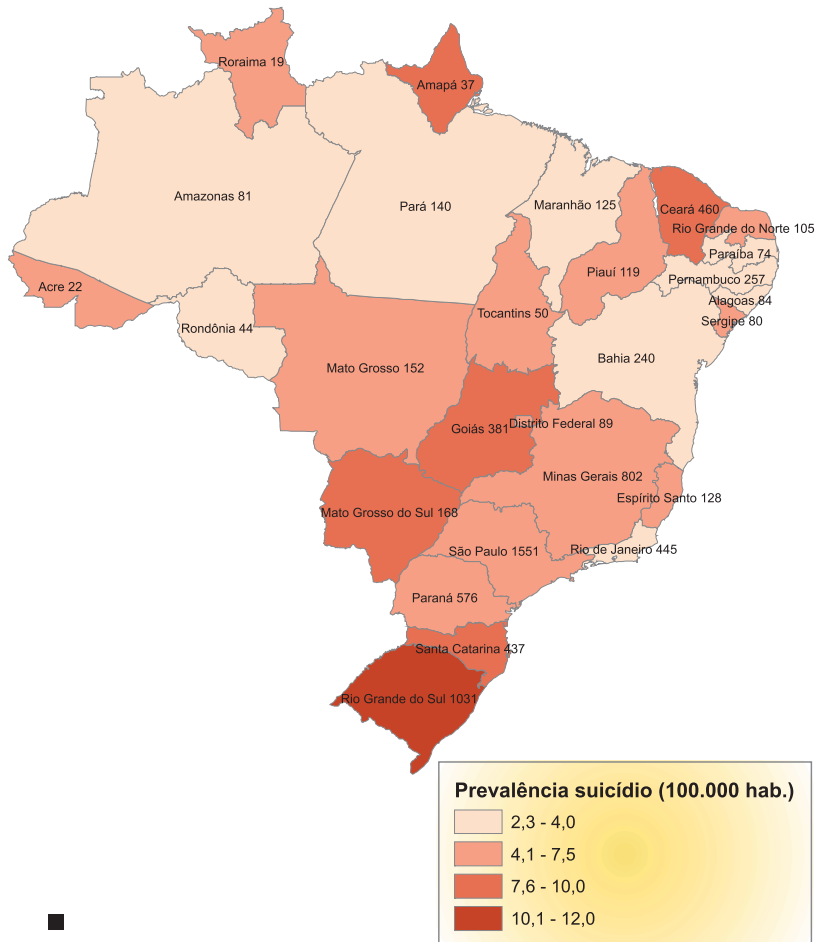


Prevalência de óbitos autoprovocados no Brasil, faixa etária acima de 9 anos – 2001



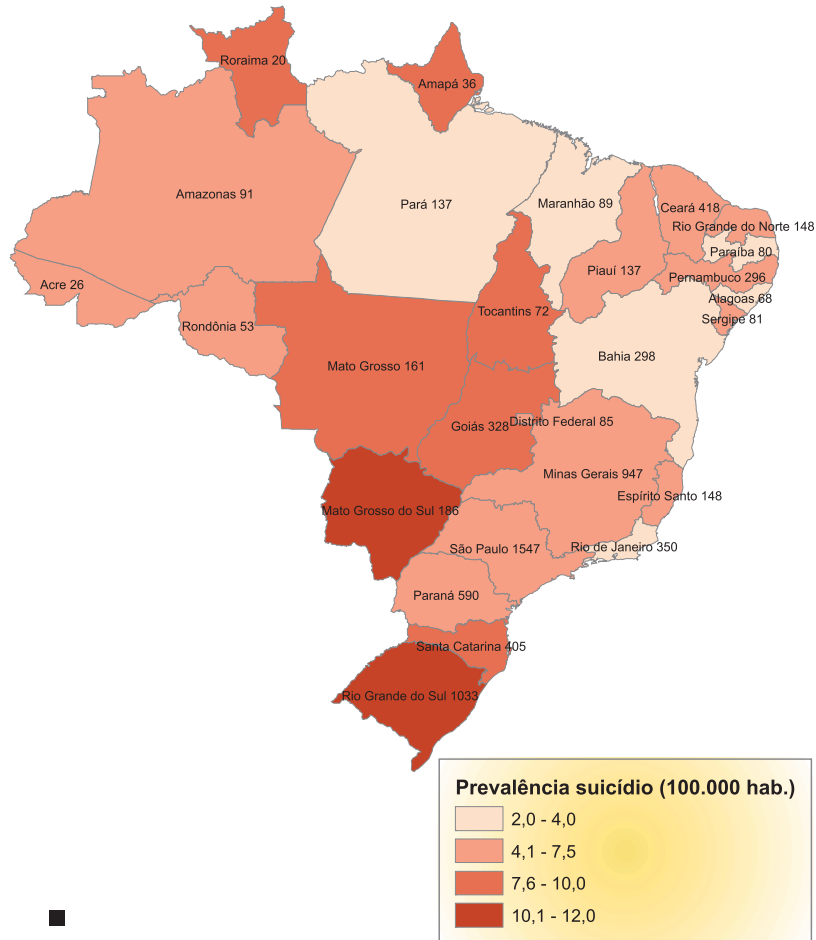


Prevalência de óbitos autoprovocados no Brasil, faixa etária acima de 9 anos – 2002



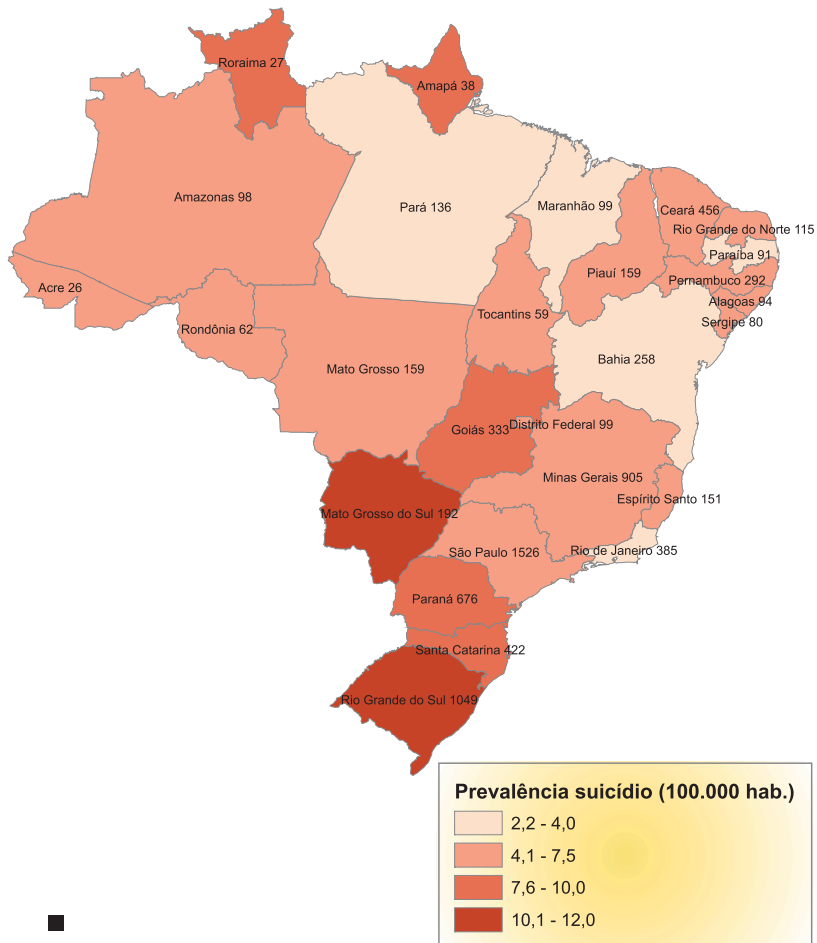


Prevalência de óbitos autoprovocados no Brasil, faixa etária acima de 9 anos – 2003



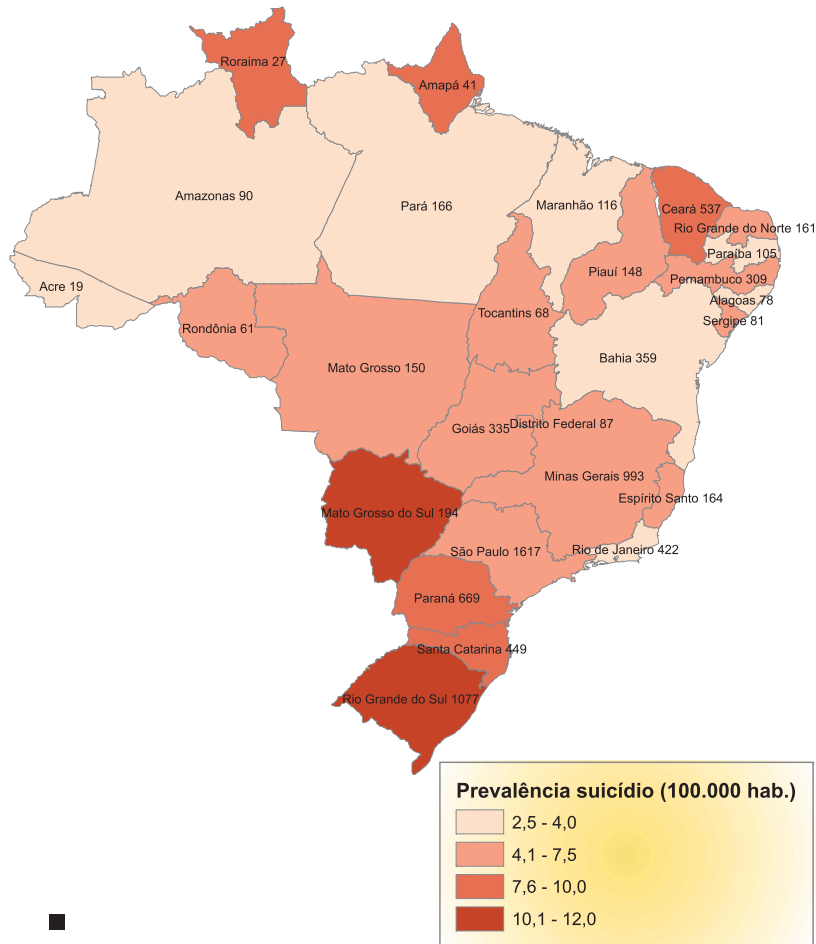


Prevalência de óbitos autoprovocados no Brasil, faixa etária acima de 9 anos – 2004



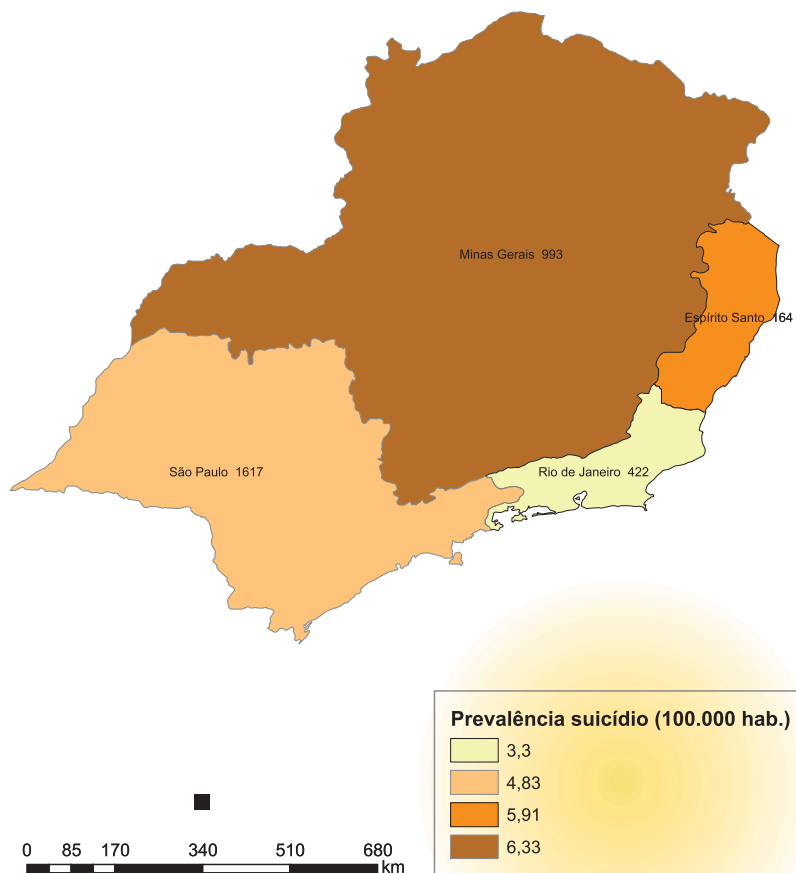


Prevalência de óbitos autoprovocados no Brasil, faixa etária acima de 9 anos – 2005





**Prevalência de óbitos autoprovocados na região,
Sudeste, faixa etária acima de 9 anos – 2005**



Número de óbitos autoprovocados no ES, faixa etária acima de 9 anos – 2000 a 2007

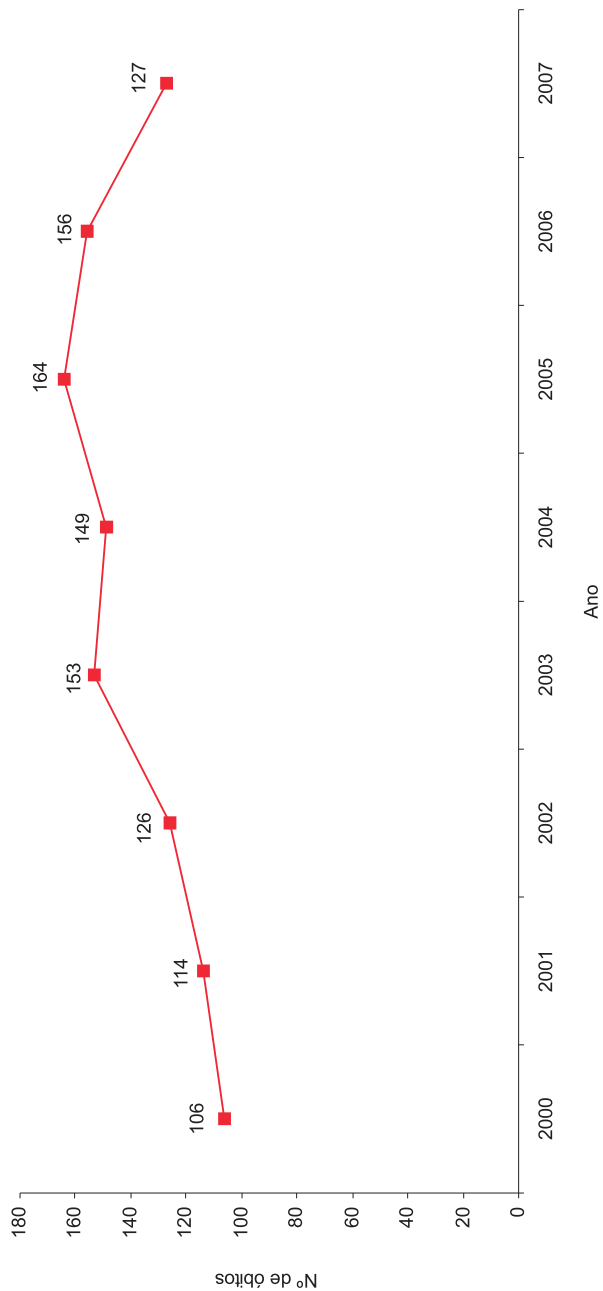


Figura: Óbitos autoprovocados, ES - 2000 a 2007
Fonte: SESA/GEPDI/NASTS

Prevalência de óbitos autoprovocados no ES, faixa etária acima de 9 anos – 2000 a 2007

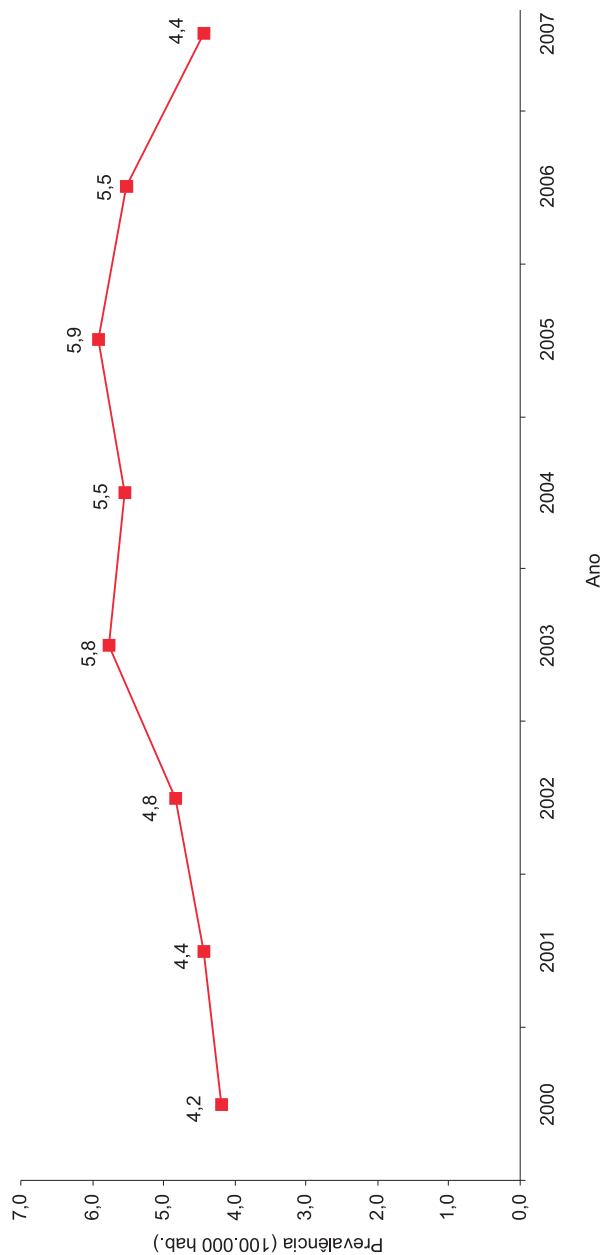


Figura: Prevalência de óbitos autoprovocados, ES - 2000 a 2007
Fonte: SESA/GEPD/NASTS

Distribuição das causas de óbitos autoprovocados no ES, faixa etária acima de 9 anos – 2007

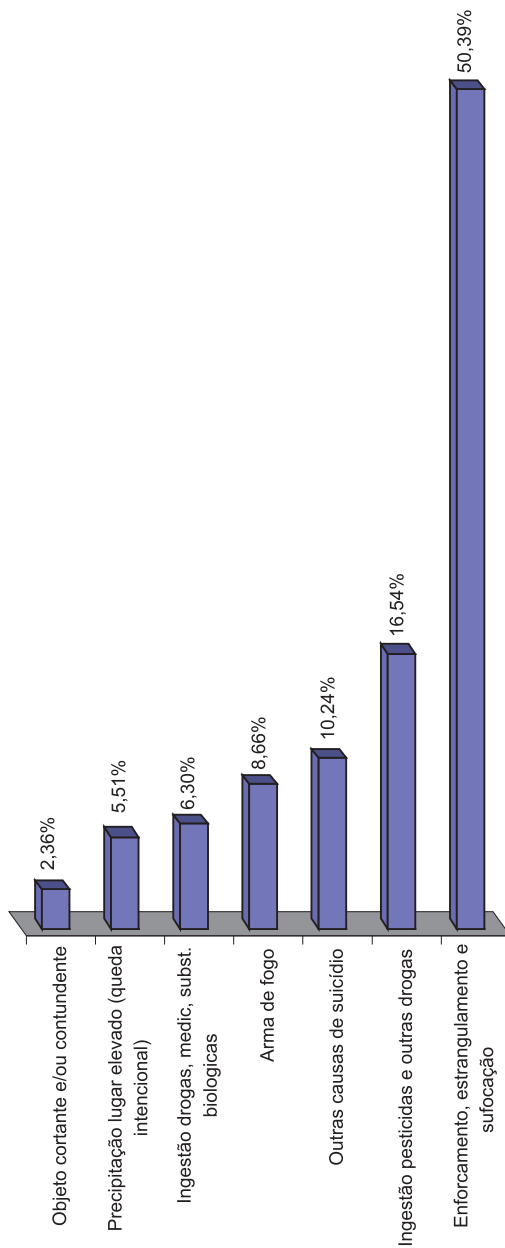


Figura: Óbitos autoprovocados por causa, ES - 2007
Fonte: SESA/GEPI/INASTS

Distribuição das causas de óbitos autoprovocados no ES, faixa etária acima de 9 anos – 2000 a 2007

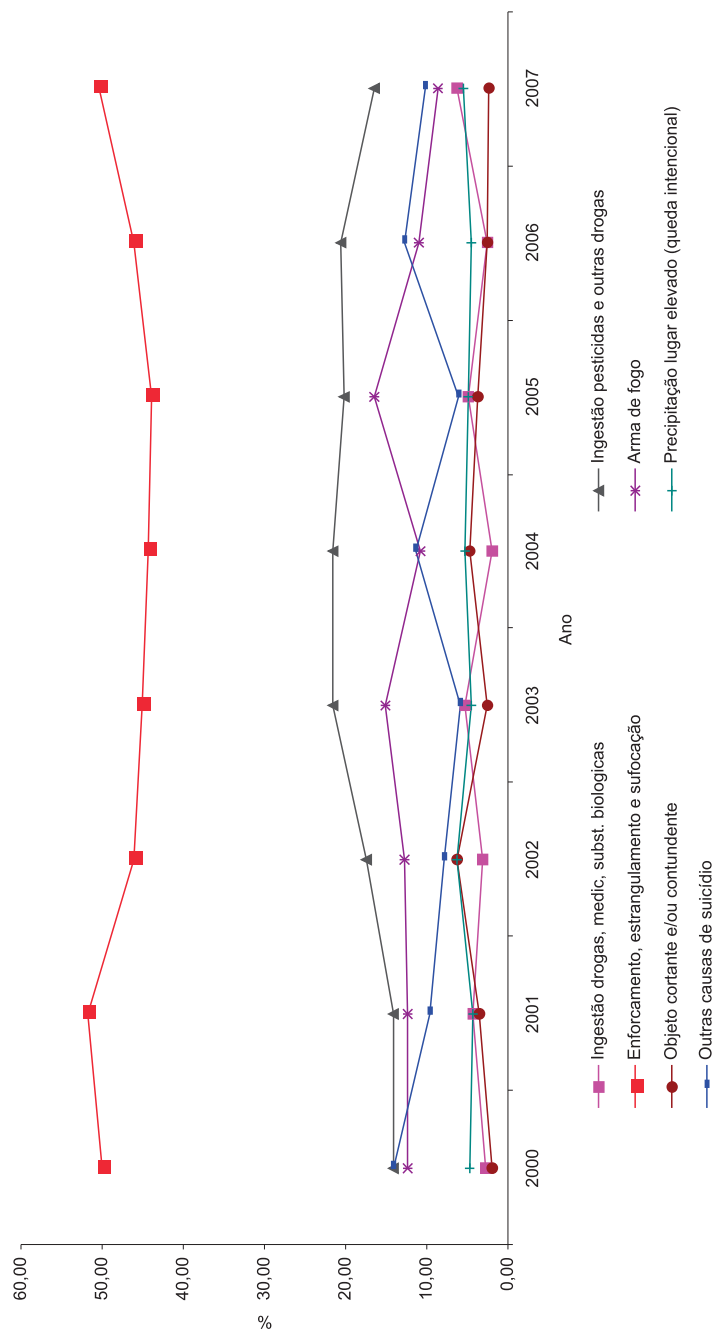


Figura: Óbitos autoprovocados por causa, ES - 2000 a 2007
Fonte: SESA/GEPI/NASTS

Distribuição das causas de óbitos autoprovocados no ES, por sexo – 2007

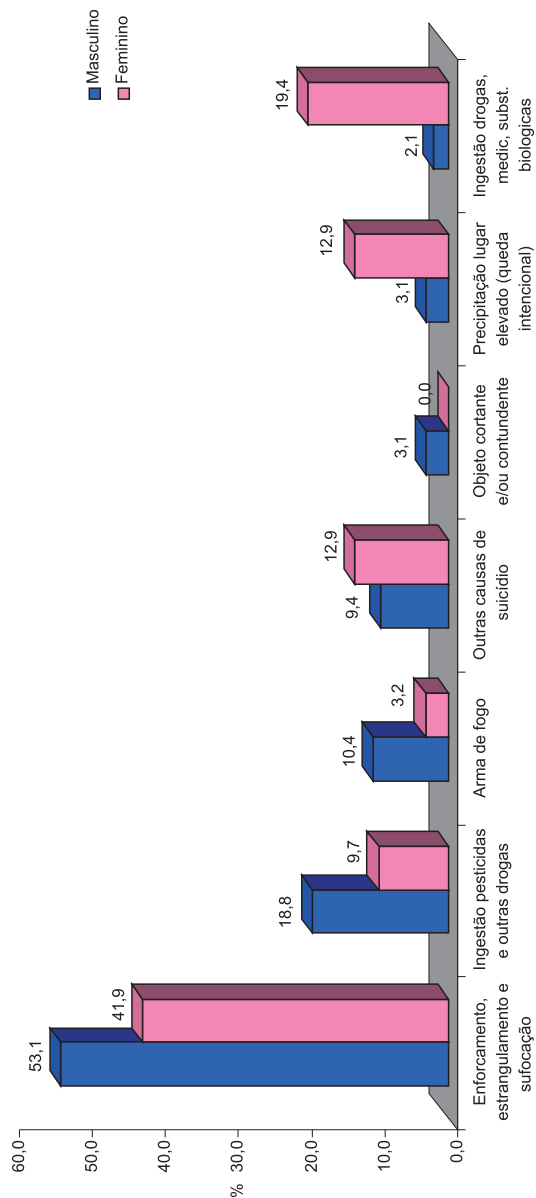


Figura: Óbitos autoprovocados, por causa e sexo, ES - 2007
Fonte: SESA/GEPI/INASTS

Distribuição das causas de óbitos autoprovocados no ES, por faixa etária – 2007

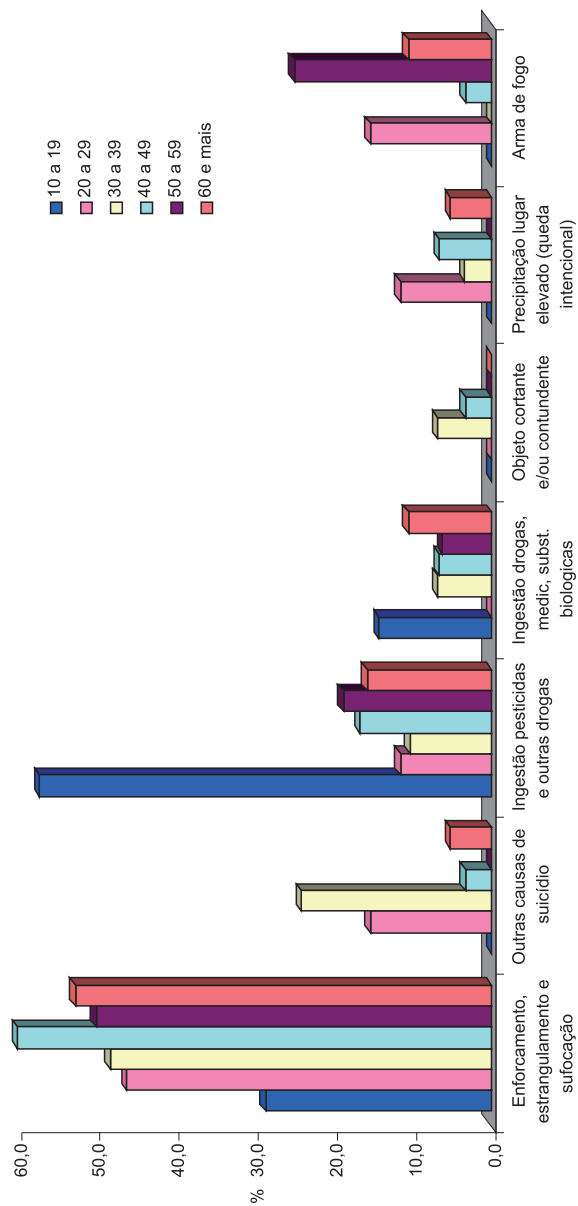


Figura: Óbitos autoprovocados, por causa e faixa etária, ES - 2007
Fonte: SESA/GEPI/INASTS

Distribuição de óbitos autoprovocados no ES, por sexo, faixa etária acima de 9 anos – 2000 a 2007

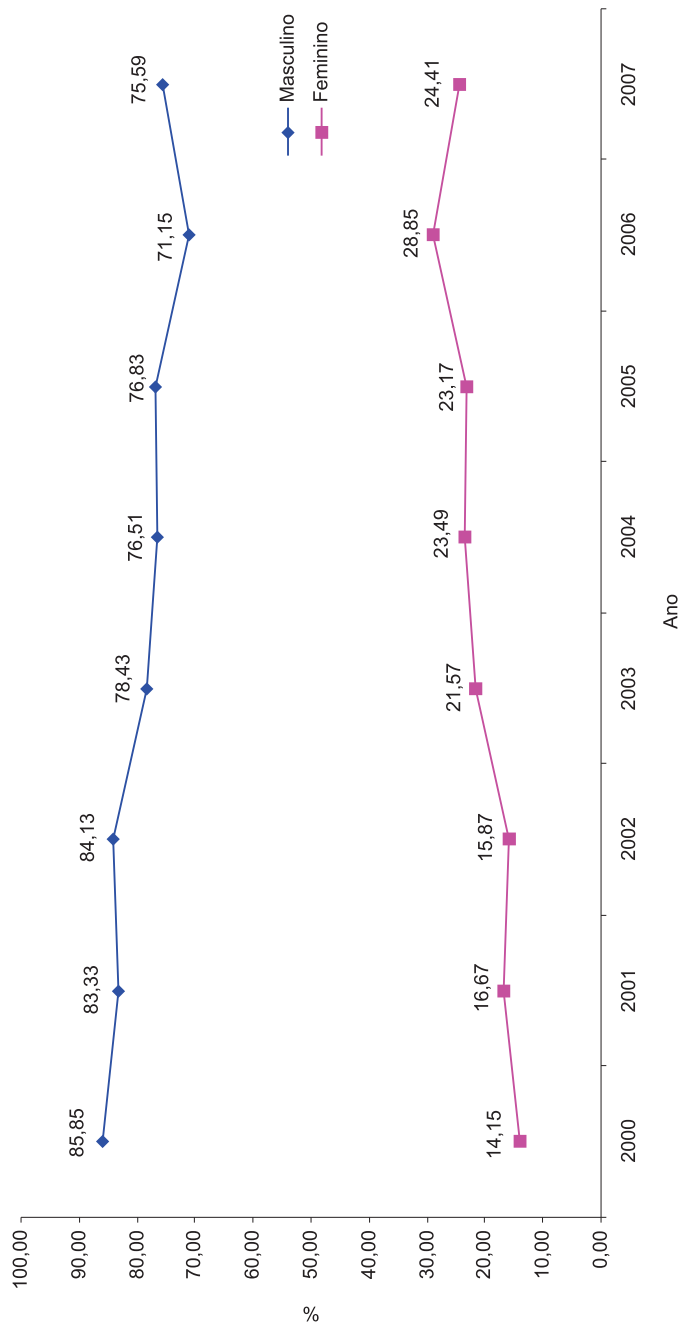


Figura: Óbitos autoprovocados, por sexo, ES - 2000 a 2007
Fonte: SESA/GEPDI/NASTS

Distribuição de óbitos autoprovocados no ES, por sexo e faixa etária – 2007

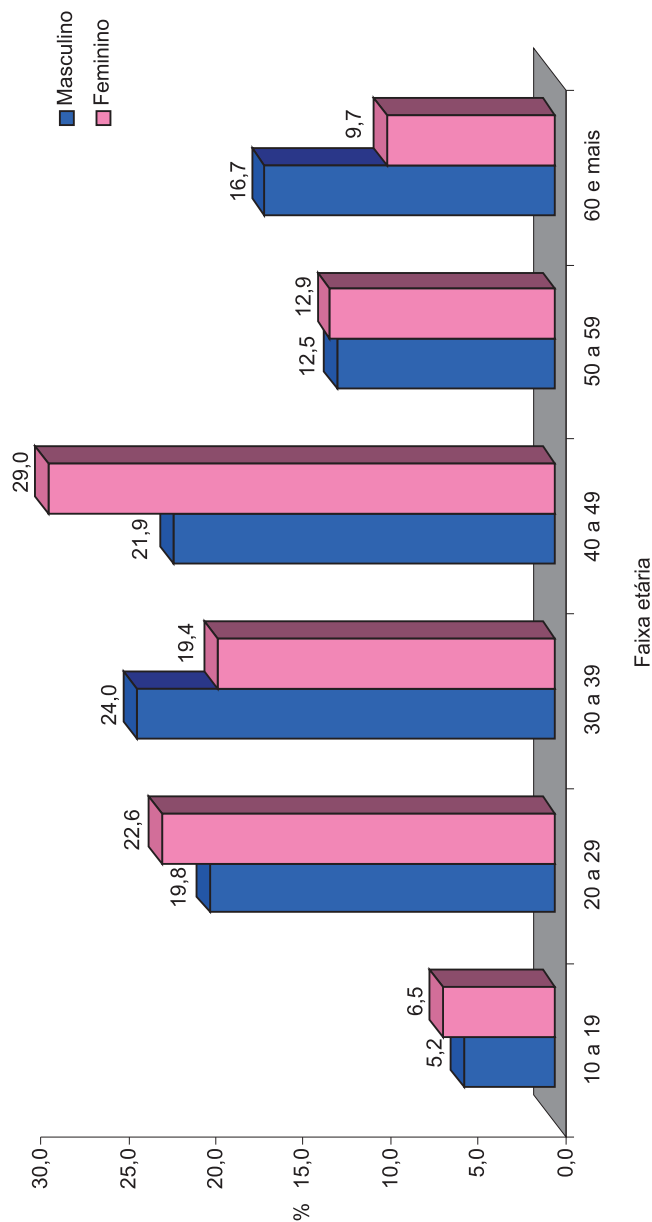


Figura: Óbitos autoprovocados, por sexo e faixa etária, ES - 2007
Fonte: SESA/GEPI/NASTS

Distribuição de óbitos autoprovocados no ES, por faixa etária – 2000 a 2007

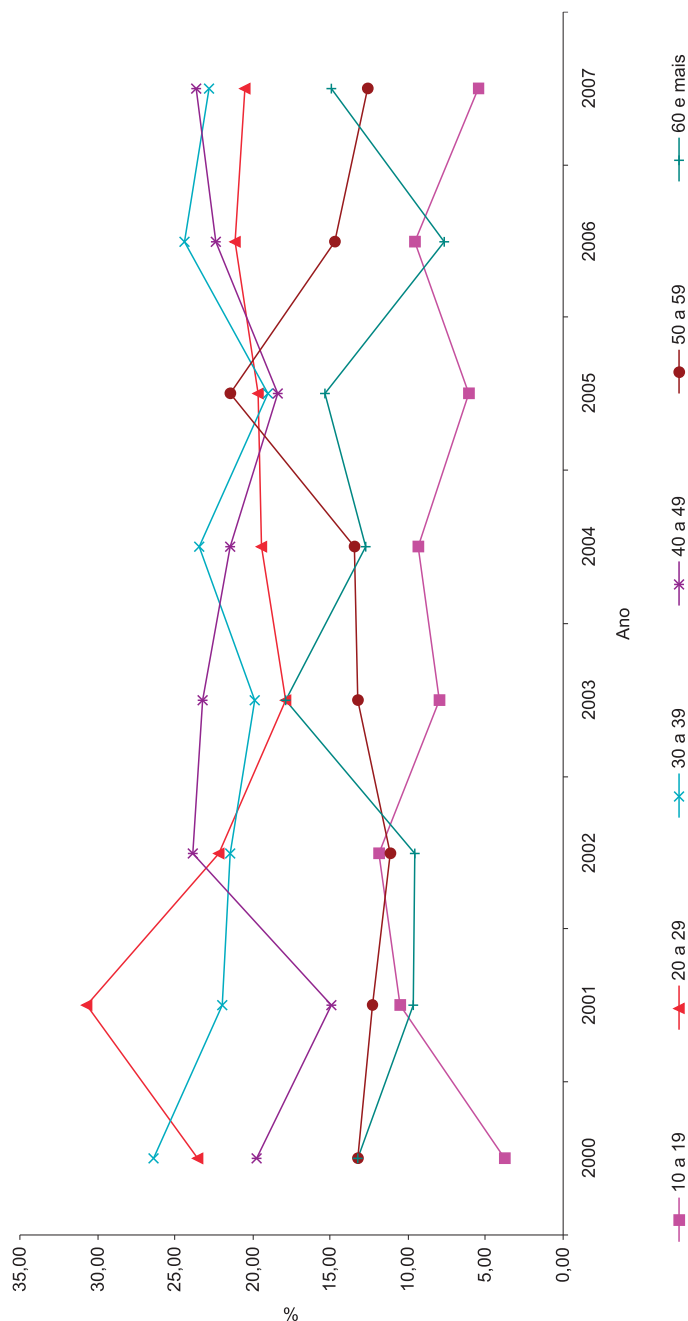


Figura: Óbitos autoprovocados, por faixa etária, ES - 2000 a 2007
Fonte: SESA/GEPI/INASTS

Distribuição dos óbitos autoprovocados no ES, sexo masculino e faixa etária – 2000 a 2007

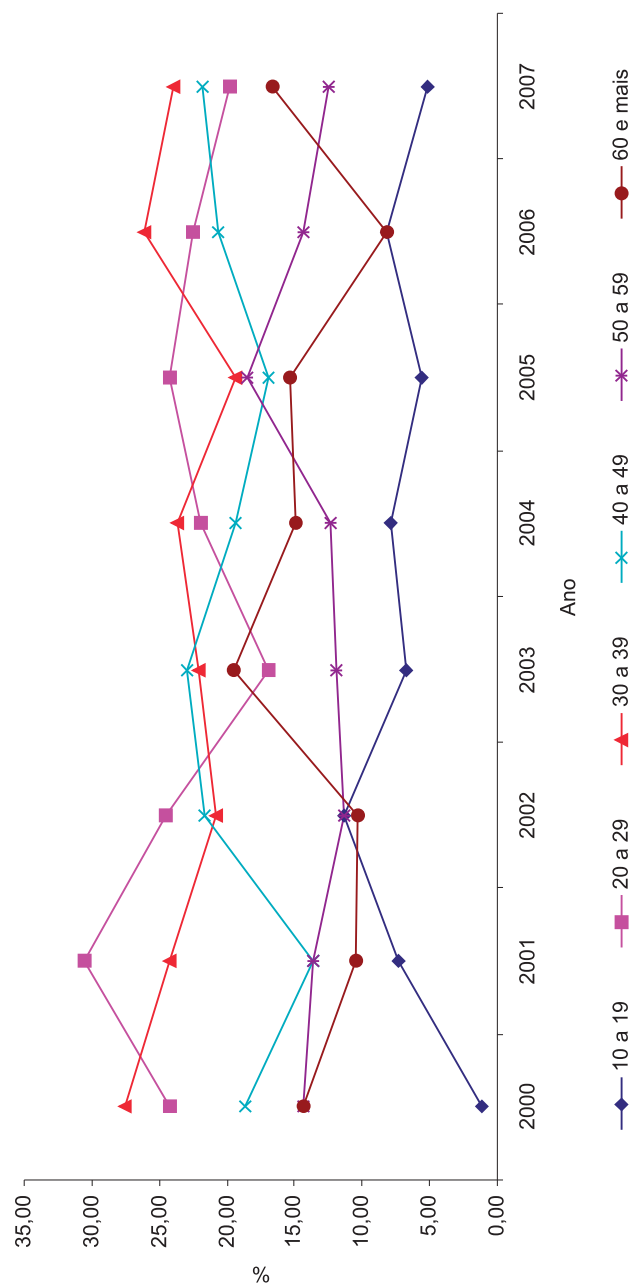


Figura: Óbitos autoprovocados, sexo masculino, ES - 2000 a 2007
Fonte: SESA/GEPI/NASTS

Distribuição dos óbitos autoprovocados no ES, sexo feminino e faixa etária – 2000 a 2007

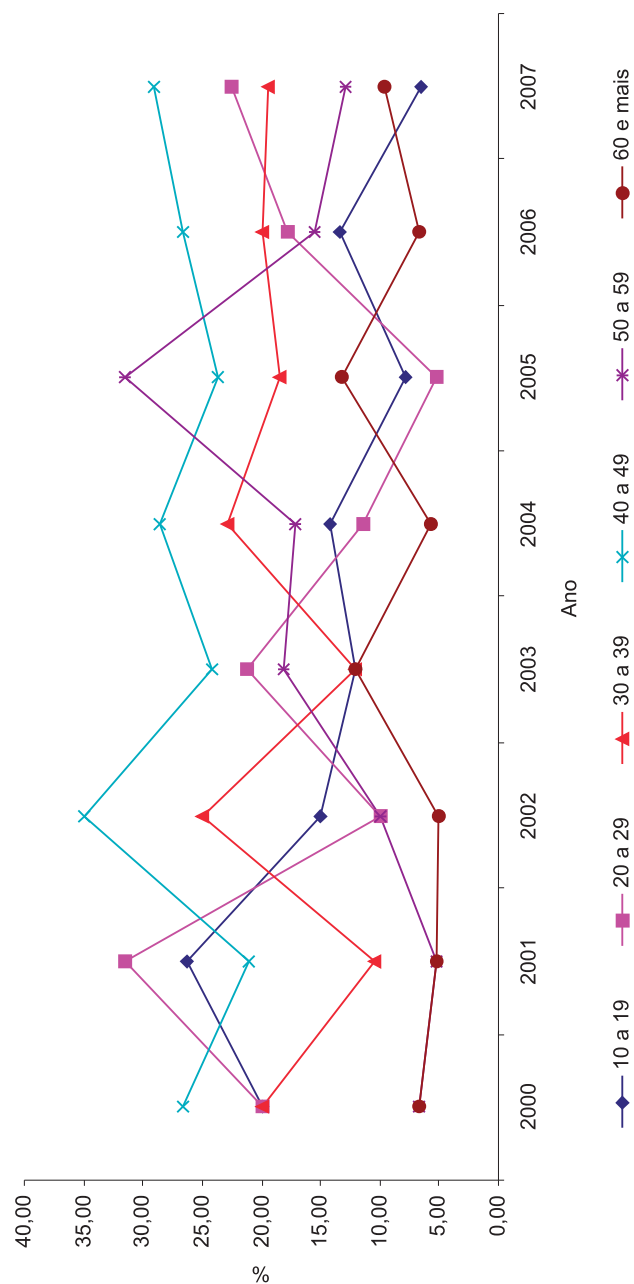


Figura: Óbitos autoprovocados, sexo feminino, ES - 2000 a 2007
Fonte: SESA/GEPI/NASTS

