

SUICÍDIO: UM GRITO SILENCIADO

2012

Valdeci Gonçalves da Silva

Psicólogo. Professor Titular de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Doutorando em Psicologia Clínica na Universidade de Évora-PT. Especialista em Metodologia do Ensino de 3º grau. Mestre em Sociologia da Sexualidade.

E-mail:

valdecipsi@hotmail.com

RESUMO

O presente estudo bibliográfico mostra um panorama estatístico do suicídio no mundo e no Brasil, como fenômeno das sociedades depressivas da pós-modernidade. Destaca sua característica quase epidemiológica da Era contemporânea que atinge, sobretudo, adolescentes e jovens adultos, com estimativa de aumento alarmante para as próximas décadas. Chama a atenção do suicídio não somente como uma questão pessoal, particular, mas também como um sintoma de mal-estar social imbricado no contexto tóxico das sociedades, bem como do seu ideal de realização, quase sempre inalcançável, porém introjetado como essencial para sobrevivência do indivíduo. Um ideal cobrado por um superego tirânico sem chance de negociar seja porque esse projeto não foi atingido ou porque não alcançou um nível satisfatório. O texto procura ir um pouco além do saber já suscitado a respeito do suicídio, tenta esmiuçar os mecanismos psicológicos desencadeadores da ação suicida, fazendo uma correlação com a falta de amor, no seu sentido amplo, e com a perda da fé, não necessariamente religiosa, como abalo das pilastras de sustentação que dão sentido a vida.

Palavras-chave: Suicídio, sentido da vida, amor, fé, depressão

“Nas sociedades burocratizadas e aburguesadas, considera-se adulto aquele que se conforma em viver menos para não ter que morrer muito. Entretanto, o segredo da juventude é este: viver significa arriscar-se a morrer; e fúria de viver significa viver a dificuldade” (Edgar Morin).

I - INTRODUÇÃO

O vocábulo suicídio vem do latim *sui* (de si mesmo) e *cidium* (“morte, assassínio”), forma do verbo *caedere* (“cortar, matar”) (Dahlke, 2009; Neves, Corêa & Nicolato, 2010a). O suicídio é um comportamento extremamente autodestrutivo, motivado pelo estado psicológico do indivíduo, suas crenças e normas sociais, caracterizado pela resolução psicótica bastante má de escolher morrer, solução encontrada para escapar de uma insuportável dor psicológica, uma vez que se encontra sem coragem para enfrentar os desafios da vida (Kalina & Kovadloff, 1983, Schneidman citado por Sperb & Werlang, 2002; Fensterseifer & Werlang, 2003; Dahlke, 2009; Schneidman; Kral citados por Teixeira, 2010).

Na Antiguidade, o cadáver era privado das honras fúnebres (Cassorla citado por Pellizzari & Almeida, 2001). Em Atenas (século IV) decepava a mão do suicida e enterrava fora do corpo, para evitar a vingava do morto. O sepultamento de suicida por enforcamento, não era permitido em Roma, e o Estado apoderava-se do patrimônio. Na Idade Média havia profanação dos cadáveres, punições religiosas e também o confisco dos seus bens. A partir da Revolução Francesa essas sanções foram suspensas e passou a ter tolerância ao suicídio, embora ainda hoje continue sendo um ato moralmente reprovável (Pellizzari & Almeida, 2001).

Além das motivações individuais ou “egoístas”, existe o suicídio por razões altruístas, quando o indivíduo se mata em protesto por causas sociais. Mas, para a maioria das religiões e tradições culturais¹, o suicídio é proibido e considerado tabu, com exceção dos que se dão por meio de rituais próprios da cultura. O haraquiri (cerimonial e heróico como prática integrante da cultura samurai), camicases, que significa “vento divino” (pilotos japoneses na Segunda Guerra Mundial, treinados para arremessar seus aviões nos navios inimigos) e homens-bomba. No Egito o faraó era enterrado com seus bens e seus escravos, e na Índia, até pouco tempo se enterrava a viúva *sati* (esposa fiel) ao lado marido (Pellizzari & Almeida, 2001; Durkheim citado por Moraes, Silva, Neto, Silva, Rabello & Guerra, 2006; Dahlke, 2009; Neves et al., 2010a).

Para Silva (1994), suicidar-se é uma forma de comunicação através do qual o indivíduo precisa morrer para falar. Diríamos que a ação suicida é o “grito”, mas que, por si só, não revela sua/s causa/s. Este trabalho tenta adentrar os conteúdos desse abismo psicológico que o fizeram radicalmente silenciar.

