

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA – UNIPÊ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
CURSO DE PSICOLOGIA

GILBERTO GOMES BARRETO FILHO

**DEPRESSÃO ENQUANTO INFLUENCIADOR DO ATO SUICIDA: fatores
multicausais e tratamento psicanalítico**

João Pessoa
2019

GILBERTO GOMES BARRETO FILHO

**DEPRESSÃO ENQUANTO INFLUENCIADOR DO ATO SUICIDA: fatores
multicausais e tratamento psicanalítico**

Monografia apresentada a Coordenação do Curso de Psicologia do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Ms. Leda Maria Maia Rodrigues de Carvalho.

João Pessoa
2019

B273d Barreto Filho, Gilberto Gomes.

DEPRESSÃO ENQUANTO INFLUENCIADOR DO ATO
SUCIDA: fatores multicausais e tratamento psicanalítico/
Gilberto Gomes Barreto Filho.- João Pessoa, 2019. 56f.

Orientador (a): Prof^a. Ms. Leda Maia de Carvalho
Monografia (Curso de Psicologia) – Centro Universitário de
João Pessoa – UNIPÊ

1.Suicídio. 2.Depressão. 3.Psicanálise. I. Título.

GILBERTO GOMES BARRETO FILHO

**DEPRESSÃO ENQUANTO INFLUENCIADOR DO ATO SUICIDA: fatores
multicausais e tratamento psicanalítico**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, como requisito parcial para a obtenção do título de Psicólogo, obtendo Conceito

Data: _____

- Aprovado
 Reprovado

BANCA AVALIADORA

Profa. Ms. Leda Maria Maia Rodrigues de Carvalho
(Orientadora - UNIPÊ)

Profa. Dra. Márcia Magalhães Ávila Paz
(Membro – UNIPÊ)

Profa. Ms. Maria Jozina Ferreira
(Membro – UNIPÊ)

À minha esposa Ana Lúcia Barreto e minhas
filhas Melissa e Yasmim, dedico com amor.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida e a força de vencer cada dia uma luta inimaginável.

Aos meus pais, Gilberto Barreto e Maria Aparecida Barreto, por me proporcionarem as oportunidades.

Aos meus irmãos pela admiração e respeito que a mim dispensam.

Aos pacientes da Clínica-Escola de Psicologia do UNIPÊ, pela confiança de entregarem suas angústias e caminharmos juntos pelo autoconhecimento.

Aos queridos Mestres pela dedicação e generosidade de compartilhar os conhecimentos.

À Professora Ms. Leda Maria Maia Rodrigues de Carvalho pela conduta ética, profissional e humana como conduziu todo o processo no qual esteve envolvida.

Às estimadas Profa. Dra. Márcia Magalhães Ávila Paz e Profa. Ms. Maria Jozina Ferreira, pela disponibilidade em comporem minha banca avaliadora.

Aos amigos queridos feitos ao longo da caminhada, em especial Helisa Guerra, Rita Carlos e Diana Gondim.

A minha psicanalista Dra. Maria Marluce Castor, minha admiração.

Ao CEMAVE – Centro Nacional de Pesquisa e Conservação de Aves Silvestres, meu local de trabalho, pertencente ao ICMBio – Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade, na pessoa do Dr. João Luiz Xavier do Nascimento (grande e estimado amigo) e da atual Coordenadora Priscilla Prudente do Amaral, meus profundos agradecimentos pelo imenso apoio através da concessão de horário especial de trabalho.

A minha família pela compreensão e força nos muitos momentos de isolamento para realização desta conquista.

“... o ego não é o senhor da sua própria morada...”.
Freud, 1917

RESUMO

O suicídio na atualidade vem se destacando como uma das maiores causas universais de mortalidade, especialmente entre adultos jovens e idosos. Considerado um fenômeno complexo e multidimensional tem sido largamente estudado, constatando-se que dentre os diagnósticos psiquiátricos associados, enquanto fator influenciador se destaca a depressão. O presente trabalho pretende revisar as contribuições acerca das características clínicas da depressão que se encontram vinculadas a casos de suicídio pelo enfoque da teoria psicanalítica, fazendo uma interface entre traços psicopatológicos de agressão e impulsividade que parecem exercer um papel relevante no desencadeamento de atos suicidas. No campo da pesquisa sobre comportamento suicida, os estudos têm tido caráter pragmático e produziram um panorama de fatores claramente associados ao suicídio, sem, no entanto, oferecer uma amarração teórica consistente para os achados. Em geral, a detecção e o tratamento da depressão são fatores capazes de reduzir as taxas de mortalidade pelo autoextermínio, desde que tratado de forma multidisciplinar.