Distribuição dos óbitos autoprovocados por município do ES – 2007

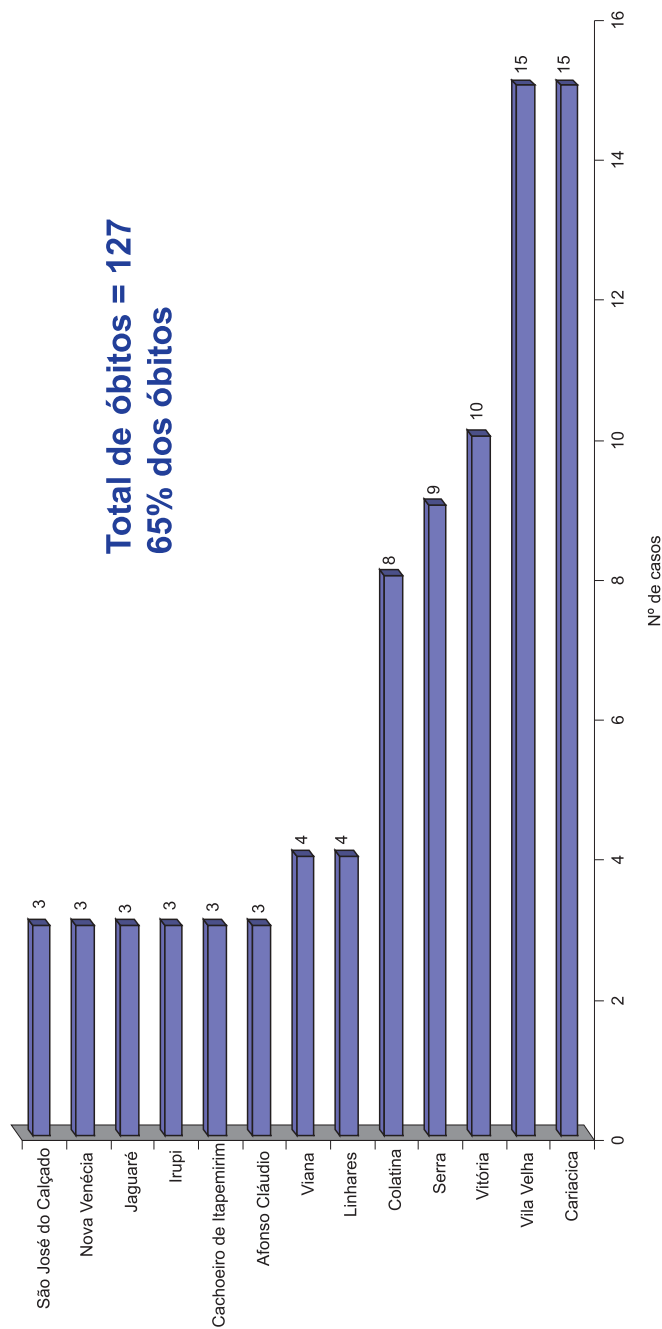


Figura: Óbitos autoprovocados, por município do ES - 2007
Fonte: SESA/GEPI/INASTS

Distribuição das causas de óbitos autoprovocados, por município do ES – 2007

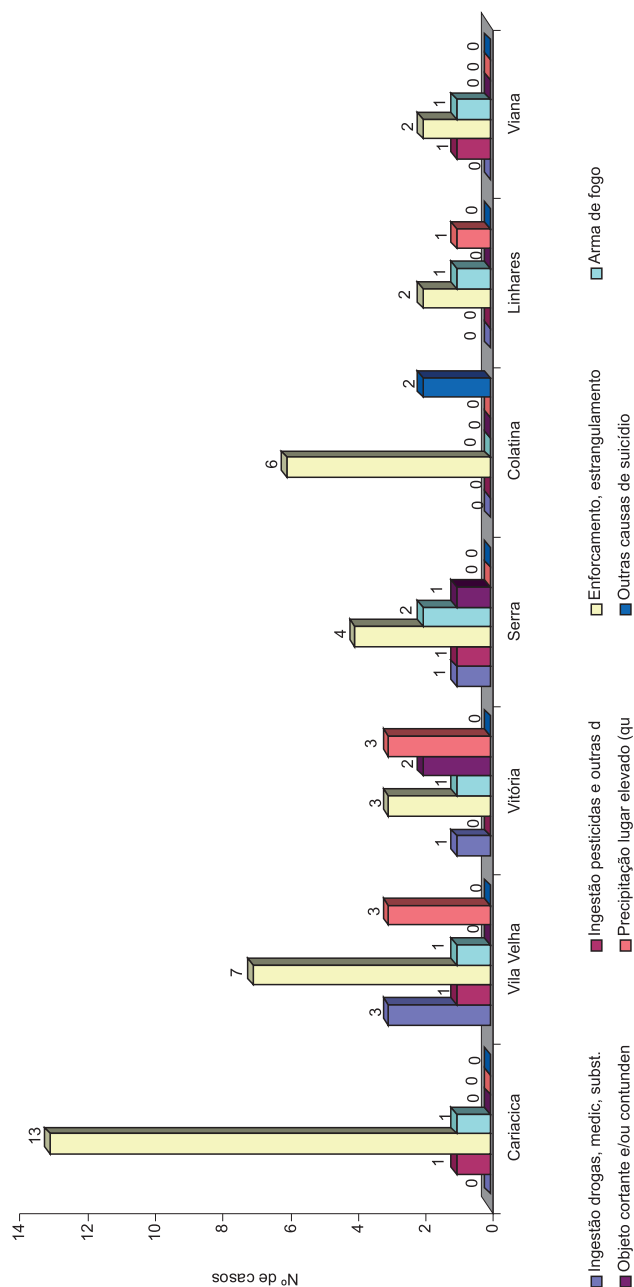


Figura: Óbitos autoprovocados por causa e município do ES - 2007
Fonte: SESA/GEPI/INASTS

Distribuição dos óbitos autoprovocados, por ocupação, ES – 2000

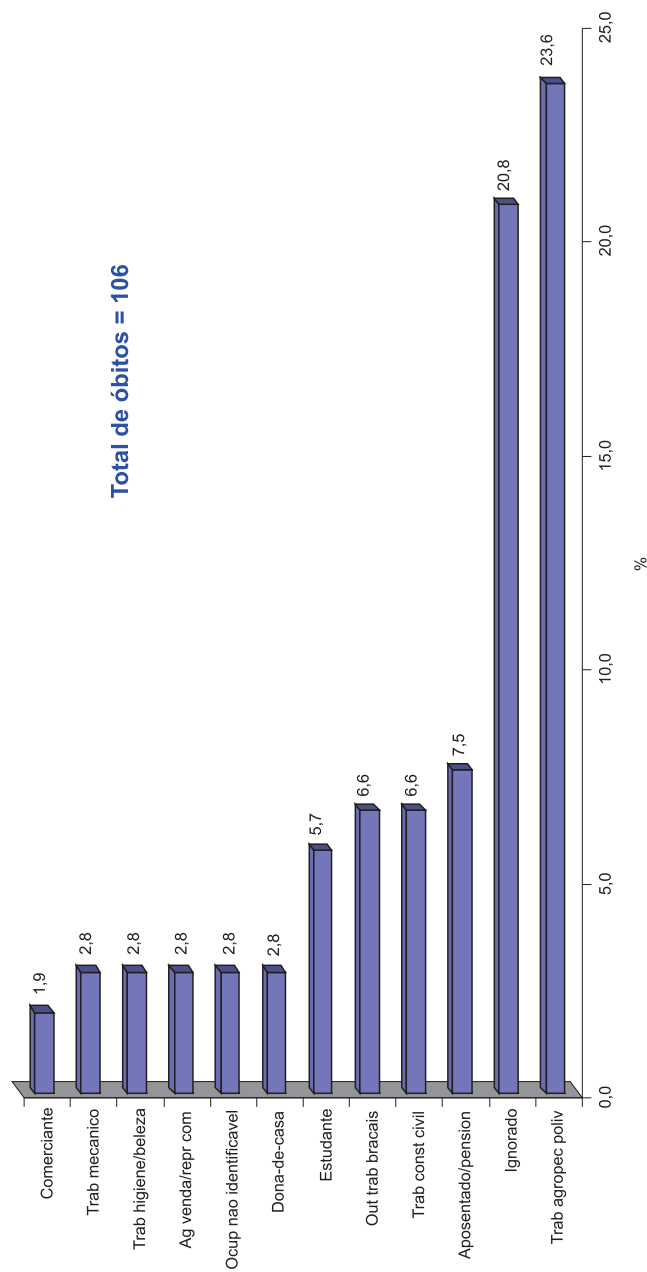


Figura: Distribuição dos óbitos autoprovocados, por ocupação - 2000
Fonte: SESA/GEPI/NASTS

Distribuição dos óbitos autoprovocados, por ocupação, ES – 2001

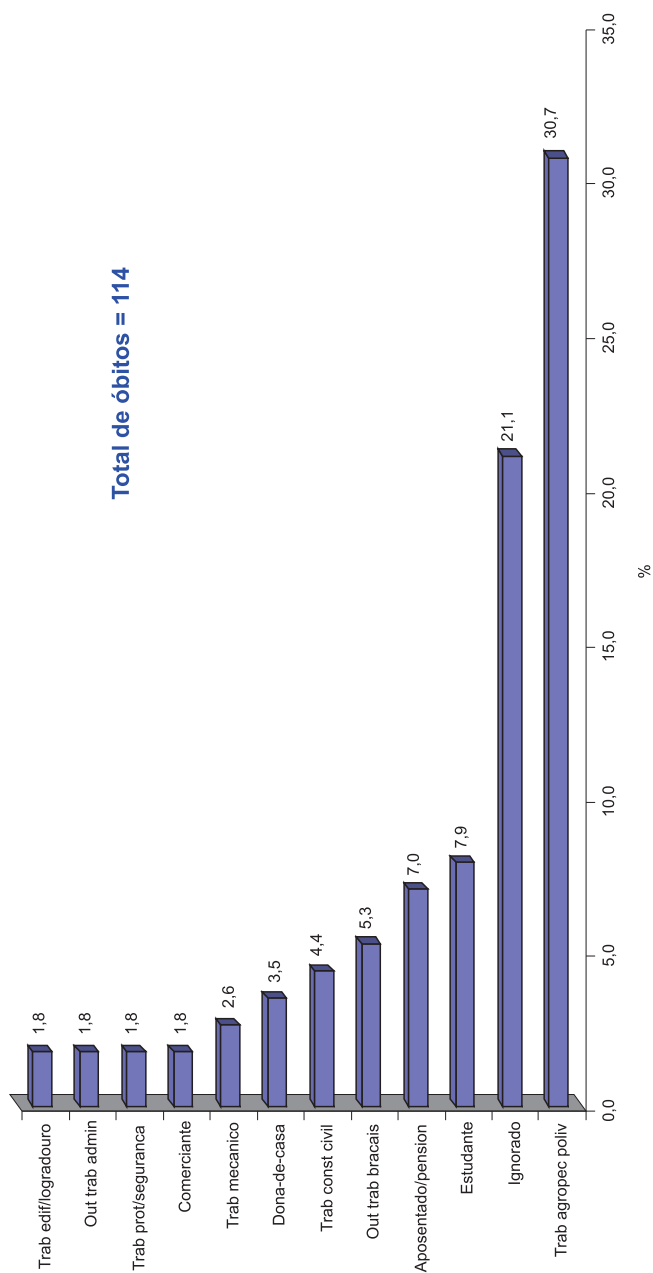


Figura: Distribuição dos óbitos autoprovocados, por ocupação - 2001
Fonte: SESA/GEPI/NASTS

Distribuição dos óbitos autoprovocados, por ocupação, ES – 2002

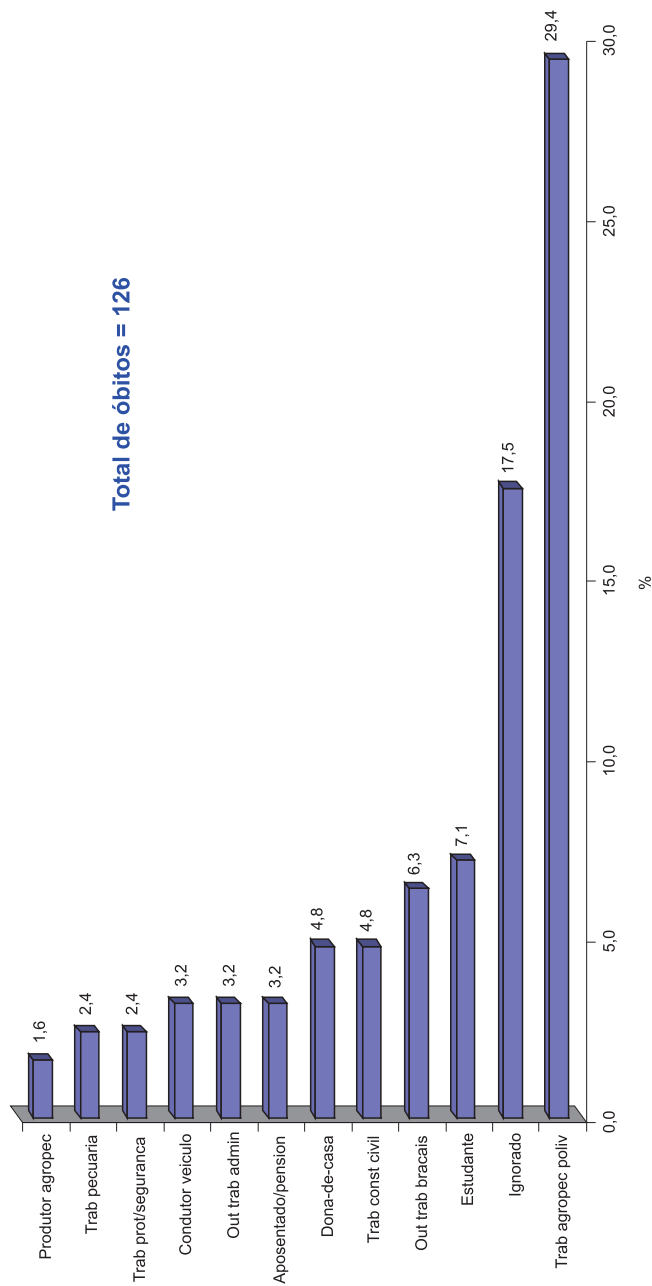


Figura: Distribuição dos óbitos autoprovocados, por ocupação - 2002
Fonte: SESA/GEPDI/NASTS

Distribuição dos óbitos autoprovocados, por ocupação, ES – 2003

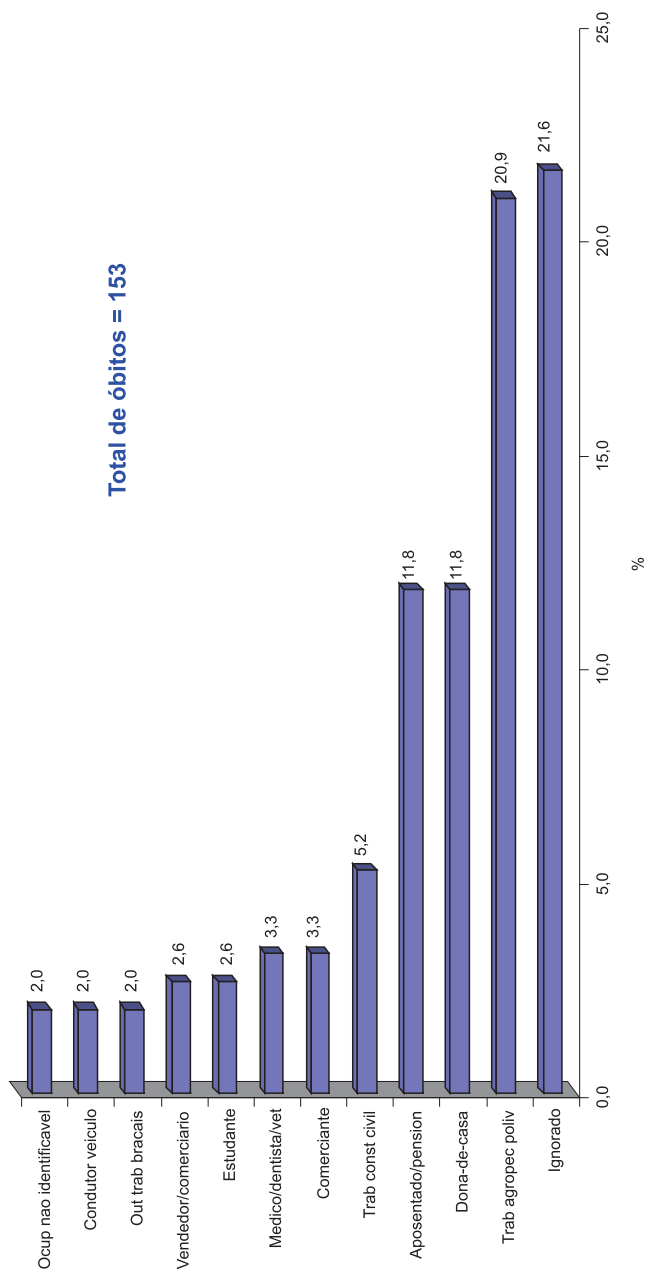


Figura: Distribuição dos óbitos autoprovocados, por ocupação - 2003
Fonte: SESA/GEPDI/NASTS

Distribuição dos óbitos autoprovocados, por ocupação, ES – 2004

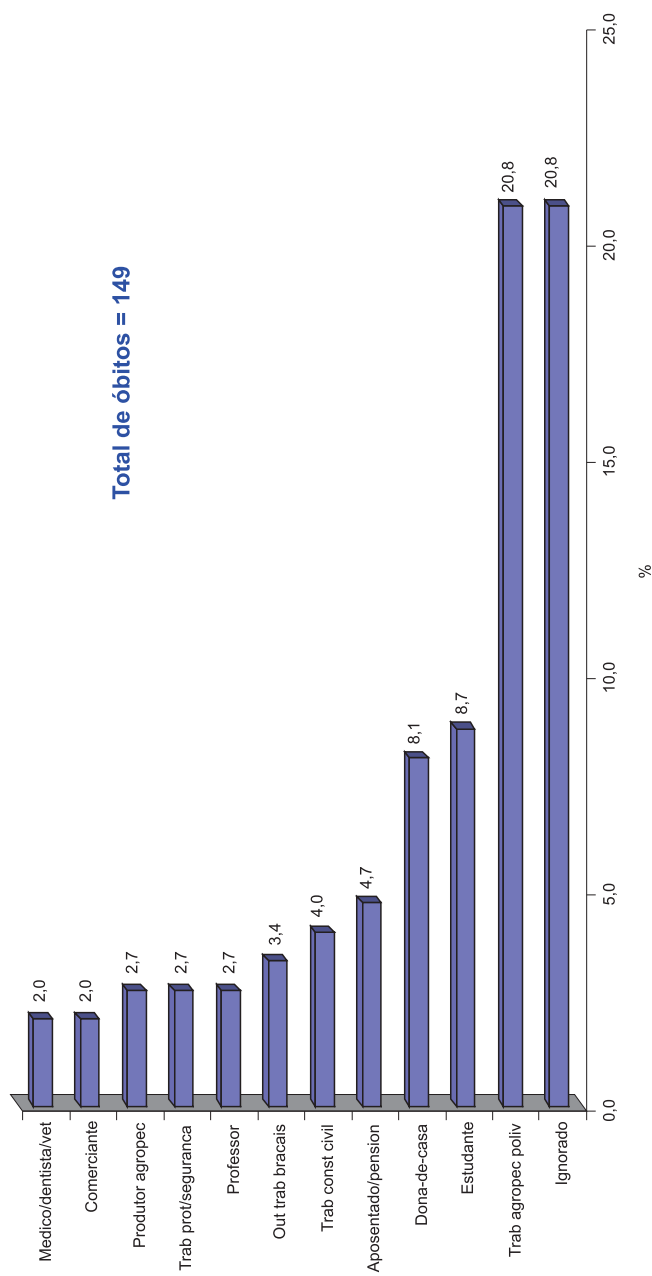


Figura: Distribuição dos óbitos autoprovocados, por ocupação - 2004
Fonte: SESA/GEPDI/NASTS

Distribuição dos óbitos autoprovocados, por ocupação, ES – 2005

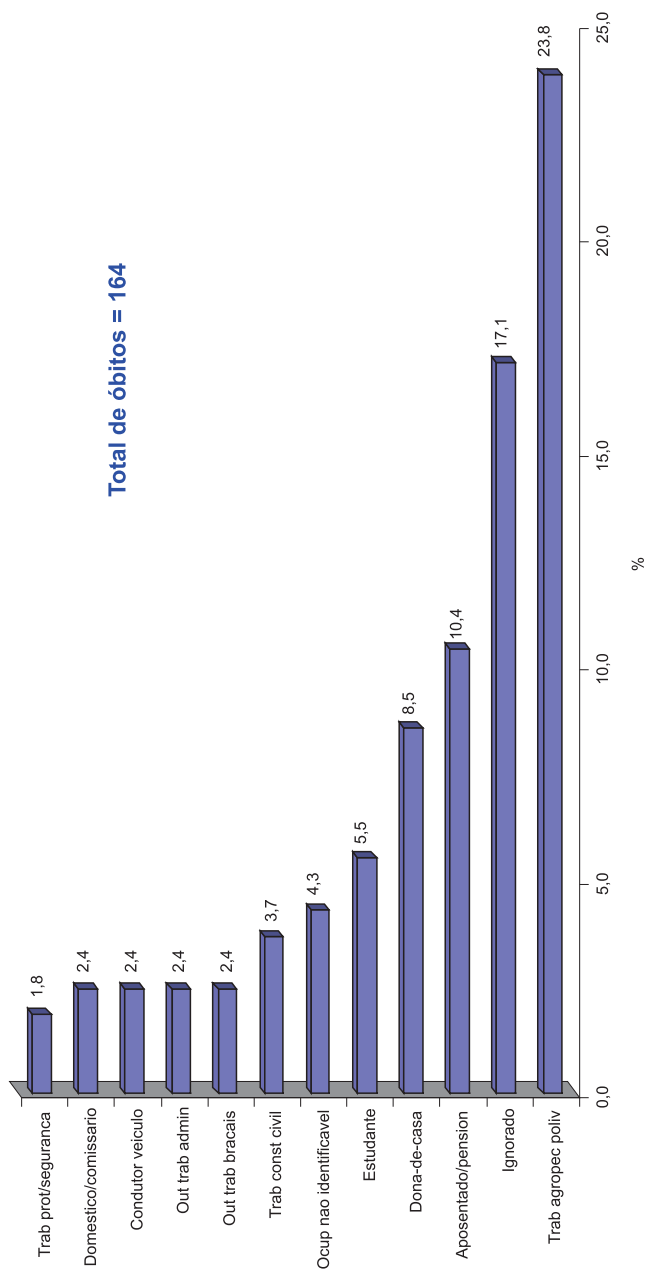


Figura: Distribuição dos óbitos autoprovocados, por ocupação - 2005
Fonte: SESA/GEPDI/NASTS

Distribuição dos óbitos autoprovocados, por ocupação, ES – 2006

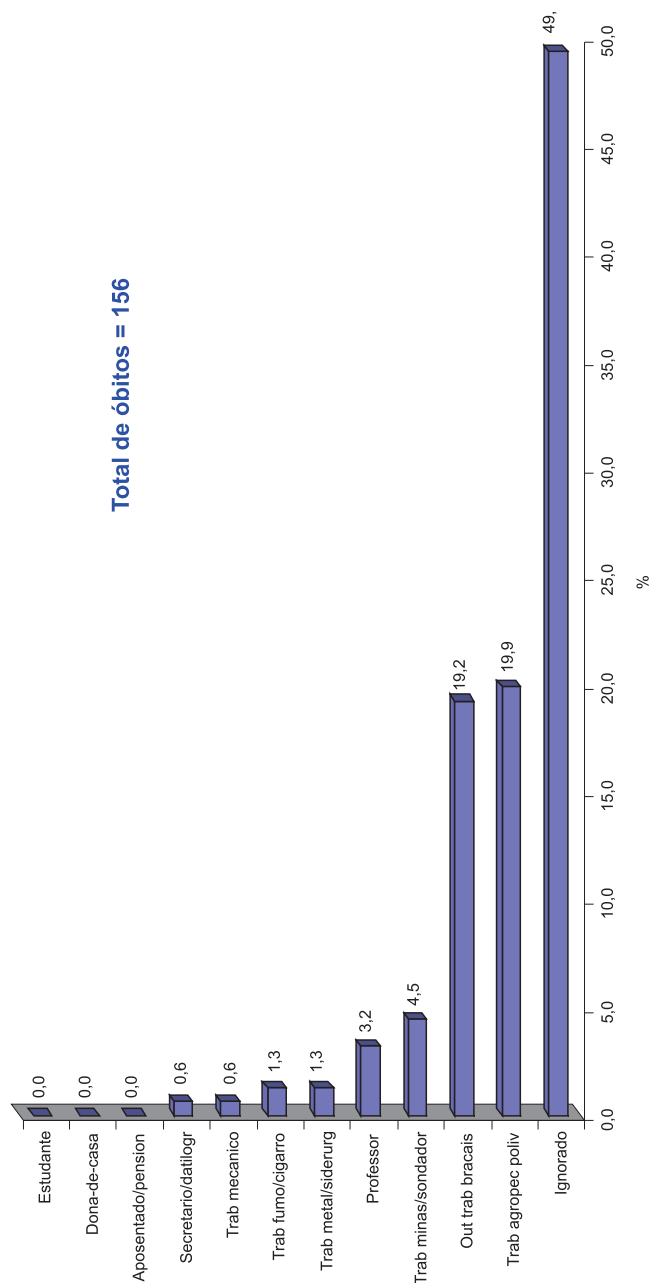


Figura: Distribuição dos óbitos autoprovocados, por ocupação - 2006
Fonte: SESA/GEPI/NASTS

Distribuição dos óbitos autoprovocados, por ocupação, ES – 2007

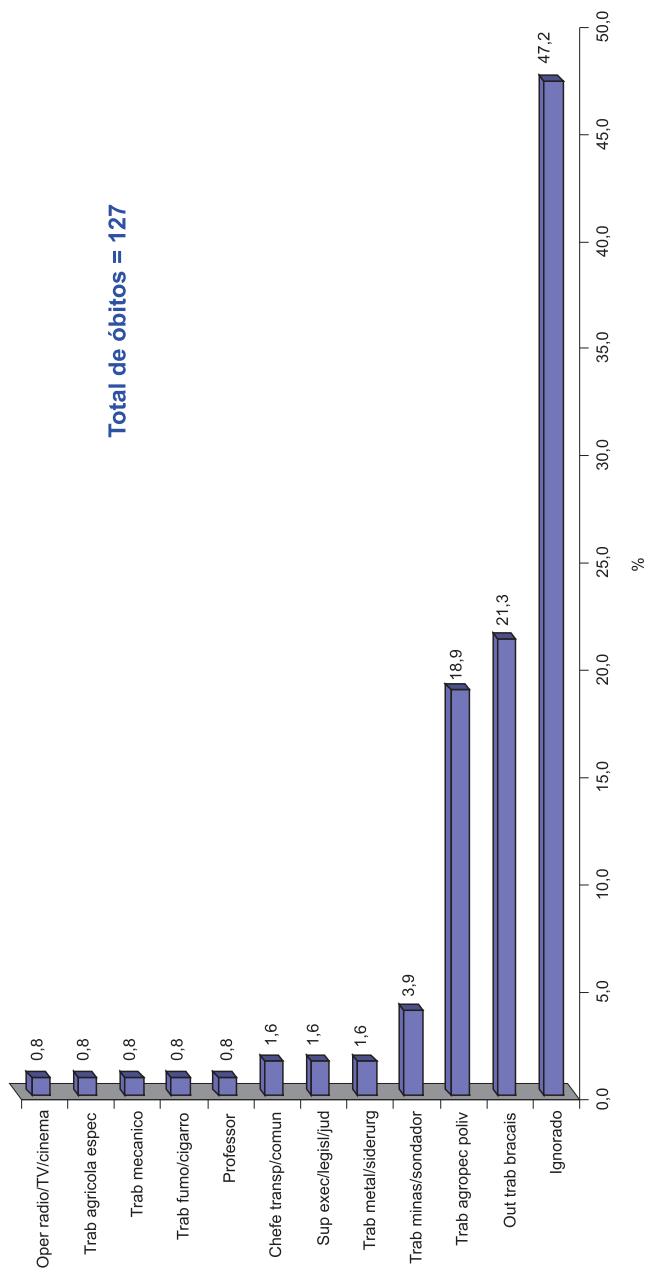


Figura: Distribuição dos óbitos autoprovocados, por ocupação - 2007
Fonte: SESA/GEPDI/NASTS



JOSÉ NAZAR

Médico psiquiatra e psicanalista

Especialização e Mestrado em Psiquiatria pela UFRJ

Membro da Escola Lacaniana de Psicanálise Vitória, Brasília e Rio de Janeiro. Membro da Associação Psiquiátrica do Espírito Santo

Editor Chefe da Companhia de Freud Editora

doutorjosenazar@gmail.com

VIDAS INTERROMPIDAS

Constantemente nos deparamos, em nossa clínica, com situações complicadas e desagradáveis de serem abordadas. Na maioria das vezes são situações grotescas e traumáticas demais, difíceis de serem deglutidas e assimiladas, até mesmo como profissionais. São fatos distintos do cotidiano da clínica, na medida em que se apresentam como situações que se inscrevem pela via da insolência de um trauma, como questões que dizem respeito ao máximo do sofrimento do psiquismo humano. São situações apresentadas por pais que perderam um filho ou uma filha, por esta ou aquela razão, sem nenhuma explicação aparente, e que apontam para a crueldade de uma ruptura. Os relatos destes pais revelam um abandono cruel que nos desconcerta de tal maneira que ficamos paralisados, sem saber muito bem como intervir no sentido de procurar minimizar o sofrimento.

São retratos de uma dor quase sempre vividos sob a penumbra do silêncio imerso nas recriminações. São pais entristecidos que têm suas vidas paralisadas porque acabaram de perder um filho. As poucas palavras, quando existem, são fragmentos de interrogações vazias que ema-





nam do fundo da alma: “Como foi acontecer uma coisa desta com o nosso filho? Por que esse filho querido foi morrer desta maneira e tão cedo assim? Por que razão ele foi fazer isso com a gente? Como?” Palavras de um pai, de uma mãe, ou seja, palavras de pais frente ao corpo tão viril do filho adolescente que acabara de morrer. Como ou de que maneira ele morreu? Pouco importa meu Deus! Isto nem é tão importante assim. O que importa é que um filho ou uma filha acabaram de morrer. Eles deixaram de viver e isso introduz um buraco, um rombo, uma falta.

Outras vezes são pais suspensos na dor e no sofrimento em relação a um filho ou uma filha que já não caminha mais na vida como outras crianças e adolescentes. Eles se preocupam e querem respostas: “O que se passa com o nosso filho que ele anda isolado e tão quieto? Por que será que o nosso filho vive adoecendo e não avança nos estudos? Por que este filho não consegue viver uma vida sem sofrimentos?” Ora são as drogas e os seus terríveis desdobramentos que apontam tanto para uma delinquência quanto para um isolamento sem fim, ora se trata de uma reincidência de doenças das mais variadas possíveis - anorexia, bulimia, depressões, doenças da pele, doenças malignas.

Muitas vezes trata-se de situações aparentemente simples - uma inibição, por exemplo - mas que, depois, poderá evidenciar um quadro de problemas mentais mais sérios e mais graves. Nestes casos, os pais se tornarão os arautos de um sofrimento que os filhos vivem nos escombros do gozo silencioso de um sintoma, que se arrasta, por aqui e por ali, não se sabendo muito bem para qual direção isso vai dar. De alguma maneira, eles vão insistir numa resposta, num resultado, digamos. E este sofrimento dos pais diz muito mais que aquele veiculado numa preocupação aparente, na medida em que eles esperam que seus filhos correspondam aos seus investimentos rumo à construção de uma vida saudável, boa e bacana, para que nasçam outras gerações.

José Nazar





Proponho aqui a terminologia *vidas interrompidas*. Ela se coaduna e se ajusta melhor àquilo que, desde sempre, é nomeado de suicídio. Esta nomeação, *vidas interrompidas*, nos permitirá uma abordagem do suicídio pelo viés psicanalítico, vale dizer, a partir de uma responsabilidade do próprio sujeito no ato de causar a própria morte. Como também permite a inclusão de um número maior de casos, onde não necessariamente tenha havido uma morte propriamente dita, mas situações de paralisias do viver, fundamentalmente nas formas clássicas de covardia moral, onde se exacerba a máxima lacaniana que diz que o sujeito não quer aquilo que deseja.

Nessas condições, um pai ou uma mãe normalmente não dizem sobre o ato suicida que causou a morte de um filho ou uma filha: meu filho se suicidou. Uma irmã ou um irmão não dizem: meu irmão se suicidou. Há uma dificuldade que é justificável, tornando necessário um silenciar-se sobre a questão. Existe, em todas as situações, um pudor a ser considerado. É um fato por demais compreensível! Isso remonta a séculos e é carregado de preconceitos. Nós nos sentimos envergonhados, temos vergonha, sim, e isso diz da história particular de cada um. Meu filho interrompeu sua vida muito cedo, doutor! É mais justo para este que ficou referir-se assim à dolorosa perda de seu rebento. Ele não precisa sofrer mais uma dor dizendo: meu filho se suicidou. São muitas implicações carregadas de preconceitos e censuras frente ao outro, a si mesmo e ao social.

Um breve esclarecimento

Há um fato novo. É preciso dizer que ele é antigo também. Mas o importante é que sua incidência cresce e diz respeito a todos nós: *filhos estão morrendo antes dos pais*. Este acontecimento, traumático por excelência, apresenta-se como alguma coisa extremamente obscena, insólita e desagradável. Mais ainda num momento da civilização em que os pais nunca investiram tanto em seus filhos, no sentido de uma preparação para um futuro sólido, sustentável.

Quando o jovem coloca fim à sua própria existência ele está interrompendo, a um só tempo, tanto a transmissão de valores familiares





que se construiu ao seu redor quanto ao que era esperado que ele pudesse retificar em relação à herança recebida de seus antepassados a partir de um universo de novas significações. Ou seja, ele coloca por terra o sentido da vida em sua derradeira necessidade de procriação. Dessa maneira, o jovem elimina o único elo que lhe permitiria dar seguimento aos ideais que tiveram início em seus antepassados. Esses valores, verdadeiras marcas e insígnias de uma historicidade dos ancestrais, constituiriam, uma vez transmitidos, as gerações futuras: a sorte estaria lançada. Uma história se escreveria, se tornaria particular através do inconsciente no qual poderia inscrever-se.

Sabemos, de longa data, que o ato suicida refuta a continuidade de uma ordem genealógica, elimina a esperança que existe em relação a um possível redirecionamento da vida em seu porvir. Algo aí é mutilado, é elidido: apaga-se o tempo real de uma linhagem que se escreveria como uma nova história, quase sempre pronta a ser revitalizada, corrigida em seus desvios, procurando não repetir os mesmos erros daquela que a precedeu. Em todo caso, o que temos é a realização de um gesto por demais agressivo dirigido a um pai. Ou, se quisermos, ao lugar que um pai ocupa na passagem de uma herança em sua função simbólica: o sujeito que interrompe sua vida quebra o pacto implícito no ordenamento das gerações.

O jovem que provoca sua própria morte pode estar sofrendo os embaraços de uma dor herdada de gerações anteriores. Por alguma razão, ele não conseguiu reverter o rumo da história recebida, daí, portanto, ele sofre os efeitos devastadores dos ideais contrariados de seus ancestrais. De todo modo, ele pode estar gozando numa posição de vítima da história, vítima dos infortúnios que recebeu e que não conseguiu reverter num bom sentido. O sujeito vitimado é uma das posições subjetivas confortáveis para o jovem em sofrimento na medida em que ele se encontra, aí, tomado como objeto, em condição de acusar o outro, ou seja, seu pai, sua mãe, seus avós, o mundo. Por alguma fragilidade psíquica – são aqueles sofrimentos psíquicos mais avançados, vale dizer, as melancolias – ele não conseguiu se dar a chance de assumir e se apropriar de sua própria história retificando a má sorte que uma





equação de vida lhe impôs como algo tão maldito. Não há culpados na história. De pai para filho, e assim por diante: é dessa maneira que se processa uma transmissão. Quando um jovem interrompe sua vida, acabou! Esse fato será sempre de uma gravidade incomensurável.

Temos, de algum modo, que nos tornar responsáveis pela história que recebemos e pelos efeitos de inconsciente – de uma boa ou má sorte – que ela instaura. A herança simbólica que cada um de nós recebe, até mesmo antes do nascimento, com a interrupção de uma vida, cessará de ser transmitida para filhos e netos, restando, nesse vazio, nada mais que um ponto de sacrifício habitado por interrogações silenciadas. Herdamos uma vida por onde florescem todos os pecados do mundo, vale dizer, do pai, da mãe, dos nossos antepassados. Votos de vida e votos de morte. Queiramos ou não, cada um de nós irá lidar com uma insatisfação fundamental que é estrutural do humano. Cada um de nós terá que aprender a lidar com a sua história de uma maneira particular, a partir de um estilo de vida. Mas temos oportunidades e meios para mudar os rumos de uma má sorte. Hoje, mais do que nunca, o amor dos pais funciona como um verdadeiro instrumento motivador de possíveis mudanças na vida dos filhos. Os pais esperam que seu filho ou sua filha promovam mudanças em suas vidas, que experimentem um futuro promissor, mais leve, menos sofrido. Os órgãos governamentais de saúde pública muito cedo perceberam que a saída para quebrar a virulência de uma vida interrompida seria criar lugares de trabalho onde o sujeito possa falar e, ao falar, que possa escutar-se naquilo que está dizendo. Lugares de acolhimento, a partir do uso da fala.

O ato suicida, como um gesto trágico e insolente, configura a quebra radical de uma possível escritura genealógica. O jovem, ao se fazer matar, interrompe o que há de mais sublime na vida humana. Ele diz *não* à incidência da função paterna e abole a possibilidade de se transmitir uma simbolização daquilo que se articula entre lei e desejo. Ou seja, ele castra o pai em sua virilidade de transmissão dos projetos e dos investimentos futuros de seus ancestrais, tudo aquilo que habita o inconsciente de seus pais e que a ele teria sido transmitido. Ao provocar sua própria morte, o jovem instaura o apagamento das marcas da sua





história que se processaram anos a fio de pai para filho. De toda maneira, trata-se de um acontecimento capaz de promover uma inversão do prosseguimento da vida. Uma ruptura, portanto, do fio que liga as gerações.

Os pais desejam que os filhos vivam cada vez mais, é o que se observa no cotidiano das relações familiares. Pais querem que seus filhos tenham condições de viver uma vida longa e que nada se contraponha ao seu bem viver. Que eles tenham uma boa infância e que possam participar das brincadeiras de crianças, que cresçam e se tornem independentes, que estudem e cursem uma universidade, que encontrem um caminho vitorioso na vida amorosa e profissional. Querem que os filhos amadureçam sexualmente, sejam livres nas suas escolhas e constituam suas famílias. É realmente isso: pais querem um futuro melhor para seus filhos. E será nessa direção que eles irão projetar seus ideais no encaminhamento da vida dos filhos, no sentido de caucionar e proteger seus passos. Pelo menos esse tem sido o voto manifesto dos pais: que não haja erros graves no decorrer da vida dos filhos, que eles venham para a vida e possam insistir num viver melhor e, se possível, que possam alcançar sucesso em seus empreendimentos afetivos e profissionais. Querem filhos bons e bacanas. Não importa tanto o custo deste investimento, porque querem o melhor; querem que os erros e os fracassos que foram vividos por eles não passem para os filhos. E mais: pais querem que filhos se casem e tenham seus filhos. De todo modo, e aí reside um ponto que evidencia de forma gritante o ideal dos pais, eles mesmos esperam, ardentemente, que filhos fundem novas gerações e, muito mais, que possam passar para eles bons exemplos e ensinamentos para enfrentarem a vida. Pais desejam passar para filhos o sentido de uma transmissão. Mais, ainda, os pais desejam, verdadeiramente, que seus filhos estejam presentes quando eles morrerem. Este querer é verdadeiro, de pais saudáveis e amadurecidos em suas posições de uma ética familiar. É realmente isto o que os pais almejam para o futuro de seus filhos. Desejam que filhos possam se apresentar na vida com coragem, firmeza e determinação frente às imprecisões próprias do viver, que eles enfrentem e superem as dificuldades e que possam vir a testemunhar a morte de seus próprios pais. Este testemu-





no será um ponto vital na constituição de futuras gerações, daí sua extrema importância na vida subjetiva dos pais, mas que, no entanto, temente por estes.

Mas pode acontecer alguma contingência no desenvolvimento do jovem, na medida em que os caminhos da vida nem sempre nos levam até onde queremos chegar. Pode ser que tenhamos pais que apresentem algumas patologias, e que seus sintomas prevaleçam instituindo interrupções nas vidas dos filhos. Pais patológicos. Pais excessivos ou pais ausentes. Muitas vezes encontramos pais incapazes de ocuparem suas funções. Eles colocam filhos no mundo, mas não conseguem outorgar-lhes um lugar estrutural numa família. Pais que não têm condições de passar para seus filhos uma lei simbólica, uma lei que diz sim ao desejo. São pais que funcionam como verdadeiros irmãos de seus filhos.

Por quem morrem os nossos filhos? Esta pergunta diz alguma coisa de um mais além daquilo que se poderia dizer. Ela não tem a ver simplesmente sobre o morrer do filho. Nem mesmo sobre o porquê um filho morreu, mas ela procura falar de outro ponto: daquele por onde brotam as identificações na vida subjetiva de um sujeito que comete o gesto de interrupção de uma vida. *Por quem morrem nossos filhos?* introduz a pergunta sobre o lugar, dentro de uma subjetividade, pelo qual se consegue chegar a realizar uma agressão tão violenta contra si mesmo. Nessa passagem ao ato em direção à morte, o sujeito encontra a razão que justifica a insensatez deste gesto numa identificação que reside em sua vida de relações familiares de amor e de ódio. A quem se dirige? Quem está morrendo dentro dele, que não é ele mesmo necessariamente, e que também o é? Quem ele está matando nele mesmo, ao se fazer morrer?

