

## SUICÍDIO: ATO DELIBERADO CONTRA SI?

José Carlos Castelo Branco Filho<sup>1</sup>  
Júlia Zenni de Carvalho<sup>2</sup>

*"... não se pode esquecer que o suicídio não é nada mais que uma saída, uma ação, um término de conflitos psíquicos" Freud (1910).*

As pessoas causam mal a si mesmas por uma variedade de razões e numa variedade de formas, e, às vezes, este dano pessoal resulta em morte. Naturalmente, nem todo tipo de dano que as pessoas causam a si mesmas é deliberado. Todavia, o dano pessoal intencional é muito comum. Parte deste dano pessoal se destina a causar a própria morte daquele que o provoca, e outra parte que não se destina à própria morte pode parecer como se realmente fosse destinada para isso.

<sup>1</sup> José Carlos Castelo Branco Filho – E-mail: [josecarlos@castelobrancopsi.com](mailto:josecarlos@castelobrancopsi.com)

Psicólogo, mestre em Psicologia, na área de **Processos psicopatológicos e ações terapêuticas** e responsável pelo **Castelo Branco - Consultório de Psicologia**, onde atende jovens, adultos e casais nas áreas Clínica, Hospitalar, Saúde Mental e Plantão Psicológico. Atua como psicólogo hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, na qual integra o NUPSI – Núcleo de Psicologia do Hospital de Base de Brasília. É membro titular do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Tem realizado oficinas e palestras em empresas e órgãos públicos com vistas à melhoria da qualidade de vida e ao equilíbrio e desenvolvimento pessoal e profissional. É membro da Sociedade Brasileira de Psicologia, da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar e da *World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling* (Associação Mundial para Psicoterapia e Aconselhamento Centrado na Pessoa e Experiencial).

<sup>2</sup> Júlia Zenni de Carvalho Guerreiro – E-mail: [julia.guerreiro@mac.com](mailto:julia.guerreiro@mac.com)

Psicóloga com especialização em psicologia clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Realiza atendimentos a crianças, adolescentes e adultos em consultório particular. Atua como psicóloga clínica no Ambulatório de Crianças e Adolescentes do Centro Clínico Anankê.

Assim, algum dano pessoal intencional que poderia levar à morte não tem por meta a própria morte. Apesar disso, quando o protagonista acaba morrendo, a maioria das vezes é considerado um suicídio, um ato de destruição pessoal intencional, pretendida e desejada. Quando a pessoa continua viva, após ter agido dessa forma, é comum falar em termos de tentativa de suicídio, ainda quando exista pouca prova de que a sua intenção era a morte.

Fairbairn (1999) traz a idéia de Harré e Secord (1972), para quem, “o ato praticado através de determinada ação ou de uma seqüência de ações depende do contexto em que é praticado” e acrescenta: “considero que a natureza dos atos depende também da intenção com a qual as ações ou a seqüência de ações que as envolvem são praticadas”. Para ele, o ato do suicídio depende de algo que acontece com determinada intenção da mente. Em cada caso, a intenção do agente no momento de agir torna o seu ato diferente daquilo que teria sido, se ele tivesse se comportado da mesma forma, porém com uma intenção diferente. Dessa forma, o suicídio, para o autor, não é um suicídio por causa daquilo que a pessoa faz, ou por causa do lugar onde o realiza, ou por causa da maneira como o realiza; é um suicídio por causa da intenção com que o comete.

A palavra suicídio (etimologicamente *sui* = si mesmo; - *caedes* = ação de matar) foi utilizada pela primeira vez por Desfontaines, em 1737 e significa morte intencional auto-inflingida, isto é, quando a pessoa, por desejo de escapar de uma situação de sofrimento intenso, decide tirar sua própria vida.

Fairbairn (1999) diz que para que um ato seja considerado suicídio, o agente precisa desejar estar morto, pretender concretizar a sua própria morte, e, diretamente ou através de outro agente, deve agir no intuito de concretizá-la.