II - DESENVOLVIMENTO

2.1. A morte e a morte por suicídio no contexto social

A morte apesar de banalizada, devido à atual violência urbana, mesmo assim é um tabu social, em particular, quando se trata de suicídio. A vida é um bem que o próprio cidadão e a sociedade, pelo menos em tese, tentam preservar. Mesmo em situação limítrofe ou crítica, muitos indivíduos não abandonam seu desejo de viver, esgotam todas as possibilidades na esperança de que sua saúde e garantia de vida lhe sejam restituídas: ficar passivo diante de qualquer ameaça de violência que possa por em risco sua integridade física, se fingir de morto para não ser assassinado, ou matar, por contar com o amparo Legal da Legítima Defesa. O suicídio contraria esse princípio porque, em todos os sentidos, nega o suposto valor do existir (Dahlke, 2009).

Na pós-modernidade, cada morte consiste numa derrota, mas nascer é sorte, morrer é destino, um grande mal que provoca angústia e medo, cuja consciência da transitoriedade da vida é amenizada pelas religiões² que, por meio da fantasia de vida eterna, funcionam como antídoto (Schiller, 2000; Elias, 2001; Schopenhauer, 2004; Comte-Sponville, 2009). A representação da própria morte, de tão amedrontadora, é inacessível ao inconsciente - no qual vicejam desejos assassinos e sanguinários em relação a estranho, bem como divisão e ambivalência pela pessoa amada -, mas essa é uma atitude convencional ligada à civilização que afasta da mente a consciência da morte (Freud citado por Schiller, 2000, & Hassoun, 2002).

Quando se trata de idoso no seu leito de morte, que clama pelo próprio fim, para não se sentir um fardo para sua família, nesse caso, a morte natural ou autoprovocada, ainda que traga algum pesar, parece aceitável. Mas a morte se torna um fato inquietador quando é um adolescente de futuro promissor ou um adulto jovem, aparentemente saudável, que trabalha, tem uma boa e estável condição financeira, e mesmo assim, “joga sua vida fora”. Na visão de Elias (2001), independente do contexto em que a morte ocorra, mobiliza angústia porque lembra a nossa própria. Afinal, morrer é problema apenas para os vivos, um dos grandes perigos biossociais da humanidade (Comte-Sponville, 2009).

A morte com potencial suicida, a exemplo de acidente de carro por embriagues e alta velocidade no trânsito, ou pelo excesso de adicção, overdose, e em especial o suicídio, suscita sentimentos de impotência e de culpa na família e no entorno, de que poderiam ter evitado. Na realidade, a pessoa com intenção suicida dá sinais subjacentes do seu desejo de morte, mas a não aceitação da morte e o individualismo não atentam para essa linguagem não verbal. Por mais sutil que seja a ideação³ suicida, de algum modo deve provoca descontinuidade na rotina. Mas

somente depois do fato consumado e que, geralmente, os mais próximos se dão conta da sua “displícência”.

Porém, quando diz respeito a óbitos de famosos ou casos bizarros que mobilizam a opinião pública, a morte parece cultuada, a mídia, visando o lucro da audiência, cuida de manter em foco por dias ou até mesmo semanas, e a população parece vivenciar um misto de luto coletivo com confraternização perversa. No funeral dos demais mortais, quase de imediato todos os sinais de luto são apagados, “nunca antes na história da humanidade foram os moribundos afastados de maneira tão asséptica para os bastidores da vida social; nunca antes os cadáveres humanos foram enviados de maneira tão inodora e com tal perfeição técnica do leito de morte à sepultura”(Elias, 2001, pp.31-2).

2.2. O suicídio seria uma epidemia da contemporaneidade?

O suicídio é um fenômeno complexo e multidimensional, um plano de fuga que se transforma na própria fuga, e é consenso entre os pesquisadores de que não há um fator capaz de responder pela tentativa de suicídio, mas a decorrência de diversos fatores: depressão, alcoolismo, uso de substâncias, desemprego, perda de suporte social e familiar, impulsividade/agressividade, desesperança, psicopatologias, dor psíquica insustentável (Ikeda & Weirauch et al. citados por Baptista & Borges, 2005; Brezo & Dumais et al. citados por Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009; Teixeira, 2010; Schneidman citado por Teixeira, 2010; Neves et al., 2010c).

No mundo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS (2001), o número de suicídio cresceu em 60%, nos últimos três anos, todos os dias, cerca de três mil pessoas se suicidam e 60 mil tentam, mas sem êxito. Estima-se que, até 2020, mais de 1,5 milhões de cidadãos irão cometer suicídio por ano. Por ano em todo mundo, um milhão de pessoas cometem suicídio e entre 10 e 20 milhões de pessoas tentam se suicidar (Baptista & Borges, 2005; Souza, 2010).

