

DEPRESSÃO E SUICÍDIO: ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Soraya Carvalho

I. INTRODUÇÃO:

O termo suicídio vem do latim, *suicidare*, e, etimologicamente, *sui*, significa "próprio" e *caedere*, "ação de matar". O termo foi utilizado pela primeira vez em 1737 por Desfontaines e significa o ato de matar a si mesmo ou morte intencional autoinfligida¹. Para Durkheim², (1982), suicídio se aplica a todos os casos de morte resultantes direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo da própria vítima que sabe que produzirá tal resultado.

Ao longo da história da humanidade, o suicídio sempre esteve presente, adquirindo significados e valores diversos, a depender da civilização e do momento histórico. Na atualidade o fenômeno do suicídio vem ganhando proporções alarmantes, com taxas, segundo dados da Organização Mundial de Saúde³, que ultrapassam 1 milhão de mortes/ano no mundo, representando uma média de 1 suicídio a cada 35 segundos. O suicídio está entre as dez principais causas de óbito para todas as pessoas maiores de cinco anos de idade. Nos países onde há informações fidedignas sobre a mortalidade, esse evento encontra-se entre as três principais causas de morte para as pessoas de ambos os sexos com idade entre 15 e 34 anos. Em muitos países, o suicídio se configura como a primeira causa de morte na faixa entre 15 e 29 anos, e em países como a Rússia, Hungria, Finlândia, Japão e Áustria os coeficientes masculinos de suicídio ultrapassam 20/100.000 habitantes⁴.

O Brasil embora apresente taxas de suicídio consideradas baixas em relação a outros países, 5,6 óbitos/100.000 habitantes⁵, em decorrência do seu vasto território, estes índices podem sofrer grandes variações, a exemplo do estado do Rio Grande do Sul com registros de 15 suicídios/100mil hab, índice semelhante aos países que registram as maiores taxas. Entretanto, considerando que a população do Brasil ultrapassa os 190 milhões de habitantes, em números absolutos, o país apresenta uma média de 3.000 suicídios/ano, representando, aproximadamente, 24 suicídios/dia, e ocupando o 9º lugar no ranking mundial de mortes por suicídio⁶.

Diante desse cenário, a Organização Mundial de Saúde passou a considerar o suicídio um grave problema de saúde pública mundial. Criou o SUPRE - Manual de Prevenção do Suicídio e propôs aos países-membros

¹ WIKIPEDIA

² DURKHEIM, É. O Suicídio: um estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

³ OMS - (www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en)

⁴ BARROS, M. *Epidemiologia no Brasil*. In: Comportamento Suicida. Org: Blanca Werlang e Neury Botega. São Paulo: ArtMed, 2004, p.46.

⁵ WASELFISZ, J. J. Mapa da violência dos Municípios Brasileiros 2008. Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana. Instituto Sangari. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. São Paulo: Ideal Gráfica e Editora, 2008.

⁶ BARROS, M. Op., cit. 2004.

recomendações para o desenvolvimento de ações e políticas próprias que englobem assistência e prevenção do suicídio.

No Brasil, o Ministério da Saúde baixou a portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, com metas para os governos estaduais e a sociedade, sugerindo que as mortes por suicídio podem ser evitadas através da intervenção de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção a saúde.

No que diz respeito às tentativas de suicídio, estima-se que seus coeficientes atinjam de 10 a 20 vezes os coeficientes de suicídio, ou seja, 10 a 20 milhões de tentativas de suicídio por ano no mundo. Além disso, estudos mostram que metade das pessoas que cometeram suicídio, havia realizado uma tentativa de suicídio anterior⁷. Deste modo, a tentativa de suicídio se constitui num importante fator de risco de suicídio e conhecer suas causas precipitantes poderá auxiliar na elaboração de políticas de prevenção apenas das tentativas de suicídio como também do suicídio.

Segundo a OMS⁸ (WHO, 2002) o suicídio refere-se ao ato intencional de um indivíduo cessar a própria vida. Os principais fatores associados ao suicídio são: tentativas prévias, transtornos mentais, ausência de suporte social, história familiar, intencionalidade e presença de eventos estressantes e variáveis sociodemográficas⁹.

O suicídio é classificado no Código Internacional das Doenças, capítulo XX da CID-10, como morte violenta por causas externas. Óbito por causa externa ou não natural é aquele que decorre de lesão provocada por violência, (homicídio, suicídio, acidente), isto é, morte não decorrente de doença¹⁰.