Para Durkheim o termo suicídio é aplicado a todos os casos de morte resultantes direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo da própria vítima que ela sabe que produzirá tal resultado.

O suicídio, além de constituir uma perda irrecuperável para a própria pessoa - a perda da vida, suscita no outro diferentes formas de reação - que vão desde a abominação do ato até o seu incentivo com fins ideológicos e/ou religiosos; suscita também, e principalmente, na sociedade ocidental, a perplexidade - podendo gerar vários sentimentos, entre os quais a culpa, a vergonha, o sentimento de perda e de impotência de mais nada se poder fazer frente à pessoa que se foi.

Em muitas culturas houve, e ainda há, embora em menor intensidade, penalidades para os parentes da vítima, como o resgate dos bens, a proibição do morto de ser enterrado com as honras fúnebres, chegando a ocorrer, na Índia, até há bem pouco tempo, punições mais severas como enterrar a esposa junto ao marido suicida (Pellizari e Almeida, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 50, 2001) entre outras. O Código Penal Brasileiro também condena o induzimento ou o auxílio ao ato suicida quando consumado. A eutanásia, suicídio assistido, é uma questão em discussão. Na nossa cultura o suicídio é pouco divulgado, constituindo-se em uma espécie de tabu por não abordarmos muito a morte, a velhice, enfim, as coisas que significam a finitude do ser.

O suicídio, ato de autodestruição deliberado, intencional e desejado, pode ser praticado através de uma vasta gama de ações que danificam a pessoa em questão, incluindo a superdose de drogas, o ato de cortar a própria garganta ou os pulsos, a exposição da cabeça num fogão a gás, jogar-se do alto de um edifício ou atirar-se na frente de um ônibus ou carro em movimento. Mas, um ato de suicídio praticado através da ação de tomar uma superdose fatal poderia, ao mesmo tempo, representar o ato de comunicar ao mundo que a vida da pessoa é tão má, que ela preferiria estar morta, e o ato de censurar ou punir a pessoa amada por causa de um dano real ou imaginário. O ato de suicídio gesticulado ou simulado praticado através da ação de ingerir uma superdose não-fatal pode constituir uma série semelhante de atos. É de importância fundamental a questão de saber se a pessoa que danifica a si através de uma atitude suicida, pela sua ação, intencionava acabar morrendo. No entanto, ninguém pode dizer com certeza se a pessoa que sobreviveu a um dano pessoal que praticou contra si mesma intencionava viver ou morrer. Como, também, não é possível afirmar de alguém que morre em consequência deste dano causado, se tencionava morrer ou continuar vivo; certamente, o fato de acabar morto ou continuar vivo não será um indício certo de sua intenção. Entretanto, não resta dúvida de que algumas pessoas que aparentemente assumem uma atitude suicida não têm intenção de morrer. Talvez, especialmente no caso de uma superdose de drogas, seja possível calcular mal e acabar morrendo.

Agora, o que é ainda mais importante, de um ponto de vista prático, um indivíduo que praticou um dano pessoal intencionalmente, mas que não o levou à morte, pode realmente ter tido a intenção de se matar. Por isso é importante decidir quais eram as intenções físicas de

quem praticou um dano pessoal suicida, a fim de que sejam tomadas decisões a respeito do modo como ele deve ter tratado, a respeito do que será útil para ele e, por exemplo, a respeito do que pode diminuir as possibilidades de ele vir a agir de forma semelhante no futuro.

As decisões em relação ao fato de determinar se um “bilhete suicida” é uma tentativa sincera para comunicar as intenções do indivíduo que o redigiu são difíceis, uma vez que o indivíduo que o escreveu pode ter tido algo diferente das intenções concretas de assim proceder. Ele pode ter tido apenas a intenção de induzir nos outros a crença de que tencionava matar-se, e que, dessa forma, o seu “bilhete suicida” nada mais é do que parte de um gesto suicida elaborado.