O Brasil está entres os 10 países com maior índice de suicídio, diariamente morrem 24 pessoas por suicídio, e nos últimos anos tem se elevado a taxa passando de 4,0 por mil habitantes em 2000 para 4,7 em 2005. Sendo as taxas médias mais altas nas capitais: Boa Vista (7,6), Porto Alegre (7,3) e Florianópolis (6,5), e as taxas médias mais baixas nas capitais: Salvador (1,2) e no Rio de Janeiro (2,4). Pela ordem, os métodos mais utilizados são: enforcamento, envenenamento, arma de fogo. O uso de pesticidas para esse fim é comum na zona rural das regiões Sudeste e Nordeste do país. A ingestão de medicamentos apresenta percentuais mais altos em relação às mulheres (Chachamovich et al., 2009; Sousa, 2010).

2.3. Suicídio na infância e na adolescência

Atualmente, o suicídio é uma das maiores causas de mortalidade no mundo, sobretudo entre os jovens (McGirr et al. citados por Chachamovich et al., 2009). Isso sugere uma contradição, por ser a juventude culturalmente muito valorizada. Será que esses sujeitos preferem morrer jovens tomados pela “Síndrome” de Dorian Gray⁴? Talvez tenha um pouco disso, mas o suicídio nessa faixa etária constata que muitos jovens vislumbram um futuro apático, sem perspectiva de mudança, não acreditam na tal “luzinha no final do túnel”. Enfim, não se põem à prova, pois concluem precocemente que nem sequer vale a pena tentar viver.

A juventude de hoje é caracterizada pelo vazio existencial, por causa da frustração relacionada à motivação primária que é a vontade de sentido. O desejo suicida se manifesta por meio do tédio e da sensação de que a vida não representa nada. As sociedades evitam encarar a tensão no seio de onde é gerada e desloca a questão para o plano individual, e assim se legitimou as condutas autodestrutivas, vícios socializados, exploração irracional da natureza, crescente objetualização do próximo e de si mesmo e o risco atômico figuram entre as dramáticas evidências a drogadicção, a agressão e o suicídio que na atualidade apresentam proporções nunca vistas em outros momentos históricos (Kalina & Kovadloff, 1983; Hassoun, 2002).

No mundo, o suicídio é a terceira causa de morte entre os 15 e 34 anos, em alguns países chega a ser a primeira causa (Baptista et al. citados por Viana et al., 2008). Em 2001, constava como a terceira causa morte de jovens entre 15 e 24 anos e a segunda entre os adultos jovens de 25 e 34 anos (Sousa, 2010). No Brasil é a sexta causa morte em populações jovens e urbanas entre 15 e 24 anos (Sousa citado por Baptista & Borges, 2005).

Embora pouco estudado, o comportamento suicida na infância é raro, mas não excepcional, a criança, quase sempre, tem mais dificuldade para pôr sua intenção em prática. Na década de 1990, o número de suicídio infantil aumentou mais de 100%. Esse fenômeno decorre de fatores que, entre os principais, constam a depressão, a privação emocional, a falta de afeto, o abuso físico. Metade dos acidentes provocados pelas crianças, na verdade, são tentativas mascaradas de suicídio. Nas últimas décadas os métodos se tornaram mais agressivos, em mais de 80% dos casos vão do enforcamento às armas de fogo (Fensterseifer & Werlang, 2003; Dahlke, 2009).

A criança com tendência suicida costuma usar com grande intensidade o mecanismo de defesa de cisão (*splitting*), “prefere”(grifo nosso) se sentir má, para que possa manter os objetos externos (pais) como bons. Desse modo, à medida que seu ódio pelos pais aumenta, e torna a situação intolerável, surge a autopunição como única forma de aplacar esse sentimento (Cassorla citado por Fensterseifer & Werlang, 2003).

2.4. Suicídio de idosos

Hoje, entre 1-3% da população idosa apresenta transtorno depressivo profundo, e entre 8-16% têm sintomas depressivos significativos (Charney et al. citados por Carrasco, Gonzáles & Muñoz, 2011). Os idosos tentam suicídio com menos frequência do que os jovens, porém obtêm mais resultado, sendo responsáveis por 25% dos suicídios, embora perfaçam apenas 10% da população (Kaplan et al; León & Barros citados por Viana et al., 2008). No Brasil, a taxa de suicídio aumenta constantemente, sobretudo na faixa de pacientes acima dos 75 anos de idade (Neves et al., 2010b). Convém salientar que o ostracismo social e o abandono da família e dos filhos, a que muitos idosos são submetidos já se constitui, por si só, sua sentença de morte.