Entretanto, apesar da morte por suicídio estar associada a causas externas, a clínica com suicidas nos interroga por que mediante situações externas “semelhantes” alguns sujeitos se precipitam num ato suicida e outros não. Por esta razão considera-se necessário buscar no indivíduo as motivações particulares que o levam a decidir pela própria morte.

A clínica¹¹ do suicídio é uma clínica do limite, da urgência, da dor psíquica levada ao extremo. Suas especificidades instigam e interrogam o profissional de saúde, levando-o a repensar sua prática, sua técnica, sua ética. Diante de sujeitos decididos a morrer através de um ato radical como o suicídio, fica a pergunta: O que leva o sujeito ao ato de dar a morte a si mesmo?

Um estudo desenvolvido por Bertolote e Fleischmann (2002)¹², utilizando o método da autópsia psicológica, analisou mais de 15.000 prontuários e constatou que 98% dos pacientes que haviam cometido o suicídio haviam recebido um diagnóstico de transtorno mental na ocasião da morte. Dentre os transtornos mais frequentes estavam a depressão (como a mais prevalente), o alcoolismo e a esquizofrenia. Os autores concluíram que sendo o transtorno mental um importante fator de risco do suicídio, o tratamento do transtorno mental se constituía numa estratégia essencial na sua prevenção.

Entretanto o suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial que não dispõe de uma explicação universal e nem sempre está associado a uma patologia. Sua compreensão deve considerar as particularidades e a história de cada sujeito, buscando suas causas não apenas nos fatores precipitantes, mas na associação

⁷ BOTECA, N. Perspectiva Psiquiátrica. In: **Comportamento Suicida**. Op., cit, 2004, p. 112.

⁸ WHO - World Health Organization. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours, **SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS**. Geneva, 2002.

⁹ ROGERS, JR. Theoretical grounding: “the missing link” in suicide research. **Journal Counsel Develop.** 2001, p.79 (1): 16-25.

¹⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**, 10ª Revisão (CID-10). São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em português. 1995, vol.1. [[Links](#)]

¹¹ CARVALHO, S.C. Suicídio no Brasil: uma aposta na prevenção. IV Congresso da ULAPSI, Montevideo, UR, 2012.

¹² BERTOLOTE, J.M.; FLEISCHMANN, A. **Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective**. World Psychiatry. 2002, I (3), p. 181-185.

destes com seus motivos latentes. Deste modo, propomos tratar o suicídio como uma manifestação humana, uma forma do sujeito lidar com seu sofrimento.

II. DEPRESSÃO E MELANCOLIA:

II.1) ASPECTOS HISTÓRICOS¹³ Denominada de doença da modernidade, a depressão é hoje um mal que segundo estimativa da OMS, acomete aproximadamente 100 milhões de pessoas em todo mundo. A depressão, entretanto, tem sido citada desde a Antiguidade e sua descrição pode ser encontrada em textos muito antigos, a exemplo da síndrome depressiva do rei Saul no Antigo Testamento, ou no suicídio de Ajax, na Ilíada de Homero.

Vale ressaltar que em 400 AC, Hipócrates usou os termos “mania” e “melancolia” para perturbações mentais. Melancolia, em grego, significa bile negra. Partindo dessa definição, os médicos hipocráticos atribuíram ao negror da bile poderes nefastos sobre o cérebro. A bile negra era considerada a causa dos estados de excitação com delírio em oposição à pituitária, responsável pelos delírios calmos. Ainda segundo Hipócrates, o tipo de excitação dependia da direção que tomava a bile negra. Se ela incidia no corpo, teríamos a epilepsia, se incidida na inteligência, a melancolia. No entanto, nessa época, o termo melancolia não se referia ao humor triste, mas englobava qualquer tipo de delírio parcial.

Em 1854 Jules Falret descreveu uma condição de *folie circulaire*, na qual o paciente apresentava alterações de humor alternado entre mania e a depressão. Em 1899 Emil Kraepelin, a partir do conhecimento anterior acumulado dos psiquiatras franceses e alemães, descreveu a psicose maníaco-depressiva, hoje denominada de transtorno bipolar.

Em 1914 Freud concluiu um de seus mais importantes escritos “Luto e Melancolia” onde estabeleceu um paralelo entre duas formas de reação à perda de um objeto amado: o luto e a melancolia.