Alguma coisa o jovem adolescente em crise irá explicitar como um caminhante sem perspectivas em suas realizações. O sujeito, quando se realiza numa pulsão de morte, ou seja, na passagem ao ato de uma vida interrompida, não se pode afirmar que ele sabe o que está fazendo. Seu ato denuncia o desejo que sempre esteve em sua origem: o voto de morte que habita a base do encontro fantasmático, do seu pai e da sua mãe, do encontro de desejos de filho. Desejos de filhos! Qual





desejo sustentou a existência – frágil, portanto, sujeito aos riscos – deste jovem ou desta jovem? Mas uma conclusão se inscreve como algo que é certo e seguro: aquele que interrompe sua própria vida, ele mesmo não quer morrer, não quer a morte. Trata-se de uma procura, na morte, de uma saída possível para continuar a viver. A morte, sim, mas como uma saída para a vida.

O sujeito que interrompe sua vida está alienado ao sintoma que o mortifica, sem alternativas para continuar vivendo, com liberdade, seu desejo. Há, aí, no gesto suicida, uma necessidade de ultrapassar um estado de angústia, uma angústia de morte que não cessa de atormentá-lo. O jovem que não encontra saída para seu viver está aprisionado, encurralado pela angústia de morte. O sujeito que promove o ato de interromper uma vida, encontra-se sem capacidade de pensar, de refletir, de encontrar alternativas para sua vida. Muitas vezes escutamos esses sujeitos, pouco antes do ato suicida, dizerem: “não estou vendo nenhuma saída”. Esta frase pode ser dita ou pensada pelo jovem sufocado em sua vida atormentada. Parece pouco, mas não é. Esta frase é catastrófica, é fatal! O sujeito está ali, nesse momento de sufoco, como objeto: ele é justo ali onde não-pensa. Trata-se, em todo caso, de um se fazer passar como objeto para outra cena.

Aquele que interrompe sua vida não tem a morte como objeto último da sua ação. Falta ao ser humano um saber ou uma representação sobre a morte. Isso é freudiano. Não temos o registro da morte, nada sabemos sobre ela. Nem mesmo no inconsciente temos o registro da morte. O sujeito pode estar realizando em ato o sacrifício de um objeto internalizado que ele carrega, penosamente, dentro de si. Ele se faz passar por esse objeto, no vazio atônito de um ato, e acaba por morrer. No suicídio, o sujeito morre por acréscimo. Por exemplo, o jovem que morre de acidente de carro já trazia dentro de si um desejo de morte voltado ao eterno conflito e embate com a figura materna. Em todo caso, ele está matando outro alguém dentro de si que lhe é excessivamente familiar, e que vivia em desarmonia e de forma pesarosa dentro de si. Ele mesmo não acreditava querer morrer, ele não sabia. Foi levado por forças inconscientes, desencontradas de si mesmo, no





não pensar. O sujeito passa ao ato e acaba por matar a si mesmo. Esta é uma das maneiras de autopunição: o desejo de morte que é dirigido a alguém acaba por retornar contra o próprio sujeito. O suicídio é o ato de matar a si mesmo para não matar a outrem. No ato suicida o sujeito atualiza a pulsão de morte através de uma passagem ao ato.

Por isso mesmo a inflexão que permite a pergunta *por quem morrem nossos filhos?* Pode dizer de uma identificação e de uma mensagem que dá as cartas de uma posição distinta de sua vida subjetiva. O sujeito é levado, sem saber, a agir, consumando um ato que provoca consequências graves, danos sem reparação alguma. Muitas vezes, o sujeito interrompe sua vida pelo simples fato de não conseguir responder ao peso dos ideais dos seus pais – e também de seus avós – colocados sobre ele. Pais que idealizam demais seus filhos dificultam o bom desenvolvimento destes. Ao quererem tanto o bem de seus filhos, os pais erram!

Vidas interrompidas existem desde a origem da humanidade, quando o ser humano sofreu os efeitos de uma lancinante angústia ao se deparar com os restos mortais de seu semelhante. O medo de pensar a própria morte, como uma simples idéia em vacância ou não, como um gesto pensado ou não, como um ato bem sucedido ou não, já estava lá. Vida e morte sempre caminham juntas, uma produzindo efeitos sobre a outra. A pulsão de morte é inerente ao encaminhamento que damos à vida da pulsão em seu fundamento libidinal. Este fato condena o ser falante a viver a existência da angústia de morte. Eros e Thanatos não estão separados, eles convivem um com o outro, um produzindo efeitos estruturais no outro.

O ato de interromper a vida habita o mais fundo de nossa alma, o mais íntimo da nossa vida. Por isso mesmo podemos dizer que é uma idéia que passa por todas as cabeças. Convivemos com esta possibilidade, mesmo que tenhamos horror de pensá-la, de emprestar corpo, a esse pensamento. Esse fato nos distingue dos animais, dos vegetais, das outras coisas no mundo vivente: pensar que podemos, de certa maneira, provocar a nossa própria morte.





Jovens interrompidos

Jovens estão interrompendo suas vidas. O número é crescente e a idade tem se tornado menor. Os que interrompem suas vidas são cada vez mais novos. Trata-se de um fato difícil de aceitar, mas a realidade se impõe e nos deixa estatelados, atônitos, atordoados.

Até mesmo crianças têm provocado sua própria morte a despeito dos cuidados que os pais vêm exercendo na atualidade. Hoje, temos crianças e jovens mais saudáveis, fisicamente melhores que antes. Mas o problema tem recaído na vida emocional, ou seja, no psiquismo da criança e do jovem.

Em todo caso, podemos dizer que a interrupção da vida na adolescência apresenta-se como um verdadeiro trauma que nos toca de perto, justo no cerne de nossa impotência. Esse transtorno, que está na ordem do dia, nos desafia a todos como um grande drama enigmático: autoridades, profissionais da saúde pública, educadores, pais, psicanalistas. Temos sido nocauteados por este obscuro *desejo de morte* que caminha sorrateiramente produzindo quebra de laços e vínculos que podem dar uma sustentação maior na vida. Esse desejo, como um ser paradoxal, habita nossas vidas, ele está aí entre nós como um insólito elemento que se destaca em sua exuberante virulência destrutiva. Trata-se, sim, de uma força estranha que nos sufoca e atordoa deixando-nos sem referência alguma para tomar esta ou aquela posição de defesa frente a seus aspectos corrosivos.

Vidas interrompidas e suas consequências é um dos problemas maiores da saúde pública, uma vez que faz série no social. Há, sim, verdadeiras epidemias destas formas anômalas de interrupção de uma vida. Trata-se, portanto, de alguma coisa que deve ser levada a sério no que diz respeito aos difíceis trabalhos que as cercam, que se instauram à sua volta, em seu entorno, no sentido de uma insistência de pesquisas em todas as partes do mundo, independente desta ou daquela proposição preconcebida ideologicamente.

Mesmo que se afirme que existe uma dificuldade de se abordar o ato que vislumbra o sujeito de uma vida interrompida, na medida em





que sua compreensão é de todo modo impossível – pois existiriam, aí, fatores diversos, múltiplos e até mesmo “ocultos” –, o que deve mesmo prevalecer é a insistência num trabalho multidisciplinar, fundamentalmente a partir de órgãos governamentais. Escutamos dizer que quando alguém quer mesmo interromper sua vida de nada adianta esta ou aquela medida, o sujeito vai mesmo conseguir. Mas temos que insistir, pois a história das intervenções analíticas, até mesmo em casos graves de melancolia, algumas vezes têm conseguido mudar o rumo da coisa impedindo esta interrupção.

As abordagens dos casos devem ser tomadas no um por um, na sua particularidade. Não existe uma visada totalizante de abordagens, uma teoria que diga de um quadro único de vida interrompida, um caso específico que possa ser traduzido como universal. Por isso mesmo, cada caso na sua particularidade: eis aí uma insistência que se aproxima da ética.

Há que se interrogar as razões que levam alguns jovens a colocar fim à sua existência, seja de maneira clara e contundente ou a partir de formas encobertas. São situações limites que envolvem o jovem em crise: em crise com ele mesmo, com as suas responsabilidades de um aprendizado escolar, com a sua família e com o seu redor social. Mais, ainda, com a progressão de futuras gerações.

Uma vida sem saída

Os distúrbios psíquicos que paralisam a vida dos adolescentes estão em constantes mutações em suas formas inibitórias de desejos. Eles têm comparecido, com muita frequência, de uma maneira traumática, irrisória, drástica, assustadora e, até mesmo impensada. Podem parecer a céu aberto, visível e facilmente detectável. Outras vezes é o jovem quieto, sofrendo em silêncio, até mesmo sem o saber. Em todo caso, há o encobrimento de uma vida em intensa ebulição, numa crise constante consigo mesmo e com o outro. A cabeça do jovem pode estar em sofrimento, numa profusão silenciosa, sem que ninguém ao seu redor detecte, registre, sinalize. As mudanças que despontam na vida





do jovem são frutos da desagregação subjetiva que advém de uma mutação alucinante das pulsões de vida e de morte. Mas pode haver um grave distúrbio no desenvolvimento psíquico do jovem que marque, em alguns casos, sua presença através de danos irreparáveis, dando a ver o comparecimento de vidas sofridas, não resgatáveis. São as patologias essencialmente de fundo melancólico, depressivo, que impedem a constituição de vínculos sólidos em seus fundamentos de consolidação de laços familiares, sociais e institucionais.

Os comportamentos dos jovens, na atualidade, mascaram os sintomas que levam o sujeito a provocar a interrupção de uma vida. Temos que nos perguntar por que tantos conseguem suportar viver uma vida – diga-se, que não é nada fácil de ser vivida -, e alguns poucos não. Alguns poucos desistem, contradizendo sua ordem natural em direção à vida. Simplesmente partem e nos deixam no desalento de um não-saber!

Vidas interrompidas na adolescência apresentam-se como uma das questões mais desgastantes para todos nós, profissionais da área da saúde, pais, intelectuais, professores e autoridades em todas as partes do universo. Sua importância se deve não somente pelo caráter enigmático com que ele se impõe como também pela desagradável constatação de que sua incidência cresce, o número aumenta e não se sabe onde isso vai dar. Pesquisas nacionais e internacionais oferecem números alarmantes em relação às interrupções das vidas dos jovens. São formas diversas de se tirar a própria vida a partir de um gesto impensado, de um ato impulsivo, violento e cruel. Muito violento! Anualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde, mais de um milhão de pessoas se suicidam, uma a cada quarenta segundos, em algum lugar do planeta. Boa parte deles, jovens. Veremos, portanto, que ao levarmos em conta outros fatores que podem interromper uma vida, como por exemplo a morte ocasionada por uma simples batida de carro, e verificarmos que houve, de fato, uma implicação do sujeito, o suicídio poderá ser considerado hoje, então, como a primeira causa de mortalidade entre os jovens. Nos países mais desenvolvidos a causa de mortalidade entre os jovens de 12 a 19 anos aumenta ainda mais. E se pode contar mais





de duzentas tentativas de suicídio para cada morte. Situações das mais diversas se apresentam como causas condicionantes, ou coadjuvantes, no sentido de provocar um maior número de mortes dos jovens.

Há muito se sabe que uma vida interrompida pode chamar por outra vida interrompida, numa reação que se processa num encadeamento progressivo. Por essa razão, os meios de comunicação não divulgam tanto a causa ou razão de uma morte quando o que está colocado é uma interrupção da vida em seu contexto intencional, consciente ou não. Como se não bastasse, no que diz respeito aos jovens, temos outras vertentes a considerar, que são mais graves que o suicídio no adulto. Hoje, mais do que nunca, os programas de saúde pública têm marcado sua presença. Uma nova perspectiva se sobrepõe ao que já existia anteriormente. Há uma maciça exacerbação dos novos meios de disseminação, que se processam a partir de uma linguagem que se faz comum e única, consistida pelo viés de computadores, por via da internet. Uma nova janela se abre, uma nova questão se coloca e que toca de perto uma incidência maior de caso de suicídios na adolescência. Ou seja, temos hoje grandes formas de contágios e de epidemias que nascem desse engajamento, e que tem a capacidade de promover uma propagação maior de vidas interrompidas. Deste modo, temos vida interrompida migrando no anonimato de uma comunicação virtual. Esse meio permite que se encontre com facilidade um novo hospedeiro, e mais outro, para que, juntos, celebrem vidas interrompidas. Eu te convoco, sim, para que juntos, possamos gozar com a morte, este momento onipotente de triunfar sobre a vida. Em todo caso, será estabelecido o pacto que sela uma nova ordem de gozo na morte, pelo viés virtual: tão longe e, ao mesmo tempo, tão perto, vamos imprimir uma vida que se faz interromper. O que se verifica é o acasalamento enganoso com a morte, no sentido único de encontrar o novo hospedeiro de vida interrompida. Uma epidemia contagiosa, à semelhança das doenças causadas por vírus e bactérias.

O jovem está mais disponível às identificações apaixonadas e sem limites. Ele pode estar inteiramente aberto a este ou aquele chamado, até mesmo em direção à morte. Sua cabeça pode estar ruim, ele pode





estar com muitas certezas, e pouco conseguirá discernir. Pouco, ou quase nada, será filtrado pelo simbólico que lhe concerne, na medida em que se desponta, aí, uma fragilidade estrutural. Há uma onipotência desmedida na maneira de ser do jovem, de lidar com os desafios que a vida impõe. Por isso mesmo ele pode se deixar ou se fazer contagiar a partir de uma diversidade de clamores escandalosos. Os chamados serão tomados aqui, ao pé da letra, como ordens a serem obedecidas: um gozo que vocifera em sua crueldade, obscena e cruel, numa direção vertiginosa rumo a vidas interrompidas. Sem mais nem por quê. Será? O jovem em sofrimento, muitas vezes não mede consequências do que se passa à sua volta, podendo até mesmo responder aos chamados irracionais de redes virtuais dos computadores. A maneira de ser do jovem adolescente se apresenta a partir de uma disposição para o outro, por onde ele se oferece como um verdadeiro objeto a ser manipulado, podendo ser facilmente utilizado numa forma específica de identificação melancólica, a partir da constituição de grupos, a partir das redes grupais, virtuais.

Os pais imersos numa vida interrompida

Vamos tratar assim de questões específicas sobre os conflitos e os distúrbios na vida dos filhos, distúrbios estes que são tecidos e escritos nos interstícios de uma conflituosa relação entre pais e filhos, não sem a incidência de efeitos contundentes advindos da babelização social em que vivemos hoje. São conflitos que seguem adormecidos numa história, mas produzindo efeitos ensurdecedores aqui ou ali. Mais especificamente, ao que escapa de um possível domínio da relação de um casal e, que, muitas vezes, faz brotar, no real, como zona de conflito, situações graves demais na vida de um sujeito que podem acarretar danos intermitentes e irreparáveis, podendo ocasionar vidas interrompidas.

A posição que os pais ocupam hoje não é fácil de suportar. Eles têm sofrido na carne os desafios que se apresentam numa relação das mais difíceis de serem solucionadas. Os pais navegam a partir da sublime arte de conduzir e administrar as reviravoltas presentes na educação de filhos adolescentes, num território que carrega, ao mesmo tempo,





alguns entusiasmos, preocupações atordoantes, e grandes embaraços. Deste modo, ocupando um lugar difícilimo e quase insuportável de se sustentar na atualidade das famílias, tendo que lutar como gigantes contra as crises estruturais que dá a ver o crescimento de filhos, como também não sucumbir ao insidioso soterramento que os discursos da atualidade impõem no sentido de deslocar um pai da sua função de autoridade paterna? Ou seja, gozando e administrando momentos de alegrias únicas e inesquecíveis entrecortadas por conflitos dos mais inesperados que apontam em direção a uma possível construção de nova ordem de gerações.

O lugar que um pai ocupa hoje na relação, com a mãe e com os filhos, sofre e carece de sustentação de autoridade. As coordenadas que medem os valores que delineiam estas novas gerações não nascem mais de raízes que poderiam brotar de uma autoridade dentro da família, mas sim de fora. Há, portanto, a incidência de entraves no exercício da função paterna enquanto autoridade em relação ao papel que a mãe vem ocupar. As novas formações sociais estão, cada vez mais, se fazendo sediar pelo discurso da ciência. Este fato por si só cria uma verdadeira avalanche de idiosincrasias jurídicas que não cessa de destituir a função de autoridade do pai, outrora ocupada sem oscilação. Isso conta e, por vezes, é causa e razão de atravessamento de desenvolvimentos patológicos na vida de jovens em suas vidas já tão em crises.

O sintoma do casal, de todo modo, se instala no filho ou na filha. Aquilo que não anda bem no casal parental, e que é signo de um desencontro de desejos, certamente se desloca sintomaticamente na vida dos filhos. O que está atravancado no casal perturba o bom desenvolvimento da criança. A criança patológica testemunha que algo não vai bem, que algo está mal na estrutura das relações de desejo do homem e da mulher que se tornaram pai e mãe. O ponto maldito no casal é o que se instala de sintomático na criança e no jovem como alguma coisa que interrompe não permitindo o bom andamento de uma vida bacana e feliz. O que comprova a tese psicanalítica de que o sintoma da criança acha-se em condições de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar. Sintoma que se apropria e justifica a vida subjetiva





de um filho ou de uma filha, que se faz passar numa representação da verdade (oculta) do casal parental – ou seja, aquilo que não anda bem no casal pai e mãe, em seu recobrimento da sexualidade que se passa entre um homem e uma mulher, em sua reinante conjugalidade. O sintoma que se faz passar, por este ou aquele sofrimento de um filho, representa a verdade do casal familiar. Este é o caso mais complexo, mas também o mais acessível a toda e qualquer pesquisa que possa permitir um progresso sobre esta questão.

Os pais têm investido mais em seus filhos, sim, na saúde física, no preparo para o futuro, fundamentalmente, o profissional. Mas o problema está justamente no comportamento, naquilo que advém de um não uso das palavras entre este ou aquele membro da família. As palavras são soberanas, elas mesmas, quando bem colocadas, fundam os lugares de leis e de respeito na estrutura familiar, que se faz passar para o universo das relações sociais. O não, saudável para um progresso psíquico, não está presente nos bons momentos de uma educação. As coisas quando são ditas sem medo e sem pudor permitem que a verdade possa ser entrevista, venha ser relançada numa abertura necessária para que cada um possa não abrir mão de seu desejo. Quando não há lugar para a palavra – por exemplo, quando os pais sabem, de antemão, o que é o melhor para seus filhos, e estes, portanto, não necessitam pedir, ou dizerem que aquilo eles não querem, pelo menos naquele momento – este lugar será parasitado por sintomas, situações silenciadas ou explosivas. Ou seja, pelo excesso de um gozo, que foi não castrado pela palavra do pai, palavra esta que não cessa de ser veiculada pela mãe. São alguns transtornos da vida psíquica, que se apresentam como verdadeiros distúrbios mentais, autodestrutivos, que têm, em suas bases, o encaminhamento de uma vida depressiva em seus movimentos de desejos. Se eu não pude, de alguma maneira, constituir no seio da minha família um lugar de desejo, um lugar pelo qual eu possa querer aquilo que desejo – e que somente o exercício das palavras me permitirá alcançar tal objetivo, ele me coloca sob o exercício de uma lei do desejo – serei levado a agir, a atuar, a viver uma vida, digamos, paralela e sem saída. O sujeito depressivo escreve sua vida como vida interrompida justo por não querer aquilo que deseja.





O comportamento desviante tanto das crianças quanto dos jovens tem sido resposta a um complexo familiar, de subjetividades desajustadas, subjetividades em crises, reféns do mau diálogo. Trata-se de um vertiginoso imperativo do não-dito. Os diálogos são diálogos atravessados por linhas imersas numa violência descabida. Falta uma boa palavra, o bom uso da fala. Este lugar será ocupado por distúrbios que se tornam muitas vezes mais perigosos e incontornáveis.

O que se passa com os pais

A criança ou o adolescente que, por alguma razão, interrompe sua vida, carregam consigo um pedaço da vida dos pais e, também, das pessoas que mantêm vínculos afetivos próximos. Ou seja, vidas interrompidas, elas mesmas dizem respeito aos pais que vivem, com seus filhos, o embate de situações conflitantes que vêm estagnar a vida de uma criança ou de um adolescente. Muitas vezes são situações silenciosas, adormecidas, encoberdas por sucessos e brilhanismos escolares. Os sintomas do jovem podem estar recobertos pelos excessivos ideais dos pais. Portanto, são pais suspensos na dor e no sofrimento cruel, real ou sintomático, de um filho ou de uma filha que já não caminha mais na vida como outras crianças e adolescentes. Eles se preocupam e querem respostas: “O que se passa com o nosso filho que ele anda isolado e tão quieto? Por que será que o nosso filho vive adoecendo e não avança nos estudos? Por que ele é tão bom em seus estudos e vive uma vida afetiva de relações estagnadas? Por que este filho não consegue viver uma vida sem sofrimentos?”

Ora são as drogas e os seus terríveis desdobramentos, que apontam tanto para uma delinquência quanto para um isolamento sem fim, ora se trata de uma reincidência de doenças das mais variadas possíveis - anorexia, bulimia, depressões, doenças da pele, doenças malignas. Muitas vezes se trata de situações aparentemente simples - uma inibição, por exemplo - mas que, depois, poderá evidenciar um quadro de problemas mentais mais sérios e mais graves.

Estas crianças e adolescentes vivem uma vida paralela, impenetrável, defendida e protegida contra qualquer investimento dos pais e de





outros. Eles se mantêm reclusos, protegidos contra tudo e contra todos, em suas ostras narcísicas, intocáveis, que guardam como grande trunfo uma agressividade onipotente e uma violência desmedida que pode estar dirigida contra si mesmo. Nesses casos, os pais serão os verdadeiros arautos de um sofrimento que os filhos vivem, nos escombros do gozo silencioso de um sintoma, um sacrifício que se arrasta, por aqui e por ali, não se sabendo muito bem para qual direção isso vai dar. De alguma maneira, eles vão insistir numa resposta, num resultado, digamos. E este sofrimento dos pais diz muito mais que aquele veiculado numa preocupação aparente, na medida em que eles esperam que seus filhos correspondam aos seus investimentos rumo à construção de novas gerações em sua tessitura genealógica.

As perguntas que os pais lançam sobre o que se passa com seus filhos se multiplicam cada vez mais, não cessa de avançar nesta ou naquela direção. As respostas têm se tornado ecos vazios, dissidentes e distantes de uma realidade a partir da qual poderíamos encontrar respostas e soluções. E parece que isso não tem mais fim, pois o que se observa é que aumenta gradativamente o número destas vidas, paradas, no desalento de uma dor. Estas perguntas, que emergem em meio a um turbilhão de famílias, guardam relação estreita com uma insegurança frente a preocupações com o futuro dos filhos. Perguntas que pairam no vazio de um ar atônito, tanto como interrogação quanto como exclamação, que invadem o mais íntimo de nosso ser e que deixam o rastro de um vazio, de um rombo, de um buraco e, por mais que procuremos respostas, o enigma se arrasta e se esgarça cada vez mais, nos deixando órfãos de qualquer resposta, de um sentido. Pais que se sentem traídos e abandonados, que estão ali em cheio, como verdadeiros hóspedes de uma carência do amor desse filho ou dessa filha que partiram sem nenhuma explicação. Pais que ficam e permanecem ali, sozinhos, calcados nos restos de uma tristeza sem fim. Eles estão ali sozinhos, inteiros na dor e no sofrimento, em dívida com o porvir de uma nova geração. Caminham no limiar de uma dúvida que se acasala na sombra de uma incerteza que designa a penúria entristecida do amanhã. Pais que sofrem o peso derradeiro da resídua cortante e corrosiva de uma melancolia, tinto de auto-acusações. Pais agora em





sacrifício, abatidos na dor de uma desesperança. Pais agora abstinentes da presença viva do amor que depositaram e viveram em seus filhos, caem de corpo e alma no solene exercício de suas recriminações. Isso os alimenta, os nutre de algo que não querem deixar. Certamente, não querem saber. Eles sabem que o saber os distanciaria pelo menos por um tempo do que há de mais querido, e que pode ir embora agora e não voltar nunca mais. Pais que vivem agora numa falta! Quase sempre estão ali, entorpecidos e petrificados, se fazendo passar pelos caminhos lúgubres e submissos de uma letargia mortificante. São pais em perda, que se alimentam do vazio de uma espera anônima, no desterro da dor que grita por aquilo que teria sido. Uma desesperança! O que houve? Por quê? Demos tudo, fizemos o que achávamos melhor. É realmente isso, não se sabe bem o que é ou o que está por vir. Eles se esquecem de si mesmos, e passam a sobreviver sobre o que resta nos escombros da ausência, suspenso em emoções malditas, emoções em desesperos, emoções em sofrimentos infintos que ainda funcionam como suporte da perda. É o que lhes resta, nada mais que isto!

Esta maneira de abordar os acidentes provocados se contrapõe às explicações de um cotidiano comum. A realidade propõe uma visada única e que é a mais verdadeira. Ela refuta qualquer abordagem que se apóie no conforto de uma idéia mágica que, por vezes, implique o assim chamado destino, a religião, o acaso. Mesmo que alguns necessitem de um amparo, isso não conta, pois contradiz uma verdade que se faz balizar pelos elementos de uma realidade que se coloca em ato.

Sempre que um filho ou uma filha criam situações que resultam na sua própria morte, este fato por si só denuncia uma fragilidade de vínculos com a vida. O gesto de uma interrupção da vida de um dos filhos pode atualizar uma catástrofe no seio familiar. É possível que tal acontecimento produza distúrbios irreparáveis que na realidade são reedições de situações conflituosas das mais graves na vida psíquica de pais e de irmãos. Como pode acontecer um silêncio em torno do acontecimento tão traumático em si mesmo. Pode acontecer que a patologia esteja tão bem estruturada no seio familiar que todos reajam como se nada tivesse acontecido. É o caso de um adolescente que saltou da janela do



apartamento dos avôs e morreu instantaneamente. Logo em seguida ao acontecido, uma avó do garoto, que estava sozinha em casa, passou a receber as pessoas e explicava, sorrindo, como o jovem subiu na cadeira para pular do sétimo andar. Nenhuma angústia, nenhuma crise, nenhuma lágrima, e assim continuou nos próximos dias, semanas e meses. Mas o que se observa é que a morte de um jovem pode criar ou fazer vir à tona um buraco, um rombo na estrutura da família. O acidente, que marca uma inversão na ordem das gerações, instala-se como algo traumático e melancólico nos pais que se constituíram numa historicidade. Eles passam a viver uma quebra de todos os elos que sustentavam suas convicções e ideais que se constituíram numa historicidade. Talvez seja esta a dor maior de um pai e de uma mãe. Não há explicação alguma que justifique tal aberração na vida. Onde foi que erramos? É o momento de retorno – inconsciente, portanto – de uma culpabilidade originária que instaura um buraco sem fim por onde pais permanecem identificados na culpa de um abandono. O desespero e o inconformismo têm como função recobrir uma pergunta, até então não formulada, sobre o que teria sido o encontro desejante dos pais na concepção de um filho que optou por uma vida interrompida. Este fato é aceito normalmente, em silêncio e sem questionamento, e será dado como mais um acontecimento que se encaixa na ordem do natural das coisas.

Pais acreditam na possibilidade de que tanto um filho quanto uma filha possam insistir numa vida de desejos. Uma vida com esperanças venha se escrever no itinerário oposto à covardia moral. A covardia moral é esta estagnação gozosa por onde o sujeito se acomoda no seio de uma culpabilidade para não pagar o justo preço necessário para viver com dignidade. Portanto, uma vida de desejo e de persistência. Quando o sujeito cede de seu desejo, desemboca na injunção de um campo sacrificial onde reinam as depressões e as paralisias do viver. Uma vida de conflitos e paradas do viver. Pais não querem ver filhos viverem no arrependimento, identificados à impotência da dor de existir. Muito menos que permaneçam aprisionados nas entranhas de uma vida anêmica, desvitalizada de desejo. Filhos impossibilitados! Pais não querem isso de seus filhos. Eles esperam que seus filhos possam querer aquilo





que verdadeiramente desejam e que cada um viva uma vida cada vez mais distante de um emperramento culposos. Os pais verdadeiramente desejam que filhos venham desfrutar uma vida que ultrapasse àquela que viria datar a morte dos pais. Mas, muitas vezes, vemos uma mortificação e uma falência na vida de filhos. Que pontes serão necessárias para que os investimentos dos pais encontrem eco no caminhar da vida de filhos? Que palavras fazem falta para que se fortaleçam os vínculos tão necessários na sustentação de uma vida?

Então, o que sustenta a quebra na ordem natural das gerações? Observa-se, hoje, quão frequente tem sido a presença de pais no enterro de seus filhos. Podemos dizer que isso tudo é, no mínimo, absurdo! Este fato contingencial testemunharia a real quebra do sentido que instaura uma inversão daquilo que se propõe como rumo de uma nova linhagem familiar.

Como conceber a escolha ou os caminhos de uma vida interrompida? Quais as pontes que não foram devidamente construídas? Trata-se de uma questão que caminha no sentido amplo, não somente no que diz respeito ao movimento insensato de um matar a si mesmo, mas também nas frequentes paradas ou desvios da vida, ou até mesmo nos distúrbios de uma vida desejante em seu aspecto manifesto de uma errância profissional e amorosa.

O que seria uma vida interrompida? Ou, ainda, de que lugar da sua subjetividade o sujeito em questão se faz interromper sua vida? O que está em questão e a quem se dirige um movimento de se fazer paralisar? Quais os fatores que a promovem na medida em que não poderíamos acreditar que tudo isso vem do nada, de uma mera fatalidade, por exemplo? Não devemos aceitar os fatos simplesmente tal como eles se apresentam sem colocar aí uma pergunta sobre o fator causal, sobre o que originou, ou até mesmo sobre o que desencadeou uma situação traumática que levou o sujeito a perder as rédeas da sua vida caindo para o lado de uma situação derradeira. De alguma maneira, estamos habituados a aceitar os fatos como eles se apresentam, sem questionamentos. É o que remeteria a uma concepção simplista das patologias melancólicas, sem lugar ou razão para que se coloquem perguntas so-





bre o fator causal. Diante de uma doença de cunho biológico que foi herdada de pais e avôs, com isso, a pessoa que faleceu estaria isenta de qualquer implicação? Ela seria uma simples vítima ou existem outras possibilidades de se analisar o que verdadeiramente está em questão, ou seja, introduzindo perguntas que visem uma abordagem mais ampla e enriquecedora? Nesse sentido, a interrupção prematura de uma vida se sustenta na escolha e na participação do próprio sujeito. Algo que não muito fácil de aceitar: uma implicação do sujeito no próprio sofrimento que o atordoa. Gozo no sofrimento? Um desejo de querer ou de se fazer adoecer gravemente, um desejo de morrer? É possível acreditar na vã e até mesmo louca idéia de que alguém seria capaz de produzir ou fazer mal a si mesmo?

Então uma vida interrompida somente poderia ser considerada patológica. Mesmo nos casos de mortes prematuras causadas por doenças aceitas como de origens genéticas e orgânicas caberá perguntar ainda sobre a relação que cada um estabelece com a mesma. Não vamos entrar aqui no campo das filosofias ou de teorias a favor de uma ética da liberdade, a partir das quais cada um poderia fazer o que melhor lhe conviesse com a própria vida. É verdade que isso existe. Mas o rumo a ser seguido será aquele que considera as interrupções do viver como uma impotência de alguém diante do seguir vivendo, um sentimento estranho e aterrador de se estar numa via sem saída, um sujeito abatido imerso num sofrimento aterrador. Uma vida interrompida caminha quase sempre em função de um movimento interno que é cego para o sujeito adoecido, que é condicionado pela ação contínua e devastadora de uma pulsão de morte, bordejada e determinada por forças que estão fora do controle do sujeito enquanto tal. Portanto, não se trata de um simples querer consciente, mas de algo que transcende e que obedece a motivações que são desconhecidas até mesmo por aquele que, vamos dizer, chega ao cúmulo de um matar a si mesmo, que põe um fim drástico à própria vida. Neste impensado, há uma falta de saber. Um não saber que age e determina os rumos da violência deste alguém contra ele mesmo. O acontecimento que funda uma vida interrompida, tanto em seu aspecto de um matar a si mesmo quanto na ramificação de uma parada parcial do viver, marca o momento traumático em que





o sujeito perde as rédeas da vida e fica à mercê das marcações sintomáticas, inscritas pela historicidade que o constituiu. São momentos em que este alguém não tem outra saída senão pôr fim à existência ou, por exemplo, provocar o aparecimento de doenças malignas que destroem a vida de alguém.

O gesto de interrupção de uma vida ocorre tanto de maneira discreta, por exemplo, um suposto acidente de carro ou um descuido pessoal que coloca a vida em risco, quanto por vias mais explícitas, violentas, aberrantes: o ato obsceno e cruel de se fazer jogar do alto de uma ponte ou de um edifício, de se enforcar, de ingerir medicamentos em doses excessivas ou venenos. Ele ocorre também em forma de uma desistência de si mesmo, que é consequência direta de uma produção obstinada de sintomas, no corpo e no psiquismo, como tentativa de se deixar paralisar sorrateiramente numa vida interrompida. Quando olhamos de fora, não encontramos nenhuma razão lógica que justifique uma aventura tão derradeira. Burrices! Pode-se até dizer que há nisso tudo uma insensatez. Por que alguém faria isso consigo mesmo e com seus próximos tão queridos?

Sempre que um filho interrompe sua própria vida, fica uma pergunta no ar, que só fazemos depois: por que não vimos antes? O que seria poder intervir antecipadamente, antes do fato consumado? Um filho, uma filha, eles mesmos, em seu dia a dia, apresentam, sim ou não, sintomas antecipados, sinais, desvios, atos e gestos repetitivos, ou seja, comportamentos que poderiam chamar atenção para uma possível intervenção, uma antecipação de medidas que viessem até mesmo a impedir que se consumasse uma vida interrompida? Uma coisa é certa: todos nós somos pegos de surpresa e não encontramos o que dizer. Mas, depois, quando cai a ficha, as coisas vão se conectando, de ilações em ilações, e constatamos que o sujeito, em seu cotidiano, já sinalizava para um possível adeus. Os pais chegam até mesmo a se perguntar onde erraram na educação desse filho. O que mais poderiam ter feito? Essa pergunta habita o cenário entristecido dos pais que ficaram no abandono desse filho tão querido que se foi. Uma pergunta solta, no vazio de um buraco. Como ele pôde fazer isso comigo? Cada um





se pergunta silenciosamente. Com todos nós, que o amávamos tanto? Sempre tomamos conhecimento desses fatos tarde demais. Seria possível uma antecipação, ou devemos tomar as coisas como sendo assim mesmo, acreditando que quando alguém quer realmente acabar com a própria vida não há o que fazer? Como intervir em situações ou momentos que possivelmente antecedem uma vida interrompida? É difícil, mas devemos pesquisar e insistir neste assunto.

É aquela velha história do jovem que sai à noite para se divertir. Acredita que com ele nada vai acontecer. Então ele bebe à vontade, dança e, lá pelas tantas, já ao amanhecer, pega seu carro para voltar para casa. Bate o carro e acaba por morrer. Ele não imaginava, em hipótese alguma, que pudesse acontecer qualquer acidente tão fatal com ele. Mas já escutara fatos semelhantes à sua volta. Os próprios pais não cessavam de demonstrar tal preocupação. No plano de uma racionalidade o jovem sabia, portanto, da possibilidade de incorrer no mesmo erro, mas, ao mesmo tempo, se recusa a pensar que com ele possa acontecer o mesmo. Ele acredita que vai estar atento. Ou, talvez, justo para provocar um acidente de morte, ele necessita pensar que com ele não vai acontecer. Teria havido certamente uma força maior que emanou dentro dele mesmo que o levou a consagrar esta morte daquela maneira. Os conselhos, os fatos já acontecidos que podem muitas vezes condicionar algum ensinamento, toda uma racionalidade espetacular do dia a dia, mesmo um grande amor reinante à sua volta, tantos cuidados, mesmo assim uma motivação maior inconsciente o levou a cometer aquele descuido impensado que ocasionou esta perda irreparável! Nada adiantou, nada pôde conter aquela avalanche de força estranha, determinada, de uma necessidade maior de morrer. Nada adiantou! E então?

Não podemos pensar, em hipótese alguma, que foi uma simples obra do acaso ou por causa do destino, uma fatalidade. E nem mesmo dizer: ele morreu porque havia chegado sua hora, pois isso implicaria uma não implicação do sujeito no acidente que por ele fora provocado. Quer dizer, sem a sua participação, como sujeito. Ele bateu de carro e morreu porque, por alguma razão - às vezes, até





mesmo desconhecida por ele no plano consciente, racional - necessitava acabar com sua vida, ele não via outra saída. Ou melhor, uma pulsão de morte que se realizou numa passagem ao ato suicida, ou seja, numa vida interrompida.

As interrupções da vida

Ninguém morre cedo demais sem que tenha havido uma causa psíquica determinante. Não há um fator causal externo, ou a presença incólume da desgraça e do azar. O sujeito está ali, presente, com todas as letras como razão causal. O que acontece é que esta razão determinante pode ser desconhecida. Ou até mesmo pouco sabida pelo jovem que necessitou interromper sua vida, cedo demais, naquilo que poderia ter sido em sua própria existência. Algumas vezes podemos pensar se não é o caso do sujeito saber tanto desta necessidade de se fazer morrer que ele mesmo não fez outra coisa na vida senão se esforçar ao máximo por esquecer? Por algum motivo, por alguma desilusão, por esta ou aquela frustração reiterada, por algum sofrimento psíquico, por alguma coisa que me atormenta e que toma conta do meu ser e que nem mesmo eu sei.

Vida interrompida é um verdadeiro câncer das relações sociais, ele é o que não cessa de desafiar os pilares mais sólidos da civilização em suas constituições milenares. Quando se consuma uma interrupção da vida na adolescência, temos uma corrosão dos vínculos que sustentam as estruturas familiares. A idéia que se faz é que o ser humano, como algo da ordem do civilizado, jamais poderia se suicidar. Ele próprio não poderia refutar e colocar por terra justamente aquilo de que ele participa na construção social. O enigma que a vida interrompida nos apresenta contém variáveis infindas. Ela consegue, num único e mesmo gesto, destituir estudos e mais estudos que se acoplam nas mais complexas disciplinas e experiências profissionais, às quais se dedicam décadas e que se encaminham rumo a uma intervenção.

O ato que promove a interrupção de uma vida é um problema dos mais enigmáticos e significativos para os profissionais que lidam com





a vida humana. Os governos e as instituições em geral desejam que o ser humano insista em viver uma vida que não seja de todo ruim, uma vida que possa ser bem vivida, não somente em sua longevidade, como também na inscrição de uma pauta de gerações que se sucedem no ordenamento das estruturas sociais.

Independente das razões ideológicas ou religiosas, a importância do estudo das razões do viver reside em todos os níveis da civilização e, fundamentalmente, no fato de tratar-se de um problema de saúde pública. Ao se apresentar como uma aberrante quebra de uma razão de viver, o suicídio coloca constantes desafios aos profissionais que operam nos órgãos públicos, que são pessoas que têm a coragem e a dignidade de se debruçar sobre suas incontornáveis razões causais. Frente ao ato suicida consumado, os profissionais se sentem derrotados, traídos em seus objetivos e em suas intenções contra as incoerências de vidas interrompidas. Traídos, naquilo que constitui o encaminhamento das diretrizes particulares de cuidar de uma vida.

Governos sérios têm se tornado mais sensíveis e interessados em abrir portas e criar novas formas de trabalho no social que têm se feito acompanhar de novos argumentos. O que é importante porque possibilita levantar o pudor que encobre a verdade aí em jogo, que impede que o trabalho avance, caminhe contra vidas interrompidas. Pois este, o pudor em relação a esse tema tão traumático, desvia o olhar encobrindo uma possível visada clínica dos sinais que se antecipam nesta patologia tão psíquica quanto social.

Os profissionais da saúde pública têm trabalhado no entorno dos estragos que o suicídio promove. Isto é importante, fundamental! A ênfase nas pesquisas agora está voltada para o exaustivo trabalho de uma possível profilaxia que engloba as famílias e suas adjacências. Os órgãos de saúde pública vêm criando lugares mais especializados que têm por objetivo a escuta e a leitura de sinais que teriam se apresentado no comportamento que este ou aquele membro da família dá a ver, deixa comparecer em seu dia a dia como verdadeiros traços sintomáticos que foram detectados nas histórias de um ou outro que se foi e muitas vezes não se sabe a causa, a razão de uma





interrupção da vida. Com isto, certamente estes órgãos conseguem minimizar a incidência real do suicídio.

Os meios que os sujeitos utilizam para alcançar tal objetivo nem sempre são claros e explícitos. Existem as formas clássicas de vidas interrompidas. Outras, e talvez em maior número, não. O universo maior destas realizações suicidas está nas invectivas inconsciente. Na verdade, a cada vez mais, eles enveredam por novos caminhos que se desdobram como verdadeiras dissimulações. São formas que se apresentam encobertas de dar cabo à própria vida. O que sabemos é que para além das maneiras explícitas de causar a própria morte, existem movimentos que ultrapassam o plano da consciência e da simples análise objetiva da questão.

Uma vida interrompida tem sua causa

Mas, certamente, uma vida interrompida tem sua própria história. Ela não apareceu do nada ou, por assim dizer, da noite para o dia. Pelo contrário, ela mesma não cessou de se fazer sinalizar, por aqui ou por ali, das mais diversas maneiras. Ela tem uma base, sim! Sua raiz está escrita nos silêncios de uma historicidade familiar. Nós iremos encontrar na história de um sujeito que interrompeu sua própria vida - e aqui não importa tanto de que maneira - elementos que se justificam num desejo de morte. São verdadeiros pontos de uma razão estrutural que apresentam seus efeitos de distorção no comportamento da criança e do jovem. Silenciosamente ou não, estes traços sempre estiveram por aí, amalgamados, em sofrimentos não decifrados. São os momentos lógicos de uma vida marcada em suas alternâncias bruscas de humor, por mudanças abruptas, por um exagerado para cima e para baixo, para muito ou para pouco, que se repetem numa dor de existir, na dívida de um luto que não se realizou e que não teve suas condições de processamento na vida do casal de pais. O importante é que se saiba que o sofrimento se repete como assimilação da própria vida do sujeito, e até mesmo pelo ambiente à sua volta. Por isso mesmo, nada se observa de um comportamento que já vinha sinalizando este sofrimento no cotidiano da vida do jovem.