Palavras-chave: Suicídio. Depressão. Psicanálise.

ABSTRACT

Suicide today has emerged as one of the greatest universal causes of mortality, especially among young and old adults. Considered to be a complex and multidimensional phenomenon, it has been widely studied, evidencing that among the associated psychiatric diagnoses, depression stands out. The present work intends to review the contributions about the clinical characteristics of depression that are linked to cases of suicide by the approach of psychoanalytic theory, making an interface between psychopathological traits of aggression and impulsiveness that seem to play a relevant role in the triggering of suicidal acts. In the field of research on suicidal behavior, studies have been pragmatic in nature and produced a panorama of factors clearly associated with suicide, without, however, offering a consistent theoretical mooring for the findings. In general, the detection and treatment of depression are factors capable of reducing mortality rates by self-extermination, since they are treated in a multidisciplinary way.

Keywords: Suicide. Depression. Psychoanalysis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SUICÍDIO AO LONGO DO TEMPO	13
2.1 SUICÍDIO: DA ANTIGUIDADE AO ILUMINISMO	13
2.2 SUICÍDIO NA CONTEMPORANEIDADE	17
2.3. SUICÍDIO E DEPRESSÃO: CORRELAÇÃO E INCIDÊNCIA NOS DIAS ATUAIS.	21
3 DEPRESSÃO E SUICÍDIO: OLHARES MULTICAUSAIS	24
3.1 DEPRESSÃO DA ANTIGUIDADE A CONTEMPORANEIDADE	24
3.1 O SUICÍDIO SOB A ÓTICA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS	27
3.3 DEPRESSÃO ENQUANTO FATOR INFLUENCIADOR PARA O SUICÍDIO.	30
3.4 PARALELO ENTRE DEPRESSÃO E SUICÍDIO: COMPREENSÃO DA PSICANÁLISE.	32
4 A CLÍNICA PSICANALITICA DA DEPRESSÃO COM PRESENÇA DE IDEACÃO SUICIDA	36
4.1 MANEJO CLÍNICO DA DEPRESSÃO COM PRESENÇA DE IDEACÃO SUICIDA	37
4.2 BANALIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO DA DEPRESSÃO COMO FATORES POTENCIADORES DO SUICÍDIO.	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da existência humana a morte adquire significados diversos à medida que congrega aspectos físicos, psicológicos e sociais. É, portanto, na ótica de Durkheim (1897/2014), um acontecimento universal e irrecusável. Ninguém escapará da morte, indubitavelmente, entretanto, as formas de morrer são diversas de acordo com fatores como tempo, cultura e espaço. A concepção que o homem tem de vida e a que tem de morte fazem parte de um único comportamento fundamental.

A morte, portanto, é um tema que têm amplas relações com as características de cada cultura, cada período histórico e crenças religiosas, por se tratar de tema delicado e controverso da história cultural da humanidade, é elemento estrutural para o entendimento do homem, pois o ser humano só se reconhece a partir da aceitação de sua finitude. O que, segundo Simmel (2005), é a partir do reconhecimento da morte, que a vida torna-se mais plena, uma vez que a consciência do fim embasa um olhar diferenciado sobre o presente, dando forma à vida.

Partindo-se dessas premissas, tendo em vista que o presente trabalho tem por objetivo geral compreender os fatores, presentes na depressão, que levam ao suicídio, necessário se faz definir a melancolia que, de acordo com Freud (1895/1996a), refere-se ao empobrecimento do ego, o sujeito sente-se vazio, desprovido de valor, inútil e desprezível. O paciente melancólico sente-se culpado até pela ligação com seus parentes, como se esses fossem prejudicados por manterem um vínculo com alguém de tão pouco valor. Na atualidade o termo melancolia quase cai em desuso, passando-se a ser compreendido como depressão.

Importante destacar que a ideação suicida, enquanto imagem ou projeto do próprio suicídio é compreendida a partir de uma noção bifatorial que pode ser representada pela presença de pensamentos de morte, ou pela ausência de pensamentos de vida, ou ainda estes afetos relacionados, sendo objeto de estudo em áreas distintas do conhecimento.