2.5. Os fatores desencadeantes do suicídio

É possível identificar quatro fases na vontade suicida: Intenção (esboça tendência, inclinações, interesses, impulsos nem sempre perceptível para a pessoa); Deliberação (apreciação e considerações de vários aspectos da vida); Decisão (demarca o momento culminante da ação) e Execução (conjunto de atos postos em funcionamento) (Sims citado por Meleiro, 2010a). As mulheres tentam suicídio com mais frequência, mas os homens⁵ (viúvos, solteiros e sem filhos) conseguem um índice maior de duas a três vezes, e por métodos mais agressivos, armas de fogo ou enforcamento, enquanto as mulheres usam remédios ou veneno (Marcus & Meleiro citado por Coelho et al., 2009; Souza, 2010).

Em oposição ao élan vital, no desejo de interromper a vida surgem impulsos patológicos que englobam o comportamento suicida, as automutilações e as autoagressões (Sá citado por Meleiro, 2010a). Segundo a World Health Organization - WHO (citada por Meleiro, 2010a), a OMS destaca três características psicopatológicas nos suicidas: Ambivalência (muitos não querem morrer, mas estão infelizes); Impulsividade (o impulso para cometer o suicídio é transitório), Rapidez (pensamento constante de suicídio, e não na saída da situação). Quando ao método, Meleiro (2010b), classifica em: Violento (enforcamento, queda de altura, mutilação, disparos, arma branca) e Não violento (intoxicação voluntária com droga, inalação de gases tóxicos). Mesmo transitório o impulso parece consistir no fator mais forte da determinação suicida, isso porque o ato impulso se executa quando a consciência está dominada por um afeto. O impulso é um ato que se origina por um repentino recalçamento da consciência ou razão (Stekel, 1968).

2.6. Aspectos psicológicos da ação suicida

Os dados estatísticos e a identificação das patologias, embora importantes, não dão conta do entendimento dos mecanismos utilizados pelo indivíduo para voltar-se contra si mesmo, para dá cabo da sua vida. Na visão de Frankl (1985, 1989), a vida tem um sentido incondicional, que pode ser relevado pela consciência intuitiva, condição norteadora na apreensão dos valores, assim o sujeito se lança na vida por meio da capacidade de amar, trabalhar e suportar o sofrimento, para encontrar seus significados.

Entretanto, nem todo suicídio é motivado por questões culturais ou pela conclusão de que a vida não tem sentido, mas também pela intenção de provocar algum sofrimento, objetivando vingança, o desejo de fazer alguém em particular ou grupo específico de pessoas, culpado/s da sua morte. O suicida não acaba com a infelicidade do seu ser, mas apenas retira o “eu”, uma vez que o seu passado permanece, portanto se fechando as possibilidades do futuro. Não se trata de atribuir um sentido a vida, inventar, porque o sentido da vida não pode ser inventado, mas descoberto (Frankl, 1989; Frankl citado por Xausa, 1986).

O ser humano precisa realizar seu potencial e viver plenamente sua capacidade de amar, se exprimir de maneira criativa e progredir espiritualmente (Feinstein & Krippner citados Dahlke, 2009). O homem só pode ser empurrado até certo ponto e nenhum passo a mais, se ultrapassar esse limite prefere a morte (Bettelheim citado Pellizzari & Almeida, 2001). Em geral, é o amor (pelos outros, pela arte, justiça, verdade ou por qualquer outro valor) e, em especial, a fé que estão entre as principais motivações que dão sentido a vida ou animam a viver. A pessoa que não tem fé não pode amar, fica deprimida, é a fé que a faz viver cada dia, cada provocação ou alegria, viver na realidade e agir (Lowen, 1983; Ferry, 2008a, 2008b; Dolto, 2010).

Enfim, diferente de Viktor E. Frankl, diríamos que o sentido da vida se inventa ou se constrói, grosso modo, o sentido da vida é o encontro com sua antítese, a morte. Descobrir supõe que a coisa já exista, resta apenas encontrar o caminho. Construir é singular, emana do sujeito, mas qualquer uma dessas formas estabelece a ligação do indivíduo com o seu existir. No suicida não há esse elo ou o mesmo foi rompido, se perdeu toda perspectiva de obter esse sentido, o sujeito se encontra no vazio, totalmente desvinculado (caso exista é para punir e culpar o outro) de qualquer objeto externo real, virtual, subjetivo e simbólico que possa lhe servir como “tábua de salvação”.

2.7. Depressão e suicídio

Hipócrates, o pai da medicina, dava a depressão o nome de melancolia que literalmente significa cólera negra ou doença da bile negra, mas, às vezes, a vivacidade exagerada esconde a depressão, ou seja, o indivíduo não apresenta, necessariamente, um semblante triste. O suicídio é um problema inseparável da depressão. Estima-se que 75% dos casos de suicídio têm a depressão profunda como sua principal causa. O depressivo atormenta-se com sua situação, sobrecarga emocional, rumina seu passado (Winnicott, 1990; Moraes et. al., 2006, Dahlke, 2009; Lafer & Nery, 2011).