O automatismo de repetição toma conta da vida do humano. O sujeito repete o ponto de um conflito originário da vida subjetiva em sua desconexão. De todo modo, existe um movimento que transcende o sujeito em si, que pode levá-lo a trilhar algum caminho que nem sempre é agradável. Algumas vezes o jovem é condenado a sofrer situações que lhe causam dores e arrependimentos. Ele pode estar arrolado e preocupado a uma repetição de fracassos sucessivos, refém das amarras de um sentimento inconsciente de culpa, justo por onde brotam as paralisias da vida do sujeito da vida interrompida.

Portanto, uma vida interrompida tem sua razão causal. Como já foi dito, em outras palavras, ela reside na vida subjetiva que vive os abalos de uma turbulência sintomática, do pai e da mãe, do casal parental. Pelo menos é de se esperar que haja ou tenha havido um casal na origem de uma criança. Há, de toda maneira, encontros e desencontros nas ruelas que marcam a formação de um casal parental. Por vezes, um casal que não cessou de calar e abafar a voz de um conflito de origem, de seus desencontros sexuais, de uma cumplicidade simbólica que certamente não houve, de uma palavra verdadeira que não se passou para os filhos. E essa verdade do casal irá vigorar no real da vida dos filhos, na constituição de uma criança, ou, até mesmo, no jovem. O filho ou a filha será o verdadeiro porta-voz, por extensão, do desencontro do casal parental que guardou e abafou em si mesmo o necessário barulho do conflito que reinava entre si. Desse conflito, que não pode ser assimilado simbolicamente, esvaem-se pontos de discordância drásticos na condução da vida da criança e do adolescente.

O que equivaleria dizer pais ainda dependentes, que não conseguem dizer não. Trata-se, de todo modo, de um luto que não se deu, de um luto que não se realizou na estrutura familiar, em sua historicidade de desejos e de discursos. O luto é base estrutural da dinâmica familiar em sua formulação de futuras gerações. A família é a verdadeira passadora da uma lei simbólica que é primordial na vida de uma criança em desenvolvimento, até mesmo em sua adolescência e idade adulta. O sentido dos valores por vir dependem da construção ou não de um luto basal. Este fato permite ao jovem, por exemplo, lidar melhor com as





perdas, as conquistas, o fracasso e o sucesso. Por isso mesmo, o menino, a menina, que teve uma vida interrompida, cada um à sua maneira particular, já anunciou que a coisa não ia bem. De todo modo, deixou entrever que algo tropeçava e não permitia que a vida caminhasse com leveza. Uma vida, portanto, referida a um ponto de trauma, a um nó, ao que se diz de um núcleo patológico que escreve e determina a vida de um sujeito em sua errância.

O menino já demonstrava fragilidade para enfrentar os desafios normais da vida do dia a dia. Ele mesmo não suportava frustração. Muito cedo passou a se utilizar de jogos valendo dinheiro, o que se constituiu um vício. Quando sua namorada rompe com ele, o buraco é tão grande que nem mesmo a droga irá ajudá-lo a suportar o vazio insuportável. Ele salta do alto de uma ponte e se esfacela na superfície da água. Este jovem tinha seus pais à sua disposição, colados e à disposição em seu querer doentio.

A menina, que sempre vivia quieta em seu canto, ela mesma já deixava entrever que havia um voltar-se, acentuado, para dentro de si mesma. Sem nada dizer, joga-se sob os trilhos de um trem como uma maneira de fazer-se coerente com seu abandono. Seus pais se separaram muito cedo e ela acabou sendo cuidada por uma avó que, de tão pobre afetivamente, mal olhava para si própria, o que dizer para ela!

O garoto, pobre coitado! Carente de uma atenção que se dissesse pouco mais verdadeira, estava sempre à disposição do outro. O outro ao qual ele de tudo fazia era ele mesmo. Ele se sentia reconhecido e aceito fazendo coisas para o outro. Ele era bonzinho, e muito querido pelo outro, pois sempre se resignava e só dizia sim. Vivia de migalhas deste ou daquele olhar, não importa de onde ou de quê, deste ou daquele resto, e não media consequências para atender ao pedido de um amigo ou de uma amiga. Após um dia de intenso divertimento e uma noite bebendo numa boate, ele cede ao pedido de um amigo e dá carona a este até à sua casa. Ao voltar sozinho para casa, adormece e é encontrado morto dentro de seu carro batido. Com três anos de idade ele havia perdido sua mãe num desastre. Depois disso, ninguém na família foi mais o mesmo, na medida em que se estabeleceu um buraco





nesta estrutura. Ele vinha se debatendo frente a esta perda tão vital, mas não encontrava material simbólico para lidar com o vazio que se apresentou.

Uma jovem já demonstrava que não vinha bem. Ela mesma não estava ali onde se apresentava. Estava sempre desconectada de si mesma, dividida, retraída em si mesma, numa posição em reserva. O seu ódio permanecia em reserva para comparecer frente ao outro de maneira cordial e discreta. Mas ela nem mesmo se reconhecia nela mesma!

Outra menina, sempre irrequieta e com o humor excessivamente oscilante. O ponto de um conflito agravante tem a ver, certamente, com aquilo que não se fez presente de um desejo neste filho ou nesta filha, ou seja, filhos que permaneceram desalojados e sem lugar no desejo dos pais. São acontecimentos inconscientes que determinam os rumos distorcidos de uma vida em andamento, verdadeiros nós que não permitem que uma vida caminhe com as suas próprias pernas. Basta que se olhe para trás para constatar que se tratava de uma vida em tormento, uma vida que não se sentia em casa, portanto, o sujeito se debatia em sua aflição silenciosa. A pergunta, colocada por um ou outro, “mas, como é possível acontecer uma coisa desta?”, já vem para ofuscar e tamponar, para dizer que não somente que aquilo é possível como também comparece como uma negação dos sinais que estavam por perto.

Colocamos crianças no mundo, isto é certo e seguro! Mas, para além deste gesto, por vezes mecânico até demais, torna-se necessário que a criança ocupe o lugar de filho justo ali onde os pais possam passar essa nomeação. Ou seja, que esta criança se constitua verdadeiramente como filho. Portanto, não se trata de um feito biológico. Mas tal feito pode florescer das mais diversas maneiras, ou até mesmo não se dar. De toda modo, uma vida interrompida será uma consequência direta que brota justamente dos pontos de fracasso numa relação desejante entre pai e mãe. A voz de uma vida interrompida é esta voz calada que não se realizou em seu destino, e que restou ali mesmo silenciada produzindo efeitos catastróficos e ensurdecadores. Ela se faz passar, em sua mensagem esquartejada, pelos quatro cantos do casal parental. Ela





está ali, à socapa, nos meandros de uma de discordância irreduzível, às vezes, muito sutil da estrutura familiar. São as palavras não ditas que muitas vezes denunciam uma verdade silenciada. E esta verdade, que é a verdadeira portadora de um discernimento entre pais e filhos, não consegue fazer-se passar pelos sulcos que dariam palavra e voz a esta criança, ainda tão pequena! Uma verdade amordaçada e silenciada em sua boa intenção, em seu intuito, que está aí como filha de uma errância que provoca, por vezes, distúrbios graves demais na vida de uma criança ou de um jovem. Uma verdade trôpega, capaz de produzir vida interrompida na vida de uma criança se fará presente ora por um silêncio ora por esta ou aquela bizarrice que pode levá-la a uma paralisia ou até mesmo à morte.

Uma responsabilidade do sujeito

A psicanálise nos ensina que o inconsciente está presente em todos os atos de um sujeito falante. Nenhuma ação ou escolha permanece fora dos seus efeitos. O sujeito do inconsciente escreve e determina as proposições e os acontecimentos que pautam os caminhos da vida cotidiana de alguém, seja adulto, adolescente ou criança. Os elementos de uma patologia passam de um para outro, em sua tessitura e configuração. O sujeito então é responsável pelos seus atos, quer ele se saiba ali, presente ou não, até mesmo no ato de se fazer morrer. O sujeito, ele próprio, torna-se o agente condicionante, causador, não importa se alienado ou não às suas questões patológicas que marcam o seu viver. O sujeito está ali como responsável e como um agente que é causa de seu ato. Ou seja, o sujeito não é vítima dos acontecimentos, dos fatores externos. Ele é responsável pelos seus atos, é o agente de todo processo.

Esta maneira de abordar os acidentes provocados se contrapõe às explicações de um cotidiano e do senso comum. As coisas serão então colocadas da seguinte maneira: de toda maneira, os meus atos são de minha inteira responsabilidade. Mesmo que eu não o saiba – e isto, tanto faz se é mais ou menos inconsciente –, a necessidade de acabar com a minha própria vida não se deve à presença de forças externa a mim, é algo estranho que está em mim, que me concerne e que diz





respeito somente a mim mesmo. Os fatos que acabam por condicionar um acidente, mais grave ou menos grave, são consequências de uma necessidade que é interna à minha história. A vaga e ilusória idéia de que o destino assim o quis não cabe mais aqui, não tem lugar numa abordagem que se quer verdadeira e realista. O melhor seria até mesmo dizer: em nome do meu destino, vale dizer, do destino que eu criei e constituí para mim e por mim mesmo, sou o único responsável. Eu vou assumir a responsabilidade, certamente, do meu sucesso e do meu fracasso. Mesmo porque é difícil suportar o sucesso. Ambos, sucesso e fracasso, podem desencadear vidas interrompidas. Com isto, posso dizer que estou me fazendo caminhar graças à matéria prima que herdei de meus ancestrais. Dos meus pais, dos meus avôs, de todos aqueles que se tornaram significantes para mim.

Existe um fator determinante na vida de um sujeito que se escreve a partir de uma causalidade psíquica. Nada mais que isso. É a tese que sustenta o discurso analítico: o sujeito, ele mesmo é responsável por seus atos, por suas escolhas. Ele é o agente em tudo aquilo que promove, seja na plena conquista de suas realizações seja na paralisia de seus fracassos e insucessos, no encaminhamento de seus desejos. O que há é uma implicação dele mesmo nos mínimos detalhes de seus desejos. Esta nada mais é do que uma vertente do que se escreve de uma virulência do inconsciente como alguma tessitura do destino que o próprio sujeito do inconsciente elaborou de si mesmo na relação com sua historicidade. Desta vertente inconsciente se explicitaria até mesmo a inflexão do desejo com um *desejo de morte*. Portanto, uma questão por demais paradoxal! Pode ser que haja um voto de morte, que jaz adormecido, ou latente, na historicidade do desejo dos pais que constituiu a criança e que irá passar a habitar a vida do jovem em conflito, que está abatido em suas questões, vividas num constante sofrimento psíquico. O jovem, em seu destino melancólico, é alguém abatido. Ele vive sob o jugo de uma crítica severa, cruel consigo mesmo. Ele não se vê bem, pelo contrário, ele se acha uma pessoa má, que não merece viver. Ele se encontra sob a sanção de um algoz, severo e cruel, que impede que ele possa desejar em outra direção. O jovem incorporou desde sempre – e agora ele está identificado - uma lei que não abre





para o diálogo, uma lei que não dá liberdade de pensar outras coisas, e que o coloca frente a um espelho onde ele se verá sendo visto como um monstro, alguém que não se acha no direito de viver, a não ser em sua trágica masmorra encarnada de morte.

Há, em todo caso de uma vida interrompida, realmente um voto de morte. Certamente este voto se arrastou por gerações e gerações. Ele caminhou e encontrou seu referendo, aniquilador, a partir de um acontecimento que é grave, violento e cruel: uma participação do jovem – e, portanto, direta ou indiretamente da sua família – nesta vida interrompida, neste corte, neste basta. Sujeitos, por exemplo, que não suportam qualquer frustração! Esta leitura do fato em si fala a favor de um movimento agressivo, violento, drástico, que o sujeito realiza contra ele mesmo. O sujeito assim escreve seu próprio destino. Ele é o autor, a partir da historicidade de discursos e de desejos que recebeu de seus antepassados. Há uma implicação do próprio sujeito na provocação de um acontecimento que pode levá-lo à sua própria morte. Portanto, trata-se de uma questão já inscrita na vida inconsciente do jovem ou da jovem.

Como abordar o *desejo de morte*, em sua mais devastadora vertente patológica? Um voto de morte que delineia o caminho, o rumo de uma vida. O que não pode mais ser considerado uma simples “morte voluntária” é, agora, uma responsabilidade de fato, que faz ao mesmo tempo parte das versões insólitas de um sagrado profano. A insolência aqui se destaca como algo que é quase sempre incoerente e sem um sentido aparente, tanto para o jovem quanto para sua família e para a sociedade. Interromper uma vida, uma vida interrompida não importa de que maneira se realiza.

Os profissionais da área da saúde muitas vezes se resignam na cruel e dolorosa afirmação: quando alguém realmente quer se matar não adianta, consegue. Esta afirmação tem um pouco de verdade e, ao mesmo tempo, abre portas para novos argumentos. A pergunta que se coloca não é outra senão aquela que nos diz de uma possibilidade de intervenção antecipada? Sempre lidamos com o fato consumado, o jovem acabou com a sua vida. Seria possível introduzir uma abordagem preventiva? É lógico que devemos sair daquele posicionamento profissional bipolar, ou seja, ou de uma onipotência ou de uma resignação.





Uma abordagem que se quer operativa tem seus pés na realidade. O que inclui, certamente, o jovem e a sua família, não deixando de levar em conta o ambiente escolar e social propriamente dito. O que fazer para mudar o rumo da vida de alguém que vem sinalizando, aqui ou ali, algum traço que fala de uma destituição da vida? O que importa é que não nos esqueçamos de que o *desejo de morte* habita cada um de nós. Como intervir nestes sujeitos que se apresentam neste ou naquele caminho, por vezes desastroso e tumultuado demais, que pode acarretar a interrupção de uma vida? Quase sempre, no só-depois do acontecido, alguém identifica que este ou aquele traço sintomático já apontava para uma interrupção do viver. Ou não se trata de nada disso e temos mais é que aceitar a perda de uma vida, em si mesma, como uma fatalidade? É constatável que lidamos quase sempre com o fato já acontecido. Outras vezes, alimentamos a idéia de uma não possibilidade de mudar o rumo já determinado, de algo que caminha em direção a uma interrupção da própria vida.

De todo modo, estas experiências estão aí como situações distintas em seu exercício de aprendizado, tanto na estrutura de uma vida familiar quanto no desterro de uma solidão por demais aterradora, por onde temos que dar conta de embarços gritantes de uma vida profissional. Mas, há, por assim dizer, uma vida articulada de ensinamentos recíprocos. O melhor seria até mesmo afirmar que não há uma sem a outra, uma se deixando ensinar pela outra, a partir de uma articulação. Em todo caso, o singular que se inaugura de uma posição analítica é único, sem moldes, sem esta ou aquela regra estabelecida antecipadamente. Ou seja, o trabalho psicanalítico é sem preconceitos.

De toda maneira, o trabalho do psicanalista está na ordem do ato, no sentido de retificar a posição do sujeito em questão frente àquilo que lhe afeta e onde ele não se vê concernido, e de levá-lo a se implicar no mesmo, se responsabilizando. Que ele possa se experimentar aí como sujeito de um sofrimento que o paralisa e que complica sua própria vida. Que possa ver-se vendo participando das tristezas e das depressões que o assolam, disso que não caminha e que sempre se encontra atravancado. Ou seja, tal como nos momentos de vitória e





alegria, de prazer nas conquistas que ele conseguiu. O importante é que ele possa se experimentar nestes estados sintomáticos como alguma coisa da qual ele participa e que vale a pena, na medida em que se torna possível realizar uma leitura disso que o faz sofrer. Um trabalho de pontuação elucidativa deste ponto de emperramento de uma vida para que possa caminhar com uma liberdade maior do viver. Porque senão o sujeito se tornará um eterno infeliz. Quando o sujeito realiza uma leitura do texto da sua vida as coisas andam mais leves, com liberdade de escolhas mais saudáveis. Caso contrário, o que vem no lugar é o eterno retorno de um gozo no sofrimento.

O trabalho em questão requer paciência e, ao mesmo tempo, persistência, na medida em que as coisas não estão colocadas de saída. Na maioria das vezes, a família em sofrimento não está aberta a implicações, a questionamentos que são próprios da intervenção analítica. A família que perde um filho ou uma filha está mergulhada na dor e no desespero, que abre para o lamento de uma perda. Para não pensar a perda o refúgio é o gozo que é vivido no pesar e na dor, que pode vir a se eternizar no estado contristado de uma vida melancólica. Outras vezes, a reação pode ser uma defesa eufórica que negar a perda.

Uma família em perda está fechada. Ela guarda, a sete chaves, o objeto querido que ainda não fora e, por isso mesmo, ela não é sensível à dimensão dos efeitos do inconsciente. O psicanalista pode criar condições de abertura e de acesso rumo ao inconsciente como esta outra cena que determina os rumos de uma vida: um trabalho de implicação no próprio sofrimento a partir da palavra. Ele se torna, desta forma, o agente de uma intervenção que pode mudar o rumo das coisas no sentido de quebrar as repetições que levam, inevitavelmente, sempre ao mesmo lugar. Porque certamente vamos encontrar fatos traumáticos, nesta ou naquela linhagem familiar, que podem justificar o desastre de uma situação dolorosa demais de se suportar.

É o caso de uma jovem que tinha sua vida pautada num estado de agitação e alternância de humor permanente. Quase sempre ela estava acelerada, positiva e onipotente demais. Em outros momentos, sem que se tivesse uma causa aparente, ela era tomada de momentos





depressivos, mergulhando num estado de extrema apatia pelas coisas da vida. Esta garota vivia revoltada com o mundo que se apresentava à sua volta, brigando com todos por nada. Frente aos amigos ela repetia uma brincadeira que era nada mais que permanecer balançando seu corpo por sobre a mureta da varanda de onde morava como se fosse se jogar lá de cima do apartamento. Dizia, às pessoas próximas, que queria se jogar e acabar com sua própria vida, com o intuito de agredir sua mãe. Num belo dia, ela realmente se joga lá de cima e acaba com sua própria vida. O que teria se passado na cabeça desta jovem ainda principiante na vida? Certamente que uma intervenção psicanalítica, ou uma intervenção multidisciplinar, teria sido bem vinda para a família, poderia mudar os rumos deste desastre absurdo e tão traumático para sua família e os amigos que até conseguiam gostar dela, mesmo com seu intenso mau humor com a vida. É somente uma questão, uma suposição. Durante os anos que se seguiram ao início da puberdade, ela dá os primeiros sinais de que alguma coisa não ia bem, pelo contrário, tudo caminhava rumo ao fracasso, tanto na vida afetiva quanto escolar. Nesta idade ela perdera sua melhor amiga, que morreu de acidente de carro, juntamente com os membros da sua família. Ela não perdoava sua própria mãe pelo fato de não ter lhe permitido que viajasse com a família da amiga tão querida. Os pais, identificados com o sofrimento da filha, acreditavam que com a chegada da adolescência ela iria melhorar e ficar boa. Eles realmente pensavam que tudo iria passar, na medida em que esta filha sempre era a mais querida e muito idealizada por eles. Eles não a enxergavam tal como ela se apresentava. Nos primeiros anos escolares, ela sempre foi a primeira aluna da turma. Com isto, eles não conseguiram escutar os clamores e os sinais, que há muito ela já deixava transparecer. Estes pais estavam imersos nos ideais que eles próprios construíram e colocaram nesta filha.

O sujeito da vida interrompida certamente carrega um vazio no mais íntimo do seu ser. Ele mesmo não encontrou um lugar de sustentação no olhar desses pais, no desejo que o constituiu como filho, no sentido de se preparar melhor para enfrentar a vida. Muitas vezes uma vida interrompida não se apresenta de maneira tão evidente, de maneira clara e explícita. Ela pode transcorrer num ritmo que dá margem a argumentações





que procuram imputar sua causa a um simples fator exterior ao sujeito da passagem ao ato. Neste sentido, o sujeito sairia da responsabilidade que lhe compete no ato e recairia para o lugar de vítima, vale dizer, uma morte que advém da simples e pura fatalidade, de um mero acidente do destino, de um azar, dos infortúnios da vida. Mas não podemos aceitar o fato desta maneira, encoberta, pois existe uma causalidade psíquica que fundamenta uma verdade inconsciente. A causalidade psíquica deixa de lado a idéia de que algo vem de fora, e de que é causa de vidas interrompidas. Algo vindo do exterior. Algo que antes tomava conta da vida psíquica e submetia o sujeito frente a seu destino. Um destino que lhe é alheio. A causalidade psíquica é a própria causa determinante, seu reconhecimento permite ao sujeito uma implicação nos discurso e nos desejos, nos acontecimentos e atos, até mesmo em acontecimentos derradeiros que provocam vidas interrompidas.

Há que se levar em conta um fato que se explicita pelo viés paradoxal: pode ser que um sujeito fracasse diante do êxito, justo ali onde ele poderia experimentar o júbilo de uma conquista. Ele, ao contrário, fracassa. As exigências, obscenas e cruéis, do supereu levam o sujeito a experimentar o gozo de um fracasso que desemboca numa vida interrompida. Os atos de fracasso na vida de um sujeito explicitam o comprometimento e o acasalamento gozoso de uma ferocidade do supereu. São aqueles que fracassam diante do êxito, disse Freud. O discurso psicanalítico diz ao sujeito que somente ele é o responsável pelo seu desejo, a saber, pelo ato de seu destino.

Sendo assim, o esperado é que pais, em sofrimento, possam escolher o caminho da palavra. Esse será o viés de um possível trabalho de elaboração de uma perda. É aconselhável que eles caminhem nesta direção: que façam o bom uso da fala. Por que senão, eles próprios vão permanecer num estado de falta, arrolados numa eterna acusação. Vitimados! Sem nada dizer, sem nada fazer, sem nada transmitir. Pode ser que eles tenham ainda outros filhos, parentes, e até eles próprios. Por isso mesmo, torna-se necessário que se criem condições adequadas para que possam falar sobre o acontecido, da representação daquela perda, que façam o bom uso da palavra, até mesmo no sentido de





transmitirem alguma coisa sobre este horrível desconhecido. Quando não falam é porque eles próprios estão inseparados deste filho que se foi, imersos num gozo culposo e lamentador. O perigo é que eles permaneçam em sofrimento, identificados ao gozo paralisante desta presença morta, caindo na ressentida de uma dor de perda, que não faz outra coisa senão ruminar dentro deles como o próprio peso de um fracasso. Mas isto não deve demorar muito, mesmo porque não é tão justo assim com este que se foi. Deixar o morto significa poder abrir as portas para uma boa angústia de separação e carregar boas lembranças deste que se foi. A dignidade de um pai, de uma mãe - e de irmãos, se os tiver - será justamente colocar boas palavras nestes sentimentos de separação: construir o luto, no tempo justo e necessário, e deixar que o morto possa ir embora. Ou seja, saber se separar, não-sem se questionarem sobre o acontecido, sobre sua parte nisso tudo. Vale dizer, introduzir a falta como alguma coisa da ordem do abençoado, como algo que rompe um ponto do narcisismo da família, no sentido de passar para outra coisa na vida. Respeitar a separação, deixar que o morto se vá. Nada mais que isto! Caso contrário, eles permanecerão, ali, fusionados num gozo estranhamente familiar e melancólico, à espera de migalhas daquilo que se foi. Este filho ou esta filha, eles mesmos tinham suas razões. Razões não sabidas, desconhecidas deles mesmos. Eles até poderiam dizer: fomos embora, cuidem vocês de suas próprias vidas!

Por uma razão desconhecida

O ser humano não é o indivíduo. Ele nem mesmo é a pessoa que se imagina ser. E muito menos ele se reconhece naquilo que é ou está sendo aqui ou ali. Há, de toda maneira, aí, um corpo. Se quisermos, um alguém. Mas, não é disso que se trata. O corpo, o indivíduo ou a aquela pessoa é o suporte de uma estrutura da linguagem que condiciona o funcionamento amplo e irrestrito deste corpo enquanto sujeito. Existe um sujeito do inconsciente que é fruto da linguagem e que, este sim, dá as cartas que determinam o rumo da vida de cada um de nós. É o singular de cada um. Ele está coordenando a vida deste sujeito para além da simples ação do indivíduo.





Muito antes de uma criança vir ao mundo, muito antes de nascer, podemos afirmar que já teria havido, ali mesmo, a inscrição de um desejo. Ou, melhor dizendo, um encontro de desejos de um homem e de uma mulher. É daí que será dado a ler uma historicidade a partir de uma frase que é pertinente ao desejo que constituiu este sujeito. E este simples traço de um desejo particular e único, diz tanta coisa deste sujeito que nem mesmo ele se sabe colocado aí, nesta floresta de pensamentos por vir. De toda maneira, é esperado que tenha havido um encontro de desejos. Deste encontro pode nascer alguma centelha que se inscreve como desejo de pais. Daí se escreverá *desejo de filhos*. Será deste desejo, imerso num universo de discursos, que poderá nascer um filho ou uma filha.

Uma criança será ou não homologada como ser humano, vale dizer, como ser falante, a partir dos efeitos da fala e da linguagem que circulam à sua volta. Homologada como filho ou filha. Desejos, discursos e investimentos. Um olhar que pode tomar esta ou aquela direção: de aceitação, de resignação, de repúdio. Um olhar que sustenta ou não um futuro porvir. Discursos de uma expectativa, muitas vezes transcritos em falhas e rupturas de um querer. Muitas vezes poderá se inscrever num sucesso, numa fome de viver. Outras vezes em fracasso, podendo levar a uma falência prematura da vida. O esperado é que este fato, que é tão somente contingência, tenha sido regido, em sua origem, pelo encontro que originou este desejo de casal que quer se constituir numa família. É esperado que assim o seja! A civilização espera por este encontro feliz. A sorte está lançada. Como é o caso de distorções terem encontrado retificações. Mas, como, retificação de uma vida? Sim, e com muito sucesso! Hoje, mais do que nunca, os cuidados profissionais têm oferecido boas respostas em seu fazer, nos cuidados, nas intervenções. Mas, pode acontecer que o advento da criança tenha se dado de outra maneira! Pode ser que tenha havido outras condições de conjugalidade. Pode ser que não seja tão bem assim, que isto se dê por outras vias. Falta de desejo, quem sabe? Uma intenção cega que caminha em errância? Mas, de todo modo, o que teria sido, não diríamos o correto, mas, o justo? Quais os fatores em questão? O que poderia ter se colocado como algo que não fosse de todo ruim?





Os efeitos da fala que fundamentam o desejo dos pais é algo transmissível e traumático por excelência. O desejo dos pais funda algo novo na criança. Esta fundação se dá pela fala e porta o sentido de inseminação de traços que carregam consigo o melhor e o pior. O caráter traumático da fala dos pais funda o sujeito por vir como um sujeito dividido, como puro efeito da linguagem.

Ou seja, o que caracteriza o humano é o fato de ser determinado por uma insuficiência fundamental. Se não se aceita a tese de uma divisão subjetiva, de que o ser falante se constitui como vida subjetiva que é caracterizada por divisão, não se chega a lugar algum. Seremos meras plantas, meros animais. Ou, seres exclusivamente alienados, que não pensam. O fato de haver divisão subjetiva nos permite uma pergunta e, por exemplo, dizer num momento drástico de perda de um filho ou uma filha: “mas como foi acontecer isto com meu filho ou com minha filha?”. Esta pergunta se torna possível pelo fato de que há em todos nós, falantes, uma divisão subjetiva. Algo que muitas vezes me coloca operando contra mim mesmo e pessoas que eu amo, e que não se apresentava ao olhar familiar e daqueles tão próximos. Portanto, há uma divisão subjetiva que é particular de cada sujeito. Esta condição o leva a manter relação com coisas que ele próprio desconhece em sua racionalidade, muitas vezes contra ele mesmo, e que nem mesmo aceita em si e ou no outro.

As razões do viver

O processo civilizatório introduz um sentido maior na razão de viver, uma aposta, uma insistência na vida. Independente da ideologia, religiosa ou política, existe uma importância no estudo das razões do viver, em todos os níveis da civilização, fundamentalmente por tratar-se de um problema de interesse de saúde pública. Vida interrompida é a quebra dos laços simbólicos que sustentam uma vida. Por isso mesmo ele nos coloca constantes desafios.

Vida interrompida e seus antecedentes promovem ensinamentos diferenciados de trabalho social, ele cria brechas no saber já sabido - e,





portanto, adormecido - que está presente na vida das instituições e dos agentes de saúde pública. Ele se apresenta como uma abertura possível a novos questionamentos, que podem produzir o reviramento das posições já asseguradas e cristalizadas, pelas forças do hábito. O ato suicida pode nos tirar do adormecimento que ele mesmo nos provoca uma vez que sua explícita violência faz brotar, ao seu redor, o sentido de um não querer saber sobre a morte do outro que habita cada um de nós. Ele pode, no âmbito da família, por exemplo, introduzir um diálogo que permitiria aos pais falar o que não foi possível de sua própria adolescência, reintroduzindo assim as condições a partir das quais se constrói uma razão par viver.

Governos sérios, que frequentam o campo da democracia, estão cada vez mais atentos e mais sensíveis quanto à questão dos suicídios. Eles têm se interessado nas pesquisas que versam sobre suas causas, suas razões, a partir de um investimento maior no campo do psíquico e do social. Tem havido perda de pudor. Isso é importante. É o que permite um caminhar em sua direção, suspendendo a recusa de um dizer e abrindo, desta forma, a possibilidade de se transitar no vazio por onde emerge a insensatez deste gesto insólito, desta crueldade que o sujeito pratica contra si mesmo.

*José Nazar é médico psiquiatra e psicanalista. Especialização e Mestrado em Psiquiatria pela UFRJ. Membro da Escola Lacaniana de Psicanálise Vitória, Brasília e Rio de Janeiro. Membro da Associação Psiquiátrica do Espírito Santo. Editor Chefe da Companhia de Freud Editora.
Email: doutorjosenazar@gmail.com*





MARIA ÂNGELA MOURA RODRIGUES

2º Ten Pm Maria Ângela Moura Rodrigues – RG 10.892-1

Graduada em Educação Física pela Universidade Federal
do Espírito Santo

Bacharel em Psicologia – FAVI-ES

Pós Graduada em Planejamento Educacional

Especialização em Psicoterapia Corporal Reichiana

Trainee Internacional em Análise Bioenergética

Psicodramatista e instrutora da PEGASUS

Curso de Negociação de crises com Reféns Localizados

Capacitação em Dependência Química - ESESP

Tenente Combatente da Polícia Militar - pertence a 1ª turma de
Polícia Feminina do Espírito Santo desde 1983

PRAPSI- Programa de Apoio Psicológico –Atendimentos
individuais de Psicoterapia corporal com Policiais Militares oriundos
de Ocorrência Traumáticas e conflitos familiares

PRR – Programa de Reflexão para a Reserva

PMQVPM- Programa de Melhoria de Qualidade de Vida do
Policial Militar – Atividades com Grupo de Movimento Bioenergético e Palestras informativas sobre: Relacionamento Interpessoal, Planejamento Familiar e Financeiro, Prevenção ao Stress, Auto-estima e Dependência Química

PRESTA – Programa de Reabilitação a Saúde do Toxicômano e Alcoolista – Professora de Educação Física, Psicoterapeuta Corporal com atendimentos em Grupo e individual

Centro de Formação de Alunos da PMES – Professora da Disciplina Abordagem Sociopsicológica da Violência e do Crime

mariângela@rotec-es.com.br





ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO SUICÍDIO

Ao falarmos de suicídio nos vêm à mente nossas crenças, valores morais éticos e religiosos e tentamos entender sob o ponto de vista que sentimos segurança. Sob o ponto de vista psicológico, percebemos a importância de não estacionarmos nossa visão em somente um ponto vista e ampliarmos o nosso conhecimento tentando abranger os aspectos bio-psico-social-ambiental-espiritual.

Alguns fatores são comuns aos indivíduos que tentaram ou cometeram suicídio. Por exemplo, é mais frequente nas idades que delineiam as fronteiras da vida, como a puberdade e a adolescência, e entre a maturidade e a velhice. Porém, a faixa etária compreende genericamente dos 15 aos 44 anos.

As mulheres cometem três vezes mais tentativas de suicídio que os homens. No entanto os homens são mais eficazes. Isto porque o sexo feminino recorre aos métodos mais brandos como o envenenamento. Enquanto os homens usam armas de fogo, tende ao afogamento, enforcamento ou saltando de grandes altitudes.

As doenças físicas como câncer, epilepsia e AIDS; ou doenças mentais como alcoolismo, dependência tóxica e esquizofrenia, compõem alguns dos motivos que induzem um indivíduo a atentar à própria vida. Algumas situações sociais também conduzem ao suicídio. Podemos incluir como exemplo o insucesso no matrimônio ou não ser casado, não ter filhos, não ser religioso, isolamento social e o fracasso financeiro.

A depressão também está aliada aos casos de suicídio. Porém, no auge das crises depressivas o indivíduo fica menos vulnerável a tais tentativas. Isto porque a depressão é caracterizada principalmente pela desmotivação, desinteresse e letargia do raciocínio. Nesse momento, o indivíduo não se dispõe a nenhuma atividade, inclusive o ato de se





matar. Alcançado este estágio, a tendência é a omissão, que também é considerado uma das formas de suicídio.

“A depressão é uma forma de morte emocional e psicológica. A pessoa deprimida não só perdeu seu gosto pela vida mas temporariamente perdeu o seu desejo de viver. Ela, dependendo do grau de depressão, desistiu da vida, e é por isto que a depressão tão frequentemente é acompanhada por pensamentos, sentimentos e ações suicidas. Entretanto poucos adultos morrem de depressão a não ser pelo ato voluntário de tirar sua própria vida”. (LOWEN, 1910)

Para pensarmos em como prevenir e tentar evitar que o suicídio aconteça temos que considerar alguns fatores como:

- ☐ **Geralmente o suicídio não pode ser previsto, mas existem alguns indicadores de risco:**
- ☐ **Tentativa anterior ou fantasias de suicídio.**
- ☐ **Disponibilidade de meios para o suicídio.**
- ☐ **Idéias de suicídio abertamente faladas.**
- ☐ **Preparação de um testamento.**
- ☐ **Luto pela perda de alguém próximo.**
- ☐ **História de suicídio na família.**
- ☐ **Pessimismo ou falta de esperança.**

- ☐ **Suicídios no mundo:**
- ☐ **No mundo suicidam-se diariamente 2000 pessoas.***
- ☐ **Nos Estados Unidos são 30.000 suicídios por ano (quase 100 por dia).**
- ☐ **No geral, 7% dos suicidas sofrem de dependência alcoólica.**
- ☐ **Aproximadamente 90% de quem tenta, avisa antes.**
- ☐ **Em torno de 70% dos suicídios ocorrem em decorrência de uma fase depressiva.**





- ☐ Quem já fez uma tentativa, tem 30% mais chances de repetir do que quem nunca tentou.
- ☐ * *Esses valores podem ser bem maiores, pois muitos casos de suicídios são considerados acidentes.*

- ☐ A OMS realizou estudos chegando aos seguintes números:
- ☐ países do leste europeu, Japão, Áustria, Alemanha, Suíça e países escandinavos: 25/100.000 hab.
- ☐ EUA: 12/100.000 hab.
- ☐ Irlanda, Holanda, Itália e Espanha: 10/100.000 hab.
- ☐ países de industrialização tardia: 14/100.000 hab.

Entre 1989 e 1998 os suicídios aumentaram 56,9%.

- ☐ O índice brasileiro é de 4,9 suicídios para cada grupo de 100 mil habitantes.
- ☐ O Rio Grande do Sul possui os índices mais altos: 11 para cada grupo de 100 mil habitantes.
- ☐ Porto Alegre é a capital com maior taxa de suicídios (11,9/100 mil).
- ☐ Entre 1993 e 1998, o número de jovens que tentaram o suicídio aumentou 40%.
- ☐ Em 1997 quase 1.500 jovens tentaram se matar no Brasil.
- ☐ De 60% a 75% dos pacientes que cometeram suicídio procuraram um médico um a seis meses antes de se auto-aniquilarem.



SUICÍDIOS REGISTRADOS NA GRANDE VITÓRIA
DE JAN/2006 A AGO/2007

BAIRROS E MUNICÍPIOS	2006	2007
CARIACICA	4	8
BANDEIRANTES	1	
CACAROCA		1
CENTRO		2
ITAQUARI		1
NELSON RAMOS		1
NOVA BRASILIA		1
NOVA ESPERANCA	1	1
PORTO DE SANTANA	1	
TUCUM	1	
VILA CAPIXABA		1
GARAPARI	3	1
ADALBERT S NADER	1	
CENTRO	1	1
SETIBA	1	
SERRA	7	5
CARAPINA		1
CENTRO		1
DOUTOR PEDRO F ROSA	1	
EL DOURADO	1	
JARDIM TROPICAL	1	1
MANGUINHOS		1





NOSSA SENHORA FATIMA	1	
NOVO HORIZONTE		1
PEDRO FEU ROSA	1	
PRQ R LARANJEIRAS	1	
SAO MARCOS	1	
VIANA	1	3
CENTRO		1
JUCU	1	
MARCILIO DE NORONHA		1
NOVA BETANIA		1
VILA VELHA	8	3
BOA VISTA		1
COBILANDIA	1	
GUADALUPE		1
INDUSTRIAL	1	
IPESSA	1	
ITAPOA		1
PRAIA DAS GAIVOTAS	1	
PRAIA DE ITAPARICA	1	
PRAIA DE ITAPOA	1	
RIO MARINHO	1	
VALE ENCANTADO	1	
VITORIA	9	10
BARRO VERMELHO	1	
BENTO FERREIRA	1	
CENTRO	1	3
ENSEADA DO SUA	3	3
ESTRELINHA	1	
ILHA DAS CAIEIRAS		1
ILHA DO PRINCIPE		1



JARDIM CAMBURI		1
JARDIM DA PENHA	1	1
SAO PEDRO	1	
TOTAL GERAL	32	30

Rio de Janeiro, 13 Junho 2005

“Vivo um grande drama insolúvel, perdi minha companheira, a quem eu considerava a minha própria vida...

Ela me traiu com outra, me deixando sem razão para continuar, pois a minha vida só faz sentido ao lado dela...

Passei a não me interessar por nada... não gosto das pessoas... vivo sozinha, isolada, aos poucos estou abandonando tudo.

Tenho que enfrentar isto sozinha, pois sou homossexual e minha família condena minha opção...

Já comprei uma arma e já programei o dia em que partirei; tirei uma escritura que autorize a cremação do meu corpo e paguei os funerais antecipadamente... estou apenas aguardando resolver uma situação pessoal onde deixarei minha mãe como minha dependente para que ela possa receber a minha pensão, para mais tarde não dizer que nunca fiz nada por ela.

Gostaria que contasse esta história a pessoas que ainda têm uma chance de não cometer essa loucura. Estou ciente de que esta não seja a melhor solução, porém para mim a vida se tornou uma grande tortura, nada é pior que viver...

Um abraço. Obrigada por me ouvir.”

De 60% a 75% dos pacientes que cometeram suicídio procuraram um médico um a seis meses antes de se auto-aniquilarem, o que comprova a importância de realização de eventos que envolvam a temática do suicídio, para que mais profissionais possam atuar preventivamente com eficácia nas suas ações.





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

<http://www.spectrumgothic.com.br/gothic.htm>

<http://www.portugal-linha.net/arteviver/suicidio.htm> - Gia Carneiro Chaves

LOWEN, Alexander, O corpo em Depressão, São Paulo: Summus, 1983

Gerência de Estatística e Análise Criminal - GEAC
Secretaria Estadual de Segurança Pública e Defesa Social - SESP





ÍTALO CAMPOS

Psicólogo/Psicanalista

Analista Membro da Escola Lacaniana de Psicanálise de Vitória

Formado pela Universidade Federal de Minas Gerais

Coordenador Estadual de Saúde Mental 1983-1989

Coordenador Municipal de Saúde Mental de Vitória 1989-1992

Idealizador e Coordenador do Centro de Prevenção e Tratamento
de Toxicômanos-CPTT -1992-1994

Coordenador do CR em DST/Aids da Prefeitura de Vitória - 1999-
2004

Psicólogo Toxcen - 2006 ---

toxcen@saude.es.gov.br

A VIOLÊNCIA E A TENTATIVA DE SUICÍDIO COMO APELO

*“Se me mato, não é para me destruir,
mas para me reconstruir” (Antonin Artaud)*

O suicídio, auto-extermínio voluntário, está presente em todas as sociedades, povos e culturas, desde os idos tempos. Há relatos de suicídio nos livros sagrados e ali eles já são condenados. Alguns estudiosos demonstram com seus estudos e pesquisas que houve diferentes maneiras de a sociedade encarar este evento. Houve sociedade que punia o suicídio, não permitindo o enterro imediato do seu corpo ou não



permitindo o cerimonial religioso. Outros povos puniam os familiares dos suicidas ou confiscavam seus bens. Uma constatação que todos os estudos fazem é que o índice de suicídio tem aumentado em todos os países. O advento da ciência com o consequente e necessário abandono de Deus, o advento da democracia, a predominância e afirmação do capitalismo e de seus sub-produtos, o consumismo, por fim, o “desenvolvimentismo” são alguns aspectos apontados como favoráveis ao incremento do ato suicida.

A preocupação científica com esse fenômeno não é nova. Um dos mais brilhantes estudos é do sociólogo francês, considerado fundador da sociologia, Émile Durkheim (1858-1917). No rigoroso e agradável texto, o autor debruça-se sobre o fenômeno do suicídio do ponto de vista sociológico, sem, no entanto, negar os aspectos individuais e particulares desse ato. Essa obra – O Suicídio -, que todo analista tem obrigação de ler pela correção ética e científica e por trazer à luz aspectos históricos e sociais, dialoga com a Psicanálise, que veio a posteriori. Durkheim descreve **três tipos de suicídio: o egoísta**, em que os indivíduos se afastam dos seres humanos; **o altruísta**, por lealdade a uma causa; e **o anômico**, quando o suicida acredita ou percebe que o mundo social, com seus valores e crenças, desmoronou. Um quarto tipo que ele aponta, mas não desenvolve, é **o suicídio fatalista**, que seria aquele que é praticado num regime déspota, ao qual o sujeito se curva material e moralmente frente às regras rígidas e inflexíveis. Todo um capítulo é destinado ao tema da “imitação” e aí é abordado o problema do ato suicida pela “contaminação” de indivíduo para indivíduo, fenômeno tantas vezes documentado e relatado na história. Tal aspecto interessa de perto à mídia, aos educadores, aos psicanalistas e a toda a sociedade.

Sabe-se que o suicídio tem crescido no mundo todo. No ano 2000, para se ter uma idéia, 815.000 pessoas em todo o mundo mataram-se propositalmente. Este índice aumenta a cada ano. No Brasil, este índice cresceu 43% nas últimas duas décadas. E nos últimos 40 anos a taxa mundial aumentou 60%. O suicídio é a terceira causa de morte na faixa etária de 15 a 44 anos.