O método de danificar-se que escolhe alguém que age naquilo que parece ser uma forma suicida, às vezes é importante na tomada de uma decisão a respeito de ser ou não considerado um suicídio. Analisando os métodos escolhidos por aqueles que se danificam, Curren e colaboradores (1980) escrevem:

*Alguns desses métodos estão quase sempre associados a uma intenção séria de morrer, e raramente à busca de uma atenção da parte dos outros ou a outros intentos não sérios. Esses métodos são as armas de fogo, o enforcamento, o afogamento, um salto das alturas, a ingestão de produtos cáusticos ou ácidos e, especialmente na época atual, o uso de venenos e herbicidas (p. 201).*

Por outro lado, algumas ações de dano pessoal, como cortar os próprios pulsos transversalmente e o uso de superdoses de medicamentos, têm muito menos probabilidade de acabar em morte, como também de serem consideradas tentativas com a mesma finalidade. Em razão dessas diferenças, na probabilidade que os métodos diferentes acabem em morte,

aqueles que adotam métodos com alto risco de morte têm probabilidade de serem considerados como os que inequivocamente tiveram a intenção de morrer. Por outro lado, os que adotam métodos que apresentam maior probabilidade de socorro têm mais probabilidade de serem considerados como indivíduos que estão simulando, gesticulando ou gritando por socorro, ou apostando, ou submetendo-se a uma prova de desafio, ou morrendo em consequência de um acidente trágico ou de um erro.

Entretanto, embora possa haver alguma correlação entre aquilo que a pessoa faz e a sua intenção, uma simples correlação não pode ser estabelecida entre o método e a intenção.

Ainda se aquilo que ele pratica envolve ou parece envolver uma ação com muita probabilidade de levá-lo à morte, aquele que se danifica pode não estar tendo em mira a própria morte.

Assim, o método empregado não é um indício seguro da intenção de suicídio. Até certo ponto, os métodos que as pessoas usam para se autodanificarem dependerão da viabilidade. Em razão disso, o ato de alguém que se danifica usando um método que tem grande probabilidade de consequência fatal, num local onde este mesmo método de danificação pessoal é prontamente viável, pode muito bem ser diferente do caso de alguém que usa o mesmo método, num local onde este não é prontamente viável.

Curran e cols (1980) dão a entender que as circunstâncias em que a pessoa se danifica darão também um indício da intenção do indivíduo. Certamente, o lugar em que se realizou o dano pessoal, seja ele aparentemente planejado ou impulsivo, oferecerá pistas a respeito da motivação e das intenções do protagonista da sua atuação. Onde as possibilidades eram

grandes de o indivíduo ser encontrado antes de morrer, parece menos provável que ele tivesse a intenção de morrer. Por outro lado, quando a pessoa praticou a sua ação fatal num local e numa hora que tornam improvável que seja descoberta, por exemplo, no meio de um pântano abandonado, a altas horas da noite, parece muito provável que a sua intenção era mesmo a morte.

### **Ações, omissões e a predisposição pessoal na forma de eventos previstos:**

A mais evidente variedade de atos suicidas envolve o suicida que causa ativamente um dano a si próprio. Entretanto, o suicídio pode também ser ativado pela ação direta de outro indivíduo, através das omissões de ação do próprio suicida ou de outro e pela predisposição pessoal do próprio suicida na forma de acontecimentos que ele espera e pretende que vão matá-lo.

#### O suicídio através da ação

É evidente que o indivíduo pode suicidar-se através de uma ação ou de ações pessoais. O que é menos óbvio, talvez, é que a pessoa pode suicidar-se através de ações de outrem; por exemplo, pedir, implorar, forçar ou ordenar a outrem que a mate. Já que o suicida a incumbiu de praticar o ato fatal, o suicida ainda seria em certo sentido o agente da própria morte, embora tenha sido a mão de uma segunda pessoa, e não a sua própria mão, que, por exemplo, segurou a arma ou lhe aplicou a injeção fatal.