Consenso que o suicídio continua sendo um importante problema de saúde pública e social que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mata anualmente cerca de um milhão de pessoas em todo o mundo. A estimativa é que quase três mil pessoas cometam suicídios todos os dias no mundo – um a cada 40 segundos. Fatores demográficos específicos e grupos da população, dentre eles, os mais vulneráveis como jovens, idosos e socialmente isolados, sendo que estes últimos estão na maior necessidade de esforços de prevenção (OMS, 2012).

Pretende-se com o presente estudo, compreender o suicídio, tendo como fator influenciador a depressão, a partir da revisão literária sob a ótica da psicanálise e suas repercussões na atualidade que, de acordo com Cajueiro (2012), consiste na análise fundamentada em artigos, dissertações, monografias, teses e livros correlatos à temática abordada na pesquisa. Para tanto, estabeleceu-se como objetivos específicos, descrever um percurso histórico sobre o suicídio ao longo do tempo, estabelecer um paralelo entre depressão e suicídio e investigar possíveis formas de tratamento psicanalítico para os sujeitos depressivos com a presença ideações suicidas.

A relevância do contexto da vida interrompida, sobretudo entre jovens, em especial no cenário brasileiro, com recentes casos noticiados pela mídia, chama a atenção para um fenômeno mundial e ascendente que requer constantes esforços para compreensão. Nestes aspectos surge o seguinte questionamento: De que forma a depressão pode influenciar o sujeito ao ponto dele cometer suicídio? Assim, o trabalho em questão será dividido em três capítulos, sendo o primeiro relacionado aos aspectos históricos do suicídio ao longo do tempo. No segundo trataremos das multicausas envolvidas no suicídio. Por fim, no terceiro capítulo, discutiremos o manejo clínico sob a ótica da abordagem psicanalítica.

Diante disto, partindo-se da importância de apreender a depressão enquanto afeto influenciador relacionado ao suicídio justifica-se o presente trabalho, a partir de um cenário mundial de sofrimento psíquico, que ceifa vidas cada vez mais cedo, demandando compreender este fenômeno do ponto de vista das concepções psicanalíticas acerca do adoecimento do sujeito, frente à subjetividade do enfrentamento dos sentimentos construídos na contemporaneidade.

2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SUICÍDIO AO LONGO DO TEMPO

O suicídio enquanto fenômeno social deve-se a ‘fragilidade moral’ da contemporaneidade como a raiz de todos os males. Por um lado, a psiquiatria compreende a morte voluntária como um fenômeno individual, enquanto que as ciências sociais o descrevem como um comportamento coletivo. Apesar de algumas divergências, é consenso que este é um fenômeno multideterminado, presente em todas as faixas etárias, culturais e econômicas e constitui-se em um tema de grande complexidade, o que dificulta que os pesquisadores estabeleçam uma relação causal entre o ato e um motivo causador exclusivo (DUTRA, 2002; MENEGHEL *et al.*, 2004; DURKHEIM, 1897/2014).

Indispensável reconhecer que o suicídio é um grave problema de saúde pública, estando entre as dez principais causas de morte na população mundial, além disso, ocupa o terceiro lugar no grupo com idade entre 15 e 34 anos e o segundo lugar em pessoas acima de 65 anos, com taxas variando em função do contexto social, gênero, meios utilizados e faixa etária. Recentemente, tal fenômeno tem sofrido incremento significativo, principalmente nas populações juvenis, mas em grande medida passível de prevenção, razão pela qual se trona indispensável seu espaço de fala e discussão.

Tendo em vista a complexidade e os diferentes olhares existentes sobre o tema, necessário se faz uma contextualização histórica para melhor compreensão e situação do fenômeno do ponto de vista da sua evolução na humanidade e o lugar que ocupa na sociedade atual.

2.1 SUICÍDIO: DA ANTIGUIDADE AO ILUMINISMO

Desde onde se tem registro o termo suicídio, do latim *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar) – foi criado em 1737 pelo botânico francês René Louiche Desfontaines, cujo significado literal é “ação de matar a si mesmo”. Representa, sobretudo, a necessidade de buscar a morte como um refúgio para o sofrimento que se torna insuportável. Esta ação voluntária e intencional parte do ponto de vista que a morte significa o fim de tudo, um mergulho no nada, visão esta acentuada pelo viés materialista que envolve a nossa civilização (SANTANA, 2018).