No Espírito Santo os registros são falhos. No caso das tentativas de suicídio, quando se trata de intoxicação, o **Centro de Atendimento Toxicológico do Estado – TOXCEN** - recebe demandas de assistência e cuidados. Faz-se o registro (notificação) e realizam-se ações preventivas. Mesmo com realização de busca ativa nos serviços de saúde, calcula-se que para cada caso notificado há quatro outros não notificados. Na faixa etária de 10 a 19 anos, de ambos os sexos, em todo o Estado o TOXCEN registrou 328 casos no ano de 2006 (ver tabela). Lembrando que a correlação da notificação é de um (1) para cada quatro (4) casos. Pode-se supor que tenha havido 1312 ocorrências de tentativa de suicídio entre os jovens do Estado. Os elementos ou produtos usados são medicamentos, produtos agrícolas e produtos domésticos (sanitários), nesta ordem. Em porcentagem aproximada, o sexo feminino corresponde a 80% e o sexo masculino em 20% dessas ocorrências.

Por muitos anos a psiquiatria supôs que o desejo de se auto-destruir estivesse relacionado apenas com a psicose e com a “depressão” e/ou “melancolia”. Os estudos sociológicos de Émile Durkheim esclareceram que há várias formas de suicídio determinadas por valores, influência e questões culturais. O suicídio dos Kamikase, o suicídio (imolação) dos monges do Tibet, o suicídio dos seguidores do fanático religioso Tim Jones, os homens-bombas nos países árabes demonstram que o ato suicida é utilizado como espetáculo com finalidades políticas ou apenas midiáticas, se encerrando aí, como podemos inferir de episódios de “serial killer” ou os semelhantes a “Tiros em Columbine” nos Estados Unidos da América. O coreano que causou a tragédia recente na Universidade (Centro Tecnológico) de Yale preparou seu espetáculo com antecedência, com sordidez estudada, com todo o aparato gestual e de fúria da sociedade americana, discriminatória, individualista, narcisista. O coreano, criado nos Estados Unidos, para se crer ser um deles o é com sua própria morte. Paga com a vida para existir efemeramente nos três dias de luto da Universidade. O jovem coreano/americano é o jovem moderno. É o jovem que está crescendo nas cidades brasileiras. Estamos, gradativamente, criando uma ética e uma estética da violência.





Uma das múltiplas faces dessa estética da violência é o culto ao corpo, com o qual se reificam e se digladiam forças e massas concretas que, pelo embate, tentam ocupar algum espaço. É reificada a “massa corporal”, sem significado simbólico. Isso aponta o aspecto primário desse fenômeno. As crianças, bem novas, ainda muito carentes do código linguístico, usam o próprio corpo, como na apreensão canibalesca do outro. Muitos outros exemplos poderiam ser lembrados, como os que se referem aos esportes radicais, cuja experiência é sempre relatada em discursos que contêm termos que traduzem a predominância da dimensão imaginária do corpo, como “explosão”, “adrenalina”, “radical”. A ficção de *Blade Runner* foi uma antecipação do que estava para nos acontecer nas sociedades urbanas e industrializadas do mundo ocidental.

TABELA DE NOTIFICAÇÕES DE INTOXICAÇÕES E TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO ESPÍRITO SANTO ANO 2005 E 2006

Total geral Intoxicação ano 2005	7.649	Total geral Intoxicação ano 2006	12.054
masculino	3.826	masculino	6.309
feminino	3.746	feminino	5.658
Tentativa de Suicídio	945	Tentativa de Suicídio	1.326
faixa etaria de 10-14 intoxicação geral	369	faixa etaria de 10-14 intoxicação geral	678
sendo desse total Tentativa de Suicídio	74	sendo desse total Tentativa de Suicídio	87
masculino	9	masculino	16
feminino	65	feminino	71
faixa etaria de 15-19 intoxicação geral	686	faixa etaria de 15-19 intoxicação geral	1099



sendo desse total Tentativa de Suicídio	249	sendo desse total Tentativa de Suicídio	241
masculino	49	masculino	44
feminino	200	feminino	197
Grande Vitória geral	5.769	Grande Vitória geral	7.633
faixa etaria de 10-14 geral	271	faixa etaria de 10-14 geral	414
sendo desse total Tentativa de Suicídio	54	sendo desse total Tentativa de Suicídio	52
masculino	6	masculino	6
feminino	48	feminino	46
faixa etaria de 15-19 intoxicação geral	525	faixa etaria de 15-19 intoxicação geral	674
sendo desse total Tentativa de Suicídio	168	sendo desse total Tentativa de Suicídio	127
masculino	33	masculino	16
feminino	135	feminino	111

História e histórias...

O Estado do Espírito Santo tem características muito próprias em sua história. Apesar de ter sido um dos primeiros territórios a ser ocupado pelos colonizadores portugueses, não teve o desenvolvimento compatível com sua posição geográfica, por impedimento político. O imperador não permitia a ligação do Estado com Minas Gerais e o interior do Brasil, para não haver evasão do ouro e outras riquezas sem o seu controle. O Estado continuou por longos anos sendo uma pequena província, enquanto outros estados da região cresciam e se transformavam economicamente e politicamente. Só nos últimos dois séculos o Estado experimentou um cres-





cimento significativo iniciado com o estímulo e o incentivo aos imigrantes europeus especialmente, para ocupar as terras do interior do Estado. A vinda de um contingente significativo de imigrantes, somado à população de origem negra já mais antiga e assentada no norte do Estado e aos remanescentes das populações indígenas em algumas áreas, forneceu o que alguns chamam de “caldeirão cultural”. Em busca de uma “identidade capixaba”, os estudiosos nela reconhecem seu caráter multicultural.

De uma economia e uma sociedade agro-pastoril até a década de 1970/1980 à opção pela industrialização e incentivo a grandes projetos, o Espírito Santo passa a atrair grandes massas de trabalhadores não especializados de outros estados. Transforma-se o panorama do Estado do Espírito Santo. Esses grandes projetos absorvem um grande volume de mão-de-obra apenas na sua construção física e instalação. Esses trabalhadores ficam concentrados na Grande Vitória e no entorno, e são dispensados quando aquela etapa termina. Parte da população do interior se transfere para a capital na expectativa de melhores condições de vida. “Condições de vida” equivale a dizer aumento na capacidade de consumo, respondendo exatamente ao momento capitalista de nossa sociedade.

Nossa população está muito concentrada na Grande Vitória. Metade da população vive nesse território. As políticas públicas e o Estado não se fazem presentes e nem estão representados nesta população. Na capital e no interior, a maioria vive com dificuldades de sobrevivência material e fica vulnerável às maneiras não-legais de sobrevivência. A violência é um dos indícios da degradação social e da desestrutura familiar. Ela tem crescido e apresentado formas cada vez mais degradadas e perversas, envolvendo crianças e adolescentes que até bem pouco tempo eram preservados como símbolos intocáveis e sagrados da sociedade.

Por que os jovens tentam o suicídio?

1.º relato:

Ele, 18 anos. Não concluiu o curso ginasial: estudou até a 3ª série. Nasceu ali; seus pais também. Descendentes de pomeranos. Ela,





também do município de Santa Maria de Jetibá, tem 17 anos, descendente de italianos. Concluiu, a pouco o ensino fundamental na sede do município. Ambos trabalham na roça. Ele já tem uma lavoura para cuidar a meia. Mora perto da casa dos pais, em uma das casas de três cômodos destinadas àqueles que chegam a “meeiro”. Ela mora com os pais a alguns quilômetros. O namoro começou há pouco mais de um ano. Nos últimos quatro meses ele andava tenso, com dores-de-cabeça, com episódios de insônia. O psiquiatra que visitava o posto de saúde na sede do município receitou-lhe “remédio calmante”. Ele o usa quando “está nervoso”. Há quatro meses ele ouviu certos rumores de que ela já tivera outro namorado. Havia uma suspeita de que ela não era mais virgem. Ele, por vias indiretas, tentava obter a confissão, que não vinha. Durante muitos meses ele carregou “isso” na cabeça. Num certo dia ele não aguentou e perguntou diretamente sobre o namoro anterior. Ela titubeou, relatou displicentemente; ele insistia em saber mais. Ficou “nervoso” e disse para ela querer saber a “verdade”...Agitado como estava, saiu para outro cômodo da casa. Ela tenta se acalmar e sai ao encontro dele. Encontra na cozinha o vidro de chumbinho e o copo de refrigerante. Assim que ela chega, ele ingere o veneno e o refrigerante, declarando que estava fazendo. Ela corre em sua direção, pega o frasco de veneno e, com água, faz o mesmo gesto, dizendo-lhe que se ele morresse ela também morreria. Familiares os encontram ainda atordoados. Ficaram, os dois, mais de vinte dias internados no Hospital das Clínicas (Hospital Universitário). Ambos correram sério risco de morte. Lá mesmo no hospital, com participação dos pais de ambos, resolvem que vão morar juntos na casa dele e que o casamento se realizará em quatro meses.

2.º relato:

Ela foi encontrada pelo segurança na escadaria de um Shopping em Vitória, passando mal. Dali foi levada para o Pronto-Socorro do Hospital São Lucas. Seu plano inicial era ingerir os comprimidos na Praça dos Namorados. Desistiu porque no ônibus em que estava havia outros jovens conhecidos e saltar na Praça naquele horário chamaria muito a atenção. Preferiu o Shopping: também ali eles namoraram muitas





vezes. Terminaram o namoro. Os pais dele, especialmente, não aprovavam aquele namoro. Os dela também resistiam. Ela, muito nova, 17 anos, “não pensava em outra coisa”. Não estava bem nos estudos. Ele, também 17 anos, de família “crente”, preferiu seguir a orientação da mãe e dar fim ao namoro “muito agarrado”. Ela, filha adotiva, considerada muito “mimada” por ambos os pais, diz que não sabe viver sem o namorado. É apaixonada por ele.

3.º relato:

Ela tem 13 anos. Tomou “chumbinho” no dia em que teria audiência no Conselho Tutelar. O namorado, de 16 anos, com o consentimento e apoio da avó, com quem mora, estava “montando casa” para eles. A mãe, separada do pai e do segundo marido, concordara com o namoro com a condição de que ela não faltasse mais à escola. Como a jovem não cumpria a promessa, sua mãe apelou ao Conselho. Marcela (nome fictício) tinha ouvido dizer que o namorado poderia ser preso por “corrupção de menores”, quando fossem “conversar” com o “promotor”. A audiência teve que ser transferida. Ela ficou internada no Hospital Infantil por dois dias.

4.º relato:

Da noite para o dia tem que dividir seu quarto, que já é pequeno, com três outras pessoas. São os primos mais jovens que ele, que moravam em São Paulo, a tia (mãe das crianças), fora “internada” por “problemas de drogas”. Viu-se privado do espaço e do computador. Sua revolta maior se devia ao fato de que, pelas novas regras da casa, ele só poderia ter acesso ao computador nos finais de semana. Ele ingeriu uma perigosa porção de produtos sanitários com bebida alcoólica, que corroeram esôfago, estômago, intestino e provocaram consequências no fígado e nos rins. Brilhante aluno, teve que faltar vários dias na escola.





À guisa de comentário...

Conflitos familiares, dificuldades no amor, frustração no cotidiano. Ninguém se disse arrependido. Dezenas, centenas de jovens se auto-destroem. Por que? Para que? Para quem?

Observamos a quantidade de jovens que declaram procurar a morte em gestos decididos e explícitos. Se prestarmos atenção àquilo que é registrado como “acidente” nas intoxicações, perceberemos que há no fundo uma intencionalidade. Em muitos acidentes de trânsito ou outras cenas de violência, o jovem se lança para a morte num mergulho sem proteção nem retorno, como o daquela jovem em Juiz de Fora – MG, que se lançou de um “brinquedo” em que a rede de proteção não estava colocada. Quantas vidas perdidas!

Ao ato, de passagem...

Segundo Phillippe Áries (Áries, Phillippe. História Social da criança e da família. Rio de Janeiro: LTC, 1981), até o século XX não havia o que hoje denominamos **adolescência**. Isso só acontece a partir do ano de 1900 e se acentua principalmente com a globalização, com os efeitos radicais da ciência e da tecnologia provocando a ruptura das referências culturais locais, comunitárias, afetivas e estáveis, que até então predominavam e que forneciam características específicas e diferenciadas dentro de cada grupo social, articulando, pelas formações discursivas, um tecido resistente, duradouro e estável.

A adolescência, tempo do encontro com o real do sexo na puberdade, deverá “intensamente” fazer apelo ao simbólico na ebulição das suas pulsões errantes a procurar caminhos conciliáveis socialmente. Vimos no caso de nosso moderno casal Romeu e Julieta relatado como a pressa e a rapidez determinam uma solução a um alto preço. À falta, ou melhor, à carência do simbólico, é no real do corpo que esses jovens vêm fazer apelo. Esse apelo à linguagem, à palavra, a irrupção no público disso que é o drama familiar crava-se no corpo. A destruição do corpo, a morte, as sequelas da auto-destruição não são desejados pelo adolescente. Eles anseiam por um caminho para o mal-estar, por uma





resposta que nos nossos tempos deve ser rápida e eficiente. O novo deus, o Mercado, nos embebeda na ilusão coletiva de ter sempre novos objetos de desejo. A adolescente do Shopping dizia: “Eu não posso viver sem ele”. Ali mesmo no templo do consumo ela foi se imolar: publicamente, publicizando-se!

Num outro exemplo, numa campanha da TV, um jovem fala de sua participação num projeto alternativo de permanência na escola como muito bom. Ele fala: “uma explosão!”. Outro jovem relata na entrevista o quanto o jogo no computador o satisfaz, dizendo: “Trata-se de um jogo de “guerra”. “É adrenalina pura”, nos declara ele.

A adolescência é, ela mesma, um tempo de passagem e, como vimos, é determinada culturalmente. Verificamos variações dentro da mesma cultura e sociedade e segundo a classe social e história familiar.

Pela nossa condição de seres falantes, o exercício da palavra e do pensamento é o que dá uma certa organização às nossas sensações e percepções. O recurso ao pensamento e à palavra é justamente o que nos retira da naturalidade animal. No entanto, para todo ser humano a palavra pode faltar e aí, nesta situação, pode-se fazer uma “passagem ao ato”, que significa um “agir” no lugar de falar e, diferentemente da linguagem, o ato é muitas vezes irreversível. Lacan afirmou que o suicídio é o verdadeiro ato; ele não permite retorno nem dialética. É definitivo! Há então certas passagens ao ato que não são passíveis de interpretação, mas há outras que buscam justamente isso. Entendo as tentativas de suicídio que tem se apresentado na clínica como um ato de apelo ao outro e, ao mesmo tempo, uma incapacidade de colocar ali uma palavra, organizando um tempo e uma forma de simbolização.

Muitos dos pacientes atendidos no TOXCEN só vão reconstruir sua história a partir dessa passagem ao ato, que é entendido como um apelo e uma oportunidade para a fala. Mas, vejam comigo a dramaticidade e a violência da situação: O adolescente tenta se matar para, assim, existir! A passagem ao ato cada vez mais, põe a vida em risco. Dramaticamente!





A superficialidade e a efemeridade da predominância da imagem no mundo contemporâneo, o pouco valor dos ideais e fantasias, com o esvaziamento da história, parece conduzir-nos a um mundo muito mais propício à morte.

O OFERECIMENTO DO CORPO E AS PROMESSAS DE FAUSTO

O Centro de Atendimento Toxicológico – Toxcen - completou em agosto 16 anos de existência. Hoje ele é um núcleo do setor de vigilância em saúde, da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

A toxicologia é uma área da saúde em franca expansão em pesquisa laboratorial e clínica, com consequências visíveis em nossa vida cotidiana. Apesar disso, só agora algumas faculdades inserem esta matéria no seu currículo. As fantásticas histórias de envenenamento súbito, prolongado ou crônico, que grassavam em todos os impérios por disputa de poder, povoaram nossa imaginação e redundaram em belos livros e escritos. Até trágicas e modernas intoxicações, como a de Schernobil, na Rússia, a do Césio 47, em Goiânia, e a do Malathion, em Carapina, no município de Serra, Espírito Santo e a do espião russo em Londres, instigam, além de curiosidade e espanto, muitas pesquisas científicas e debates. Vemos que as intoxicações estão presentes em todas as épocas da civilização e são um de seus sintomas. As formas de intoxicação refletem um certo tempo e uma certa sociedade.

Dentre as milhares de intoxicações que registramos no Toxcen, em média 7.000 por mês, grande parte se caracteriza como Tentativa de Suicídio, como se pode ver nas tabelas anexas. O Atendimento Psicológico no Toxcen se faz, na maioria das vezes, por uma demanda do serviço de saúde onde a pessoa foi atendida e quando a causa explícita foi tentativa de suicídio. Em geral, esta pessoa, atendida no serviço de saúde hospitalar em qualquer lugar do Estado ou fora dele, recebe por telefone toda a orientação necessária para a condução e evolução





do tratamento da intoxicação. No caso do atendimento psicológico no Toxcen, o agendamento é feito no momento da alta toxicológica, que pode ou não coincidir com a alta hospitalar. Pode-se verificar, nas tabelas anexas, que a maioria dos casos de tentativas de suicídio se situa na faixa etária de 15 a 30 anos, com absoluta predominância do sexo feminino. Alguns estudos demonstram que, para cada suicídio há 16 Tentativas de Suicídio, e que as Tentativas de Suicídio são mais numerosas entre as mulheres, embora o Suicídio propriamente seja maior entre os homens.

A primeira atenção e cuidado ao atender uma pessoa no serviço é, pelo menos provisoriamente, saber de que estrutura clínica se trata: se neurótica, se psicótica, se perversa, para, a partir daí, traçar ou estabelecer uma estratégia de tratamento ou de direção da cura. Assim devemos verificar a frequência às sessões, a indicação ou não de medicamento, o envolvimento da família, de amigos e da comunidade etc. O episódio, a cena, a Tentativa de Suicídio por intoxicação, assim, não será apenas um ato mecânico, material e biológico, mas terá efeitos subjetivos sobre o sujeito em sua rede de relacionamentos, ou seja, na família, entre amigos, na escola e na comunidade. À falta de outros recursos, especialmente o jovem expõe sua carne, marca seu próprio corpo, antecipa sua morte.

Pietro, (nome fictício), 15 anos, chegou ao hospital no dia 1º de agosto, vindo do Pronto Atendimento de Carapina. Havia injetado no antebraço esquerdo um veneno, inseticida, DDVP (Diclovóz). O motivo descrito na ficha de notificação teria sido o término de um namoro. Convém esclarecer que Pietro era o primeiro filho de uma mulher de 16 anos, cujo namorado a abandonara antes do filho nascer. Sua mãe vem a se casar com outro homem quando Pietro já tinha de dois para três anos e então tem uma filha. Aos 12 anos de Pietro a família muda-se para Carapina/Serra, vinda da bucólica cidade de Santa Tereza. Aqui, pouco a pouco o filho se afasta de casa, procura pessoas e famílias com comportamento, padrão de vida e formas de relacionamento bem diferentes dos de sua família. A mãe, o pai adotivo, a avó que viera com a família, e a irmã, depois de três anos morando em Carapina, se desen-





cantam com a cidade grande, temem a violência e resolvem voltar para o interior, para a mesma Santa Tereza. Pietro se recusa a voltar; uma outra família já o “adotara” entre aspas.

Nesta - uma jovem viúva, com filhos e sobrinhos - não havia as regras e os limites como na família original. Nesta casa ele tem acesso a um padrão de consumo de classe média urbana, bem diferente do seu: encantamentos como a posse de celular com vários recursos, carros para passeios, bonés de vários modelos, cinquenta reais por semana para gastar como quiser o seduzem. Os pais não conseguem convencê-lo a ir com eles e buscam amparo legal junto ao Conselho Tutelar, deixando documentado que o filho fica aos cuidados da “nova” família. Nesta casa ele se faz de adulto. Parece ser cada vez mais “responsável” em cuidar dos bens da nova família. “Meu segurança”, assim o nomeia a mãe-adotiva, em tom de brincadeira, em conversa informal, se levantando da cama-de-hospital onde deitara insinuantemente ao lado do adolescente. Em pouco tempo Pietro começa a namorar a filha da dona da casa, quatro anos mais velha e muito mais experiente. Ele faz críticas a esse mundo, que é muito sedutor, e pressente certos perigos nos desvios de conduta em alguns desses seus novos familiares, mas não fala nada, mesmo quando tem ciúmes do comportamento da namorada ou da dona da casa com o filho e o sobrinho. Uma noite, depois de não ter cumprido uma tarefa, cuja exigência teria sido provavelmente maior do que se deveria, se envenena ao mesmo tempo em que pede que seja mandado de volta para a família natural. Algumas horas depois de ter injetado veneno, num ponto de ônibus para Santa Tereza, começa a passar mal e telefona para a família adotiva anunciando o que havia feito consigo mesmo.

Passemos agora pra uma outra história que se passou bem longe daqui:

O quarto em que a cena se dá é o primeiro à esquerda, ao se entrar pelo amplo corredor. No chão, livros e discos em profusão, computador de última geração ligado 24 horas, duas guitarras, um violão, espaço adequado e amplo, uma sofisticada aparelhagem de som indicam um grande amor pela música.





Bom gosto era o que denotava imediatamente o proprietário e habitante desse aposento. Gosto, para alguns, eclético: Caetano, Vitor Ramil, Mutantes e Radiohead. Os livros, de literatura, filosofia e música, anunciavam um personagem não só de bom gosto, mas também um bom leitor, provavelmente um intelectual. “Eu acredito que a cadência e a harmonia certas no momento certo podem despertar qualquer sentimento, inclusive o da felicidade nos momentos mais sombrios”.

Palavras desse leitor deixadas em seu caderno de anotações. Até aí nada de muita novidade. Podemos encontrar um quarto assim em qualquer lugar do mundo. Mas esse é um quarto de um rapaz de 16 anos, numa capital do sul do Brasil. Até os dez anos de idade um lindo garoto, que tinha o engraçado apelido de “Pipoca”. Na grande tela do computador uma palavra roda, tremula, insiste: Yoñlu. Era 4ª. Feira, 26 de julho.

Freud, em entrevista concedida ao escritor e jornalista George Sylvester Viereck, encontrada na internet, nos diz que “...É possível que a morte em si não seja uma necessidade biológica. Talvez morramos porque desejamos morrer. Assim como amor e ódio por uma pessoa habitam em nosso peito ao mesmo tempo, assim também toda a vida conjuga o desejo de manter-se e o desejo da própria destruição.” Continua Freud: “O impulso da vida e o impulso de morte habitam lado a lado dentro de nós. A morte é a companheira do Amor. Juntos eles regem o mundo.(...) No começo, a psicanálise supôs que o Amor tinha toda importância. Agora sabemos que a morte é igualmente importante. Biologicamente, todo ser vivo, não importa quão intensamente a vida queime dentro dele, anseia pelo Nirvana, pela cessação da “febre chamada viver”, anseia pelo seio de Abraão. O desejo pode ser encoberto por digressões. Não obstante, o objetivo derradeiro da vida é sua própria destruição”.

Não pensem que Freud era melancólico ou pessimista. “Eu não sou um pessimista, não enquanto tiver meus filhos, minha mulher e minhas flores”, dizia ele. Não mais infeliz que os outros, afirmava. Mais adiante, nesta mesma entrevista, diz que a vida tem que completar seu ciclo de existência e que em todo ser normal a pulsão de vida é forte o bastante para contrabalançar a pulsão de morte, embora no final ela





resulte mais forte.

Feita esta digressão, necessária à compreensão dos fatos que serão apresentados a seguir, passemos à imagem da Ponte, escolhida para o cartaz de nosso evento, pintura magistral do francês Claude Monet (1840-1926), cujo título é “Le pont japonaise”. A palavra “Ponte” significa tudo que serve de ligação ou comunicação. Este evento se apresenta como ponte pela qual transitam os vários discursos sobre o

fenômeno do suicídio. Nosso programa atesta essa multidisciplinaridade. O nosso I Fórum, no ano passado, teve como ilustração a tela de Monk: “O Susto”. Após o susto, a ponte. A Organização Mundial de Saúde - OMS - divulga que há três mil Tentativas de Suicídio por mês, no mundo. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, são . O Centro de Atendimento Toxicológico – Toxcen -, da Secretaria de Estado da Saúde, atendeu em 2007 1414 casos.

Retomemos nossa história: os pais de Vinícius – assim se chama o nosso adolescente amante dos livros e de boa música - saíram mais ou menos às 11h15min. Mais ou menos ao meio-dia ele telefonou para o celular da mãe dizendo que os amigos tinham chegado e que estava tudo bem. Como haviam combinado, no churrasco só poderiam estar presentes os amigos adolescentes. Nada de “mais velhos”; eles deveriam sair e passear como um bom casal. Os pais estavam exultantes: o filho demonstrava, cada vez mais, um certo grau de sociabilidade agora coroada com esse churrasco entre amigos e uma suposta namorada. Por isso, a pedido do filho, trouxeram da loja especializada um outro violão que tinha sido consertado e o deixaram na portaria do prédio onde moravam. O som, agora, talvez estivesse mais alto e a porta do seu quarto aberta. O gatinho de estimação a tudo acompanhava em sua malemolência conhecida. Era esperto quando pressentia algum perigo, o que não acontecia naquela hora. O adolescente Vinícius se movimentava de maneira diferente da usual. O gato, seu amigo, o acompanhava sem sustos. Ele carregou duas churrasqueiras para o banheiro. Nada demais, deve ter pensado o gato, deve ser mais uma de suas pesquisas além da música. Na porta do banheiro ele havia escrito: “Cuidado, não entre. Concentrações letais de monóxido de carbono”.





Vladimir Maiakovski (1893-1930), meu preferido entre os modernos poetas russos, conhecido em todo o mundo por seus poemas de resistência política e de engajamento intelectual, antecipa-se à Psicanálise e descreve com profundidade a alma e o drama humano, como ilustra o lindo poema abaixo, e que pode nos ajudar a entender de que ardis se compõe a natureza humana, complexa e multifacetada em sua tentativa de sobrevivência ao desafio de viver, principalmente quando se é jovem à mercê do vasto e implacável mundo:

Para o júbilo
o planeta
está imaturo.
É preciso
Arrancar alegria
ao futuro.
Nesta vida
Morrer não é difícil,
o difícil
é a vida e seu ofício.

Vinícius,(Vinícius Gageiro Marques), depois de algumas manobras no banheiro, volta ao seu quarto e, como o personagem Yoñlu, conversa virtualmente com algumas pessoas. Há uma certa tensão no ar. Educado desde pequeno em Paris, onde sua mãe fazia o doutorado, falava fluentemente francês e inglês. Aos 11 anos, ele se deixava passar, nas conversas virtuais, como tendo 26. Muitas vezes, para desfazer dúvidas sobre sua idade, ele fornecia o número do telefone para que ouvissem sua voz ainda de pré-adolescente. Ele aumenta um pouco mais o som, mas não a ponto de incomodar os vizinhos. Entra e sai do banheiro mais de uma vez. O gato sai da posição, incomoda-se com algo que se passa. Vinícius/Yoñlu, às 14h28, colocou a seguinte mensagem num





grupo de discussão em inglês: “Estou fazendo esse método CO (suicídio por inalação de monóxido de carbono). Neste momento tenho duas grelhas queimando no banheiro. Aqui está a foto. Alguém pode me dizer se há carvão suficiente e quando eu posso entrar no banheiro e me deitar? Por favor, me ajudem! Eu não tenho muito tempo”. Ele ligou as churrasqueiras no banheiro. Sabia bem os efeitos da inalação do gás carbônico; no mínimo o colocaria em estado vegetativo. Ele estudou e pesquisou sobre o assunto, mas não previu uma coisa banal: como suportar o calor? E assim ele foi para a internet buscar a ajuda dos urubus que sobrevoam constantemente esta tecnologia.

E recebeu! Um internauta às 14h42min diz: “Como você está se virando? Espero que consiga o que você quer. Um bombeiro aposentado de Chicago lhe recomendou se enrolar em cobertores molhados e se deitar no piso do banheiro até desmaiar. Assim ele o fez. Eram 15h02min quando ele fez a última mensagem. Alguém, tempo depois, escreveu: “Acho que funcionou, já que ele não entrou mais em contato”. Às 15h45min, o policial federal Enrico Canali, de Porto Alegre, foi chamado ao telefone porque falava fluentemente o inglês. Do outro lado da linha estava o policial Ken Moore, de Toronto, no Canadá. Uma universitária canadense, Lindsey, amiga virtual de Yoñlu, avisara a polícia de que havia alguém se suicidando no sul do Brasil.

Para Albert Camus só existe uma questão filosófica digna de consideração: o suicídio. Rubem Alves, um pensador católico, escreve em um texto que o suicida é um artista trágico que, por lhe faltarem os recursos para contar a sua história, escreve a sua beleza trágica no seu próprio corpo. Neste texto, o autor nos convida a aceitar esse gesto de beleza trágica com fraternidade, porque afinal de contas somos todos irmãos, diz ele, e todos estamos diante do mesmo abismo.

Freud, que não era poeta e não se apresentava como escritor, ganhou um único prêmio na sua vida, o prêmio Goethe, o respeitabilíssimo prêmio concedido aos melhores escritores da Alemanha. Pois bem, em “O Mal-estar na Civilização”, de 1930, ele diz: “A vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não po-





demos dispensar as medidas paliativas(...). Existem talvez três medidas desse tipo: derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas, que a diminuem; e substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a ela.” Mais adiante Freud observa que a pergunta sobre o propósito da vida humana já foi levantada várias vezes e que não há resposta satisfatória e definitiva. Vejam então como coincidem as opiniões do criador da Psicanálise e as do poeta. “Morrer não é difícil, difícil é a vida e seu ofício”.

A aparência de inocência, de neutralidade que está na rede de comunicação, que, anônima, volátil e virtual, não identificável, promove justamente os chamados baixos instintos do homem que se manifestam tanto como violência material e concreta quanto violência virtual, nos inquieta e ameaça. O sadismo e a perversão foram multiplicados pela internet, protegidos pelo anonimato e pela impunidade. O psicanalista do Vinícius, em uma entrevista sobre atendimento e acompanhamento feito ao adolescente em veículo de circulação nacional, chamou a atenção para o que ele nomeou “Centro de Valorização da Morte” que habita a internet. São perversos, doentes, protegidos no anonimato. São centenas de sites de suicídio, de incentivo à anorexia e outros.

Eu ampliaria a idéia para pensar esse Centro de Valorização da Morte como um dos produtos da época contemporânea pela perda das referências históricas, pela desvalorização dos laços familiares, pela derrocada da função paterna, pelo descrédito das autoridades, pelo descrédito das ideologias, pela perda das grandes narrativas e da tradição oral, pela aceleração na relação do homem com o tempo, pela dessecularização das religiões e pela transformação de tudo em **“objetos”**, e **“objetos de consumo”**.

Como conter este Centro de Valorização da Morte? Nossos filhos, especialmente na adolescência, período sempre muito mais sensível, vulnerável, que apresenta uma ambiguidade e dualidade intrínseca, é a parte da população que cresce junto com o avanço da técnica e é seu alvo. Qual é a dualidade que se apresenta hoje? O máximo de informação e conhecimento tecnológicos não tem conseguido assegurar mais conforto existencial ou subjetivo. Ao contrário, especialmente





para as crianças e adolescentes. Através de sofisticados sistemas tecnológicos são construídas redes, especialmente virtuais, sem ética, sem compromissos ou consideração para com os laços familiares, comunitários, territoriais e outros, que até hoje serviam para assegurar certos limites contra a agressividade e a destrutividade humanas. Há um empobrecimento da dimensão simbólica, dos recursos que asseguram ao ser humano e aos grupos uma sustentação, um entrelaçamento, que permitam que os impulsos tenham caminhos e expressão construtivas, civilizadas e culturalmente vitalizadas.

Nos casos que relatamos, dos milhares que acontecem diariamente, às vezes até em formas mais sutis como acidentes, desastres, overdoses, verificamos o vazio de sentido. A incerteza do ofício de viver foi até então amenizada por uma “rede de proteção” simbólica constituída, entre outras coisas, pela família, pelas comunidades através dos laços de parentesco, pelas tradições históricas e culturais. Isso acabou! Ao lado do conforto trazido pelas tecnologias, de alguns anos a mais de vida conquistados pela máquina, verificamos que o próprio valor da vida está se definindo em perigosas promessas de Fausto. Talvez a psicanálise, a antropologia, a filosofia, a sociologia, que se encontram aqui em diálogo neste fórum, possam alertar a nós todos sobre os perigos dos encantos da nossa pós-modernidade.





Tabela-1 das notificações do Toxcen por "Tentativas de Suicídio", de 2003-2007.

faixa etaria x anos	2003	2004	2005	2006	2007	Total geral
5-9a	2	8	6	3	3	22
10-14a	64	74	74	87	82	381
15-19a	175	234	250	246	274	1179
20-29a	319	394	440	455	454	2062
30-39a	176	225	249	251	294	1195
40-49a	137	168	162	181	168	816
50-59a	37	52	58	61	74	282
60-69a	21	17	15	19	15	87
70-79a	3	7	6	6	6	28
>80a	2	2	4	4	1	13
desc		1	18	35	43	97
Total geral	936	1182	1282	1348	1414	6162

Tabela-2 de "Tentativa de Suicídio", por Faixa etária em 2007.

f eta	Masc	Fem	Desc	Total geral
5-9a	9	13		22
10-14a	66	315		381
15-19a	247	930	2	1179
20-29a	598	1464		2062
30-39a	319	876		1195
40-49a	244	572		816
50-59a	93	189		282
60-69a	40	47		87
70-79a	14	14		28
>80a	8	5		13
desc	28	63	6	97
Total geral	1666	4488	8	6162

Tabela-3 de Intoxicações 2003 a 2007.

2003	3980
2004	5653
2005	7528
2006	9887
2007	7607





Tabela-4 Numero de casos de "Tentativas de Suicidio", mês a mês em 2007.

faixa etária x mês	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	Total geral
5-9a		4	1	4		2	1	1	3	1	1	4	22
10-14a	26	37	26	38	31	24	18	49	38	31	32	31	381
15-19a	99	99	103	94	108	88	91	100	94	120	79	104	1179
20-29a	170	199	180	166	167	152	169	173	154	172	193	167	2062
30-39a	121	108	108	105	100	90	90	92	103	90	93	95	1195
40-49a	74	84	73	73	72	49	56	66	65	70	62	72	816
50-59a	21	21	32	26	17	21	24	18	24	29	28	21	282
60-69a	6	10	8	7	5	2	5	8	8	12	8	8	87
70-79a	1	1	4	2	1	1	3	2	4	2	2	5	28
>80a	1		4		3			1		1	2	1	13
desc	4	8	8	13	15	10	9	8	5	8	3	6	97
Total geral	523	571	547	528	519	439	466	518	498	536	503	514	6162



DARLENE VIANNA GAUDIO ANGELO

Psicanalista membro da Escola Lacaniana de Psicanálise de Vitória
Graduada em psicologia pela Universidade Federal do
Espírito Santo
Mestre em Estudos Literários pela Universidade Federal do
Espírito Santo

darlene_angelo@terra.com.br

NOTA SOBRE O SUICÍDIO

No meio da sala, sobre uma mesa coberta de cortinas de cetim branco, havia um esquife. Esse esquife era revestido de tafetá branco e guarnecido de tule, também branco, e estava rodeado de grinaldas de flores por todos os lados. Nele, sobre um leito de flores, jazia uma jovem vestida de tule branco, com as mãos cruzadas sobre o peito, como se tivessem sido esculpidas em mármore. Os cabelos, porém, de um louro claro, estavam revoltos e molhados; uma coroa cingia-lhe a fronte. O perfil severo já enrijecido do rosto parecia também esculpido em mármore, mas o sorriso dos lábios pálidos exprimia uma tristeza profunda, penetrante, uma desolação que não é peculiar à infância (...). Não havia em volta do caixão nem ícones, nem luzes, nem rumor de orações. A morta era uma suicida – afogara-se. Tinha apenas quatorze anos, porém lhe fora despedaçado o coração por um ultraje que havia transformado sua terna e infantil consciência, lhe inundara de imerecida vergonha a alma de angelical pureza, arrancando-lhe do peito um supremo grito de desespero, que ressoou na escuridão da noite, no meio das trevas, no úmido gelo, sob o fragor do vento... mas esse grito ninguém ouvira.

Dostoiévski





O suicídio, desde sua simples alegação às tentativas onde a saída é fatal, é um ato que interroga profunda e radicalmente a condição humana, uma vez que diz respeito à relação do sujeito ao desejo, ao discurso inconsciente, denotando a extrema precariedade desta condição.

O suicídio, pois, diz respeito à particularidade daquilo que, para o humano, é fundante, a saber, sua origem no campo da fala e da linguagem.

E dizer que o campo da fala e da linguagem são fundantes para homem, melhor, para o sujeito, é dizer – diferentemente do que se pensa na atualidade – que nós, humanos, somos filhos da cultura, somos paridos por um ato de fala; é dizer que dependemos às últimas consequências das condições do desejo de um Outro, com maiúscula, porque este Outro é, a um só tempo, o semelhante, um outro falante, e a lógica própria à linguagem ao qual está submetido. Isso também quer dizer que o nascimento de um bebê, de um pedacinho de carne, não é garantia de que advirá ali um sujeito. “Advir sujeito”, ou, tornar-se humano, é um processo que depende do fato de que um Outro que o antecede terá que sustentar suficientemente as condições simbólicas de existência desse sujeito.

Mas para que se fique mais próximo possível do que pode trazer um esclarecimento a respeito do ato suicida, é preciso dizer que este, em toda sua complexidade, liga-se ao fato de que na origem da condição humana está uma alienação radical a um objeto do desejo desse Outro. Dito de outro modo, o humano, para tornar-se sujeito de sua própria existência, para que possa dar a esta, inclusive, seu valor e seu sentido, terá que ser identificado a um objeto: isso se passa à sua revelia e à do Outro, pois trata-se da cena do inconsciente.

E essa condição, a de somente se ser como objeto no desejo do Outro, responde pelas possibilidades de nossa existência, mas é também o ponto de um aprisionamento radical. Por isso, este é também o lugar de nascimento de uma agressividade estrutural que pode ser assim traduzida: “Este, de quem eu dependo, eu o odeio, mas o amo, ao mesmo tempo, pois sem ele não sou nada”. O ódio e o amor, portanto, ao Outro, ao objeto primordial do sujeito, irão constituir a marca primeira de toda entrada no mundo, de todo e qualquer sujeito.





Pode-se dizer, então, que *identificação* e *agressividade* estão no centro da questão do suicídio.

Mas se esta alienação primordial à condição de objeto no desejo do Outro – o que implica necessariamente, para o sujeito, em tomar, ele próprio, o Outro como objeto – é necessária ao nascimento do sujeito como tal, ela não é suficiente. Desta condição é preciso que o sujeito se desloque, sem antes, porém, ter disto recebido as marcas das quais jamais se livrará, uma vez que dizem respeito à estruturação mesma do psiquismo. O sujeito, contudo, precisará passar por uma série de reviravoltas na sua relação com o Outro para que possa receber aí uma outra significação.

Para nomear as coisas, esse objeto primordial do qual somos cativos, Freud o nomeou de *objeto materno*, e Lacan, mais tarde, de *desejo da mãe*. O que se passa é que esse objeto, se dele não se toma a devida distância, ele se torna, digamos, *criminogênico*, ou seja, será fonte inesgotável de uma série de perturbações das quais o sujeito muitas vezes só se livra ao *realizar um ato* que, na realidade, na sua relação com o seu semelhante ou consigo mesmo, seja simbólico dessa separação que não pode se dar de outra forma. Neste ponto é que se inscrevem tanto as passagens ao ato suicida, em que o sujeito “mata” esse objeto em si mesmo, ou o ato criminoso, em que o sujeito se arranca a si mesmo do corpo do outro do qual jamais pode separar-se.

E se o desejo da mãe é a condição primordial de nossa entrada na existência, ainda que aí também se situe toda a possibilidade dos fracassos, é uma operação simbólica, cujo agente é o pai, a responsável pelos deslocamentos, que podem ocorrer ou não, também necessários ao verdadeiro nascimento do sujeito no campo da existência. É um pai aquele que – à condição de ter sido reconhecido como homem pela mãe, e, por sua vez, de reconhecer essa mãe como mulher – está em condição de colocar a criança num outro lugar, num *para além* dos caprichos maternos que, em seus excessos, mantém o sujeito em posição fixa, quer dizer, mortificado como sujeito impedindo-o, ele por si, de desejar outra coisa que a mãe.





Dá-se pode concluir que, em certa medida, aquele que não consegue escapar do ato derradeiro em direção à morte real, é um natimorto em relação à posição desejante, única capaz de oferecer ao sujeito a possibilidade de suportar o peso e os enigmas de sua própria existência.

Para finalizar, é preciso dizer que o suicídio, na perspectiva psicanalítica, é concebido como acidente lógico e específico das relações do sujeito à ordem simbólica. Ele evoca, em última instância o jogo simbólico das primeiras articulações em que o sujeito joga com um objeto que faz aparecer e desaparecer tramando e tecendo assim a rede que o sustentará na vida. A questão é que este objeto é, ele próprio, o sujeito. Sendo assim, se as condições de simbolização estão presentes para uma criança desde cedo, ela poderá brincar de esconde-esconde, ou brincar de fazer aparecer e desaparecer um brinquedo qualquer. Caso contrário, o jogo é sem substituição: ela mesma poderá lançar-se num salto sem retorno, a qualquer momento da vida onde seus elementos simbólicos não dão conta de refazer um sentido que se desarranjou ou se cristalizou por demais, pois é sempre uma criança que desaparece nesse ato derradeiro: aquela que se foi um dia para um Outro.





DANIELA REIS E SILVA

Psicóloga Clínica e Hospitalar

Especialista em Medicina Psicossomática e em Terapia Familiar

Mestranda em Psicologia Clínica pela PUC-SP

Coferencista

Coordenadora da rede API/ES (Apoio a Perdas Irreparáveis)

Associada fundadora e titular da Associação de Terapia Familiar do
Espírito Santo (ATEFES)

Presidente da ATEFES, biênio 2008/2010

Artigos publicados em livros e revistas especializados

drsilva@terra.com.br

A COMPLEXIDADE DO SUICÍDIO: HÁ PREVENÇÃO POSSÍVEL

O interesse por esse tema surgiu ao longo de minha prática clínica e consequentes estudos investigativos, por meio do atendimento individual e familiar de enlutados por diversos tipos de perda, incluindo o suicídio. Nesse percurso, houve uma mudança em minha compreensão a respeito do suicídio e, por conseguinte, uma cuidadosa mudança na maneira de acolher o luto por suicídio, bem como na maneira de acolher às tentativas de suicídio.