Se a pessoa que lhe administrou a lesão fatal teve intenções benevolentes, por exemplo, se não premeditou matá-lo, pode ser considerada simplesmente uma extensão do

suicida, ao lhe causar a própria morte. Entretanto, se esta outra pessoa alimentava desejos assassinos em relação ao suicida, antes que este lhe pedisse que o ajudasse a morrer, o seu ato, ao incluir o suicídio para a pessoa que acabou morrendo, do seu ponto de vista podia ser assassinio.

O suicida poderia igualmente usar outra pessoa para alcançar o seu objetivo, sem que esta segunda pessoa tivesse consciência daquilo que estava acontecendo. Por exemplo, poderia atirar-se na frente de um trem ou de um veículo que a pessoa estivesse dirigindo.

#### O suicídio por omissão

Embora o suicídio na maioria das vezes seja considerado resultado de algo que a própria pessoa pratica, pode ser concretizado através da abstenção de uma ação. Assim, algumas mortes que ocorrem em consequência de omissões, sejam elas do próprio protagonista ou de outra pessoa, devem igualmente ser consideradas como sendo suicídios.

Quando a omissão é do próprio suicida, existem pelo menos duas possibilidades: abster-se de praticar alguma coisa que deve ser feita em benefício do próprio corpo para poder sobreviver, e abster-se de agir no intuito de evitar um dano que acabará sendo fatal. E o suicídio pela omissão de outra pessoa também pode assumir duas formas. Em primeiro lugar, o indivíduo pode suicidar-se pela omissão de uma outra pessoa em administrar-lhe um tratamento que era necessário para lhe preservar a vida. Nesses casos, embora a omissão que causa o dano seja de uma segunda pessoa em relação ao próprio suicida, trata-se de uma omissão que ele incumbiu aos outros, ao se recusar a consentir no tratamento. Em segundo



lugar seria possível a pessoa suicidar-se fazendo com que outras pessoas deixassem de evitar que ela se lesasse por uma fonte externa.

### Danos pessoais ao colocar-se no caminho de eventos previstos

Existe um terceiro tipo de ação de dano pessoal pela qual o indivíduo pode suicidar-se. Ele pode pretender a própria morte e tramá-la mediante a manipulação de uma situação, de tal forma que seja morto por um acontecimento previsto, se colocando no caminho de um evento que acaba por causar a sua morte.

### **Probabilidades**

Através da observação dos casos de suicídios, pode-se constatar que há certos fatores que estão relacionados a uma maior ou menor probabilidade de cometer o suicídio. Por exemplo, as mulheres tentam o suicídio 4 vezes mais que os homens, mas os homens o cometem (isto é, morrem devido a tentativa) 3 vezes mais do que as mulheres. Isso se explica pelo fato de os homens utilizarem métodos mais agressivos e potencialmente letais nas tentativas, tais como armas de fogo ou enforcamento, ao passo que as mulheres tentam suicídio com métodos menos agressivos e assim com maior chance de serem ineficazes, como tomar remédios ou venenos.

A idade também está relacionada às taxas de suicídio, sendo que a maioria dos suicídios ocorre na faixa dos 15 aos 44 anos. Doenças físicas, tais como câncer, epilepsia e AIDS ou doenças mentais, como alcoolismo, drogadição, depressão e esquizofrenia, são fatores relacionados a taxas mais altas de suicídio. Além disso, uma pessoa que já tentou cometer o suicídio anteriormente tem maior risco de cometê-lo.

Mais de 90% dos suicídios verificam-se em resultado de múltiplas doenças psíquicas ou psiquiátricas. Cerca de 15% dos suicidas sofrem de depressão, situação em que a desmotivação de vida é insuportável, e torna-se imbatível o não querer viver. A pessoa perdeu toda a capacidade energética e a vida não tem o mínimo sentido ou interesse. Cerca de 7% sofre de dependência alcoólica. Cerca de 5% sofrem dos mais graves distúrbios de personalidade sendo o mais vincado no maior número de suicídios o distúrbio de personalidade anti-social, vindo depois o distúrbio de personalidade do tipo esquizóide, que poderá vir a desenvolver uma esquizofrenia, e uma pequena percentagem sofre de uma ou de outra forma de neurose.