Entretanto, o termo suicídio, utilizado atualmente para falar sobre as mortes voluntárias, já foi tratado como pecado, crime, mal, patologia e loucura, em diversas épocas

da história. É, principalmente, a partir de Santo Agostinho (354 – 430), que o ato passa a ter uma conotação pecaminosa. Tomás de Aquino (1266 – 1273) compreendia o homem como pertencente à sociedade, de modo que tirar a própria vida prejudicava toda a comunidade (MENDES, 2013; BRUNHARI; DARRIBA, 2014).

Na Antiguidade Clássica é possível encontrar uma pluralidade de opiniões acerca do autoextermínio. Na história grega acham-se casos de suicídios por motivos de patriotismo, remorso, fidelidade, amor, castidade, fuga da senetude da velhice, dentre outros. Deste modo, existiam correntes que defendiam que o indivíduo não devia se matar sem o consentimento prévio da comunidade, pois isso seria um ataque à estrutura comunitária. No contexto romano, como por exemplo, em Atenas, o suicídio era considerado legítimo para níveis sociais mais altos (CAEIRO, 2011; GONÇALVES; GONÇALVES; OLIVEIRA JUNIOR, 2016).

Na Grécia clássica, em Atenas, o suicídio era considerado legal quando se recebia a autorização do Senado, o que ocorria em comum acordo com o consentimento comunitário. Nesse período, o suicídio era considerado um ato injusto com a comunidade, merecedor de desprezo e perda das honras de sepultura regulares. As mãos do suicida, em caracterização material da desonra, eram cortadas e enterradas separadamente do restante do corpo. Tal ato, de cortar as mãos das pessoas que cometiam o suicídio, também acontecia em Esparta, Chipre, Tebas, Céos e Marselha. A condenação ocorria quando não se tinha a concessão das autoridades competentes ao caso. Para efeito, os magistrados detinham reserva de veneno de Cicuta, que era fornecido aos que tinham seus requerimentos aprovados, ou seja, com a autorização para o suicídio lícito (DURKHEIM, 1895/2000).

Ainda na Idade Média, de acordo com Berenchtein Netto (2013) passa a ser compreendido como crime, porque lesava os interesses da Coroa. Desta forma, aqueles que se matavam tinham seus bens confiscados e os cadáveres eram penalizados. Com a separação entre a Coroa e a Igreja, o poder médico passa a ocupar um lugar privilegiado no controle da sociedade, de maneira que eles definem a negatividade da morte voluntária, deslocando o fenômeno do pecado à patologia e qualificando-o como loucura.

Por outro lado, na Roma Antiga, aos escravos e soldados, provavelmente por razões econômicas, era negado o ato suicida, mas não existia nenhum interdito legal contra homens livres que os impedissem de tirar a própria vida, logo, a legitimidade do suicídio dependia da classe socioeconômica a qual o indivíduo pertencia. Por outro lado, a legislação influenciada pela cultura helenística grega, o cidadão romano que desejava se matar precisava apresentar suas razões ao Senado que iria decidir, como aceitáveis ou não os argumentos e determinaria

até mesmo o gênero do evento morte, ou seja, era imposta pelo Senado a forma de execução do ato suicida. Os soldados, no entanto, quando justificadas e provadas suas motivações para a tentativa de suicídio eram expulsos do exército. Mas, se provado que o incentivo era erro militar, teriam seu testamento anulado e os seus bens confiscados. De fato, o suicídio era um ato praticado na Idade Média por pessoas de todas as classes sociais e de ambos os sexos, sendo sujeito à severa punição (CAEIRO, 2011; ASSUMPCÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018).

De acordo com Figueiredo (2001), há registros que os guerreiros dinamarqueses possuíam a crença de que o falecimento por morte natural era motivo de vergonha, desta forma, recorriam ao suicídio para a manutenção do nome e da honra. Em civilizações antigas como Visigodos, Trácia, Céos e Hérulos – povo germânico ao sul da Escandinávia - os idosos atiravam-se do alto de um monte em busca da morte ou bebiam cicuta, que provinha de uma planta venenosa de mesmo nome. Na Gália, região da França que pertencia ao império Romano, a morte de um chefe ou príncipe acarretava aos servos a obrigação de também morrer.