Foi a partir da mudança de paradigma ao longo de meu percurso profissional e pessoal que pude compreender a questão do suicídio sob o paradigma sistêmico (Esteves de Vasconcellos, 2002), incluindo sua complexidade, a necessidade de contextualizá-lo e as relações cau-





saís recursivas envolvidas em todo o processo. Convido ao leitor, tentar compreender o processo do suicídio por meio de três conceitos fundamentais do paradigma sistêmico sobre os quais falarei mais adiante: complexidade, instabilidade e intersubjetividade.

A Organização Mundial da Saúde (2003) relata o crescimento assustador do índice de suicídios consumados, inclusive entre adolescentes e jovens de idade entre 15 a 29 anos. De acordo com este relatório, para cada suicídio há, em média, cinco a seis pessoas próximas à vítima que sofrem intensas consequências emocionais, sociais e econômicas. Adicionalmente, os grupos familiar e social dessas vítimas apresentam risco de comportamento suicida aumentado, num fenômeno identificado como transmissão transgeracional (Kaës, 2000). O que nos faz refletir sobre o impacto social deste tipo de perda.

Ainda segundo este mesmo relatório, acontece um milhão de suicídios por ano no mundo, com taxas que variam de vinte e cinco óbitos por cem mil habitantes a menos de dez óbitos a cada cem mil habitantes. De cada cem pessoas que tentam se matar, dez incorrem em nova tentativa ao longo de suas vidas. Dessas dez novas tentativas, cinco ocorrem no mês seguinte à primeira tentativa. Com esses dados, podemos perceber o volume de demanda por intervenções a nível hospitalar e ambulatorial, o que torna ainda mais alarmante o cenário da falta de preparo das equipes de saúde nesse tipo de intervenção.

Embora a taxa de mortalidade por suicídio do Brasil não seja considerada alta, em torno de até 4,5 óbitos por 100 mil habitantes (OMS, 2006), ela expressa um valor médio que subestima o aumento expressivo do comportamento suicida, observado nas últimas décadas, em grupos mais jovens e no sexo masculino. Na maioria dos estados brasileiros não há um correto cruzamento de dados epidemiológicos entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Segurança Pública que permita uma maior aproximação dessas estatísticas com a realidade, a partir da *causa mortis* lavrada nos atestados de óbito e laudos necropsiais e dos inquéritos policiais. As sub-notificações também acontecem em relação às tentativas de suicídio, estimadas em aproximadamente dez vezes





mais do que os suicídios consumados, o que dificulta o conhecimento da grave realidade atual e, por conseguinte, da demanda.

Historicamente, no século XX, o suicídio passou a ser interesse da psiquiatria, deixando de ser crime, e considerado como doença mental. Desde a década de 90 é considerado problema de saúde pública pela OMS (2006) em função do aumento do número de ocorrências e consequentes danos sociais, opinião corroborada por alguns autores (Meleiro e Bahls, 2004; Botega, 2008), mas muito ainda precisa ser investigado e tratado.

Ainda dentro de uma perspectiva histórica, Meleiro e Bahls (2004) indicam que o ato de tirar a própria vida sempre esteve envolvido por tabu e preconceito, despertando um efeito desconfortável entre os seres humanos ainda hoje. Para eles, embora seja um tema mundialmente estudado, carece de investigações voltadas à realidade brasileira.

Na sociedade ocidental, o suicídio constituiu-se em tema interdito, em uma tentativa de completa negação da dor, do sofrer, da morte – somando-se ao crescente tabu que se desenvolveu, em torno da morte, como algo a ser aplacado, evitado, não devendo ser realizado e muito menos pensado!

Desta forma, o suicídio acaba sendo envolvido por preconceito e julgamento. Por isso as tentativas são acompanhadas de sentimentos de vergonha, embaraço ou culpa e os laudos policiais são, por vezes, distorcidos, no intuito de abafar as verdadeiras ocorrências das tentativas e do suicídio consumado. Muitas famílias ainda escondem o acontecimento, evitando falar sobre o assunto.

Muitos teóricos em diversas abordagens apresentaram hipóteses sobre o suicídio, havendo uma grande variação entre as correntes individuais e as sociológicas, ora atribuindo um peso maior à primeira, ora à segunda. É fundamental buscar um ponto de equilíbrio entre o psicologismo e o sociologismo.

...não existe nenhuma teoria que possa explicar todos os casos e situações de comportamentos suicidas, pois eles são a expressão de múltiplos fatores que interagem de forma específica em cada indivíduo





e resultantes de aspectos constitucionais da história do desenvolvimento, de circunstâncias sociais e de fantasias próprias sobre a morte e o pós-vida. (Cassorla, 2005, p.66)

No entanto, famílias, amigos, profissionais de saúde e educação, enfim, todos os que têm contato direto ou indireto com o tema suicídio perguntam-se ininterruptamente: POR QUÊ???? Por que alguém tem vontade de se matar? Por que alguém tira a própria vida?

Tentando estabelecer causas para tal ato, e acreditando que as famílias em que um integrante tentou se matar são desajustadas ou patológicas, são geradas uma série de perguntas e afirmações, muitas vezes cruéis e insensíveis, tais como: “Por que a família não cuidou?”; “O que a família tinha de errado?”; “O que poderia ter sido feito para se evitar tal ato?”; “Mas também, com essa mãe (ou esse pai), eu também me mataria!!!”; “Fulana se matou por causa do namorado!”.

Isso acontece por estarmos acostumados às investigações científicas baseadas no paradigma tradicional da ciência, que busca relações de causa e efeito para responder aos problemas postulados, valorizando a existência de uma verdade única e reversível. Ou seja, em uma tentativa de suicídio, é rotina tentar isolar uma variável que explique o ato em si. O que não representa a complexidade de todo o processo.

É preciso ampliar o foco para compreendermos o suicídio, pois há várias influências para que um suicídio ocorra, incluindo as perspectivas histórica, social, espiritual, psicológica, psiquiátrica (Werlang & Botega, 2004), às quais acrescento ainda filosófica, antropológica, cultural e biológica. Assim podemos delinear explicações a partir de um contexto que envolve a **complexidade**.

De acordo com Meleiro e Bahls (2004), o suicídio inclui uma gama de atitudes, cognições e comportamentos, com limites vagos e imprecisos, sob a forma de um comportamento humano complexo.

Comportamento suicida é considerado

...todo ato pelo qual o indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Essa noção possibilita conceber o comportamento





suicida ao longo de um *continuum*: a partir de pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio e, finalmente, suicídio.” (Werlang & Botega, 2004, p.17).

O desenvolvimento dos fatos que culminaram no suicídio não é linear e não pode ser descrito em termos de causa e efeito, como era descrito na ciência tradicional. No entanto, é esta visão que ainda é disseminada em nossa sociedade, incluindo a categoria dos profissionais de saúde que entram em contato com esta dura realidade, antes, durante ou depois da ocorrência do suicídio.

Não existe uma causa única para que uma pessoa tente tirar sua própria vida, mas um conjunto de fatores que interagem entre si, de maneira tão complexa, que é impossível determinar todos os elementos desse sistema. Nesse sentido, parece ser mais coerente falarmos de fatores desencadeantes para a ocorrência de suicídio.

Para que seja considerado um suicídio, o caráter voluntário do ato deve ser evidente de maneira explícita ou implícita, e é preciso avaliar suas a intencionalidade e letalidade, bem como um estudo detalhado sobre os fatores de risco (Meleiro e Bahls, 2004). Determinar a intenção que a pessoa tem de pôr fim a própria vida, nem sempre é tarefa fácil, pois pertence à intimidade da própria pessoa e, em casos de suicídio consumado, nem sempre é possível saber a exata motivação da pessoa, mesmo quando há cartas de despedida. O que também é verdade quando se tratam de acidentes automobilísticos, envenenamentos e outros processos, onde haveria intenção suicida, mas acabam sendo registrados como acidentes.

A OMS (2006) adverte que os principais fatores de risco para suicídio são as tentativas de suicídio anteriores e a existência de transtornos mentais (especialmente depressão, esquizofrenia e transtorno bipolar e uso de substâncias psicoativas), enumerando inúmeros outros fatores de risco relativos a fatores sociodemográficos, psicológicos e condições clínicas incapacitantes que não devem ser negligenciados na avaliação desse risco. Porém, o suicídio pode ocorrer também na ausência de qualquer fator de risco.





Meleiro e Bahls (2004, p.31), afirmam que a crise suicida envolve um sofrimento muito grande:

Muitas pessoas têm um potencial para tornar-se suicida quando confrontadas com uma situação que produz dor emocional e acredita ser incapaz, interminável e intolerável (os três is). Quando a pessoa acredita que não é forte o suficiente para resolver o problema, torna-se incapaz. Quando não há expectativa de que a situação mudará se ele próprio de maneira nenhuma resolver, o problema tornar-se-á interminável. Quando o indivíduo não pode tolerar a dor emocional que a situação está produzindo, o problema é intolerável.

Essa afirmação demonstra um importante aspecto do paradigma sistêmico que é a **intersubjetividade**, a “objetividade entre parênteses” ou ainda a multiplicidade de interpretação dos fatos. Trata-se da maneira como a própria pessoa interpreta os acontecimentos em sua vida pessoal, o que torna difícil para as pessoas a seu redor, inclusive para os profissionais, compreender os motivos daquela pessoa, para se ver tão sem saída. O processo de tomada de decisão está relacionado ao significado que a pessoa dá aos acontecimentos. Pode ser um ato impulsivo momentâneo ou uma decisão longamente planejada, com base na desesperança acumulada ou circunstancial terrível, buscando um alívio imediato, com a interrupção do sofrimento.

O local mais comum para atendimento das tentativas de suicídio são os serviços de emergência e urgência, com características essenciais de rapidez, dinamismo e objetividade no trabalho desse cuidado inicial, que por sua natureza, dificulta o estabelecimento de algum vínculo com a pessoa que tentou se matar.

Nesses locais que deveriam ser de acolhimento, é comum vermos intenso preconceito relacionado ao suicídio por parte dos profissionais que atendem às tentativas de suicídio, que realizam juízo de valores, muitas vezes encarando a tentativa de suicídio como uma afronta à vida, acarretando trabalho e gastos desnecessários. A família e os amigos também não dão crédito à pessoa e tecem comentários que indicam os fortes mitos arraigados no imaginário social.





É comum haver o julgamento do paciente, com emissão de opiniões sarcásticas, dizendo, por exemplo, “da próxima vez, vê se consegue se matar pra não dar mais trabalho para gente”, entre outras “pérolas”. A própria pessoa está envolta em um sentimento de vergonha ou, às vezes, raiva por ter sobrevivido, e evita falar sobre o assunto. O tabu imposto ao falar da morte e do desejo de morrer (ou de acabar com o sofrimento) repercute sobre o suicida em potencial, impedindo-o de se comunicar abertamente sobre seus motivos, impossibilitando a ajuda social na recuperação de seus impasses e contribuindo para a constituição de um grande enigma em torno do tema. Falar sobre o assunto não estimula a ideação suicida, como muitos acreditam, ao contrário, traz alívio.

Muitas vezes a escola ou a família percebe alterações de comportamento ou lida com comportamentos de risco, mas por falta de conhecimento, não toma as providências necessárias. É preciso treinar adequadamente educadores e profissionais de saúde para reconhecer os indivíduos com potencial suicida, avaliar esse potencial suicida, e fazer os encaminhamentos adequados. É preciso discutir abertamente sobre os sinais para que eles possam ser reconhecidos o mais rapidamente possível.

A primeira atitude é aproximar-se e oferecer ajuda, tentar identificar comportamentos suicidas e encaminhar para atendimento, quando necessário, de acordo com os recursos disponíveis. Internação, terapia individual, terapia em grupo, medicação, grupo de orientação, grupos de auto-ajuda, trabalhos com voluntários capacitados podem ser boas saídas. Se houver risco iminente de uma tentativa e a pessoa se recusar a receber atendimento, é imprescindível envolver a família ou a rede de apoio mais próxima àquela pessoa.

Concordando com Meleiro, Botega e Prates (2004), acredito não haver uma modalidade terapêutica única adequada ao acolhimento de uma ameaça ou de uma tentativa de suicídio, pois as necessidades de uma pessoa potencialmente suicida são individuais e os recursos imediatos podem ser limitados. O uso de medicação psiquiátrica pode trazer alívio imediato, mas não atua na essência





do problema. Daí a importância de um atendimento psiquiátrico e psicológico concomitantes.

A ideação suicida ou tentativa de suicídio são sinais de alarme. É preciso um contexto aberto e interessado de acolhimento ao paciente, pois habitualmente precisam de um tempo maior para a vinculação. Para a formação de uma aliança terapêutica é fundamental que o profissional consiga entender o que se passa em termos de sofrimento para o paciente, sem tentar convencê-lo de que não tem motivos para se sentir daquela maneira. Muitos escondem seus sentimentos e pensamentos, por vergonha ou por já ter tomado a decisão, com receio de que alguém possa fazê-los mudar de idéia.

É nesse sentido que podemos pensar a respeito do conceito da **instabilidade** do paradigma sistêmico, com a velocidade em que as coisas ocorrem, do mundo em movimento, envolvendo os aspectos de indeterminação, imprevisibilidade, irreversibilidade, incontrolabilidade. Embora as famílias, com frequência, sofram por não terem conseguido interpretar os sinais que indicariam alguma intenção da pessoa se matar, é apenas após o suicídio consumado (ou mesmo a tentativa) que estes sinais conseguem ser interpretados.

A jornada de sobreviver ao suicídio pode ser extremamente dolorosa, devastadora e traumatizante. Os tabus culturais, sociais e religiosos podem tornar esta jornada ainda mais dolorosa. Como a família tem como principal função o cuidar, perder, ou ser ameaçado com a perda de um de seus membros, provoca uma forte sensação de fracasso. Reações físicas, comportamentais, emocionais e sociais podem perdurar individualmente por meses ou anos.

As famílias, amigos e outras pessoas que passam pelo processo do luto por suicídio, costumam se sentir culpados pelo que aconteceu, convivendo com sentimentos ambíguos, que misturam dor, raiva, vergonha, sensação de culpa, preconceito e estigma social.

Algumas pesquisas apontam para a relação direta entre o processo de luto e os processos de adoecimento físico e psíquico, indicando a relevância do trabalho adequado com o luto no campo da saúde





mental (Bromberg, 2000; Parkes, 1998). É importante ressaltar a importância das reações naturais do processo de luto, e os fatores de risco e proteção para que ele siga seu curso esperado. O luto disfuncional (Silva, 2005; Silva, 2008^a; Silva, 2008b) possibilita o desenvolvimento de problemas físicos e mentais, podendo levar à morte por adoecimento grave ou mesmo um novo suicídio, indicando a recursividade dos sintomas e a amplitude geracional que o luto pode suscitar. Assim sendo não é incomum haver reincidências de suicídio na mesma família, mas ainda não existem estudos conclusivos a esse respeito.

Como o luto é um fator de risco para o suicídio (OMS, 2006; Parkes, 1998) e o suicídio é um fator de risco para o luto disfuncional que pode levar à morte, há a necessidade de atendimento específico para essa demanda. (Silva, 2005; Silva, 2008 a; Silva 2008 b). Portanto, oferecer assistência adequada às pessoas enlutadas por suicídio tornou-se crucial para a prevenção de novos suicídios, possibilitando conversar sobre o assunto e buscar saídas coerentes com sua realidade, para que possa adaptar-se à perda e construir um significado para ela.

Para muitos profissionais parece ser difícil respeitar a escolha (ou falta de escolha?) do suicida, sendo delicado o processo de estar junto da família, tendo o cuidado de não julgar ou deixar que suas próprias crenças interfiram neste processo. É importante também não generalizar os suicídios, porque cada um tem uma história única. De fato, a única pessoa que poderia atribuir o correto significado da morte seria a própria pessoa que morreu, o que torna todas as inferências relativas e incompletas.

Concluindo, para que o cuidado integral ao suicídio possa ser eficaz, é preciso a implantação de políticas públicas de saúde que envolvam ações nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, estruturando serviços de saúde preparados para a identificação cautelosa dessa demanda crescente e consequente atendimento.

Em outros países, a redução do número de suicídios está ligada à melhoria nos atendimentos em saúde mental e à diversificação das possibilidades de acolhimento à crise suicida, incluindo serviços voluntários bem preparados com linhas diretas de ajuda, serviços de aconselhamento psicológico e religioso, entre outros.





Para os profissionais que pretendem trabalhar com esse difícil processo, além de conhecer sua motivação para o trabalho, repensar suas crenças pessoais, familiares e sociais relativas ao tema, é preciso contar com o apoio da instituição ao qual está vinculado, ter clareza nos objetivos de seu trabalho, fazer reuniões multidisciplinares para organização do serviço, reuniões multidisciplinares para discussão de casos, participar da formação continuada por meio de estudos sistemáticos e frequentes, trabalhar com a própria história de sofrimentos e perdas, participar de trabalhos de higiene mental (de cuidados com o próprio profissional), e ter consciência das limitações pessoais e profissionais nas circunstâncias apresentadas.

A OMS elaborou uma série de manuais voltados para profissionais que tenham contato com o suicídio, fornecendo dicas valiosas a respeito de como proceder, que precisam ser divulgados. Para se ter idéia como o impacto do suicídio é amplo, já temos manuais voltados especificamente para a mídia, para professores do ensino médio e fundamental, para trabalhadores de saúde da atenção primária, para agentes prisionais, para profissionais de aconselhamento, para pessoas no ambiente de trabalho, para a formação de grupo de sobreviventes, para médicos clínicos gerais e para profissionais de saúde mental.

O Brasil aderiu ao programa de Prevenção de Suicídio da OMS em 2005 e institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, por meio da portaria no. 1876, de 14 de agosto de 2006, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Em 10 de setembro de 2006, Dia Mundial da Saúde Mental, foi realizado em Brasília, DF, o debate “Construindo Consciência – Reduzindo Riscos: Saúde Mental e Suicídio”, transmitido em tempo real por internet e televisão, com a presença de autoridades e profissionais ligados ao tema. Nessa ocasião foi lançado o Manual de Prevenção de Suicídio, dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental de saúde mental (OMS, 2006).

Em 10 de setembro de 2007, foi realizada uma mesa redonda em Vitória, ES, referente ao “Dia Mundial de Prevenção do suicídio”, pri-





meiro evento no estado a discutir esse árduo tema. Ainda discussões muito recentes, mas fundamentais para o início da construção de uma rede de atendimento eficaz a essa demanda.

O trabalho por mim apresentado nessa ocasião, trazia algumas de minhas reflexões e alguns de meus conhecimentos adquiridos, que sistematizei neste artigo, como forma de contribuir para a compreensão da complexidade do fenômeno do suicídio e para a possibilidade de sua prevenção.

A ampliação de fóruns de discussão sobre o tema, de maneira a sensibilizar o setor público e privado de saúde e educação favorecerá o treinamento de profissionais capazes de compreender a complexidade do suicídio e de acolher de maneira adequada à população sobrevivente, visando a redução do impacto e dos danos causados a familiares e amigos dessas vítimas, e a redução da ocorrência de novos suicídios.

A solidificação da elaboração de estratégias de prevenção de saúde mental e atualização das políticas de saúde mental com relação à prevenção do suicídio para atender a demanda que vem sendo negligenciada, possibilitarão o investimento em pesquisas, capacitação e serviços de atendimento, entre outras ações. A única certeza que existe, é que ainda há muito a se pesquisar e compreender a respeito da complexidade do suicídio.

Referências Bibliográficas:

BROMBERG, M. H. P. F. **A psicoterapia em situações de luto.** Campinas: Livro Pleno, 2000.

CASSORLA, R. M. S. **O que é suicídio.** São Paulo: Brasiliense, 2005.

ESTEVES DE VASCONCELOS, Maria José. **Pensamento Sistêmico: o novo Paradigma da Ciência.** Campinas: Papirus Editora, 2002.

KAËS, R. Impacto de resistência intergeracional ao luto In: CORREA, O. R. (org.) **Os avatares da transmissão psíquica geracional.** São Paulo: Escuta, 2000.





OMS. Ministério da Saúde, Brasil: 2006. **Prevenção do suicídio:** manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.

MELEIRO, A.; BAHLS, S. O comportamento suicida. MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. In: **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MELEIRO, A.; BOTECA, N.J.; PRATES, J.G. Manejo das situações ligadas ao suicídio. In: **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

PARKES, C.M. **Luto:** estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

SILVA, D. R. Famílias e situações de luto. In: OSORIO, L. C.; VALLE, M.E.P. **Manual Brasileiro de Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 376-398

SILVA, D. R. Impacto do Luto na Criança: uma questão para a Terapia Familiar Sistêmica. In: MAZORRA, L.; TINOCO, V. (org.) **Luto na infância:** intervenções psicológicas em diferentes contextos. Campinas: Livro Pleno, 2005. p.171-201.

SILVA, D. R. Luto disfuncional: contribuições e intervenções da terapia familiar sistêmica. In: MACEDO, R. M. S. (org.) **Terapia familiar na última década**. São Paulo: Roca, 2008. p. 562-571.

WERLANG, B. G.; BOTECA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

World Health Organization (WHO) The World Health Report 2003: shaping the future. Genebra: 2003.





MARIA ISA HERKENHOFF ARAUJO

Psiquiatra – Psicoterapeuta

Médica formada pela Universidade Federal do Espírito Santo –
Ufes – em 1979

Médica Geral Comunitária com residência pela Ufes

Título de especialista concedido pela Associação Brasileira de
Psiquiatria

Médica do Instituto Estadual de Saúde Pública do Espírito Santo

Membro fundador do Instituto Milton H. Erickson do Espírito Santo

Psiquiatra clínica e hipnoterapeuta ericksoniana

Cursos de hipnose com Vanda Andreoli, Sofia Bauer, Jeffrey Zeig,
Stephen Gilligan, Ernest Rossi e Tereza Robles

Formação em psicanálise e psicanálise infantil

Practitioner em Programação Neurolinguística, Movimentos
Oculares e Terapia Familiar Sistêmica



PREVENÇÃO DE SUICÍDIO

Baseado em orientações do Departamento de Saúde Mental da
Organização Mundial de Saúde

Introdução

- O suicídio em si não é uma doença, mas está associado a um transtorno psiquiátrico em 80 a 100% dos casos. Não pode ser previsto, mas há indicadores de risco.
- É compreendido como um transtorno multidimensional, que resulta da interação complexa de fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos.

Alguns dados:

- É uma das 10 maiores causas de morte em todos os países.
- É uma das 3 maiores causas de morte entre 15 e 35 anos.
- Entre 40 – 60% das pessoas que cometeram suicídio consultaram um médico no mês anterior ao ato, a maioria um clínico geral e não um psiquiatra.
- 80 a 100% dos suicídios com êxito letal ocorrem em portadores de transtorno mental.
- O risco de suicídio ao longo da vida para:
 - Transtorno de humor – 6 a 15%
 - Alcoolismo – 7 a 15%





- ☐ Esquizofrenia – 4 a 10%
- ☐ Estima-se que 30% dos pacientes vistos por um médico sofrem de depressão
- ☐ .Aproximadamente 60% dos pacientes com depressão que procuram tratamento procuram primeiro um clínico geral (queixas somáticas).
- ☐ O risco é aumentado em doenças físicas crônicas com mau prognóstico e com dor (ex.: neoplasias, HIV-Aids, insuficiência renal)
- ☐ Mulheres tentam o suicídio quatro vezes mais que homens, e homens chegam a êxito letal nos suicídios três vezes mais que as mulheres.
- ☐ Idade: risco maior entre idosos com mais de 65 anos e entre jovens na faixa de 15 a 30 anos.

Transtornos do Humor

- ☐ Todos os tipos de transtorno do humor têm sido associados com suicídio. Estes incluem transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos, transtorno depressivo recorrentes e transtornos do humor persistentes.
- ☐ Sintomas típicos:
 - ☐ Humor deprimido (tristeza)
 - ☐ Perda de interesse e do prazer
 - ☐ Redução da energia
- ☐ Fatores agravantes: idade menor que 25 anos em homens, fases precoces da doença, abuso de álcool, fase depressiva de transtorno bipolar, estado misto (mania e depressão) e mania psicótica.
- ☐ Dados epidemiológicos sugerem que os antidepressivos e lítio reduzem o risco de suicídio entre os deprimidos.





Alcoolismo

- ☐ O alcoolismo (tanto o abuso do álcool como a dependência ao álcool) é um diagnóstico frequente naqueles que cometeram suicídio, particularmente em indivíduos jovens.
- ☐ Fatores associados com maior risco de suicídio:
 - ☐ Início precoce do alcoolismo
 - ☐ História crônica de alcoolismo
 - ☐ Alto nível de dependência
 - ☐ Humor depressivo
 - ☐ Saúde física precária
 - ☐ Desempenho no trabalho precário
 - ☐ História familiar de alcoolismo
 - ☐ Perdas pessoais importantes

Esquizofrenia

- ☐ O suicídio é a maior causa de morte prematura em esquizofrênicos.
- ☐ São fatores de risco específicos:
 - ☐ Sexo masculino, jovem, desempregado
 - ☐ Recaídas recorrentes
 - ☐ Medo de deterioração, especialmente naqueles com altas habilidades intelectuais
 - ☐ Sintomas positivos: desconfiança e delírios
 - ☐ Sintomas depressivos
- ☐ O risco de suicídio na esquizofrenia é maior nas seguintes épocas:
 - ☐ Estágios precoces da doença
 - ☐ Recaída precoce
 - ☐ Recuperação precoce





Transtornos de personalidade

- Estudos recentes realizados com indivíduos jovens que cometeram o suicídio têm mostrado uma alta prevalência de transtornos de personalidade (20 a 50%)

Transtornos de ansiedade

- O transtorno de pânico tem sido o mais frequentemente associado com suicídio, seguido do transtorno obsessivo-compulsivo. Os transtornos somatoformes e os transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia) também relacionam-se a comportamentos suicida.
- alimentares (anorexia nervosa e bulimia) também relacionam-se a comportamentos suicidas

Como identificar pacientes em alto risco de comportamento suicida

- Transtornos psiquiátricos (geralmente depressão, alcoolismo e transtornos de personalidade).
- Doença física (doenças terminais, dolorosas ou debilitantes, Aids).
- Tentativas anteriores de suicídio
- História familiar de suicídio, alcoolismo e/ou outros transtornos psiquiátricos.
- Estado marital solteiro, viúvo ou separado.
- Viver sozinho (isolamento social).
- Desemprego ou aposentadoria.
- Luto na infância.





Como identificar pacientes em alto risco de comportamento suicida

- ☐ Fatores de vida estressores recentes associados com risco de suicídio:
- ☐ Separação marital
- ☐ Luto
- ☐ Problemas familiares
- ☐ Alterações no status ocupacional ou financeiro
- ☐ Rejeição de uma pessoa significativa
- ☐ Vergonha e medo de ser culpado de alto
- ☐ Os pacientes que cometem suicídio normalmente dão alguma pista ou aviso antecipadamente. As ameaças devem ser levadas a sério.
- ☐ Perguntar sobre suicídio frequentemente reduzirá a ansiedade a respeito deste tema. O paciente pode sentir-se aliviado e melhor compreendido.

Abordagem do paciente com risco de suicídio

- ☐ Estabelecer um bom relacionamento com o paciente.
- ☐ Estimular o paciente para que ele expresse seus sentimentos.
- ☐ Quando o paciente já estiver falando de seus sentimentos, conduzir a abordagem com perguntas objetivas a respeito de sua vida, de seus planos e sobre seu futuro.
- ☐ Perguntar objetivamente, com todas as letras se ele pensa em cometer suicídio, se ele fez algum plano, qual plano, quando e como, e se ele tem os meios para realizar.
- ☐ Precauções: melhora falsa ou enganosa, e negação.





Manejo do paciente suicida

- ☐ Ambivalência (morrer ou viver), impulsividade (transitória) e rigidez (ou isso ou aquilo).
- ☐ Suporte: avaliar se há alguma pessoa que possa ajudar o paciente em risco, e solicitar sua ajuda.
- ☐ Encaminhamento ao Psiquiatra toda vez que houver:
- ☐ Uma doença psiquiátrica
- ☐ Uma história de tentativas anteriores
- ☐ Uma história familiar de suicídio, alcoolismo e transtornos psiquiátricos
- ☐ Doença física
- ☐ Suporte social precário

Quanto hospitalizar o paciente

- ☐ Quanto houver pensamentos de suicídio recorrentes.
- ☐ Alto nível de intenção de morrer no futuro imediato (as próximas horas ou dias).
- ☐ Agitação ou pânico.
- ☐ Existência de plano de uso de métodos violentos e imediatos.



MÁRCIA BARROS FERREIRA RODRIGUES

Graduada em Ciências Sociais pela UFF

Doutorado na USP em História Social

Pos-doutorado na UFF em Antropologia e Ciência Política

Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Indiciário - UFES

mbfrodrigues@gmail.com

SUICÍDIO, TABU E SILÊNCIO

Em primeiro lugar, é importante destacar que paira sobre o tema um silêncio que deve ser lido como sintoma social da nossa civilização. É fundamental, portanto, encontrar formas plurais de problematizar e pensar o suicídio. É preciso discutir, debater, estudar, analisar e interrogar o ato para, em seguida, compreender o que leva uma pessoa ao suicídio, a não mais querer a vida, pelo menos uma condição específica de vida. Esse exercício implica uma análise que admita os preconceitos e não tire conclusões *a priori*.

Ao sermos confrontados com a multiplicidade oferecida pela alteridade a qual nos informa as ciências sociais, propomos nesse debate romper com a abordagem que propõe a naturalização do social e apontar formas de pensar que não neguem a criatividade, a variabilidade e a imprevisibilidade da vida, inclusive no que diz respeito ao suicídio. Assim, no lugar de reunir identidades, encaixando todos os indivíduos que se suicidam num mesmo rótulo - ou de doente mental ou desequilibrado, por exemplo - devemos nos aplicar a compreensão do outro na sua diferença. Para tal, entendemos que é preciso romper com o silêncio imposto pelo tema, como parece ser o propósito desse Fórum.





O silêncio é uma forma de ocultar as fugas e rupturas de ritmo de vida, muitas vezes imposto por uma sociedade medicada a seus membros, impossibilitando a descontinuidade, a discussão em torno da nossa finitude e da fragilidade da vida abafadas pela medicalização. É preciso estar claro que isso é uma prática de poder. Segundo Foucault, a regra do silêncio, do não dizer, é correlativa ao mecanismo da enunciação¹. Assim, ainda buscando Foucault, do ponto de vista da genealogia e da arqueologia do saber, é importante entender a “experiência”, ou seja, a maneira pela qual a sociedade num determinado momento constitui suas verdades, as formas de vivê-las e representá-las. Ou seja, formas de enunciar sua episteme.

É preciso também não perder de vista a perspectiva histórica. Pesquisas documentais sugerem que foi o discurso médico no Brasil durante a primeira metade do século XIX, que possibilitou a visibilidade do suicídio no campo do saber científico. Além do que, a medicina teve um dos principais papéis na configuração do suicídio como um ato desequilibrado, doente, desesperado, atordoado, irracional, ou seja, ligado aos distúrbios mentais.

Por isso, a despeito do suicídio ser um tema tabu e causar mal-estar, é preciso situá-lo historicamente para que possamos entender sua complexidade no passado e no momento atual. Nesse sentido, escolho a passagem para a modernidade como momento crucial para entendermos o suicídio do ponto de vista médico, sociológico e psicanalítico. Dessa forma, nosso marco teórico é o século XIX.

As manifestações desse fenômeno humano, portanto social e psíquico, se refere aos processos de identidade (sentido sociológico) e de identificação (ponto de vista psíquico); e não pode ser entendido sem uma perspectiva histórica, ou se quisermos ficar com Foucault, numa perspectiva genealógica e arqueológica, como já apontamos.

Faremos uso do anacronismo, pecado para os historiadores, mas não para os sociólogos, para realizarmos incursões entre a passagem

¹ Foucault in Os Anormais: curso College de France (1974-1975) (trad.) Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p.257.





da modernidade (XVII/XIX) e sua radicalização (XX/XXI), que alguns teóricos rotulam de “pós-modernidade”. Nesse sentido, preferimos utilizar o termo sociedade pós-industrial para o momento atual em que o velho não morreu e o novo ainda não nasceu. Partimos do pressuposto de que há um embricamento do velho com o novo. Há continuidades e rupturas, por isso não devemos perder a perspectiva histórica de longa duração para compreendermos os processos em curso.

O suicídio e o saber médico

A medicina do século XIX em vez de anunciar a morte passou a cuidar da “saúde dos corpos”, assim agindo foi possível buscar e encontrar o perigo, não mais no clima e ou na saúde, mas em nós mesmos ². Daí a tematização do suicídio pelo saber médico a partir do século XIX. Entretanto, apesar dessa tematização ter procedido da produção acadêmica e intelectual das primeiras instituições médicas no século XIX, a tendência de reconhecer no ato de se dar à morte algum tipo de doença, moléstia ou sintoma mental, como por exemplo, a loucura ou a melancolia, era recorrente na Europa desde o século XVI, onde se localizavam as principais academias médicas que influenciaram a produção científica. Assim, ao longo do século XIX, a maioria dos estudos médicos, inclusive os brasileiros, partiu da seguinte questão: o suicídio é um tipo de doença, moléstia ou distúrbio mental? Ou seja, uma forte tendência de relacionar o suicídio a um referencial patológico.³

O suicídio e as rupturas epistemológicas Durkheim e Freud

Isto posto, destacaremos dois pensadores que no século XIX, lançaram outro olhar para pensar o suicídio fora do campo do saber médico. Um do ponto de vista da Sociologia, Durkheim e outro do ponto de vista da Psicanálise, Freud.

2 Herschamann, Nicael e Kropf, Simone e Nunes, Clarice. Missionários do Progresso: médicos, engenheiros e educadores no Rio de Janeiro- 1870-1937. Rio de Janeiro: Diadorim, 1996.

3 Lopes, Fábio Henrique. Suicídio & Saber Medico. Rio de Janeiro; Apicuri, 2008.





O suicídio foi estudado por Durkheim como um fato social. Ou seja, por corresponder as características definidoras de um fenômeno social, a saber, a generalidade (existe em todas as sociedades e apresenta certas regularidades), a exterioridade (independe da vontade dos indivíduos) e a coerção (condenação social). Embora sendo fortuito e resultando de razões particulares, o suicídio, para Durkheim, apresenta certa regularidade, recrudescendo ou diminuindo de intensidade em certas condições históricas, expressando assim sua natureza social. Sua idéia principal é demonstrar como a sociedade regula os indivíduos. O suicídio seria um exemplo disso.

Em *O Suicídio* (1897/2003)⁴, Durkheim tentou mostrar que as causas do auto-extermínio têm fundamento social. Descreve três tipos de suicídio: o egoísta em que o indivíduo se afasta dos seres humanos; o anômico, originário, por parte do suicida, da crença de que todo mundo social, com seus valores e regras, desmorona-se em torno de si; e o altruísta, por lealdade a uma causa. Assim, para Durkheim, os indivíduos são produtos de forças sociais complexas e não podem ser entendidos fora do contexto social em que vivem. Ou seja, ao invés de sugerir que o suicídio é um fenômeno psicológico ou patológico, o sociólogo propôs observá-lo e analisá-lo a partir de dados estatísticos para buscar as suas causas. As causas fora de nós (exterioridade), que só nos atingem se nos aventurarmos em sua esfera de ação. Segundo Durkheim, o suicídio é produto de um profundo conflito relacionado com o meio social exterior ao indivíduo. Dessa maneira, cada sociedade possuiria uma inclinação coletiva ao suicídio e suas causas situar-se-iam mais fora do que dentro dos indivíduos.

Durkheim identificou uma natureza eminentemente social do ato de se dar à morte, porque privilegiou o conjunto dos suicídios cometidos numa determinada sociedade durante uma unidade de tempo, no lugar de estudá-los como acontecimentos particulares, isolados uns dos outros. Por focalizar a sociedade, Durkheim pôde concluir, a partir das informações sugeridas pela estatística, que cada sociedade tem, portanto, em cada momento de sua história, uma disposição definida para

4 Durkheim, Emile. *O Suicídio*, São Paulo: Martin Claret, 2003. (texto integral)





o suicídio. Mede-se a intensidade relativa dessa disposição tomando a razão entre o número total global de mortes voluntárias e a população de todas as idades e todos os sexos. Segundo ele, existe para cada grupo social uma tendência específica ao suicídio que depende de causas sociais; o que constitui o suicídio como um fenômeno coletivo.

Durkheim compôs os tipos sociais do suicídio classificando as causas que o produzem e examinando as condições sociais de que dependem. Sugeriu, assim, a célebre tipologia do suicídio, o egoísta, o altruísta e o anômico.

O suicídio egoísta se explica pela desintegração social. Nesses casos, o grau de integração do indivíduo com o meio não se apresenta suficientemente forte, afastando o sujeito do seu grupo de semelhantes. Para Durkheim, somente uma sociedade fortemente integrada consegue manter os indivíduos sob dependência, a seu serviço, e não lhes permite dispor de si mesmos conforme o capricho. Por assim pensar, redirecionou o olhar para os malefícios do individualismo excessivo, que leva ao suicídio porque apaga as obrigações que o indivíduo tem com a sociedade à qual ele serve e lhe é necessária para garantir a vida.

O suicídio altruísta se deve à individuação insuficiente. Em oposição ao egoísta, esse ato é praticado por sujeitos que estão fortemente submetidos aos valores coletivos, quando estão integrados demasiadamente na sociedade acreditando assim ser necessário dar a vida por uma causa coletiva. Essa fraca individuação só pode ter uma causa: para que o indivíduo tenha tão pouco espaço na vida coletiva é preciso que ele seja quase totalmente absorvido no grupo e, por conseguinte, esteja muito fortemente integrado. Para que as partes tenham tão pouca existência, salienta que é preciso que o todo forme uma massa compacta e contínua. Assim, conclui que ao indivíduo faltam os meios para construir para si um meio especial.

As principais diferenças entre o egoísta e o altruísta são: enquanto o egoísta se deve ao excesso de individuação, o altruísta tem individuação demasiado rudimentar; um ocorre porque a sociedade, desagregada em certos aspectos ou mesmo em seu conjunto, deixa o indivíduo escapar e no outro, porque o mantém demasiada e estritamente sob





sua dependência. Ele chamou de egoísmo o estado no qual se encontra o eu quando vive sua vida pessoal e só obedece a si mesmo. O contrário é o altruísta, quando o eu não se pertence, confunde-se com outra coisa que não ele; o pólo de conduta está situado no grupo do qual faz parte.

Os suicídios anômicos estão relacionados com uma situação de desregramento típica de períodos de crise e a sua origem, na crença do homem de que o eu e o seu mundo, seus valores sociais e regras, estão desmoronando em torno dele.

Dessa forma, é possível perceber que a sociedade não é, para Durkheim, apenas um objeto que atrai para si, com intensidade desigual, os sentimentos e atividade dos indivíduos. Em suas palavras, é um poder que os regula. Há uma relação entre a maneira pela qual se exerce essa ação reguladora e a taxa social dos suicídios. Quando a sociedade é perturbada, seja por uma crise dolorosa ou por transformações favoráveis, mas por demais repentinas, ela fica provisoriamente incapaz de exercer a ação de frear, conter e regular o indivíduo e as suas ações. Daí provém a brusca ascensão da curva de suicídios e a anomia ser seu fator regular específico. Durkheim diferenciou o suicídio anômico dos outros dois tipos não pela maneira como os indivíduos estão ligados à sociedade, mas pelo modo como ela os regulamenta.

Como sociólogo Durkheim partiu da esfera social para pensar o suicídio e a ela se limitou, criando alternativa para a problematização e sendo questionado por muitos estudiosos, não só pela metodologia como pelas conclusões. Contudo, a importância de suas análises foi apresentar um olhar diferente, no século XIX, do olhar médico.

Já Freud mudou as referências teóricas utilizadas para pensar o suicídio ao longo do século XIX, a partir da Psicanálise. Sua principal inovação diz respeito ao seu método de investigação e ao seu estudo do mental. Ele não teorizou sobre o suicídio, mas influenciou estudos sobre a perspectiva da Psicanálise. Freud possibilitou explicar o suicídio a partir do conflito entre Eros e Thanatos. Segundo essa perspectiva é necessário haver equilíbrio entre essas pulsões, para que o suicídio não ocorra, para que a morte não triunfe sobre a vida. Para Freud o suicídio





não é um ato de loucura é uma questão que remete ao inconsciente e aos domínios moleculares do desejo. Dessa forma, a psicanálise retira a discussão do campo da racionalidade positivista do olhar médico do século XIX.

A partir da máxima “somos aonde não pensamos”, a Psicanálise insere o matema de que *há falta no outro*. Uma das pulsões que move o sujeito é a busca do que Lacan denominou de *objeto* a que está para sempre perdido. Isso remete as contradições entre o sentir, o pensar e o agir que marcam a constituição necessariamente patológica da subjetividade humana.

Conclusão

O paradigma vitorioso foi o do saber médico, foi ele que se hegemônizou para além do século XIX, entretanto é preciso resgatar outros saberes que disputam o campo.

Durkheim leva o tema do suicídio para o campo social, ou seja, não se trata de entender como os indivíduos se ligam ou se articulam à sociedade, mas como a sociedade regula e controla o indivíduo. Freud proporciona o entendimento do suicídio no campo psíquico, trata-se de entender como o inconsciente controla o indivíduo. Trata-se de compreender a lógica da lei do desejo. Entretanto, e isso é o mais importante, ambos retiram a “culpa” do indivíduo.

Tanto Durkheim quanto Freud oferecem contribuições valiosas para o entendimento do suicídio. A partir deles fomos informados que o suicídio não é uma questão moral, religiosa ou médica, não é uma questão de cuidar da “saúde dos corpos”, encontrando o perigo, no próprio indivíduo. É uma questão que remete a complexidade da construção da subjetividade humana e ao sofrimento inerente a ela, porque é constitutivo dela, não há possibilidade da subjetividade humana se dá fora do pathos, sofrimento, paixão, passividade e ao mesmo tempo atividade.