Ao contrário do constante no senso comum, pessoas que tentam se matar comunicam esta intenção e, geralmente, fazem a um médico.

De 60% a 75% dos pacientes que cometeram suicídio procuraram um médico um a seis meses antes de se auto-aniquilarem.

A idéia de que "quem fala não faz" não é verdadeira no que diz respeito às tentativas de suicídio. Outra mitologia acerca do suicídio diz respeito a não valorização das tentativas que pareçam ter sido feitas apenas para atrair a atenção do universo sócio-familiar; por serem potencialmente não-fatais. Estas não devem ser desprezadas e devem ser interpretadas como um pedido de ajuda que necessita de atenção e entendimento.

Entre as profissões mais vulneráveis ao suicídio encontra-se a medicina, constatado o seu carácter tensionante por exigir decisões rápidas e de muita responsabilidade. E nesta, a especialidade em Psiquiatria é a que apresenta um maior risco segundo Kovács (1992), pois o

acesso às drogas facilita o seu uso numa ingestão que pode ser letal. Além disso, estamos lidando, neste campo, com pacientes depressivos, de personalidade esquizóide, borderlines etc, ou seja, sujeitos que sofrem, na maioria dos casos, de algum transtorno psicopatológico.

### **Motivos**

As pessoas podem tentar ou cometer suicídio por diversos motivos:

- ▶ numa tentativa de se livrarem de uma situação de extrema aflição, para a qual acham que não há solução;
- ▶ por estarem num estado psicótico, isto é, fora da realidade;
- ▶ por se acharem perseguidas, sem alternativa de fuga;
- ▶ por se acharem deprimidas (é considerada a causa mais freqüente do suicídio), achando que a vida não vale a pena;
- ▶ por terem uma doença física incurável e se acharem desesperançados com sua situação;
- ▶ por serem portadores de um transtorno de personalidade e atentarem contra a vida num impulso de raiva.

### **Indicadores de Risco**

O suicídio é algo que, em geral não pode ser previsto, mas existem alguns sinais indicadores de risco, e eles são:

- ▶ tentativa anterior ou fantasias de suicídio,
- ▶ disponibilidade de meios para o suicídio,
- ▶ idéias de suicídio abertamente faladas,
- ▶ luto pela perda de alguém próximo,
- ▶ história de suicídio na família,
- ▶ pessimismo ou falta de esperança, entre outras.

O profissional da saúde mental deve indagar no exame de saúde mental sobre a ideação suicida, caso haja indícios. Se o paciente admite ter um plano de ação, esse é um sinal particularmente perigoso como também o são as tentativas anteriores.

Pessoas que apresentem tais indicadores devem ser observadas mais atentamente. Entretanto não se pode ter certeza alguma a respeito, principalmente pelo motivo de que o sinal de melhora pode levar o sujeito à efetivação de sua tentativa, de fato.

### **Prevalência**

A prevalência do suicídio no Brasil situa-se em torno de 4 por 100.000 hab, apesar destes dados poderem ser questionados devido a complexidade de sua determinação. Quanto às tentativas frustradas os números são ainda menos confiáveis, devido principalmente às dificuldades conceituais envolvidas. Nos EUA as tentativas chegam a ser 40 vezes maiores do que os atos suicidas concretizados.

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.

A Organização Mundial da Saúde (1994) adverte que o suicídio ocupa o terceiro lugar entre as principais causas de morte no mundo.

### Fatores de risco

Embora a conduta suicida tenha um espectro amplo, parece haver uma diferença no perfil dos pacientes que tentam suicídio e aqueles que realmente concretizam o ato.