Esta é a Era do vazio e dos antidepressivos, por todo lado há solidão, dificuldade de sentir, de ser transportado para fora de si, no que resulta na sociedade depressiva. Sem dúvida, a depressão é a doença deste tempo, na virada do século, o número de padecentes depressivos, passou a ser de 100.000 em cada milhão de indivíduos (Roudinesco, 2000; Lipovetsky, 2005; Dahlke, 2009; Bueno, 2011). Estima-se que, em 2020, os transtornos depressivos vão ocupar o segundo lugar entre as maiores causas de enfermidades, e 2030 podem alcançar o primeiro lugar (Mathers; WHO citados por Carrasco et al., 2011).

A sociedade, em nome do consumo, instiga ideais penosos e difíceis de ser alcançadas, mas introjetados como essenciais. O sujeito deprimido não vive para si, mas sim para o outro (dominante), diante desse objetivo é inatingível, sente-se desamparado, fica enraivecido, percebe que alguma coisa não funciona bem, mas não consegue mudar a situação, pois tem um plano de vida irreal, em relação ao qual não vê alternativa (Arieti citado por Moraes et al., 2006).

A depressão é caracterizada por um colapso parcial ou total da autoestima (morte emocional), o indivíduo se percebe incapaz ou aquém das aspirações do ideal do ego ou do superego, perdeu a fé que o impulsiona a lutar, de se lançar na vida e procurar suas extensões. A sensação de vazio interior lhe mostra que o conteúdo de sua vida e que suas vivências agora não tem mais sentido, sua existência se tornou um fardo bastante pesado (Lowen, 1983; Nietzsche, 2005; Gabbard citado por Moraes et. al., 2006; Dahlke, 2009), do qual, no mais breve dos tempos, precisa se livrar, mas, em outras palavras, termina por “jogar fora o bebê com a água do banho”.

2.8. Mecanismos psicológicos acionadores da morte

Como o indivíduo volta para si mesmo toda violência contida na frustração, e não para o exterior que até poderia transformá-lo em homicida? Gabbard (citado por Moraes et al., 2006) salienta que o suicídio é a vitimização do ego por um superego sádico, teria como causa uma

agressão passiva, uma autopunição ou um alívio do sofrimento (Moraes et. al., 2006). Estima-se que os suicidas sejam mais impulsivos e autoagressivos do que indivíduos que não cometem suicídio (Maser; Kim et al. citados por Ernst, Lalovic, Lesage, Seguin, Tousignant & Turecki, 2004; Dahlke, 2009).

Quando repudia as reivindicações da pulsão, a primeira tarefa do ego é chegar a termos com esses afetos. Amor, nostalgia, ciúme, dor e pesar acompanham os desejos sexuais; e o ódio, a cólera o furor nos impulsos de agressão. Para as exigências pulsionais a que estão associados sejam evitadas, esses afetos devem submeter-se a todas as medidas a que o ego recorre em seus esforços para dominá-los, ou seja, devem sofrer metamorfoses (Anna Freud, 2007).

O caráter impulsivo encontra-se entre o sintoma neurótico e o psicótico em determinados mecanismos específicos. Assim, a impulsividade e a agressividade podem, na forma patológica de processar o luto, ser a causa entre depressão maior e suicídio, uma vez que, o sadismo é investido contra o próprio eu - a avidez acredita que destruiu os objetos bons e amados dentro de si -, identificado, assim, como objeto perdido (Klein citada por Moraes et. al., 2006; Reich, 2009; Chachamovich et al., 2009; Pompili et al. citados por Chachamovich et al., 2009).

O conceito de falso *self*, forjado por Donald W. Winnicott, também ajuda nessa essa compreensão. Um falso *self* (si-mesmo) é a atitude social, se constrói como meio de submissão, uma função defensiva para proteger o *self* verdadeiro, num extremo de anormalidade, o falso *self* pode facilmente, por engano, ser tomado como real, assim o *self* real esta sob a ameaça de aniquilamento (Winnicott, 1988). Em suma, o suicida não consegue reafirmar o seu *self* verdadeiro.

O ódio reprimido volta-se contra o *self*, e forma uma camada negativa sobre os sentimentos de amor, que o impede de serem expressos. No suicídio, o ódio contra si mesmo é expresso, mas essa ação também contém o desejo inconsciente de destruir o “responsável” (grifo nosso, por considerar a sua multiplicidade de fatores) por esses sentimentos (Lowen, 1983). O suicida não elabora os lutos sobre suas perdas ou não as negocia com o superego que lhe exige atendê-lo como meta ideal. Por conseguinte, para ficar liberto da insistente cobrança tirânica do superego, dá cabo da própria vida.