Finalizando, é preciso destacar que nossa abordagem parte da perspectiva filogenética e psicopatológica da humanidade cunhada por





Freud (1914/1987) ⁵ e que tem influência de longa duração na Psicopatologia e, particularmente, na Psicopatologia Fundamental, como informa Berlinck (2000) ⁶. Essa perspectiva parte do pressuposto de que o humano é uma espécie psicopatológica, sem ser doente, ou seja, o humano é portador de uma subjetividade e apresenta um aparelho psíquico que inclui uma dimensão inconsciente. A dinâmica desse fenômeno é regida pelo *pathos* (sofrimento, paixão, passividade). O *pathos*, segundo Berlinck, designa o que é vivido, portanto, é um estado transitório. É um discurso sobre o afeto ⁷. É uma paixão que é vivida pela experiência. Nesse sentido, o sofrimento constitui a espécie humana formando singularidades subjetivas e não há discurso capaz de esgotar a explicação do sofrimento humano. Por isso, para compreendermos essa dialética, incluindo aí o suicídio, é preciso, necessariamente, romper com silêncio.

Obrigada!

5 Sigmund, Freud (1914). *Neurose de Transferência: uma síntese*. Rio de Janeiro:Imago, 1987.

6 Berlinck, M. Tosta. *psicopatologia Fundamental*, São Paulo: Escuta, 2000.

7 Afeto não deve ser confundido com emoção. O afeto contém a emoção, mas não se reduz a ela. O afeto é uma força, é uma paixão intensamente excessiva. Podemos dizer que o *pathos* é um “afetão”, ou seja, aquilo que atinge e modifica o sujeito. Conferir “*Problemas e Perspectivas no Ensino e Pesquisa em Psicopatologia*”. Palestra proferida pelo Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck na UFF em 18/05/05.





PATRÍCIA PEREIRA PAVESI

Graduada

Mestre em Antropologia - UFF

Professora do Departamento de Ciências Sociais/UFES

pavesi.patricia@gmail.com

CULTURA, SUICÍDIO E IDENTIDADE: DORES E DELÍCIAS DE SUBJETIVIDADES EM MOVIMENTO

“Cada um sabe a dor e delicia de ser o que é”

(Caetano Veloso)

“O que é o sofrer para mim que estou jurado pra morrer?”

(Djavan)

Resumo

O presente artigo propõe uma abordagem antropológica do suicídio, tomando como referência a prática ritualística do Jejuvy entre os Índios Guaranis da região centro-oeste do Brasil. Orientado pela Escola Interpretativista, por meio de uma avaliação fenomenológica de dados etnográficos publicados pela FUNAI e dialogando com os mesmos, estabelece reflexões acerca de sentidos diversos que suicídio pode ganhar fora dos quadros sógnicos mais representativos dos padrões de classificação dos processos de morte e vida ocidentais modernos.





Palavras-Chaves:suicídio, cultura, identidade, dor, sofrimento, individualidade e diferença.

Diferentes sociedades lidam de formas particulares com experiências de morte e vida. Dentre estas experiências, a morte escolha individual mais comumente denominada como sucídio, pode ser identificada em quase todos os agrupamentos humanos conhecidos.

A própria morte como produto direto de uma suposta escolha e movimento dos indivíduos, sem a mediação de outros sujeitos, não acidental ou inevitável, de forma genérica nos coloca a possibilidade do reconhecimento de dimensões da subjetividade humana que transcendiam o domínio de forças físicas, biológicas e sociais. Por outro lado, não escassas as referências ao suicídio pela literatura médica associadas a demandas orgânicas geradoras de estados físicos de fragilidade ou perturbações nervosas, bem como amplas discussões entre acadêmicos de áreas diversas acerca de elementos psicossociais como motivadores maiores da morte voluntária.

A multiplicidade de argumentos instituídos em torno das causas do suicídio nos leva a crer que tal fenômeno não pode ser abordado como objeto passível de análises totalizantes, constituindo o que poderíamos chamar de *evento complexo*. Eventos complexos demandam análises abrangentes que considerem suas diversas facetas e conexões e, especialmente, o reconhecimento de que seu mapeamento será sempre provisório e focal, dada a sua natureza dinâmica.

Diante de *eventos complexos* a delimitação do alcance da discussão que se pretende desenvolver é de fundamental importância, uma vez que reconhecida a impossibilidade de avaliações gerais. Neste sentido, para efeitos da reflexão que pretendemos empreender neste artigo estabeleceremos a seguir, alguns dos marcos que orientarão nossa análise. Nosso primeiro recorte epistemológico diz respeito à natureza do suicídio como evento social complexo. Apoiados na avaliação de Durkheim,

Com efeito, se em lugar de apenas vermos os suicídios como acontecimentos particulares, isolados uns dos outros e que demandam ser





examinados cada um separadamente, nós considerássemos o conjunto dos suicídios cometidos numa sociedade dada, durante uma unidade de tempo dada, constata-se que o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, um todo de coleção, mas que ele constitui por si só um fato novo e sui generis, que possui sua unidade e sua individualidade, consequentemente sua natureza própria, e que, ademais, é uma natureza eminentemente social. (1986, p.8)

O suicídio embora guarde dimensões psíquicas e biológicas, em nosso entendimento prescinde de uma avaliação que considere sua atualização como experiência social, engendrada num conjunto de afetos, humores e expectativas que necessariamente incluem como determinantes relações coletivas complexas. O reconhecimento do suicídio com experiência social, impõe ainda a delimitação de esferas neste universo, dada a amplitude de seus domínios. Neste sentido, a partir da caracterização do suicídio como *fato social total*, categoria cunhada por Marcel Mauss, podemos pensá-lo como evento que atualiza dimensões várias da experiência coletiva que manifestam aspectos da vida humana diversos: fisiológico, subjetivo, religioso, econômico, moral, estético, etc.

No seu texto sobre Relações reais e práticas entre a psicologia e a sociologia, o autor após afirmar taxativamente que os fenômenos sociológicos são fenômenos da vida - na medida em que há apenas sociedade “entre seres vivos” – sustenta que, diferentemente dos demais animais, o humano se caracteriza pela presença da vontade, da pressão da consciência de uns sobre outros, das comunicações de idéias, da linguagem, das artes plásticas e estéticas, dos agrupamentos das redes sociais. Ou seja, com esta afirmação, Mauss rompe com uma concepção positivista de sociedade que privilegia um recorte empirista e materialista da realidade social para incluir as dimensões gestuais, afetivas e ritualísticas. (1974, p.24)

Pensar o suicídio como *fato social total* implica no reconhecimento de sua constituição como processo além de social, eminentemente simbólico. E a afirmação de seu caráter simbólico por sua vez, torna pertinente um segundo tipo de recorte analítico que diz respeito à avaliação de que tão diversos são os sistemas simbólicos quanto as sociedades





que os produzem, não existindo códigos e sentidos homogêneos. Segundo Leach

(...) 1) os signos não ocorrem isolados; um signo é sempre membro de um conjunto de sinais contrastados que funciona dentro de um contexto cultural específico; 2) um signo só transmite informação se combinado com outros signos e símbolos do mesmo contexto. (1978, p. 20).

O suicídio então, compreendido como ação circunscrita num espaço de produção de sentidos específico, como experiência comunicativa de um sujeito que estabelece suas performances individuais sempre orientadas por um sistema cultural que compartilha com outros sujeitos. Assim sendo, o suicídio, como,

(...) todas as várias dimensões não verbais da cultura como estilos de vestuário, cenários de um vilarejo, arquitetura, móveis, comida, cozinha, música, gestos físicos, postura, etc. [que] estão organizadas em conjuntos padronizados a fim de incorporarem a informação codificada de uma maneira análoga aos sons, palavras e frases de uma língua natural. (Leach, 1978, pp. 16-17).

As práticas suicidas são práticas culturalmente dadas, ganham sentido conforme os quadros simbólicos que cada agrupamento humano constrói e aos esteja submetido, isso implica na consideração de que as relações sociais, sendo eventos complexos, são instituídas de forma heterogênea de grupo para grupo e mesmo no interior destes, podem ser observados arranjos de sentido diferenciados a partir de um quadro simbólico comum. Desta forma, entendemos que a presente análise orientada pela Antropologia apresenta-se como fundamental na compreensão do suicídio como evento complexo, especialmente se efetuada a partir de uma abordagem fenomenológica. Neste sentido, tomando a cultura como fenômeno, Geertz (1989, p. 13) afirma que “o homem é um animal amarrado a teias de significado que ele mesmo teceu.” Os indivíduos sentem, percebem, raciocinam, julgam e agem sob a direção destes símbolos. Assim o homem encontraria sentido nos acontecimentos através dos quais ele vive por intermédio de padrões culturais, que seriam ‘amontoados’ ordenados. (Ribeiro, 2004) Uma





compreensão mínima da ação suicida pelo antropólogo só seria possível neste sentido, se resultado for de uma descrição densa por meio de um trabalho de campo com olhar atencioso voltado para os dados etnográficos procurando identificar dimensões simbólicas desta ação empreendidas pelos sujeitos, na religião, na ideologia, na ciência, na moralidade, na lei, nos costumes, etc.

Em atendimento a tais pressupostos metodológicos para uma análise minimamente rigorosa, tomaremos como referência empírica para nossa discussão, o documento etnográfico⁸ produzido pelo antropólogo Miguel Vicente Foti⁹ que tematiza o suicídio entre os povos Kaiowá e Nhandewa, Índios Guaranis do Sudoeste do Brasil. A intenção não é determo-nos na experiência destes grupos, mas pensar possibilidades de interpretação do suicídio para além das colocadas pelo conjunto de saberes desenvolvidos nos termos da Modernidade no Ocidente, principalmente aquelas que acentuam o pólo negativo da experiência quando observada como expressão de máxima de dor e sofrimento.

O suicídio entre os Guaranis

Entre os anos 2000 e 2003 foram registrados entre os Índios Guaranis um número considerável de suicídios, fato este que chamou a atenção de autoridades nacionais, bem como de agências internacionais como a UNESCO e naturalmente, a opinião pública que travou contato com os fatos por meio de noticiários veiculados por diversos meios de comunicação. Dados do Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul, Fundação Nacional de Saúde assinalaram na ocasião os seguintes índices de Casos de suicídio entre Kaiowá e Nhandewa por ano: 2000 (43), 2001 (41), 2002 (55), 2003 (53). A mesma fonte informa ainda, a estrutura relativa da mortalidade por suicídio entre 2000 e 2003, e por faixas etárias que indicava: maior 30 anos: 11,41%; entre 20 e 30 anos: 33,15% e menor 20 anos: 55,43%. Em todos os casos atestada a morte por enforcamento.

⁸ Publicado na Revista de Estudos e Pesquisas, FUNAI, Brasília, v.1, n.2, p.45-72, dez. 2004.

⁹ Mestre em Antropologia. Consultor UNESCO para a Fundação Nacional de Saúde-MS.





Há, entretanto, no nosso entendimento, dois aspectos interessantes a serem ressaltados além do número de casos, para efeitos de uma avaliação antropológica. Primeiro, o percentual de jovens dentre os suicidas e segundo, o método por eles utilizado. Tais peculiaridades tornam-se dignas de nota quando consideramos a Cosmologia Guarani e os sentidos possíveis por ela atribuídos ao suicídio. Prática esta historicamente reconhecida pelo grupo e identificada por estudiosos europeus desde as primeiras incursões em suas Aldeias. Segundo a narrativa de Foti (2004), aspectos ritualísticos da simbologia guarani guardam profunda conexão com a “epidemia” de suicídios dos anos 2000, não podendo ser avaliada de forma isolada. O tipo de suicídio mencionado, consiste no que os guaranis chamam em sua cosmologia de *Jejuvy*, palavra que pode ser traduzida de forma mais direta por “aperto na garganta”, “sufocação”.

O *Jejuvy* é um ato complexo, um ato individual, individualizante, mas que obedece a uma forte motivação cultural, um exemplo da marca do coletivo na experiência mais íntima dos indivíduos, mesmo tratando-se, por hipótese, de um ato anti-social, em volta do qual se observa muita dor e consternação. No limite, ele afirma a maneira de ser, por exemplo, na atitude *kiriri*, silenciosa, mas por outro lado implica a negação do ser em seu fundamento, segundo uma compreensão particular. Foti, 2004, p.55)

O *Jejuvy* compõe um conjunto de elementos que constituem a ontologia guarani que na compreensão da realidade considera,

A contiguidade entre os mundos: dos seres híbridos, ou infra-naturais, da natureza vegetal e animal, dos homens e da sociedade, do lado de cá de uma Grande Água, e os mundos: das pessoas divinas, dos donos e dos grandes deuses, do lado de lá, é um traço importante da cosmologia Guarani. Esta contiguidade permite aos homens afastarem-se dos primeiros ou frequentarem os segundos, mesmo que apenas tocando-os, com o canto, a dança e o estado de *aguyje* (gratidão, virtude), este é o seu objetivo maior. (Foti, 2004, p. 53)

Assim, “os homens vão ao estado divino, caminhando, graças a um cosmo horizontal contíguo. Há um transpasse, digamos assim, já que





os deuses estão em toda parte (espelham-se em tudo)". (Foti 2004, p. 52) Interessante notar, que tal passagem pode se dar de várias formas, dentre elas, pela morte natural ou pelo estado de leveza obtido pelo cântico, pela dança e por prescrições que incluem uma alimentação própria, semelhante a uma elevação. O suicídio entendido como experiência do *Jejuvy*, pode conduzir ao "transpasse", mas para tal prescinde de encaminhamentos ritualísticos próprios e normalmente associados a outro aspecto da organização social guarani, a representação muito particular que promove da individualidade. Como sinaliza Levicovitz (1998)

Acerca do ser individual Guarani, o que merece ser frisado é que ele existe à sombra de uma individualidade paradigmática, que ocupa um outro mundo, isto também é decisivo para entender por que dispõem da vida com facilidade incomum. Os Guarani têm seus iguais "do lado de lá". Não admitem associar sua existência à dor, ao sofrimento, à disputa dentro dos grupos e à morte. Essas são como que coisas indignas, que retiram o brilho da existência.

A organização social guarani opõe-se ao Estado, tendo o indivíduo como e sua liderança familiar como referências maiores. Diferentemente da historicidade ocidental, a guarani consagra ao indivíduo o papel de guerreiro que deve afirmar seu ser no mundo de "cá" e no de "lá". Quando há algum tipo de impedimento de manifestação deste ser no mundo de "cá", o físico-material, busca-se elevação como recurso de afirmação de "eu" por meio da dança, do canto e, em certos casos, e como já mencionado anteriormente, pelo próprio suicídio entendido com *Jejuvy*. Seja no mundo material ou no espiritual, afirma Clastres (1979) identidade guarani tem como um de seus elementos fundamentais: "o desejo de elevar a vontade individual por sobre os determinismos, enfrentar a lei e o destino". Tais disposições da ontologia guarani embora identificadas há muito por diferentes etnólogos, ainda povoam o imaginário da comunidade. Entretanto são diariamente confrontadas com categorias culturais externas, sejam as de outras nações indígenas mais comuns no passado, sejam as da cultura do "branco" cujo contato tem sido intensificado nas últimas décadas.





É sabido que as comunidades indígenas não vivem isoladas, e que de forma mais acentuada na contemporaneidade, o contato com referências da cultura simbólica/material ocidental geram transformações diversas nas categorias nativas, ora provocando mudanças radicais em seus quadros simbólicos, ora criando padrões híbridos. Uma das hipóteses levantadas por Foti acerca da “epidemia” de suicídios recentemente verificada entre as comunidades Kaoiwá e Nhandewa é a de uma combinação complexa entre parâmetros tradicionais nativos emblematicamente representados no *Jejuvy* com demandas externas que tem oprimido o ser guarani como a invasão de seu território pelos “brancos” e consequente limitação de suas práticas cerimoniais, bem como a imposição de uma cultura de relações políticas e econômicas que fere princípios nativos mais caros. O suicídio assim, se apresentaria neste contexto como a realização do ato/fato simbólico onde:

A auto-destruição completa deve ser a expressão limpa de contradições superlativas. De um lado o suicida mata a alma, passando pela maior das dores que um Guarani pode conceber, do outro mantém-se humano e Guarani, um homem-deus, sexo enrijecido, de vontade desafiadora, o que lhe garante a serenidade, mesmo no desespero. Nossa hipótese interpretativa parte da constatação de que o ato em si abriga uma dialética complexa que o toma de alto a baixo. O auto-extermínio pode ser consequência da perda da fé, ou do gosto pela vida, por exemplo, mas também pode ser um gesto de confiança, ou desejo de viver de novo. (Foti, 2004, p. 58)

Nossa aposta, além de levar em consideração a interpretação de Foti cujo estudo constitui material preciosíssimo para nossa discussão, é de que a hipótese do suicídio de jovens nas referidas comunidades por enforcamento no contexto recente, tem amplas conexões com o que o antropólogo chamou por último de “gesto de confiança, ou desejo de viver de novo”. O investimento neste horizonte de reflexão torna-se relevante a medida que, na apreciação do suicídio como fato social complexo, desejamos dar visibilidade para interpretações não comumente privilegiadas, seja pelos estudos que o tomam com objeto, seja por políticas públicas de saúde orientadas por modelos psiquiátricos mecanicistas.





Jejuvy, dor e sofrimento

A orientação fenomenológica atualizada pelo Interpretativismo na Antropologia, toma a cultura como teia de significados, onde a cultura eleva-se como teia sentidos produzidos pelos indivíduos em suas performances por meio da ação social. E destaca ainda os jogos aos quais os significados são submetidos no cotidiano de um grupo. Uma análise densa neste sentido, deve levar em consideração o maior numero de vozes possíveis na consecução do trabalho etnográfico. Ao revisitarmos os relatos de campo de Foti, nos deparamos com elementos extremamente interessantes, além dos que foram por ele pontualmente trabalhados, que tocam em questões analíticas profundas para as Ciências Sociais na contemporaneidade, além naturalmente, da discussão mais ampla acerca do suicídio. Embora nossa intenção maior aqui seja a de problematizar certas avaliações comuns em torno do suicídio presentes na cultura ocidental, entendemos como oportuno o trato do tema a partir das experiências de uma comunidade tradicional, cujas instituições e ritos são historicamente desconsideradas pelos ocidentais. Tal opção no nosso entendimento deve contribuir, ainda que indiretamente para a ampliação da visibilidade de um modelo simbólico sistematicamente negado, fazendo valer o princípio da alteridade, onde as diferenças culturais devem ser afirmadas como legítimas expressões humanas.

De forma mais pontual, centraremos a reflexão em dois pontos: a noção de dor e sofrimento frequentemente associada ao suicídio tanto no modelo interpretativo ocidental quanto na prática do *Jejuvy* entre os Guaranis e por ultimo, o suicídio como possibilidade de afirmação da individualidade para além dos padrões de autonomia e emancipação modernos.

A experiência do suicídio entre os Guaranis é marcada por expressões de dor e sofrimento tanto por aqueles que atualizam, quanto por seus pares. Entretanto, nos interessa muito mais os sentidos que podem ganhar tais sentimentos entre eles que uma apreciação do que há de universal nestas experiências, como por exemplo, que propôs Durkheim em seus estudos acerca do suicídio. O fato para nós relevante não seria a constatação da existência ou não de dor e sofrimento





nas experiências de suicídio, mas o que haveria de particular na forma Guarani de vivê-las.

Ao contrário das representações modernas de sofrimento, a relação do Guarani com a dor tende a enfatizar a possibilidade de transcendência sem sua negação completa.

Antecede o *jejuvy* um estado psíquico conhecido como *nhemyrõ*, em que a morte entra como uma espécie de fascínio, de desafio. Imolar-se tem valor, por mais estranho que nos pareça. (Foti 2004, p. 58)

O sentimento advindo de algum tipo de cerceamento da palavra, da possibilidade de auto-expressão cuja metáfora da corda no pescoço aludiria ao rompimento de fluxo no sujeito no mundo não sugere sua morte definitiva, sua rendição e mergulho na experiência nihilista. Coloca a passagem para o “mundo de lá”, que não devemos esquecer, é “contíguo” ao “de cá”. Não é procedido o martírio ou sacrifício, muito mais um momento de resistência e auto-afirmação da pessoa, que no ato heróico, rejeita a subordinação a qualquer vontade externa, colocada por qualquer fonte do mundo material. Assim, o que muitos antropólogos chamam de mazelas e imposições postas pelos ocidentais aos indígenas resultantes do encontro violento entre os dois povos criaria condições para dentre outras coisas, a produção do suicídio como resposta e “grito” de alerta, signo de resistência contra a dominação. Entretanto, devemos considerar que esta resposta não se faz fora do contato entre as culturas. Embora o *Jejuvy* seja uma instituição Guarani, sua estética tem sido transformada ao longo do tempo, uma vez que consideramos a dinâmica e movimento das culturas. E sua experiência recente, conectada aos contatos com a cosmologia ocidental, conserva elementos do imaginário nativo ativados por questões postas aos indivíduos pelo contato, mais ainda assim podeo indicar menos o sofrimento na apreciação ascética ocidental - como fuga da dor mundana não raras vezes projetada pelos estudiosos e missionários nas vivências indígenas por eles narradas - e muitos mais a dor positivada como afirmação de um sujeito forte, corajoso que transita em vários mundos, não necessariamente cativo em nenhum deles. Por um lado pode ser a dramatização da negação da repressão no plano material ao ser que





livre transita entre mundos e sua afirmação no “lado de lá”. Por outro, pode celebrar o indivíduo forte, capaz de produzir ele mesmo a “morte da palavra” no “lado de cá”. Quando assim o faz, metaforicamente se anteciparia e seria protagonista da própria “morte”, não se permitindo a derrota, a subordinação à falta de sentido que a suposta destruição de sua cultura promoveria. Sua morte auto-deliberada representa assim, a vitória e sobrevivência da própria cultura. Pareceu-nos tratar-se de “um estado em que o desejo de morte e uma opinião teimosa se combinam (...) um estado em que se acrescenta ao ‘problema precipitante’, individual, uma difusa aspiração à transcendência. (foti, 2004, p.56). Desta forma, não haveria uma luta declarada e cônica pela preservação do grupo, mas primariamente o resgate da pessoa, a defesa da autonomia do ser, do “eu” com o suposto corte do fluxo como ato voluntário que redime, que põe as coisas no seu lugar no “mundo de cá”.

O valor do auto-imolação no *Jejuvy* por sua vez difere de forma aguda do martírio ocidental, como assinala Duarte (1998):

A ênfase na dor, na paixão e no sacrifício de si como acesso ao Valor, à proximidade do divino, como o mito de Cristo desde logo radicalmente sublinha. Uma linha de desenvolvimento hoje muito bem descrita carrega o modelo da auto-imolação do pietismo pré-reformado ao puritanismo, do pietismo reformado ao romantismo, chegando à fórmula do “artista”, do “cientista” e de uma série de outros profissionais contemporâneos (entre os quais certamente os médicos, enfermeiros, etc.). (p.21)

Tais formas de martírio seriam dadas como positivas e até mesmo estimuladas em alguma proporção por afirmação de alguma transcendência possível ainda em vida e em certa medida se aproximam em algum sentido do *Jejuvy*, mas vale notar que distanciam-se dela ao mesmo, quando se opõem à prática suicida radical, ao ato de rompimento objetivo, direto e voluntário, na maior parte das vezes associadas a um tipo de sofrimento que não é dignificante, que sedia um tipo de dor dilacerante e desagregadora que precisa ser estirpada, controlada, superada.

A crescente “expulsão da dor do horizonte das experiências consideradas como ‘corporais’ e o surgimento muito recente de uma idéia





um sofrimento psíquico que não pode ser consciente, vide discurso da Psicanálise.” (Duarte, 1998, p. 23) não lhe diminui o caráter negativo, de experiência que precisa ser dominada, cujo suicídio seria uma de suas expressões máximas, que a todo custo deve ser evitada, permanecendo no reino dos tabus que não devem ser quebrados.

Há nitidamente em oposição dois modos de relacionamento com a dor e o sofrimento quando confrontados padrões compreensivos que interpretam o suicídio entre os Guaranis e os ocidentais. Embora algumas filosofias como as de Schopenhauer e Nietzsche ainda no interior das elaborações ocidentais afirmem a dor como experiência originária humana, ambos os discursos são manuseados na maior parte das vezes em exercícios especulativos e reflexivos em espaços restritos, continuando seus argumentos periféricos, quando não excluídos de protocolos de orientação da conduta diária do sujeito médio da modernidade, seja nas sociedades centrais seja nas periféricas.

Os Guaranis por sua vez, ainda que vivam em certa medida a dor diante do evento suicida, têm uma forma particular de se relacionar com a quebra de ordem temporária que ele promove. Isso se deve ao que estudos de uma recente “Antropologia das Emoções” denomina cultura sentimental, que entre os Guaranis parece propiciar a emergência de subjetividades menos tendentes a tomar como patológicas certas vivências, dentre elas o suicídio. Obviamente, os sentidos em torno do suicídio não são unívocos, tomam nuances mais ou menos diversas de um contexto para outro e na fala de um ou outro nativo, mas no que toca a interpretações que rompam com uma noção negativa, sua expressão tende a ser muito mais recorrente que entre os ocidentais.

Juventude, sentimentalidades e produção da individualidade entre os Guaranis

Outro ponto que julgamos pertinente para a presente avaliação, uma vez considerada a pertinência de uma cultura de sentimentos propriamente guarani, refere-se à construção da sua noção de individualidade. Para discuti-la, tomaremos como problema teórico a predomi-





nância entre os suicidas de jovens com menos de 20 anos, cerca de 55,43%. Dentre os informantes que Foti trava contato, grande parte deles apontam como causa objetiva mais imediata para os recorrentes casos de suicídio de seus pares, insucessos amorosos. Como já destacamos anteriormente, há demandas por uma existência sem transtornos no estilo de vida e organização social das comunidades estudadas, de forma que qualquer tipo de perturbação e desestabilização que tornem a existência dos sujeitos tensa, podem potencializar performances mais ou menos dramáticas diversas no interior de tais grupos. Ao considerarmos que os contatos com os “brancos” se processam em diferentes níveis e por inúmeras modalidades de interação, não seria surpresa que o encontro entre culturas mais uma vez seja problematizado como um dos motivadores da epidemia de suicídios.

Entretanto, desejamos enfocar o contato por um ângulo diverso do que normalmente é tomado. E para tal, retomamos a fala de Geertz quando este afirma que a simbologia nativa se consubstancia especialmente por meio de afetos e todo tipo de sentimentalidade, nos remete a variável “insucesso amoroso”, genericamente descrita pelos informantes. A gestão dos afetos tipicamente indígena será diariamente confrontada e permeada por referências do que o próprio Foti designou como “individualismo amoroso” tipicamente ocidental. Seja pelo contato direto ou mediado por veículos como a mídia e a própria escola e espaços de lazer comuns a jovens índios e não-índios, as chamadas expectativas características do modelo de “amor romântico”, particularmente de sua modalidade “amor apaixonado”, sinalizadas por Giddens (1999) como o romance erijido a partir do desejo arrebatador, marcado por expressões exacerbadas do pathos, da volúpia e do encantamento marcam a experiência da intimidade no limiar de uma modernidade tardia. Tal disposição para os afetos são hiperbolizados pela tv e cinematografia, pelos romances contemporâneos e têm nos jovens terreno fértil para manifestação. Embora em certa medida esperado e até certo ponto estimulado entre adolescentes na cultura ocidental, sua máxima expressão tende a ser limitada seja pela moralidade religiosa cristã ou por instituições formais como escola, saberes técnicos acerca da saúde e mesmo por relações econômicas e de mercado. Tudo isso num raio





de ação amplo onde a expressão individual tende a ser menos perceptível e difusa que entre os membros de uma comunidade tradicional.

Os jovens guaranis além de constituírem seu ser em relação a padrões culturais muito menos abrangentes que uma vez construídos por seus antepassados devem ser atualizados por meio da celebração de certas tradições, são permanentemente observados por amplo círculo de não-conterrâneos que paradoxalmente cobram sua adoção de valores ocidentais e na mesma proporção os condenam por tal disposição. Mas mesmo diante destes limites, não deixam de perfazer sua subjetividade, e o fazem de forma híbrida, na interpretação de Hannerz (1997). Elaboram novos materiais culturais a partir de referências novas recebida sem todavia, deixar esvair sua identidade mais originária, afinal, como afirma Sahlins (1988), a cultura é processo permanente de negociações entre estruturas simbólicas distintas.

Também deve ficar claro que os dilemas amorosos não são os únicos fatos sentimentais que podem levar o sujeito à prática do Jejuvy, mas quando tomadas a relações entre faixa etária, alusão a desilusão amorosa e diferenciados modos de contato entre guaranis em não-índios, torna-se inevitável a especulação acerca do peso desta variável na eclosão da epidemia de suicídios dos anos 2000. Todos estes elementos conjugados compõem cenário complexo para a elaboração da noção de individualidade guarani. Tal afirmação estimulada desde a infância, apresenta desdobramentos diferentes da representação ocidental da mesma. Enquanto entre os ocidentais a produção do indivíduo remete-se à conquista da autonomia na esfera pública, por meio do desenvolvimento de habilidades formais, relativamente técnicas e racionais, voltadas para atividades econômicas, políticas e jurídicas como construção de carreira profissional, independência financeira e responsabilidade civil, bem como o casamento e a paternidade/maternidade como contratos juridicamente firmados. A representação da autonomia a ser conquistada entre os Guaranis parece voltar-se igualmente a dimensões civis, entretanto, com acento significativo numa produção do ser de tendência mais holística, onde as dimensões como as afetiva, moral, política, econômica e religiosa colocam-se de forma mais ou





menos equivalentes, contraponto com a planilha ocidental, onde especialmente os afetos, quando tomamos como referencia seus marcos institucionais basilares, tendem a ser sistematicamente colocados como residuais.

Logo, demandas afetivas do amor apaixonado colocadas para o individuo em processo constituinte e instituinte num sistema alienígena geram experiências de melancolia, frustração, conquista e perda acen-tuadas até então experimentadas em proporções menores e/ou espor-rádicas por gerações anteriores. Mas como os que hoje vivenciam tais processos gerenciam seus efeitos? Reproduzem experiências de per-turbação num plano “psi” como seus contemporâneos não-guaranis? Fazem necessariamente a opção pelo suicídio como fuga da dor e do fracasso na realização de sua individualidade?

Certamente, não temos uma resposta objetiva para tais indagações, mas diante de evento tão complexo, podemos certamente observar que Jejuvy faz emergir, dentre outros significados, sentidos outros para o suicídio, dentre eles o de uma individualidade não-plástica, atualiza-da de forma holística, onde dilemas oriundos de sentimentalidades po-dem ser positivados pela morte auto-impetrada que restitui a liberdade por meio da reunião enigmática “do matador ativo e da vitima passiva” ou do “assassino consciente e da vitima inconsciente”. Pólos sistema-ticamente afastados e postos em oposição nas narrativas de suicídio ocidentais operam mais explicitamente conjugados na Guarani, o que no mínimo produz a fala menos “cochichada” e comedida acerca do fenômeno e a não completa interpretação do mesmo como patologia e estigma.

Conclusões

Ao tomarmos o suicídio como objeto de análise, inicialmente, de-claramos nossa representação deste como fato social total, evento complexo. Assim, apresentamos nossos marcos epistemológicos e os recortes teóricos preferenciais: a abordagem da Antropologia Cultural orientada pela Escola Interpretativa. Acercando o suicídio como cons-





trução simbólica, partimos de relatos de uma comunidade tradicional como referência para a problematização de representações modernas ocidentais ligadas a dor e sofrimento e a sua produção da noção de individualidade. Encontramos o *Jejuvy* apresentado no relato etnográfico feito por Foti do suicídio entre os nativos das comunidades Kaiowá e Nhandewá. A partir de sentidos próprios dados ao suicídio pelos Guaranis, estabelecemos nossa avaliação comparativa das representações da auto-imolação ocidentais e sinalizamos possibilidades de interpretação de morte e vida completamente distintas daqueles que costumeiramente as justapõe a formas análogas como dor-prazer, fragilidade-vigor, medo-coragem.

Certamente nossa contribuição é modesta, não pretende colocar-se como porta-voz de causas indígenas, inclusive reconhecemos limites para a discussão do tema como a impossibilidade de apresentação de informações mais pontuais acerca da cosmologia Guarani, dos marcos de sua historicidade, da situação dos grupos tomados como referência empírica mais recente, bem como da reflexão breve acerca de outras abordagens do suicídio no interior das várias racionalidades médicas, saberes “psi”, da sociedade e etc. Entretanto, como exercício reflexivo de alteridade como elemento primário no acercamento de experiências humanas de humanidades diversas, desejamos ter alcançado de alguma forma o leitor, tornando visível possibilidades de gestão de processos de dor e sofrimento a partir de uma outra cultura sentimental, onde a medicação, internação ou o silêncio voraz não sejam as únicas alternativas para os mergulhados em tais sentimentalidades. O adoecimento é processo culturalmente construído, a doença não constitui uma entidade com vida própria, logo, podemos conceber sistemas simbólicos onde o suicídio não necessariamente coroe o ápice de vivências degradantes, mas possa compor conjuntos de práticas diversas e menos desabonadoras da vida material. Por outro lado, a produção da subjetividade e de noções de liberdade e autonomia, igualmente pode conter substâncias diversas das idéias de anonimato, auto-suficiência, privilegiando formas de expressão outras que não apenas a de uma razão instrumental. Numa abertura a novos modelos de subjetividade, o suicídio possa talvez ganhar contornos diferentes, menos associados a





angústia dilacerante, mais abertos a novas apresentações de uma estética enigmática do ser, por mais que ao nosso primeiro olhar hoje possa parecer uma possibilidade absurda.

Campo Grande, Cariacica/ES, primavera de 2008.

Referências Bibliográficas

CLASTRES, Pierre. **A sociedade contra o estado**. Porto: Ed. Afrontamento, 1979.

DUARTE, L. F. Pessoa e Dor no Ocidente. **Horizontes Antropológicos**. (Corpo, doença e. saúde) 4: 13 - 28., Porto Alegre, 1998.

DURKHEIM, E. **Le suicide**. Paris: PUF, 1986

FOTI, Miguel Vicente. A morte por jejuvy entre os Guarani do sudoeste brasileiro. *Revista de Estudos e Pesquisas, FUNAI, Brasília*, v.1, n.2, p.45-72, dez. 2004

GIDDENS, A. *A Transformação da Intimidade*. São Paulo: Edunesp, 1999.

HANNERZ, U. Fluxos, fronteiras, híbridos: palavras-chave da Antropologia Transnacional. **Mana** vol.3 n.1 Rio de Janeiro Apr. 1997

LEACH, Edmund. **Cultura e Comunicação**: a lógica pela qual os símbolos estão ligados: uma introdução 1978 (1ª edição: 1976).

LEVCOVITZ, Sérgio. **Kandire**: o paraíso terreal. Rio de Janeiro, 1998.

MAUSS, Marcel (1974 [1923-24]) **“Ensaio sobre a Dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas”**, in *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU/Edusp, 1974. RIBEIRO, A. R. **Clifford Geertz**. ≤<http://pppgas2004.br.tripod.com/geertz.html> ≥ Acesso em: 02-10-2008.

SAHLINS, Marshall. 1988. “Cosmologies of Capitalism: The Transpacific Sector of the World System”. ***Proceedings of the British Academy***, LXXIV:1-51.





EDEBRANDE CAVALIERI

Doutor em Ciências da Religião

Professor de Filosofia da Universidade Federal do Espírito Santo

edebrande@uol.com.br

O SUICÍDIO NA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

Estamos diante de um dos temas mais complexos e desafiadores para o pensamento e a pesquisa científica em todos os tempos e em todos os lugares. O risco de simplificação ou de reprodução de pré-conceitos é sempre grande. Nosso propósito é descrever o fenômeno do suicídio tendo como círculo hermenêutico a cultura ocidental cristã. Mesmo assim, deixaremos em suspensão todos os perfis que se referem à dimensão religiosa. Faremos uma abordagem utilizando o referencial da fenomenologia de linha husserliana¹⁰.

Na abordagem fenomenológica, alguns procedimentos metodológicos tornam-se fundamentais. A primeira tarefa é a colocação entre parênteses (*epoché*) dos juízos de valor, dos pré-conceitos, dos pré-juízos; suspensão dos juízos *a priori*. Não se trata de um processo de purificação ou exclusão de todo e qualquer preconceito. Husserl tinha uma formação muito ampla em matemática, e o recurso da *epoché* é indicado como numa expressão matemática em que se usam sinais como parênteses, colchetes, chaves, etc. O que está dentro destes sinais permanece presente, só não se procede a operação de todos os elementos ao mesmo tempo. Portanto, ao se colocar algo entre parên-

¹⁰ Edmund Husserl, 1859-1938.





teses, em fenomenologia não se exclui nada. Apenas algo não é tomado como ponto de partida ou guia das operações reflexivas. Em nossa investigação a respeito do suicídio, temos que ir de início suspendendo posições religiosas, culturais, pessoais. Começar afirmando que o suicídio é pecado não nos leva a compreender nada do fenômeno em foco. As posturas dogmáticas assim procedem, e sempre ficam presas à dimensão explicativa e jamais à dimensão compreensiva do fenômeno.

Um segundo recurso da metodologia fenomenológica é deixar que o fenômeno se mostre, atendo-se ao modo em que se mostra, na forma e no limite em que se mostra; é preciso respeitar as leis do fenômeno, pois não é transparente ao primeiro olhar. É uma lei do fenômeno não se mostrar de modo absoluto e cabal à primeira investida do nosso olhar. No fenômeno sempre há perfis que se mostram e outros que permanecem latentes, escondidos, potencialmente dispostos a nossa compreensão. O real se apresenta sempre em perfis. Desta forma, o fenômeno do suicídio não se apresenta de maneira completa ao nosso olhar. Sempre haverá facetas dele a serem descobertas. Independe de nossa vontade. É preciso garantir a liberdade do mostrar-se do fenômeno e não impor nossa vontade arrogante e explicativa.

A mentalidade moderna da metodologia dedutiva e explicativa do positivismo nos deixa com algumas dificuldades para entender a atitude fenomenológica. Jamais se parte de um axioma posto como verdade a partir do qual se procedem deduções ou explicações. A fenomenologia se preocupa antes de tudo em descrever um fenômeno em todas as possíveis variações imaginárias e reais. É preciso colocar-se à escuta do fenômeno e descrevê-lo em seu modo de mostrar-se. Com isso, deixamos de lado a postura demonstrativa característica da metodologia dedutiva. O fenômeno do suicídio sob a abordagem fenomenológica está à nossa frente para ser compreendido, descrito, e não para ser explicado. Estamos diante de uma atitude compreensiva da realidade e não nos interessa a explicação.

Por fim, a fenomenologia não é algo externo ao sujeito. Ela põe em questão o próprio modo de ser do homem. Todo fenômeno é fenômeno para uma consciência. Não é algo externo. Toda consciência é





consciência de alguma coisa. Assim, a atitude fenomenológica requer investigar todo o processo de intencionalidade presente em nossas relações. Diante do fenômeno do suicídio, cabe investigar o processo de intencionalidade que está presente de modo ativo ou de modo passivo. As sínteses a serem investigadas estão situadas na história da pessoa. Há um passado, sedimentado passivamente; e nisso há que se recorrer a uma análise genética da experiência suicida. A descrição atual é mais fácil. Contudo, há ainda uma outra direção da intencionalidade. A que se lança para frente, para o futuro. Trata-se de uma fenomenologia generativa. Então o homem é uma pessoa que tem uma origem passada, com sínteses passivas que constituem o presente, um presente que é vivido no momento atual e uma lançar-se futuro. O suicídio não pode ser descrito apenas em sua dimensão presente.

Podemos então fazer nossa interrogação fenomenológica em relação ao tema: Como o suicídio se mostra, como aparece? A Organização Mundial de Saúde admite que o suicídio ocupa o 3º lugar entre as principais causas de morte no mundo. Em nossa cultura, é pouco divulgado e se constitui numa espécie de tabu. Vários fatores contribuem para este tipo de visão. Predominante parece ser a decorrente de fatores religiosos. O suicida, segundo a crença religiosa, comete um pecado mortal por atentar contra a vida. Nem sempre foi considerado algo pecaminoso ou um crime. Mas não é apenas por este motivo que se fala pouco do suicídio. Também em nossa cultura não se fala tanto da morte ou da velhice, pois representam a finitude do ser. Parece que o homem não consegue encarar frente-a-frente a situação de limite. A perspectiva de ser para a morte como definem as análises existencialistas não tem sido levada a concretização desta postura. O homem parece lançar sempre para mais distante a possibilidade mais presente de sua existência, pois ao nascer já possui idade para morrer.

Diante disso pode-se perguntar ao suicida se ele procura a morte ou a vida? A forma como se mostra tende a aparentar um extremo ato de desespero e desistência da luta pela vida. A batalha parece perdida. Perde-se o próprio domínio diante da dor e do sofrimento. O suicídio torna-se assim revelador de uma complexidade de sentimentos diante da realidade





dura e cruel da existência. Por outro lado, há quem afirme que o suicídio se apresenta como uma tentativa de adquirir o controle final sobre a vida. Mas ele não estaria contradizendo a realidade fundamental da vida ao aplicar-se a atos de morte? O desejo de suicídio possui inúmeras faces, inúmeros perfis, explícitos e implícitos, ativos e passivos.

Estas questões são verdadeiros enigmas de nossas existências. Por isso, temos a necessidade de olhar um pouco para os grandes âmbitos de nossa vida. E, por primeiro lance, cabe-nos perguntar pela idéia de sujeito autônomo construído pela modernidade. A influência do cartesianismo levou a nossa cultura a conceber o homem como um indivíduo pensante. Nas palavras de Descartes: “Cogito, ergo sum”. Penso, logo existo. Este eu que pensa está numa grande armadilha. Imagina-se absoluto, mas não consegue livrar-se do solipsismo. É preciso que haja uma segunda pessoa para que possamos falar de verdade, de objetividade, de universidade. Algo só tem valor se for válido também para uma segunda pessoa. Como Descartes havia negado a existência do mundo sensível, acabou jogando no lixo também a idéia de outro. A filosofia cartesiana estaria entregue ao fracasso se não conseguisse livrar-se do solipsismo e encontrasse a segunda pessoa. Daí nas Meditações ele desenvolve uma solução buscando a idéia de Deus impressa na alma como se fossem as marcas de um artista em sua obra. Deus se torna então a referência fundante da alteridade necessária. Deus é a garantia epistemológica e ontológica do homem.

Esta filosofia acabou contribuindo muito para a configuração da humanidade ocidental a partir do eu pensante. O outro de carne e osso não está aí, perto, me tocando, me olhando, me apoiando. Apenas Deus pode se apresentar a este ego. Assim a humanidade ocidental foi criando cada vez mais dificuldade para manter a dimensão comunitária do ego e compreender os fatos da vida. A partir da filosofia cartesiana o suicídio será sempre concebido como um ato isolado, cujo único responsável é o indivíduo. Ele só terá que prestar contas a Deus. Mas, será que a nossa experiência de vida pode confirmar tal postura? Será que somos formados assim tão independentes uns dos outros? Será que apenas eu sou responsável por minha vida e por minha morte?