É fundamental observarmos variáveis particulares em cada paciente como as que estão presentes na tabela abaixo (Roy, A . *Psychiatric emergencies*. 1989; extraído de Kaplan et al., 1995).

<i>Variável</i>	<b>Alto Risco</b>	<b>Baixo Risco</b>
<b>Demográfica</b>		
Idade	< 45 anos	> 45 anos
Sexo	masculino	feminino
Situação conjugal	divorciado/viúvo	casado
Emprego	desempregado	empregado
Relações interpessoais	conflituosas	estáveis
Estrutura familiar	caótica/conflituosa	estável
<b>Saúde</b>		
Física	doença crônica	boa
	hipocondria	sente-se bem
	excesso de medicamentos	pouco uso
	depressão grave	depressão leve
Mental	psicose	neurose
	transtorno personalidade	personalidade normal
	abuso de álcool/drogas	bebedor social

<b>Atividade Suicida</b>		
Ideação suicida	freqüente/intensa prolongada múltiplas planejada	infreqüente/leve transitória primeira impulsiva
Tentativas de suicídio	salvamento improvável desejo de morrer auto-acusação método letal	salvamento provável desejo de mudar raiva método não-letal
<b>Recursos</b>		
Pessoais	poucas aquisições insight pobre afeto pobre e descontrolado	muitas aquisições bom insight afeto adequado
Sociais	isolamento	bom envolvimento/integração
	família pouco envolvida	família envolvida

Além dos fatores presentes na tabela é importante ressaltar outros que aumentam o risco de suicídio:

- ▶ pacientes com personalidade impulsiva;
- ▶ ausência de convicção religiosa (católicos suicidam-se menos pelo perfil punitivo da sua ideologia, bem como a crença num destino controlado por um Deus onipotente e responsável pelos sucessos e frustrações da sua vida);
- ▶ sentimento persistente de desesperança e pessimismo;
- ▶ perda de *status* sócio-econômico: fracasso profissional ou falência financeira;

▷ ambivalência;

▷ fator desencadeante/estressante persistente;

▷ transtornos de personalidade (histriônico, borderline etc.);

▷ transtorno bipolar: pode-se pensar no risco aumentado apenas na fase depressiva, mas o perfil impulsivo da fase maníaca traz cuidados particulares e

▷ doenças do SNC como epilepsia, demência, AIDS etc.

### **Manejo do paciente que tentou suicídio**

A primeira parte do atendimento de um paciente que tentou suicídio deve ser centrado sobre o manejo das complicações médicas decorrentes tais como cortes, fraturas e intoxicações.

A segunda parte do manejo do paciente suicida é a avaliação do risco de uma nova tentativa. O profissional deve levar sempre em consideração os itens discutidos acima no que se refere aos fatores de risco. Porém, muitas vezes, esta tarefa torna-se difícil por diversos fatores como:

1. a seriedade do que está em questão: a vida ou a morte do paciente;
2. o médico, geralmente, vê o paciente na emergência, não o conhece previamente e o risco de suicídio pode ser o motivo da procura do atendimento;
3. porque a decisão de internação pode significar a sobrevivência do paciente.

Muitas vezes, o desabafo do paciente pode ser, inicialmente, o suficiente para tirá-lo de sua situação de angústia e sofrimento pessoal.

A terceira parte, e mais delicada, é a decisão de internar o paciente ou não. A internação inadequada pode trazer apenas prejuízos para o sistema e para o paciente, do mesmo modo que a não internação pode significar uma nova tentativa. É importante ressaltar, no entanto, que a não internação representa um tratamento menos traumático para o paciente perante os familiares, a sociedade, assim como para ele próprio, aumentando consideravelmente sua esperança em recuperar-se. Pode-se partir para um acordo envolvendo o médico, paciente e familiares, numa espécie de “pacto anti-suicida”.