O suicídio é a trágica denúncia individual de uma crise coletiva (Durkheim citado por Juan, 1983). Segundo Kalina e Kovadloff (1983), a existência tóxica implica num projeto de morte, isto é, viver suicidando-se, assim o sujeito não termina por se matar, mas termina de morrer. Ainda para esses autores, “se o suicida é um condenado à morte que executa a sentença fatal com suas próprias mãos, então é evidente que seus juízes e verdugos indiretos só podem estar ‘por trás’ do gesto aparentemente autônomo que lhe tira a vida” (p.19).

Para que o suicídio ocorra é indispensável uma previa “divisão em muitas partes” da personalidade, que possibilita o ataque de uma parte sobre outra. Então, a consumação desse assassinato exige a anulação da autoconsciência, a abolição do Eu (Kalina & Kovadloff, 1983 -

grifo dos autores). Essa divisão gera uma sobrecarga de ódio sobre a ilusão do um desconhecimento de si mesmo, “a ilusão é como um erro investido de afeto” (Freud citado por Castoriadis, 1999, p.122).

O que há de comum em todos os tipos de suicídio é o fato de que o indivíduo suicida não suporta as dores psíquica, orgânica e social (Pellizzari & Almeida, 2001), ou não se permite a essa dor. Ainda é difícil compreender as características da pessoa que comete suicídio, identificar quem, com potencial suicida, vai transformar suas fantasias ou ideias em atos, e também de como lidar com um demasiado sofrimento psicológico, para qual a única saída que se apresenta é o suicídio (Sperb & Werlang, 2002).

Uma vez que o iludido está cegado, é inútil a realidade se oferecer à sua percepção, não consegue percebê-la ou a percebe de maneira deformada, por está tão completamente atento à apenas aos fantasmas de sua imaginação e de seu desejo. A percepção do iludido é como que cindida em dois: o aspecto teórico, “aquilo que se vê”, emancipado artificialmente do aspecto prático, “aquilo que se faz” (Rosset, 2008).

Para Tanis (2003, p.82), “a pessoa precisa do olhar do outro para confirmar sua própria consistência e existência”. No caso do suicida esse olhar já não tem a menor relevância, porque ele foi cegado. Os objetos amorosos internalizados ou objetos transicionais⁶ não conseguem frear o impulso suicida. Do contrário, “egoisticamente”, por vezes, não pergunta se o outro quer morrer, é o caso do pai que se mata junto com o/s filho/s ou do amante que mata a parceira e depois se mata. Esses assassinatos são justificados como fazendo parte da preocupação de que o mundo não faça seu ente querido sofrer, e que seu objeto de amor não possa pertencer a mais ninguém.

Em 90% dos casos de suicídio, apresentam distúrbios psiquiátricos, os 10% restantes não apresentam psicopatologias importantes ou tinham alterações psicopatológicas mais sutis, incapaz de ser detectadas pela autópsia⁷ psicológica (Ernst et al., 2004; Dahlke, 2009). Em geral, o suicida não deixa pistas explícitas do seu ato, e nem sempre a autópsia psicológica trás dados elucidativos. Antes de qualquer conhecimento que possa servir de base preventiva, na realidade o ser humano tem uma curiosidade nata para saber as razões que levaram ao acontecido, como se isso fosse desfazer o fato. Talvez, a necessidade de saber atenuem um pouco a impotência, a angústia ou a culpa, assim torna no seu imaginário esse fenômeno menos enigmático ou suportável.

Como forma de abordagem preventiva, entre outras medidas apresentadas por Correa e Barrero (citados por Neves et al., 2010b), destacamos: 1) educar criança e jovens no manejo de situações conflituosas; 2) Combater o alcoolismo e a drogadicção; 3) Promover suporte social e médico aos grupos mais vulneráveis (idosos, desempregados, minorias étnicas, migrantes), ou seja, indivíduos com pouca inserção; 4) Evitar informação sensacionalista sobre suicídio nos meios de comunicação.

III - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sejam por quais motivos forem, parece que o gatilho ativador da decisão suicida tem uma relação direta com a perspectiva internalizada de um ideal que esbarra numa realidade impeditiva à sua realização. Em vista disso, o indivíduo não consegue negociar com o superego ou se dá o perdão pelo aborto ou fracasso desse sonho, não consegue elaborar o luto⁸ das suas perdas reais ou imaginárias. Nesse sentido, Bauman (2011, p.62) afirma que, “honestamente ou não, todo dia nos dizem que as possibilidades são ilimitadas e que cabe a nós determinar e escolher as mais adequadas; o que é mais importante, somos punidos por não conseguir encontrá-las, como se fosse verdade o que nos disseram sobre sua disponibilidade”.