II.2) FISILOGIA

Do ponto de vista da fisiologia da depressão, tem-se que os neurotransmissores (NT) são responsáveis por levar o impulso nervoso de um neurônio a outro. Para isso, as moléculas de NT devem sair de um neurônio, atravessar a sinapse e ocupar os receptores do neurônio receptor seguinte (NR). É como se o NT fosse a chave e o NR a fechadura. Os NT mais importantes são a serotonina, a noradrenalina, a dopamina e o GABA. Nos indivíduos com depressão observa-se uma diminuição significativa na produção ou na recaptação dos NT serotonina e noradrenalina.

A psiquiatria dividia a depressão em endógena ou depressão maior, psicogênica e reativa. Atualmente esta classificação está reduzida aos transtornos de humor.

II.3) ABORDAGEM PSICANALÍTICA DA DEPRESSÃO E DA MELANCOLIA

Na clínica observamos dois grandes grupos de pacientes com diagnóstico de depressão: de um lado os melancólicos com um quadro clínico específico e do outro aqueles acometidos pela depressão propriamente dita, isto é, um estado compatível com qualquer estrutura clínica.

Para a psicanálise, a depressão maior ou o transtorno bipolar é a melancolia e, entende-se por melancolia¹⁴, (FREUD, 1914) a doença que acomete o sujeito em decorrência de uma perda real ou ideal, onde este, no lugar de fazer o trabalho normal do luto, identifica-se ao objeto perdido e dirige para si os

¹³ QUINET, A. Extravios do desejo. Org. Rio de Janeiro: Editora Marca D'água, 1999.

¹⁴ FREUD, S. Luto e Melancolia [1914]. In: **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, vol XIV, p.283.

impulsos hostis que deveria dirigir ao objeto. Também denominada de neurose narcísica, a melancolia se caracteriza pela impossibilidade de o sujeito elaborar simbolicamente esta perda.

Em *Luto e Melancolia*, Freud (1914)¹⁵ descreve o processo do adoecimento melancólico listando suas pré-condições, a saber: uma escolha objetal com forte ligação (fixação) da libido no objeto, perda (mais comumente ideal do que real), desconsideração ou decepção frente ao objeto, relação objetal destruída, a catexia objetal liquidada em razão do seu pouco poder de resistência, a libido retirada do objeto faz uma regressão ao eu e a doença se restabelece.

Ainda neste artigo, Freud estabelece semelhanças e diferenças entre o estado do luto e a melancolia. Dentre suas principais semelhanças estão reação à perda de um objeto, desânimo extremamente penoso, cessação de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de qualquer atividade.

Dentre suas diferenças, observa-se:

Luto	Melancolia
1. Perda real	1. Perda mais ideal
2. Não há	2. Perturbação na auto-estima
3. O mundo se torna pobre e vazio	3. É o próprio eu que se torna pobre e vazio
4. Não há	4. Auto-recriminação
5. Não há	5. Expectativa delirante de punição
6. Quando o trabalho de luto se conclui, o eu fica outra vez livre e desinibido	6. O trabalho do luto não se conclui totalmente
7. Não há	7. Delírio de inferioridade (principalmente moral)
8. Pode haver insônia ao deitar	8. Insônia na madrugada
9. Pode perder o apetite	9. Anorexia total ou parcial
10. Concluído o luto, há a retirada da libido do objeto e deslocada para outro objeto.	10. A libido livre não é deslocada para um novo objeto. Ela se retrai no ego, servindo para estabelecer uma identificação com o objeto perdido.

A melancolia é quando o luto ganha um cunho patológico. Verificado quando o sujeito experimenta um conflito devido à ambivalência frente ao objeto, sentindo-se culpado pela perda do objeto, como se a tivesse desejado, o quê, segundo Freud¹⁶, explicaria a auto-acusação e a auto-tortura. Desse modo, o melancólico responsabiliza-se e culpa-se pela perda do objeto, vivenciando a perda como dor moral. Quando a doença está instalada o paciente desencadeia o quê Freud denominou de delírio de inferioridade, além dos fenômenos de mortificação, distúrbios do sono e alimentares, automutilação, etc.