Outro aspecto de crucial valor é a recuperação do paciente após um estado de depressão. Pacientes apresentam aumento do risco de auto-aniquilação quando aparentam melhora da sua condição clínica; isto é, quando o retardo psicomotor já começou a responder ao tratamento, mas o núcleo de depressão vital (humor e pensamento) ainda domina o psiquismo do paciente. Este fato tem confundido erroneamente a observação de que anti-depressivos podem induzir ao suicídio. Portanto, o início da recuperação de um paciente depressivo que apresenta fatores de risco importantes para uma nova tentativa é um período que requer cuidados dobrados.

### **Um caso de suicídio**

*Era o ano de 1992, quando recebi para entrevista no Ambulatório de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas um paciente que, já havia algum tempo, ficara sabendo ser portador do vírus HIV. Vinte e tantos anos, homossexual, parecia deprimido e sem esboçar desejo algum em relação a tolerar e acolher a realidade imposta pelo seu diagnóstico. Parecia inconformado e mostrava-se intolerante em relação à possibilidade de viver com AIDS. Intransigente em relação ao que a doença e seus efeitos significavam pra ele, referiu-se, durante as poucas vezes em que estivemos juntos, à dor que o atravessava ao pensar na hipótese de formular sua homossexualidade para os pais, dando o desgosto que tal revelação*



*provocaria neles. Era o filho único e, como tal, deveria corresponder com propriedade ao lugar de predileção que lhe havia sido dado para existir, sobretudo, porque conhecia o prazer de desfrutá-lo. Mas, por outro lado, continuar a manter oculta sua condição de homossexual lhe parecia intolerável, dado que seu destino já traçado de padecente e morto de doença repleta de pecaminosidade, impunha a ele, como aos moribundos, em geral, não só um compromisso com a honestidade, mas, implícita a este, a crença na esperança da promessa de ser, no juízo final, beneficiado da punição com o perdão dos pecados. Como não conseguia ver ou encontrar resolução possível para a contradição interna que sua condição homossexual e 'maldita', complicada pela situação atual do HIV, tratava com sua necessidade compulsiva de permanecer em posição de obter amor dos pais, desejava fortemente morrer. Entre outros motivos, para ele, renunciar ao amor dos pais ou perdê-lo, representava ser arremessado e desamparadamente solto na arena que a vida reservou aos incautos. No entanto, apesar de temer a solidão, seu estado de alheamento a qualquer tipo de auxílio, até mesmo em relação àquele que eu estava me dispondo a dar ao me oferecer para escutá-lo, expressava, sobretudo, seu desinteresse em travar comigo qualquer espécie de aliança terapêutica. Submerso em um estado de precariedade vital, intensificado pela culpa que participava do conflito nuclear, foi encaminhado para interconsulta psiquiátrica, uma vez que inspirava cuidado extra. Porém, rápido que foi, na segunda tentativa de matar-se, logrou seu intento (Labaki, 2001, p.87).*

De acordo com o trecho descrito acima, pode-se afirmar que o suicídio foi a saída encontrada para o conflito que parecia incontornável, cuja dor insuportável não cedia a processos vitais defensivos. Neste esquema conflitivo, a morte como solução se colocou no lugar onde faltou o alívio para a dor. A necessidade de ser amado, os sentimentos de culpa envolvidos, a punição, enfim, o sofrimento que decorre da condição essencial de se estar vivo, em relação, e submetido ao outro e à própria pulsão, comparece imperioso obrigando o sujeito a buscar meios de se livrar.

Labaki (2001) acredita que, neste caso, o suicídio constitui-se como resultado de um fracasso psíquico. Primeiramente, diante da impotência do Eu em não fornecer, pelas defesas, formas de metabolização simbólica suficientes às angústias advindas dos conflitos pulsionais,

tendo como consequência, a aniquilação total de sua vida anímica. Em segundo lugar, acredita-se que o investimento do sofrimento foi bem sucedido, de uma tal forma, que engendrou uma maneira definitiva e radical de demolição e destruição de todo desprazer e dor.