O suicídio é um tabu social porque fere o princípio bíblico de que “só Deus tem o poder de tirar e dá a vida”, assim sendo o imaginário popular lhe atribui às forças demoníacas e ao pecado, e os estudiosos procuram identificar nesse gesto alguma patologia, mas patológicos são, antes de tudo, quase todos os seguimentos sociais.

Finalmente, o suicida imprime um débito de culpa na família e no entorno. Assim, numa sociedade individualista, nada mais cômodo do que pensar o suicídio como um gesto tresloucado, meramente pessoal, do que fazer uma alguma ponte com o mal-estar social. Estar implícito que, para sobreviver na “selva de pedra”, somente é possível quando se incorpora algum traço patológico. Em vista disso, são esses sujeitos que geralmente sabem tirar vantagens ou são os mais bem sucedidos nesses contextos patologizantes.

NOTAS:

1. O filme japonês A Balada de Narayama (Imamura, 1983), mostra a inconformidade de um primogênito com a tradição (fim do século XIX), em ter que deixar sua mãe de 70 anos de idade, no topo gelado da montanha Narayama, para morrer sozinha, enquanto a idosa aceita plenamente o que esse destino lhe reserva.
2. Cabe salientar que, na perspectiva das ciências sociais e psicológicas contemporâneas, a religião não é mais tida como apenas um sistema defensivo ou de alienação (Gastaud, Souza, Braga, Horta, Oliveira, Sousa & Silva, 2006).
3. A ideiação suicida se caracteriza pela perda da vontade de viver, pelo desejo de estar morto ou acabar com a própria vida, pode ser algo que está a pensar neste momento ou que já pensou e registrou na memória para usar futuramente (Viana, Zenkner, Sakae & Escobar, 2008; Teixeira, 2010).
4. Com base no livro de Oscar Wilde, O Retrato de Dorian Gray, o indivíduo suicida poderia ser como um esse personagem, aspirando fugir de si mesmo, não consegue alcançar o ideal e, percebendo o descompasso entre seu eu real e a sua imagem idealizada deseja destruir o retrato, também morre porque um se encontra mesclado no outro (Fenichel, 1981).
5. Essas características também estão presentes nas populações indígenas. No período de 2000-2007 em São Gabriel da Cachoeira, município predominantemente indígena do Estado do Amazonas, foram registrados 44

suicídios de indígenas do sexo masculino e solteiros. A maioria dos óbitos ocorreu em casa, no final de semana, sobretudo por enforcamento (Souza & Orellana, 2012).

6. Para Winnicott (1990, p.126), “o ‘objeto transicional’, ou primeira possessão, é um objeto que o bebê criou [...], na realidade sabemos que se trata da ponta de um cobertor ou da franja de um chale ou de um brinquedo”.
7. O método padrão para avaliar psicopatologias em suicidas é a autópsia psicológica, que consiste em entrevistas com informantes mais próximos a vítima (Hawton et al. citados por Ernst et al., 2004).
8. Para Parkes (1998, p.199), “o luto é um processo de aperceber-se, de tornar real o fato da perda”.

REFERÊNCIAS

- Baptista, M. N., Borges, A. (2005). Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estudos de Psicologia*, 22 (4), 425-431.
- Bauman, Z. (2011). *Bauman sobre Bauman: diálogos com Keith Tester*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Bueno, J. R. (2011). A Era dos antidepressivos. *Revista Debates em Psiquiatria*, Ano 1 (1), 6-14.
- Carrasco, M. M., Gonzáles, F. E., Muñoz, H. P. (2011). Prevención de la depresión en el anciano. *Revista Debates em Psiquiatria*, Ano 1 (2), 26-30.
- Castoriadis, C. (1999). *Feito a ser feito: as encruzilhadas do labirinto V*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol. 31, (1), 18-25.
- Coelho, E. R., Azevedo, F., Gauer, G. J. C., Neto, A. C. (2009). Suicídio de internos em um hospital de custódia e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58 (2), 92-96.
- Comte-Sponville, A. (2009). *A vida humana*. (2a tiragem). São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Dahlke, R. (2009). *Depressão: caminhos de superação da noite escura da alma*. São Paulo: Cultrix.
- Dolto, F. (2010). *A fé à luz da psicanálise*. [entrevistada por Gérard Sévérin]. Campinas: Verus.
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos, seguido de "envelhecer e morrer"*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Ernst, C., Lalovic, A., Lesage, A., Seguin, M., Tousignant, M., Turecki, G. (2004). Suicídio e ausência de psicopatologia em eixo I. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26 (3), 268-273.

Fenichel, O. (1981). *Teoria psicanalítica das neuroses*. Rio de Janeiro / São Paulo: Atheneu.

Fensterseifer, L., & Werlang, B. S. G. (2003). Suicídio na infância – será a perda da inocência? *Psicologia Argumento*, 21 (35), 39-46.