No melancólico, a incapacidade em subjetivar suas perdas, seria um efeito produzido por uma falha radical verificada no momento da sua constituição do eu¹⁷, o que termina promovendo um eu frágil, imaginariamente precário. E, na tentativa de tamponar sua falha narcísica, o sujeito melancólico, elege um

¹⁵ FREUD, S. Luto e Melancolia [1914]. In: op., cit., vol XIV, p. 283.

¹⁶ FREUD, S. Luto e Melancolia [1914]. In: op., cit., vol XIV.

¹⁷ LAMBOTTE, M.C. **Discurso Melancólico**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997, p. 443.

objeto de amor, também idealizado, estabelecendo com este uma ligação puramente imaginária e narcísica, de modo que quando esta relação se desfaz, o melancólico reedita sua ferida primordial, experimentando uma dor insuportável, caracterizada pela angústia, podendo passar ao ato suicida. O melancólico responsabiliza-se e culpa-se pela perda do objeto, o que levou Lacan a dizer que o melancólico é o sujeito vivencia a perda como dor moral.

O melancólico¹⁸ obtém satisfação sádica do seu sofrimento e pelo caminho indireto da autopunição, consegue vingar-se do objeto perdido. Desta forma, esse sadismo pode solucionar o enigma do suicídio. E a mania, considerada por Freud a característica mais notável da melancolia, se constitui na tendência em se transformar em seu oposto. O conteúdo é o mesmo, mas a diferença é que na melancolia o sujeito sucumbe ao “complexo”, enquanto que na mania, domina-o.

Segundo Soler¹⁹, para a psicanálise, a depressão é um estado compatível com todas as estruturas clínicas, podendo se apresentar de forma variada. Ela não é considerada uma causa, mas um efeito. Entretanto, os estados depressivos têm em comum, a suspensão da causa do desejo. E, posto que a depressão não é considerada um sintoma, portanto, não é produzida pela castração, ela é, antes de tudo, uma resposta do sujeito diante do Real. Um Real que lhe convoca a ocupar uma posição ética diante do seu desejo e de seu gozo. A depressão é uma resposta do sujeito frente à sua falta constitutiva, mas também um modo de não consentir a falta no Outro. Diante da falta, um dos recursos é a constituição de um Ideal, ou seja, de um Outro sem falta, sem falhas. A depressão pode ser desencadeada pela queda do Ideal. O deprimido, diante da perda do objeto idealizado, experimenta o par “dor e tristeza”, perda de interesse ou de capacidade, inibição da vontade e perda do desejo.

Desta forma, seja na melancolia ou na depressão, o desencadeamento está relacionado à perda de um objeto idealizado, aquele que supostamente poderia preencher a falta constitutiva do sujeito, como na depressão, ou a falta relativa à constituição do eu, como na melancolia. Em ambos os casos, perder o objeto idealizado levaria o sujeito a deparar-se com seu vazio existencial, o que para alguns pode ser insuportável.

Na psicose, a depressão pode ser observada em alguns casos de esquizofrenia, paranóia e catatonia, chegando a anteceder, muitas vezes, o desencadeamento do surto. Na neurose, do ponto de vista fenomênico, a depressão não difere muito da melancolia. Entretanto, como a psicanálise faz o diagnóstico pelo discurso e não pelo sintoma, na neurose não se observa o delírio de inferioridade e de indignidade encontrados apenas no discurso do melancólico. A depressão na neurose aponta para a perda de gozo fálico. Não se trata mais da perda do objeto, mas da perda do brilho fálico que toca o pano narcísico do sujeito²⁰.

II.4) PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DA MELANCOLIA E DA DEPRESSÃO:

- Angústia.
- Perda de interesse pelo mundo externo, inibição.
- Diminuição da libido, do desejo.
- Desmotivação, falta de energia.
- Distúrbios do sono.
- Distúrbios alimentares.
- Tristeza, medos, agressividade, irritabilidade.
- Crises de choro intensas e “desmotivadas”.

¹⁸ FREUD, S. Luto e Melancolia [1914]. In: op., cit., vol XIV.

¹⁹ SOLER, C. Um mais de melancolia. In: **Extravios do desejo: depressão e melancolia**. Antonio Quinet (Org.). Rio de Janeiro. Marca d'Água, 1999, p.103.

²⁰ COTTET, S. Estudos clínicos – Transcrição 4. Salvador: Livraria Fator, 1988.