A fenomenologia percorreu o caminho cartesiano, porém diante da armadilha do solipsismo desviou-se da idéia de Deus. Era preciso encontrar algo concreto, em carne e osso. O próprio Husserl escreve *Meditações Cartesianas* para demarcar o ponto em que Descartes se desviou da idéia de um indivíduo como pessoa, solidário e comunitário. Concretamente sentimos que o homem é sempre um “ser-com” (em alemão *Mitsein*). A fenomenologia tem insistido através de seus representantes na idéia do Eu como um “Eu-Com”. Martin Buber defende a tese da radical proximidade entre o Eu e o Tu. A vida dialógica só é possível nesta proximidade. Emmanuel Levinas também radicaliza a idéia de alteridade. E toma a imagem do rosto, do olhar do outro como constituidor do Eu. A vida ética se fundamenta não no eu isolado, mas no outro. O outro é o que me determina. Assim, o mundo nos anuncia que pertencemos a uma comunidade de sujeitos-comunitários. A partir desta posição o fenômeno do suicídio ganha outro sentido. Deixa de ser uma atitude isolada de um indivíduo desesperado e se situa num contexto histórico de vida. A responsabilidade pela atitude do suicida não é apenas do indivíduo. O seu entorno talvez seja mais determinante que sua vontade.

O pensamento de Martin Heidegger também nos ajuda a compreender um outro perfil da questão aqui colocada. Para este fenomenólogo, discípulo de Husserl, o homem é um “Ser-no-mundo”, pois se vê condenado a cuidar-se, mesmo num ambiente de extrema inospitalidade. Não existe alternativa a esta situação, a não ser olhando para si como um ser de inúmeras possibilidades. Sendo um ser de possibilidades, é chamado a escolher sempre. A dificuldade está aqui. O que escolher? Como escolher? Para que escolher? Por que escolher? Se houvesse caminhos certos, já definidos de antemão, o homem não se angustiaría. Há, na verdade, inúmeros caminhos a serem escolhidos. Os caminhos não estão prontos; são construídos pelo próprio sujeito em seu caminhar. Por isso, o viver humano é um eterno angustiar-se por causa da difícil tarefa de ser imerso sempre em inúmeras possibilidades. Olhando para o futuro, a única possibilidade que vislumbra como certa é a possibilidade de não-mais-ser-aí. É por isso que o não-ser passa a ser a parte importante da constituição do indivíduo. A morte não é ape-





nas um limite colocado num horizonte distante, mas pode acontecer a qualquer instante. Para o suicida, a morte apresenta-se como única alternativa para o sofrimento. Fica difícil aguentar o peso da própria vida e da própria condição humana. Angústia e solidão acabam expressando um viver cada vez mais degradante. Por isso, viver não vale a pena. A morte é a melhor possibilidade neste contexto.

A fenomenologia não é um pensamento marcado exclusivamente por um perfil sombrio. Uma categoria concreta tem alimentado o pensamento filosófico atual. Trata-se do mundo-da-vida (*Lebenswelt*). Nos últimos tempos, a filosofia e também as ciências humanas e sociais tem dado atenção muito grande ao Mundo-da-Vida. Husserl elabora este conceito para marcar as críticas que estava dirigindo ao positivismo. Para ele, as ciências ocidentais estavam em crise porque elas se afastaram do mundo-da-vida. Ou melhor: elas fizeram uma oclusão. O mundo dos fatos produziu homens de fatos. Era preciso rever o percurso, retornando às fontes originárias da própria ciência. E para a compreensão do fenômeno do suicídio parece-nos uma categoria bem apropriada e nos ajuda a ampliar o horizonte. Podemos nos perguntar pelo mundo-da-vida que circunda a pessoa suicida. Como ele se caracteriza?

- O mundo-da-vida é o mundo que recebemos ao nascer. Daí a pergunta ao fenômeno suicida: que mundo ele recebe ao nascer? O que ele herda? Estas perguntas exigem uma atitude regressiva, busca a gênese de determinadas sedimentações.

- O mundo-da-vida é um mundo concreto, carnal, com corpos vivos que vivem solidariamente; é um mundo histórico e aberto a um horizonte de indeterminação. Em que concretude vive a pessoa suicida? Como seu corpo próprio reage diante da realidade que se apresenta como única possibilidade que é a morte?

- O mundo-da-vida é o mundo dos valores, das tradições, das histórias, das fantasias, das lembranças, dos vividos, formados e sedimentados historicamente. Qual a herança que podemos apresentar do nosso mundo em termos de valores, tradições, etc., que alimentam a vida e não o fim das possibilidades?





O mundo da morte expresso no fenômeno do suicídio é, de fato, uma busca da morte? Ou a morte não seria uma forma de retornar, retroceder, retomar o mundo-da-vida? Não seria o ato suicida um derradeiro grito de confirmação da sua própria existência? Será que a aparência de desespero e desistência não indica algo não dito? Qual a mensagem que não pode ser comunicada? Qual o gesto não acenado? Qual a expressão que não emergiu? Qual a intencionalidade mesmo não consciente do ato suicida?

Existe uma fábula-mito greco-latino que nos traz uma dimensão mais prática para a questão que estamos abordando. Uso a tradução livre feita por Leonardo Boff.

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter.

Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado.

Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada.

De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa:

Você, Júpiter, deu-lhe o espírito, receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte da criatura.

Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer.

Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto viver.





O suicídio se apresenta como um fenômeno ambíguo e é marcado pelo desespero humano e por inúmeras intencionalidades (ativas e passivas). É uma recusa (a uma situação) e um julgamento (total sobre o valor da vida). É sintoma e também ato na busca da finitude da vida pelo julgamento de que a mesma não tem mais sentido. A atitude fenomenológica descrita nestas poucas páginas quer indicar a necessidade de se compreender o fenômeno do suicídio antes de julgar, antes de condenar, antes de explicar. Exige das pessoas sempre atenção ao contexto em que se vive, ao mundo-da-vida que nos rodeia. O cuidado de que fala o mito talvez seja o maior bem que se possa fazer às pessoas na difícil tarefa das escolhas e decisões. Cuidar não é uma ação casual ou emergencial. É regar permanentemente com os ingredientes que fazem desta vida um campo de possibilidades valiosas. Cuidar é estar permanentemente de prontidão. A morte no suicídio não acontece num instante, mas vai se constituindo paulatinamente. Cuidar significa voltar-se para, acalentar, interessar-se pela Terra e pela humanidade. Termina com a epígrafe escrita no folder deste evento. Ela é muito significativa. **“Nesta vida morrer não é difícil; difícil é a vida e o seu ofício”** (Maiakovski)

Referências

ANGERMAMI, V. A. *Suicídio: uma alternativa à vida, uma visão clínica-existencial*. São Paulo: Traço, 1986.

FORGHIERI, Y. C. *Psicologia Fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisas*. São Paulo: Pioneira, 1993.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes; 1999.

FUKUMITSU, K. O. *O suicídio: uma visão gestáltica*. Campinas: Editora Pleno Livro, 2005.

_____. *Uma visão fenomenológica do luto: um estudo sobre as perdas no desenvolvimento humano*. Campinas: Editora Pleno Livro, 2004.





JORGE LELLIS MEDINA

Mestre em Comunicação e Semiótica pela Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo PUC/SP

Graduado em jornalismo pela Universidade Federal do Espírito
Santo – UFES

Professor universitário e jornalista da Universidade Federal
do Espírito Santo

jjlmedina@hotmail.com

A MÍDIA E A MORTE VOLUNTÁRIA

Jornalista da Universidade Federal do Espírito Santo e mestre em
Comunicação e Semiótica pela PUC/SP

A questão que se coloca é a seguinte: publicar notícias sobre suicídio aumenta o número de casos? Calar sobre o assunto é uma forma de reduzi-los? Isso é verdade?

Sem dúvida nenhuma, a mídia desempenha um papel significativo na vida de todo cidadão. Influencia fortemente as atitudes, as crenças, os valores e os comportamentos da sociedade. Ela que define o que vamos pensar, falar e comprar.

A discussão que se coloca é de como os meios de comunicação retratam os casos de suicídio e se eles podem influenciar a ocorrência de outros. Pesquisas atestam que existe uma relação entre a divulgação de suicídios pela imprensa e a elevação das taxas de mortes voluntárias.





O conhecimento de que a divulgação de suicídios aumenta a probabilidade de

novas mortes, levou alguns países a implementar recomendações aos meios de comunicação de massa. Infelizmente, o suicídio é bastante comum, e as taxas estão crescendo em algumas faixas de idade, principalmente em mulheres e em jovens. Isso é notícia? Lógico que sim. A mídia não se pode calar para esse fato.

O que não se pode fazer é achar que o suicídio é uma coisa normal, ou seja, fazer uma banalização sobre o assunto. Por isso, a mídia tem que noticiar o fato de uma forma apropriada e cuidadosa, visando uma prevenção de outros acontecimentos semelhantes.

O suicídio constitui uma notícia importante e a mídia deve noticiar. Ela não pode se omitir para esse fato. Apesar de divulgar que existe um pacto entre os meios de comunicação para não noticiarem casos de suicídios, na realidade isso não acontece. O que existe é uma seleção desses casos pela imprensa. A mídia prefere aqueles que, de uma forma ou de outra, saem fora dos estereótipos usuais. Temos dois casos que foram anunciados pela mídia recentemente. Um foi de um policial que se matou porque foi descoberto que tinha um caso com o travesti. O outro envolveu o tenente do caso Isabella - a menina que foi supostamente jogada pela janela do prédio onde morava, em São Paulo, pelos seus pais. O tenente se suicidou após a polícia ter descoberto seu envolvimento em caso de pedofilia.

Outros casos que merecem destaques pela mídia são os que envolvem “celebridades”, como o suposto suicídio da atriz da Globo Ariclê Perez. Nesse caso, quando envolve pessoas que tenha uma repercussão nacional, sempre há uma dúvida: suicídio ou acidente. É mais fácil acreditar em acidente do que em suicídio. É mesmo traumático para a família e para a empresa.

A alegação de alguns cientistas sociais e de jornalista é que a divulgação da morte voluntária pela mídia pode influenciar outros casos. Fenômeno esse estudado por Émile Durkheim, na obra “O suicídio”, de 1897, que o definiu como contágio, o processo pelo qual um deter-





minado suicídio facilita a ocorrência de outros suicídios, a despeito do conhecimento direto ou indireto do ato.

Um caso histórico de imitação/contágio entre a mídia e o suicídio nasceu do romance de Johann Wolfgang Goethe, “O sofrimento do jovem Werther”, publicado em 1774. Neste livro o personagem principal se mata com um tiro após uma paixão não correspondida. Logo após a publicação dessa obra, ocorreu na Europa, uma onda de suicidas, principalmente na comunidade jovem.

Em relação à mídia, a maioria dos casos de suicídios não é publicado. Como também a maioria dos homicídios. Outros cientistas acreditam que, se a pessoa não for predisposta a esse ato de morte voluntária, ela não será influenciada. Existem casos de pessoas que suicidaram, mesmo com todo apoio médico-psicológico e familiar.

Então, se publicar caso de pedofilia ou de tortura, vai aumentar esses casos? Muita gente acha que o aumento da violência está relacionado com as notícias sobre esse assunto nos jornais. Se parar de noticiar caso de violência na mídia, ela vai diminuir? O que tem que imperar é o bom senso. Não se pode negar ao leitor uma informação importante. Conhecimento é um direito de todos e a mídia tem o dever de informar, apesar dos interesses dos meios de comunicação e das pressões que eles sofrem.

Temos casos envolvendo “personalidades” envolvidas em corrupção que a mídia não publica. É esse o papel da imprensa? Esconder é pior do que revelar? Podemos esconder a impunidade, os privilégios, a violência no trânsito, à corrupção?

Na literatura, no cinema e no teatro, personagens também cometem suicídios (suicídio fictício), como Romeu e Julieta de William Shakespeare. Então, temos que proibir a publicação/exibição/encenação da arte?

Entretanto, na maioria dos veículos de comunicação prevalece o entendimento de que as notícias sobre suicídio podem precipitar a ocorrência de novos casos, por imitação ou por contágio. Isso é comprovado por meio de boletim de ocorrências onde foi detectado que, em vários casos de suicídios, são encontrados jornais com matérias de pessoas que cometeram a morte voluntária.





A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou que entre 20 e 60 milhões de pessoas tentam o suicídio por ano, sendo que um milhão consegue. Isso é notícia. Especialista ressalta que a cada 40 segundo uma pessoa se suicida no mundo. Isso também é notícia.

Essa influência da divulgação pela mídia é percebida também quando, que comete esse ato são pessoas que têm uma influência muito grande na sociedade, como artistas e cantores. Entre eles estão, por exemplo, a da cantora egípcia Dalida, que fez enorme sucesso na França e no mundo, que suicidou em 1987.

Outro exemplo foi da atriz e cantora Marilyn Monroe, morta em 1962. Em relação à Marilyn existem três causas para a sua morte – morta por meio de um complô da família Kennedy, com medo de que ela divulgasse supostas gravações de conversas íntimas, uma vez que ela estava se relacionando amorosamente ao mesmo tempo com o presidente John Kennedy e com o seu irmão Bobby Kennedy, ela sabia demais; a segunda causa está relacionada com o excesso de medicamentos receitados pelos seus médicos e psicanalistas; e a última hipótese, o suicídio. Pesquisas apontaram que depois da morte da Marilyn Monroe, ocorreu um aumento de 2,51% de mortes voluntárias nos Estados Unidos.

Infelizmente, não se pode confiar muito nas estatísticas. Muitos casos de mortes voluntárias não são registrados como suicídios, pois existem famílias que não querem registrar esse tipo de morte, seja por vergonha, motivos religiosos ou para receber o seguro. Existem seguradoras que não pagam os seguros se a vítima se suicidou. Outro problema é o preenchimento dos atestados de óbito. Ninguém quer deixar registrado que um ente querido optou em não viver mais.

Outras pesquisas alegam que, em nenhum momento, a não publicação de mortes voluntárias na mídia, diminuiu o número de suicídio. Dados oficiais divulgados por secretarias, governos e organizações constataam que o número de suicidas está aumentando a cada ano na maioria dos países.

Na incerteza de que a divulgação de suicídio pela mídia acarreta outros casos, o que se tem feito é um cuidado na elaboração das maté-





rias sobre o tema. A orientação é que elas sejam redigidas obedecendo alguns critérios, entre eles estão:

- Anunciar aqueles casos que têm interesse público ou histórico, com omissão de detalhes;

- As estatísticas devem ser interpretadas cuidadosamente e corretamente e as fontes têm que ser confiáveis e de credibilidade;

- Comentários devem ser feitos cuidadosamente, uma vez que os jornalistas têm pouco tempo para produzir o material jornalístico;

- Expressões como “epidemia de suicídio” e “o lugar com a mais alta taxa de”.

suicídio do mundo” devem ser evitadas;

- Devem-se abandonar opiniões que tentam explicar o comportamento suicida como uma resposta às mudanças culturais ou à decadência das relações sociais;

- A cobertura sensacionalista de um suicídio deve ser evitada. A cobertura deve ser minimizada. Limitar destaque e tamanho. Não colocar em destaque na capa e nem com chamadas apelativas. Todos os esforços devem ser feitos para evitar exageros;

- Devem ser evitadas descrições detalhadas do método usado (enforcamento, envenenamento, tiro), e de onde ele foi adquirido. Evitar também de informar os lugares que aconteceu (pontes, penhascos, edifícios). Publicidade destes locais pode fazer com que mais pessoas os procurem com esta finalidade;

- Não publicar cartas deixadas pelo morto e nem fotografias. Anteriormente, bilhetes ou cartas de suicidas eram disputados pelos jornais;

- Informar nas matérias o modo de prevenção. Anunciando onde e como encontrar ajuda para os problemas pessoais, como clínicas, hospitais, escolas de faculdades, entre outros. Enfatizar que os problemas podem ser tratados com sucesso, apresentando listas dos serviços de saúde disponíveis e linhas telefônicas de ajuda, como o do Centro da Valorização da Vida (CVV). A cobertura sobre suicídio também é uma oportunidade de fornecer ao público informações





e recursos que podem salvar vidas. É a mídia como prestadora de serviços;

- Não fazer uma glorificação das vítimas de suicídio como mártires e objetos de adoração pública. Não tratar o suicídio como um ato heróico, romântico ou racional;

- Descrever as consequências físicas de tentativas de suicídio, como danos cerebrais, paralisia, entre outros. Isso pode funcionar como um fator de inibição;

- Publicar alguns sinais de aviso de comportamentos suicidas. Isso pode alertar aos familiares a procurarem algum tipo de ajuda; .

- O suicídio não deve ser mostrado como inexplicável ou de uma maneira simplista. Normalmente sua causa é uma interação de vários fatores, como transtornos mentais, doenças físicas, abuso de substâncias, problemas familiares ou financeiros, conflitos interpessoais, estresse, amores não correspondidos, reprovação escolar ou abuso sexual;

- Não fazer sensacionalismo sobre o caso. Tem que fazer jornalismo e não shownalismo. Não fazer a notícia como espetáculo, principalmente os que são cometidos em público, como o que aconteceu em 2002, envolvendo uma emissora de televisão, que transmitiu em tempo real para todo o País, o suicídio de um agente da polícia - ele deu um tiro na cabeça em frente à sede do Governo do Estado de São Paulo. As imagens foram reprisadas várias vezes pela emissora. As reportagens devem levar em consideração o sofrimento que os familiares e os amigos da vítima vão ter;

- Não usar estereótipos religiosos ou culturais. Nomeando-os como fanático religioso, louco ou estava possuído pelo demônio;

- Não atribuir culpas. A família sempre se sente culpada pelo ato suicida;

Além disso, a mídia, durante a elaboração do material jornalístico pode e deve provocar algumas questões sociais e de cidadania. Quando há suicídios em presídios, os meios de comunicação podem discutir, por exemplo, as condições do sistema penitenciário. Outros temas que poderão ser analisados são as armas de fogo e os venenos





que estão em casa. A questão do abandono, da falta de assistência, da solidão e da exclusão social são outros assuntos que poderão ser provocados pela mídia.

Tem que ressaltar que, no cumprimento das suas funções, o jornalista deve sempre zelar pelas informações. Com isso, em vez de omitir as informações, a mídia pode realizar um papel importante na prevenção do suicídio. O compromisso da mídia é pela verdade, ela tem o dever de informar e o cidadão tem o direito de saber, mesmo que essa verdade seja uma verdade construída pela mídia.





ANA MARIA FERRARA DE CARVALHO BARBOSA

Psicanalista

GT da Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio

Especialista em Saúde Pública

Mestre em Psicologia Social

Consultora de projetos e programas governamentais na área de prevenção e atenção a situações de violência doméstica e de gênero

Coordenou o Projeto ComViver, de prevenção de suicídio

anamferrara@terra.com.br

A ESTRATÉGIA NACIONAL DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO: O SUICÍDIO COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Introdução

O suicídio é um fenômeno violento, complexo e merece uma ampla discussão na sociedade. Tendo estado presente em todas as épocas e culturas, desde a antiguidade até nossos dias, não se fica indiferente ao tema. Este, quando surge, provoca opiniões favoráveis e desfavoráveis, visto que, só em nossa sociedade ocidental, por exemplo, pode ser visto como ato sublime, altruísta ou heróico, ou como covardia ou pecado. Ainda hoje, a morte por suicídio é envolvida em silêncio e dissimulação, instalando-se um clima incômodo quando se fala no assunto. Quando aparece numa discussão pública é, na maior parte das vezes, sob um ponto de vista filosófico: tem-se ou não o direito de se interromper a própria vida? Não que essa discussão não seja pertinente





e válida, mas não se aplica à grande maioria dos casos que chegam aos serviços de saúde ou à grande maioria dos suicídios consumados. O panorama de estudos e pesquisas afirma que mais de 90% das pessoas que se suicidam tinham algum diagnóstico psiquiátrico na ocasião de sua morte (BERTOLOTE, 2002), o que indica um contexto de intenso transtorno psíquico.¹¹

Pela intensa mobilização emocional que provoca, é campo propício para muitas reações defensivas, como observamos em frases que podem ser ouvidas com razoável frequência, como por exemplo, “ele está ameaçando suicídio apenas para manipular”, “quem quer se matar, se mata mesmo” ou “quem quer se matar não avisa”. O suicida é visto frequentemente como um “desmancha-prazer” que perturba e diminui a confiança do seu meio social, de sua família, e ainda, dos serviços de saúde e seus profissionais. Afetado por fatores socioeconômicos e culturais, que exigem enfrentamento por toda a sociedade, o suicídio é considerado hoje uma questão de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Neste âmbito, diversas ações podem ser realizadas com impacto efetivo na redução das taxas de suicídio. O comportamento suicida apresenta especificidades que permitem o desenvolvimento de medidas favoráveis a uma política de prevenção entre os grupos vulneráveis. Fatores protetores impedem que suicídios sejam consumados e inúmeros países já desenvolvem seus planos nacionais de prevenção.

A Organização Mundial de Saúde (2002), ao fazer um levantamento dos programas e estratégias de prevenção de suicídio em países da Europa, verificou que medidas como a atenção especializada às pessoas com risco de tentar ou que já tentaram o suicídio, efetivamente, diminuíram as taxas de suicídio naqueles países. Tal investigação con-

11 As conhecidas frases de Camus - “*Só existe um problema filosófico sério, o do suicídio. Julgar se a vida vale ou não ser vivida corresponde a questão fundamental da filosofia*” – referem-se a necessidade que se tem de dar sentido à vida, a cada dia.. Indivíduos em situação de grave transtorno mental estão prejudicados, mesmo que momentaneamente, para fazer esta escolha e precisam ser compreendidos, neste período, segundo a ética do cuidado e não de acordo com a ética de responsabilização do sujeito (SOUZA, 2007)





cluiu ainda que os países bem sucedidos nos programas de prevenção do suicídio atribuem a redução de suas taxas à melhoria do tratamento psiquiátrico, bem como à redução do acesso aos meios utilizados para o suicídio, e ainda ao atendimento imediato às pessoas que tentaram o suicídio.

Atento ao impacto e aos danos causados pelo suicídio e as tentativas nos indivíduos, nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições, considerando que existe possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio e que as mortes por suicídio podem ser evitadas por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, o Ministério da Saúde lançou oficialmente em 18 de agosto de 2006 a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (ENPS). Construída por um grupo de trabalho constituído por representantes do próprio Ministério, de Universidades e do Centro de Valorização da Vida, a ENPS preconiza ações de pesquisa e de atenção ao comportamento suicida a serem implementadas em todo país.

Aspectos epidemiológicos

A - O suicídio no mundo

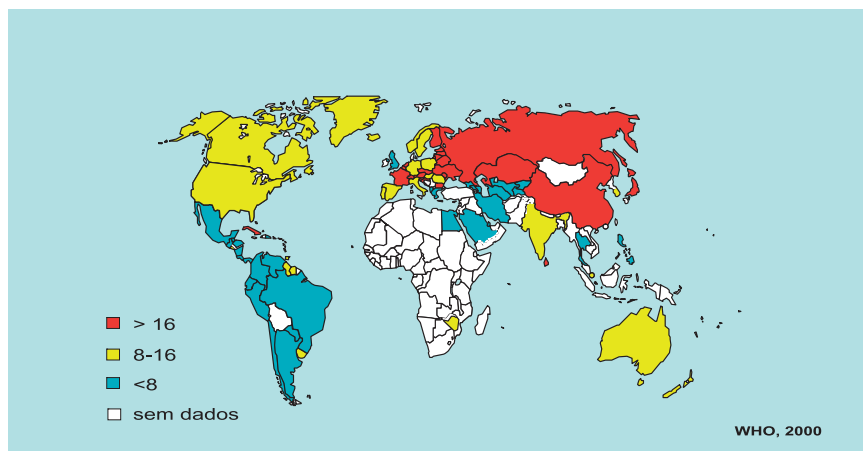
Nos últimos anos, os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que, por ano, aproximadamente um milhão de pessoas cometem suicídio. Isto significa que aproximadamente três mil pessoas se matam por dia e que a cada 40 segundos uma pessoa morre por suicídio. A soma das mortes por suicídio no mundo é maior que a soma das causadas por guerras ou ações terroristas e os casos de homicídios, ocorridos a cada ano. Estes são os dados oficiais, mas é certo que o número de suicídios é subestimado. O sub-registro vai variar em cada país, dependendo, principalmente, da forma como os suicídios são registrados. Mas outros fatores somam-se ao primeiro: a vergonha e o medo de estigmatização por parte de familiares, amigos e pessoas do círculo de relacionamento pessoal e até a legislação sobre seguros podem colaborar para que suicídios sejam encobertos e reportados como acidentes ou como morte por causa indeterminada.





A figura abaixo apresenta as faixas de mortalidade por suicídio em diversos países do mundo:

Figura 1 – Coeficientes de suicídio por 100 000 habitantes por ano



Fonte: Werlang, B.G; Botega, N.J. *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

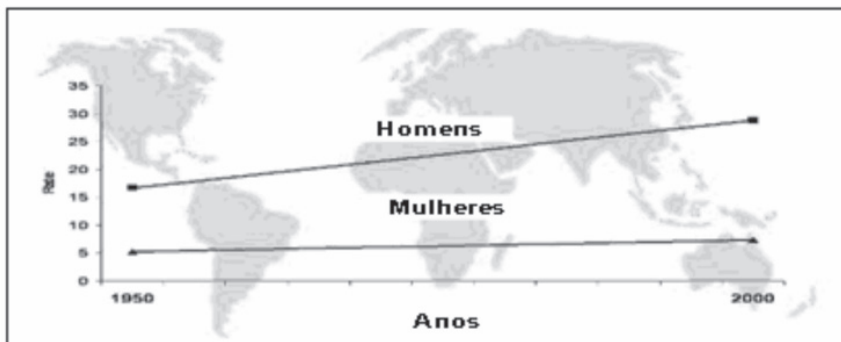
A importância de uma especial atenção para com o comportamento suicida fica ainda mais evidente quando se sabe que para cada suicídio existem pelo menos dez tentativas, suficientemente sérias a ponto de exigir atenção médica. Ademais, para cada tentativa registrada, ocorrem outras quatro que nem chegam aos serviços de saúde. No ano 2002, 1,4% do total da carga (*burden*) global ocasionado por doenças foi em virtude das tentativas de suicídio (BOTEGA,2008). Mais: segundo estimativas da OMS, cada suicídio tem um sério impacto em pelo menos outras seis pessoas próximas que, com raras exceções, sofrem um luto extremamente difícil de elaborar. Este impacto pode causar transtornos e doenças que limitam de maneira significativa a vida emocional e social dos afetados.

Duas outras constatações merecem atenção especial. A primeira refere-se ao aumento progressivo das taxas de suicídio na população masculina em todo mundo. A Figura 2 refere-se à evolução das taxas num período de 50 anos.





Figura 2 - Evolução das taxas de suicídio, 1950 - 2000

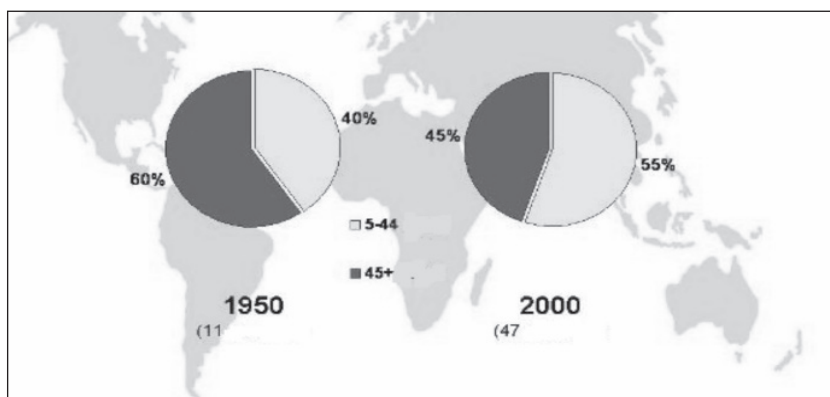


Fonte: OMS, 2002

A segunda constatação é a de que o número de suicídios em faixas etárias mais jovens está aumentando. A porcentagem de suicídio em jovens tem aumentado em todo o mundo. Exemplo disso é o fato de o suicídio ser uma das três principais causas de morte entre jovens e adultos de 15 a 34 anos nos Estados Unidos. O mesmo está ocorrendo em vários países da Europa e da Ásia, assim como em países da América Latina, dentre os quais o Brasil. (MELLO-SANTOS, 2005)

A figura a seguir, com dados da OMS, indica essa mudança.

Figura 3 - Mudanças na distribuição de idades nos casos de suicídios entre 1950 e 2000



Fonte: OMS, 2002





B – O suicídio no Brasil

No ano de 2005, no Brasil, o suicídio foi responsável por 8.501 mortes, sendo 79% de homens. Também aqui, como em quase todo o mundo, a idade média dos que suicidam tem decrescido, pois vemos que em 2005, 76,2% dos suicídios ocorreram na faixa etária de 20-59 anos (SIM/SVS/MS).

Em 2007, um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) fez o cálculo do custo social das mortes por causas externas ocorridas em 2001, dentre elas o suicídio. Cada pessoa que morre prematuramente, do ponto de vista econômico, representa perda importante de investimentos em capital humano e da capacidade produtiva de uma sociedade. No Brasil, em 2001, as mortes por suicídio de indivíduos mortos prematuramente corresponderam a perdas de produção equivalentes a R\$ 1,3 bilhão. O total de anos de vida perdidas por suicídio, outro indicador de custo social, foi de 1,24 milhões de anos.

Por mais impactantes que sejam esses dados, no Brasil a taxa média de suicídio é considerada baixa para os parâmetros internacionais (ver Figura 1). Por outro lado, quando a observamos segundo variáveis como sexo, idade e região do país, a taxa mostra-se mais alterada, pois são moderadas em algumas cidades e regiões do país, enquanto em outras são significativamente mais altas. Para exemplificar temos o número de óbitos por suicídio no Brasil em 2005: 4,62 por 100 mil habitantes, mas a região Sul, seguida pelas regiões Centro-Oeste, Sudeste, Nordeste e Norte, apresenta uma ocorrência de óbitos por suicídio que é quase o dobro (8,1 por 100 mil). Quando se trabalha o dado segundo o sexo e a idade, as taxas já não são tão baixas. A tabela abaixo, na qual se observam tanto taxas moderadas quanto mais elevadas, apresenta a taxa de mortalidade por suicídio segundo sexo e região do país.





Tabela 1. Número de óbitos e taxa de mortalidade por suicídio segundo os estados e regiões. Brasil, 2005.

Regiões/Estados	Masculino		Feminino		Total	
	Óbito	Taxa de mortalidade	Óbito	Taxa de mortalidade	Óbito	Taxa de Óbito
Região Norte	361	4,8	107	1,5	468	3,2
Rondônia	51	6,5	13	1,7	64	4,2
Acre	16	4,7	2	0,6	18	2,7
Amazonas	77	4,7	14	0,9	91	2,8
Roraima	21	10,5	6	3,1	27	6,9
Pará	116	3,3	43	1,2	159	2,3
Amapá	29	9,7	12	4,1	41	6,9
Tocantins	51	7,6	17	2,7	68	5,2
Região Nordeste	1455	5,8	415	1,6	1871	3,7
Maranhão	92	3,0	22	0,7	114	1,9
Piauí	106	7,2	42	2,7	148	4,9
Ceará	436	11,0	101	2,4	537	6,6
Rio Grande do Norte	137	9,3	21	1,4	158	5,3
Paraíba	83	4,8	19	1,0	103	2,9
Pernambuco	218	5,4	83	1,9	301	3,6
Alagoas	54	3,7	23	1,5	77	2,6
Sergipe	55	5,7	26	2,6	81	4,1
Bahia	274	4,0	78	1,1	352	2,5
Região Sudeste	2516	6,6	684	1,7	3200	4,1
Minas Gerais	774	8,1	209	2,1	983	5,1
Espírito Santo	128	7,6	38	2,2	166	4,9
Rio de Janeiro	327	4,4	100	1,2	427	2,8
São Paulo	1287	6,5	337	1,6	1624	4,0
Região Sul	1795	13,5	400	2,9	2195	8,1
Paraná	525	10,3	144	2,8	669	6,5
Santa Catarina	366	12,5	83	2,8	449	7,7
Rio Grande do Sul	904	17,0	173	3,1	1077	9,9
Região Centro-Oeste	583	9,0	184	2,8	767	5,9
Mato Grosso do Sul	141	12,4	53	4,7	194	8,6
Mato Grosso	117	8,1	37	2,7	154	5,5
Goiás	259	9,3	71	2,5	330	5,9
Distrito Federal	66	5,9	23	1,9	89	3,8
Brasil	6710	7,4	1790	1,9	8501	4,6

Fonte: SIM/SVS/MS.



A tabela 2, na qual verificamos um aumento nas taxas masculinas em dois quinquênios, apresenta números segundo sexo e idade.

Tabela 2 Taxas de mortalidade por suicídio, segundo sexo e idade. Brasil, 1996-2000 e 2001-2005.

Faixa etária	Masculino		Feminino	
	1996-2000	2001-2005	1996-2000	2001-2005
1 a 4 anos	0,0	0,0	0,0	0,0
5 a 9 anos	0,0	0,0	0,0	0,0
10 a 14 anos	0,6	0,6	0,5	0,6
15 a 19 anos	4,6	4,7	2,0	2,3
20 a 24 anos	9,4	9,6	2,1	2,3
25 a 29 anos	9,8	10,5	2,1	2,2
30 a 34 anos	9,9	10,2	2,2	2,4
35 a 39 anos	10,8	10,5	2,4	2,6
40 a 44 anos	10,9	11,8	2,5	2,9
45 a 49 anos	11,3	12,5	2,7	3,1
50 a 54 anos	11,7	12,7	2,7	3,1
55 a 59 anos	12,1	12,8	2,7	2,8
60 a 64 anos	12,1	12,7	2,2	2,4
65 a 69 anos	12,9	12,6	2,5	2,2
70 a 74 anos	12,8	13,4	2,9	2,6
75 a 79 anos	15,6	15,0	2,7	2,4
80 anos e mais	16,2	17,0	2,5	2,4
Idade ignorada	18,1	-	4,2	-
Total	6,8	7,2	1,7	1,9

Fonte: SIM/SVS/MS

No que tange às tentativas de suicídio, as dificuldades com os dados são ainda maiores do que as já comentadas anteriormente com relação aos suicídios consumados. As estimativas usadas no país são as da OMS: para cada suicídio, estima-se que 10 tentativas são realizadas. . A necessidade de estudos epidemiológicos com os diversos grupos de risco já identificados são essenciais para se conhecer as peculiaridades das situações de cada um.





E estes, os estudos epidemiológicos, são apenas um dos aspectos importantes para a efetiva prevenção de suicídios, como veremos mais adiante.

A Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio

Para lidar com o comportamento suicida dentro de uma perspectiva de saúde pública foi construída a Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio, coordenada pelo Ministério da Saúde com a participação e colaboração de técnicos e pesquisadores de universidades e serviços, que já vinham trabalhando no tema há algum tempo. As principais diretrizes consistem em:

- Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
- Desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- Organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- Identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores de proteção e o desenvolvimento de ações inter-setoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
- Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- Contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;
- Promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e





outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;

- Promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

As diretrizes propostas fortalecem os projetos e trabalhos já existentes para se lidar com o tema, trazendo-o para discussão com toda sociedade, rompendo com sua “invisibilidade”. Com o apoio e a coordenação do Ministério da Saúde, algumas ações relevantes para a prevenção do suicídio em nosso país já foram realizadas ou estão em andamento. Dentre elas é importante destacar :

- Realização do I Seminário Nacional para Prevenção do Suicídio – Porto Alegre, 17 e 18 de agosto de 2006. Marco simbólico, o lançamento da ENPS foi realizado neste seminário que contou com a participação de gestores e técnicos;
- Publicação de *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais de saúde mental* e de *Revisão bibliográfica comentada: suicídio, sobreviventes, família*, - ambas encontram-se disponíveis no site da Coordenação de Saúde mental do Ministério da Saúde: : http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=925 *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais da mídia e Manual para profissionais da atenção básica* (a publicar);
- Documento sobre o tema suicídio e agrotóxicos (a publicar);
- Apoio à construção de sites na internet: Projeto ComViver <http://www.projetoconviver.org.br> e Rede Nacional para a Prevenção do Suicídio <http://prevencaodosuicidio.ea.ufrgs.br>- em ambos os sites, textos, informações e links estão disponíveis para estudo e pesquisa do tema;





- Termo de cooperação técnica Brasil-Uruguai para a prevenção do suicídio. O Uruguai e o Rio Grande do Sul, além da proximidade geográfica, têm características epidemiológicas muito semelhantes, o que justifica a iniciativa de se trabalhar conjuntamente na direção da prevenção do suicídio nestas regiões;
- Apoio a projetos específicos, como o Projeto ComViver.

Para cada pessoa que se suicida, 5 a 6 outras ligadas afetivamente a ela são afetadas, muitas vezes de maneira tão intensa que o processo de elaboração do luto se complica. Esse luto difícil pode trazer consequências seriamente adoecedoras da vida emocional e social dos envolvidos. Oferecer acolhimento e atendimento especializado a este grupo foi um dos objetivos do Projeto ComViver, ao lado da pesquisa permanente. Após dois anos e meio de funcionamento, o Projeto ComViver pôde desenvolver as seguintes atividades e produtos:

- Levantamentos Prévios

Estudo prévio sobre os temas morte, suicídio, família, sobreviventes.

Identificação de instituições e iniciativas de estudo e pesquisa existentes no país.

Mapeamento da rede pública e privada de serviços de saúde e saúde mental do estado e do município do Rio de Janeiro.

- Atendimento Psicoterápico

Atendimento individual, de casal e familiar a sobreviventes de suicídio, na cidade do Rio de Janeiro.

- Desenvolvimento de metodologia para este atendimento

- Preparação do registro dos atendimentos

Construção de fichas para coleta de dados relevantes para o atendimento e para a organização de ações de prevenção de suicídio.

- Ações de Divulgação e Capacitação de Profissionais de Saúde

Construção de sítio na internet para divulgação de informações e criação de canais de interlocução tanto com o público-alvo quanto com profissionais interessados.





Produção e distribuição de material informativo sobre o tema e o trabalho – profissionais de saúde; jornalistas; instituições religiosas.

Realização de seminários e oficinas sobre o tema.

Fornecimento de informações e orientações para profissionais de saúde.

No momento, o foco do trabalho do Projeto ComViver é transmitir suas experiências para os profissionais da rede pública de saúde, em especial os de atendimentos de emergência (inclusive SAMU e bombeiros), os da rede básica e os de saúde mental.

- Apoio a congressos nacionais e internacionais:
- II Congresso de Suicidologia da América Latina e Caribe, promovido pela Associação de Suicidologia da América Latina e Caribe em Belo Horizonte - MG- foi realizado entre 28 a 30 DE JUNHO DE 2007
- XXV IASP World Congress a ser realizado entre 27-31 de 2009 em Montevidéu, Uruguai. Coordenado pela International Association of Suicide Prevention, conta com apoio da OMS e do Ministério da Saúde do Brasil.
- Realização de oficinas com profissionais da rede:

Foram realizadas três oficinas com profissionais da rede básica, CAPS, da rede hospitalar e do Centro de Valorização da Vida, em Porto Alegre nos meses de junho e agosto de 2008. As oficinas contaram com a participação de aproximadamente 200 técnicos.

Contudo, há ainda muito a ser feito ; o trabalho está apenas em seu início.

Um dos aspectos primordiais de um plano nacional de prevenção de suicídio é a atenção em saúde mental. Uma revisão sistemática de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobando 15.629 suicídios na população geral do mundo, demonstrou que em 97% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental à época do ato fatal (BOTEGA). A experiência clínica de atendimento a pessoas que tentam suicídio confirma a situação de intenso sofrimento psíquico





em que se encontram. Estes dados, por si só, apontam claramente para a necessidade de se incluir o acolhimento e tratamento de transtornos mentais como uma das mais importantes ações para a prevenção do suicídio. O atendimento ao comportamento suicida na rede de atenção à saúde mental – composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais – tem sido ação essencial para que a implantação da política pública de prevenção de suicídio seja bem sucedida. Dar continuidade à ampliação desta rede é fundamental para que as ações de prevenção de suicídio possam dar conta de suas metas e objetivos. A consolidação da necessária articulação da saúde mental com a Atenção Básica, com as escolas e com as redes de suporte social (grupos de ajuda mútua, igrejas, entidades filantrópicas) é o outro vértice importante deste trabalho. Em situações difíceis e complexas como estas, a importância de rede e apoio social fica evidente.

Desenvolver um Plano Nacional para a Prevenção do Suicídio, contemplando os aspectos aqui apresentados, apoiar gestores e técnicos da rede pública de saúde, colaborar com instituições de ensino e pesquisa são os desafios atuais.

Construir respostas coordenadas de todos os âmbitos para reduzir o suicídio ajuda a caminhar na direção de considerá-lo não mais como um problema de um indivíduo ou de uma família, mas de toda sociedade que se vê interpelada pelo suicídio mesmo que de apenas um de seus integrantes.

REFERÊNCIAS

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

BOTECA, N.J. **Suicídio no Brasil: Uma visão de Saúde Pública**. Comunicação pessoal a Blanca Werlang em agosto de 2008

CARVALHO, A., CERQUEIRA, D., RODRIGUES, R., LOBÃO, W.





Custos das mortes por causas externas no Brasil. Brasília: IPEA, 2007.

Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio. Portaria nº 1.876 do Ministério da Saúde, 14 de agosto de 2006. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area925

MELLO-SANTOS, C; BERTOLETE, JM; WANG, Y. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** São Paulo, v. 27, n. 2, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15164462005000200011&lng=&nrm=iso. Acesso em: 07 2008. doi: 10.1590/S1516-44462005000200011.

Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Ministério da Saúde, Brasília, novembro de 2005

SOUZA E.R. Avanços do conhecimento sobre causas externas no Brasil e no mundo: enfoque quanti e qualitativo. In: Minayo MCS, Souza ER (org). **Violência sob o olhar da Saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 131-60.

SOUZA, O. Defesa e criatividade em Klein, Lacan e Winnicott. In: BEZERRA, B. e ORTEGA, F. (orgs). **Winnicott e seus interlocutores.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.

Suicide Prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies. **World Health Organization, 2002.**

WERLANG, B.G.; BOTEAGA, N.J. **Comportamento Suicida.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