O sofrimento está diretamente relacionado com a capacidade de adiar a satisfação, possibilitando a tolerância em relação à angústia.

*A impossibilidade de suportar a dor que levou ao suicídio deve-se a uma situação em que a gangorra pulsional vida/morte deixa de balançar segundo o princípio de prazer-desprazer e, despencando sobre um dos lados efetua a desintração pulsional que leva à falência sua função guardiã da vida (Labaki, 2001, p. 92).*

Diante do que já foi exposto, podemos retomar e fazer algumas considerações finais:

▷ O suicídio é uma situação em que o indivíduo, mediante uma passagem ao ato, se coloca simultaneamente como objeto – diante da impotência e frustrações impostas pela sua dinâmica com a realidade, a morte como saída – e como sujeito – onipotência, poder absoluto sobre a vida e a morte.

▷ Objetivo terapêutico de modificar o discurso suicida, tentando impedir que a onipotência vença. É oferecida a chance para que se mude o enredo e o seu curso.

▷ É importante tomar a ameaça de morte sempre como um fator real. É necessário supor que o sujeito esteja, verdadeiramente, cogitando tirar sua própria vida. Esta postura, perante o paciente e a sua família, já nos permite obter sua confiança.

▷ Em um, atendimento de emergência, é fundamental oferecer artifícios que propiciem as condições necessárias para que o paciente possa falar de suas questões e de

seus problemas. O fato de se fazer perguntas a respeito de sua história de vida e dos fatores que o levaram a crise atual, geralmente, é sentida, pelo sujeito, como um interesse do profissional em relação a sua pessoa. O próprio ato de falar, na grande maioria dos casos, já oferece um alívio no sujeito e, no mínimo adia suas atuações prejudiciais.

▶ O terapeuta tem que estar atento para perceber qualquer comunicação significativa advinda do paciente. Não obstante, não cabe ao primeiro ser sujeito do saber em relação à vida daquele que lhe pede ajuda, mas sim estimulá-lo a formular suas perguntas ou encontrar suas próprias soluções. É necessário que o sujeito passe de passivo a alguém ativo no seu processo pessoal. É considerar que o paciente e o seu meio possuam a informação, a alternativa para a solução.

▶ Freud (1910) afirma que um terapeuta deve conhecer a si mesmo a fim de que se possa ajudar e tratar de outrem. Ainda segundo ele, isso não é possível através de livros, mas sim através de sua própria análise, o que demanda custo, tempo e muito sacrifício. “Só conseguimos trabalhar com as reações que sentimos ou vivemos na relação com nossos clientes quando temos consciência de suas ressonâncias em nós” (Sterian, 2001, p.92).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, Vilma Guilherme Santos. **Suicídio: As implicações das desordens narcísicas segundo Kohut**, 1994 (Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo).
- DURKHEIM, Émile. **Os pensadores**. Cap. O suicídio. Estudo sociológico. São Paulo: Victor Civita Editor, 1983.
- FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- JASPERS K. **Psicopatologia Geral**. 2 Ed. Rio de Janeiro: Atheneu. 1979.
- KAPLAN HI, SADOCK BJ & GREBB J -Kaplan and Sadock's **Synopsis of psychiatry**. 7th Ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
- KAPLAN, SADDOCK E GREBB. **Compêndio de psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1992.
- LABAKI, M.E.P. **Morte**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- MELLO, Nobre de - **Psiquiatria**. 3 Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979.
- NUNES P, BUENO JR e NARDI AE - **Psiquiatria e Saúde Mental**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.
- PELLIZZARI E ALMEIDA. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Órgão Oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB, março/abril 2001. V. 50, p. 69-76.
- STERIAN, A. **Emergências Psiquiátricas**. São Paulo, Casa do psicólogo, 2001.
- TABORDA JGV, PRADO-LIMA P e BUSNELLO - **Rotinas em Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- WINNICOTT. D.W. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- WINNICOTT. D.W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1960.