Ferry, L. (2008a). *Vencer os medos: a filosofia como amor à sabedoria*. São Paulo: WMF Martins Fontes.

_____. (2008b). *O que é uma vida bem-sucedida? : ensaio*. (2a edição). Rio de Janeiro: DIFEL.

Frankl, V. E. (1985). *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. São Leopoldo: Sinodal / Petrópolis: Vozes.

_____. (1989). *Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo*. Aparecida: Santuário.

Freud, A. (2007). *O ego e os mecanismos de defesa*. (Reimpressão). Porto Alegre: Artmed.

Gastaud, M. B., Souza, L. D. M., Braga, L., Horta, C. L., Oliveira, F. M., Sousa, P. L. R., Silva, R. A. (2006). Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Vol. 28 (1), 12-18.

Hassoun, J. (2002). *A crueldade melancólica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Imamura, S. (1983). *A balada de Narayama* (filme). Japão.

Juan, L. (1983). O pecado de “HYBRIS” In Kalina, E., & Kovadloff, S. (Orgs.). *As cerimônias de destruição*. Rio de Janeiro: F. Alves.

Kalina, E., & Kovadloff, S. (1983). *As cerimônias de destruição*. Rio de Janeiro: F. Alves.

Lafer, B., & Nery, F. G. (2011). Tratamento da depressão bipolar. *Revista Debates em Psiquiatria*, Ano 1 (5), 14-20.

Lipovetsky, G. (2005). *A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo*. Barueri: Manole.

Lowen, A. (1983). *O corpo em depressão: as bases biológicas da fá e da realidade*. São Paulo: Summus.

Meleiro, A. M. A. S. (2010a). Avaliação médico-psiquiátrica do risco de suicídio. *Debates Psiquiatria Hoje, Ano 2 (5)*, 10-15.

_____. (2010b). Após a tentativa, o que fazer? *Debates Psiquiatria Hoje, Ano 2 (5)*, 30-35.

Moraes, M. H., Silva, E. M., Neto, F., Silva, G. S., Rabello, J. K., Guerra, L. J. (2006). Depressão e suicídio no filme “As Horas”. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Vol.28 (1)*, 83-92.

Neves, F., Corrêa, H., Nicolato, R. (2010a). Uma proposta para o fortalecimento da rede de cuidados em saúde mental. *Debates Psiquiatria Hoje, Ano 2 (5)*, 24-29.

_____. (2010b). Propostas de serviços e ações a serem executadas. *Debates Psiquiatria Hoje, Ano 2 (5)*, 36-40.

_____. (2010c). Pesquisa em suicídio, perspectivas de aplicação na clínica. *Debates Psiquiatria Hoje, Ano 2 (5)*, 43-46.

Nietzsche, F. W. (2005). *Assim falou Zaratustra*. (1a edição). São Paulo: Rideel.

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

Pellizzari, E. M. L., & Almeida, R. A. (2001). Suicídio: a metáfora de Dorian Gray. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Vol. 50*, 69-76.

Reich, W. (2009). *O caráter impulsivo: um estudo psicanalítico da patologia do ego*. São Paulo: WMF Martins Fontes.

Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Rosset, C. (2008). *O real e seu duplo: ensaio sobre a ilusão*. (2a edição). Rio de Janeiro: José Olympio.

Schiller, P. (2000). *A vertigem da imortalidade*. São Paulo: Companhia das Letras.

Schopenhauer, A. (2004). *Metafísica do amor, metafísica da morte*. (2a edição). São Paulo: Martins Fontes.

Silva, M. A. D. (1994). *Quem ama não adoce*. (4a edição). São Paulo: Best Seller.

Souza, F. (2010). Suicídio - dimensão do problema e o que fazer. *Debates Psiquiatria Hoje, Ano 2 (5)*, 6-8.

Souza, M. L. P., & Orellana, J. D. Y. (2012). Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(1), 34-37.

Sperb, I. W., & Werlang, B. S. G. (2002). Suicídio em uma população rural e urbana de pequeno porte. *Boletim de Psicologia, Vol. LII (117)*, 159-182.

Stekel, W. (1968). *Atos impulsivos*. São Paulo: Mestre Jou.

Tanis, B. (2003). *Circuitos da solidão: entre a clínica e a cultura*. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP.

Teixeira, J. M. (2010). Uma abordagem fenomenológica do suicídio. *Debates Psiquiatria Hoje, Ano 2 (5)*, 16-21.

Viana, G. N., Zenkner, F. M., Sakae, T. M., Escobar, B. T. (2008). Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (1), 38-43.

Winnicott, D. W. (1988). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (2a edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

_____. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.

Xausa, I. A. M. (1986). *A psicologia do sentido da vida*. Petrópolis: Vozes.