II.4) TRATAMENTO

Freud²¹ desvendou o enigma da melancolia, descobrindo a “chave do quadro clínico”, ao constatar que na melancolia, e apenas nela, as auto-recrimações são recriminações feitas ao objeto amado que, ao ser perdido, foram deslocadas para o eu do próprio paciente. Segundo este autor, do ponto de vista terapêutico, é infrutífero contradizer o paciente. Em determinadas situações, deve-se até confirmar algumas de suas declarações (Freud, 1914). É preciso escutar este delírio de inferioridade como um delírio qualquer, ou seja, como uma tentativa de cura.

Na maioria dos casos, o tratamento da melancolia deve associar a medicação à psicoterapia, sendo o uso de antidepressivos por vezes somado aos tranquilizantes, fundamental para não só garantir uma estabilidade no quadro, como para manter a adesão do paciente à psicoterapia.

III. SUICÍDIO

III.1) TEORIAS PSICANALÍTICAS ACERCA DO SUICÍDIO

Ao longo do seu ensino, Freud apresentou duas teorias sobre o suicídio: na primeira²² ele define o suicídio como uma saída, uma ação que visa um término de conflitos psíquicos; sua segunda²³ teoria respalda-se no conceito de pulsão de morte, descrito como um certo apetite pela morte, presente em todo ser humano. Segundo este autor, a pulsão de morte tenta repetir o estado inicial do qual o homem se afastou em decorrência do surgimento da vida, ou seja, voltar ao estado inanimado. Concluindo que o objetivo de toda a vida é a morte.

Lacan, inicialmente, definiu o suicídio como um modo de saída da cadeia significante, uma recusa radical ao assujeitamento do sujeito à dor de existir. Em *Televisão*²⁴, ele defendeu a idéia de que o suicídio é o único ato bem sucedido. Mais tarde, todavia, no Seminário O saber do psicanalista²⁵, ele afirmou que o suicídio é como todos os outros atos, que são falhos, justamente porque ele se caracteriza como um nada querer saber.

O suicídio é um ato. Tem-se que, se por um lado o ato tem uma dimensão de linguagem, como o ato falho e o *acting out*, por outro, ele está para além da linguagem, à exemplo da *passagem ao ato*. O ato, como afirma Lacan no Seminário O Ato Psicanalítico²⁶, visa acabar com a indeterminação do sujeito, mas, ao mesmo tempo ele é acéfalo, quer dizer que no ato o sujeito do inconsciente está ausente, ou seja, o ato é agido. Então, no suicídio, de que escolha se trata, justamente, onde o sujeito do inconsciente está ausente? De que escolha se trata, quando as dimensões do ato e do gozo se sobrepõem às dimensões do significante e do desejo?

Seja na melancolia ou na depressão, é sempre de uma perda que se trata. E toda perda aponta para a castração, para a falta, para a impossibilidade, a inexistência da relação sexual. Diante da perda, o sujeito pode responder com uma depressão ou uma melancolia e o suicídio pode ser uma de suas vicissitudes.

III.2) TIPOS DE SUICÍDIO: NEURÓTICO, MELANCÓLICO, PSICÓTICO E PERVERSO

No que tange às estruturas clínicas, a psicanálise divide em neurose, psicose e perversão, e entre elas o suicídio apresenta algumas especificidades. A melancolia, embora não disponha do estatuto de uma estrutura

²¹ FREUD, S. Luto e Melancolia [1914]. In: op., cit, vol XIV.

²² FREUD, S. Contribuições para uma Discussão Acerca do Suicídio [1910], 1976. In: op., cit, vol XI, p. 217.

²³ FREUD, S. Além do Princípio do Prazer [1920]. Op., cit, vol XVIII, p.78.

²⁴ LACAN, J. Televisão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993, p. 74.

²⁵ LACAN, J Seminário : O saber do psicanalista – Inédito.

²⁶ LACAN, J. El acto psicoanalítico [1967-1968]. In: **Reseñas de Enseñanza**. Argentina: Ediciones Manantial, 1984, p. 47.

clínica particular, sua importante relação com o suicídio, lhe garante uma posição de destaque. Sendo assim, é possível referir-se ao suicídio como suicídio neurótico, melancólico, psicótico ou perverso. Na neurose, o suicídio se caracteriza, em sua maioria, como um *Acting out*, ou seja, como um apelo dirigido ao Outro, uma demanda de amor e de reconhecimento; um ato no qual o sujeito é ao mesmo tempo autor, diretor e ator do seu teatro particular. O suicídio melancólico, o psicótico e o perverso, e alguns suicídios neuróticos se constituem numa *passagem ao ato*, se caracterizando pelo fato do sujeito encontrar-se identificado ao objeto, deixando a cena e precipitando-se num ato suicida. Observa-se, entretanto, algumas particularidades em cada uma dessas estruturas: Os suicídios melancólicos são *passagens ao ato* radicais, em muitos casos irreversíveis. Neste tipo de suicídio, verifica-se que o sujeito está totalmente identificado ao nada, ao objeto enquanto resto, ao dejetado do mundo. Ele queixa-se de um sofrimento profundo materializado sob a forma de angústia, referida como uma dor dilacerante no peito e na alma, como meio de livrar-se dela, o melancólico não suporta a dor de existir, sai de cena, precipitando-se num ato suicida; o perverso pode passar ao ato suicida quando algo da realidade se interpõe ao seu gozo, lhe trazendo consequências ou perdas significativas em seu status ou posição social, denegrindo sua imagem diante do mundo; o psicótico passa ao ato para por um fim, um limite ao gozo do Outro, o Outro que goza dele, seja lhe perseguindo, seja lhe insultando, ou mesmo quando o sujeito, pelo mecanismo do automatismo mental, atende ao comando de uma voz ordenando que se mate.

Embora a *passagem ao ato* seja um ato mais radical que o *acting out*, quando ele se apresenta como um ato suicida, seja um *acting out* ou uma *passagem ao ato*, o que está em questão é o sofrimento do sujeito, sua dor psíquica, que sendo subjetiva, torna-se impossível ser mensurada. Portanto, ao precipitar-se num ato mortífero, ainda que ele possa inconscientemente desejar seu fracasso, como no *acting out*, isso não lhe retira o valor de verdade, de dor, de apelo, devendo-lhe ser reservado a mesma importância, atenção e cuidado que um ato planejado para ser bem sucedido, como a *passagem ao ato*.

IV. RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A relação ou integração entre o médico e o paciente, ou entre o cliente e a equipe de saúde, pressupõe a existência de um contexto específico, responsável por estabelecer seus limites e responsabilidades, bem como determinar os papéis e as funções de seus participantes. Este contexto no qual esta relação se estabelece, está permeado por fenômenos psíquicos que envolvem desde sentimentos até fantasias, na maioria das vezes inconscientes, suscitados pela doença, tanto no paciente quanto na equipe que o atende.

No que se refere às intoxicações, sejam elas voluntárias ou acidentais, os aspectos psicológicos envolvidos se caracterizam, a princípio, pelo medo frente ao desconhecimento dos efeitos produzidos por essas intoxicações. O conhecimento técnico da equipe deve possibilitar ao paciente, não apenas o tratamento adequado, como também, reduzir sua ansiedade ao desfazer os mitos e folclores em torno das substâncias tóxicas e de seus efeitos nocivos no organismo.

No que tange as tentativas de suicídio, outras variáveis importantes estão presentes na relação estabelecida entre a equipe e o paciente. A principal delas é que o suicídio ou sua tentativa é um ato que subverte a ordem médica. O profissional de saúde e mais precisamente o médico, é treinado para salvar vidas, restitui-las. Fator que imprime uma condição de saber e poder frente ao doente e à doença. O paciente ao tentar contra a própria vida desestabiliza a equipe de saúde, na medida em que desafia o seu poder com seu ato, se tornando assim, na maioria das vezes um paciente indesejado nas emergências das unidades de saúde. O suicida subverte a ordem médica²⁷.

Para falar do ato suicida faz-se necessário, descrever o perfil do sujeito que tenta dar a morte a si mesmo, bem como o perfil da equipe que o atende.

²⁷ CARVALHO, SC - O suicida subverte a ordem médica – quais os efeitos dessa subversão na relação médico-paciente? 25º Congresso Mundial de Suicídio, Montevideo, Ur, 2008.

PERFIL DO PACIENTE QUE TENTA O SUICÍDIO

- Não demanda o tratamento
- Dificilmente se implica no ato
- Grande parte começa o tratamento
- Muitos abandonam sem concluí-lo
- As mulheres tentam mais o suicídio que os homens
- O número de óbitos é maior entre os homens
- Agente mais utilizado: raticidas
- Agente que provoca mais óbitos: raticidas

PERFIL DA EQUIPE QUE O ATENDE

Diante do suicida, o profissional faz seu julgamento baseado em seus próprios valores, podendo reagir com: indiferença, impaciência, pena, paternalismo, ironia e até lições de ânimo.

V. NEPS

Sendo a depressão a principal causa associada ao suicídio, em 1991 foi criado o Serviço de Psicologia do CIAVE que se destinava a realizar acompanhamento psicológico aos pacientes que haviam tentado o suicídio, durante internação hospitalar, iniciando na Emergência, podendo se estender à UTI e Enfermarias, e após a alta, em Ambulatório, pelo tempo necessário. Considerando a baixíssima taxa de reincidência entre os pacientes que aderiam ao tratamento, em 2007, foi criado o NEPS, Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio.

O NEPS DESENVOLVE UM PROGRAMA INOVADOR NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO, por desenvolver ações que envolvem o paciente, a família e a equipe de saúde. O NEPS funciona é um ambulatório de saúde mental que oferece tratamento à pacientes com depressão grave e risco de suicídio, que já tenham ou não tentado o suicídio. Com o paciente desenvolve acompanhamento individual em psicoterapia e psiquiatria, e atendimento individual e grupal em terapia ocupacional, além de visitas domiciliares e atividades sociais externas com grupos. Com a família realiza, mensalmente, Reuniões Informativas sobre Depressão e Suicídio, visando: informar para prevenir, evitando equívocos e os consequentes efeitos que a falta de informação podem provocar no ambiente e nas relações familiares. Nesse espaço de grupo de familiares é possível acolher queixas, dúvidas e dificuldades enfrentadas no relacionamento entre familiares e pacientes, bem como discutir os efeitos que a depressão e a tentativa de suicídio produzem na dinâmica familiar, buscando formas de lidar com o problema. Esses encontros têm tornado as relações familiares mais saudáveis, repercutindo diretamente no tratamento do paciente. Com os profissionais de saúde realiza cursos de Capacitação, Fóruns e Oficinas, orientando-os sobre o tratamento e a abordagem ao paciente deprimido e ao paciente suicida, com a finalidade de informar e consequentemente desmitificar o tema do suicídio, instrumentalizando o técnico para identificar fatores de risco, sinais e sintomas do suicídio, possibilitando o diagnóstico e encaminhamento precoces do paciente para tratamento especializado, além de proporcionar uma abordagem mais humanizada e imparcial do profissional de saúde com o paciente.

A aplicabilidade de tais medidas de prevenção na saúde pública tem produzido resultados significativos na prevenção do suicídio no estado da Bahia desde 2007, através uma importante redução nas reincidências das tentativas de suicídio e nos números de suicídio no estado. Visto que detectar e tratar adequadamente depressão reduz taxa de suicídio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qual a finalidade de oferecer tratamento psicoterápico a sujeitos cuja morte se mostra como uma saída possível para livrá-lo do seu sofrimento? Inicialmente, não se trata de fazer o paciente arrepender-se do ato, muito menos de mudar seu passado ou sua realidade imediata. Trata-se, antes de tudo, de oferecer uma escuta que permita ao sujeito reconhecer a verdade da sua relação íntima com o gozo que produz seu ato. Portanto, o que muda numa análise é a posição subjetiva do sujeito, ou seja, a forma como ele se situa em sua própria história e o novo sentido que lhe dá.

Para concluir, o que pode um psicanalista frente à melancolia, a depressão, ao suicídio? Inicialmente acolher o sujeito, oferecendo-lhe um lugar para que possa falar do seu sofrimento, com a garantia que será ouvido sem críticas ou julgamentos. O analista deve suportar os únicos recursos que o sujeito dispõe para dar conta do Real, a saber: o delírio de inferioridade e os fenômenos de mortificação, na melancolia, ou a tristeza e a dor, na depressão. Numa análise, ao ser convocado a falar, o sujeito é convocado ao bem-dizer do seu desejo, do seu gozo, do seu ato; o gozo da morte é confrontado com o desejo de saber. Um saber que interroga o sujeito sobre a posição que ele ocupa diante do Outro, levando assim a implicar-se e responsabilizar-se pelo seu sofrimento. Isto possibilita que ele possa ressignificar seu ato suicida dentro de sua própria história, e que alguma significação possa advir, seja do buraco deixado pela perda do objeto, seja pelo ato suicida.