Ainda segundo o mesmo autor, no Egito, a morte de Faraós e dos donos de escravos ocasionava também a morte de seus servos, que eram considerados objetos pertencentes aos donos, sendo, muitas vezes, enterrados e deixados para morrer juntamente com o cadáver de seus senhores. Ainda, no Egito, Cleópatra, reunia diferentes tipos de venenos e os experimentava em condenados, aferindo seus efeitos colaterais e dor. Por esta aferição, é possível, imaginar a escolha da rainha por suicidar-se com a picada de uma serpente europeia, a Áspide, uma vez que ocasiona ao indivíduo desânimo e condução a uma morte suave (FIGUEREDO, 2001).

Segundo Durkheim (1897/2014, p.358) *apud* Medeiros (2008):

[...] Mal as sociedades cristãs se constituíram, o suicídio foi formalmente proibido. Em 452, o concílio de Arles proclamou[...] era um crime e que só podia ser consequência de uma fúria demoníaca. [...], em 563, no concílio de Praga, que essa prescrição recebeu uma sanção penal. Decidiu-se que os suicidas não seriam ‘honrados com nenhuma comemoração do santo sacrificio da missa e que o cântico dos salmos não acompanharia o seu corpo na descida ao túmulo’. A legislação civil inspirou-se no direito canônico e acrescentou às penas religiosas às penas materiais.

Nesse sentido, o suicida deveria ser punido de modo a servir de exemplo negativo perante toda a comunidade. Assim, era condenado e ultrajado mesmo depois de sua morte por ter transgredido as regras de viver em sociedade.

As sociedades Cristãs consideravam o suicídio como um produto de atuação maligna ou demoníaca. Em 563, no Concílio de Constância, incluiu-se legalmente o impedimento de qualquer forma de solenidade ou sacrifício de missa aos que cometiam suicídio. Além disso, os bens eram confiscados e retirados dos herdeiros naturais e empossados pelo barão das regiões onde viviam os falecidos. Não somente o confisco patrimonial era imposto aos casos de suicídio, em alguns casos, na França, o cadáver era pendurado pelos pés e exposto a público, além de arrastado, sobre uma grade e, o homem, era pendurado, e a mulher, queimada, e nem mesmo o estado de insanidade mental atenuava a repulsa pelo ato ou o rigor sobre a penalidade (DURKHEIM, 1895/2000).

Com o Renascimento, surge uma maior valorização da subjetividade e da individualidade, com isto, houve também um aumento progressivo da tendência ao isolamento, o que pode contribuir para gerar sentimentos de angústia, solidão e inquietude. Tais sentimentos advindos do egocentrismo podem ter colaborado para que pessoas tirassem a sua própria vida. Somente no Renascimento, uma época mais romântica, o suicida foi resgatado e em torno dele instituiu-se uma aura de respeito e de certo fascínio (SANTANA, 2018).

A partir do Iluminismo, ocorre uma mudança da base teórico-hermenêutica de construção de uma visão sobre o suicídio, a partir da valorização do ato da ordem do humano configurado dentro de um contexto social e psicológico. Não obstante, os filósofos iluministas não possuíam uma posição determinada ou sistematizada sobre o tema. O suicídio abandona pouco a pouco este lugar de atos contra naturais, mas permanece descriminalizado e objeto de exacerbadas discussões, que contribuem para desmistificar, secularizar e banalizar a morte voluntária, por esta razão, depois do período revolucionário, as autoridades morais e políticas, dominadas pelo espírito de reação e de restauração, esforçam-se com vigor para voltar a colocar o suicídio entre o conjunto de proibições contranatura que, em sua opinião, nunca daí devia ter sido afastado, desta maneira, defende conseguir minimizar os efeitos das ações suicidas (MINOIS, 1988 *apud* CAEIRO, 2011).

Desse modo, de acordo com o que defende Berenchein Netto (2013), é preciso considerar o suicídio enquanto um fenômeno sóciohistórico e superar qualquer forma de reducionismos que possa existir. É imprescindível questionar as verdades e os conhecimentos hegemônicos, a fim de desconstruí-los, para que os psicólogos possam se reconhecer enquanto profissionais alinhados com a perspectiva do compromisso social, preocupados com a promoção e a criação de estratégias que objetivem mudanças e transformações nas relações sociais que constituem causas determinantes do suicídio. Na contemporaneidade os índices

relativos ao autoextermínio têm aumentado a cada ano, fenômenos como crianças e adolescentes, cada vez mais precocemente, e idosos, tem alertado para a necessidade de discutir o assunto como forma de prevenir o ato suicida.

2.2 SUICÍDIO NA CONTEMPORANEIDADE

Na atualidade, de acordo com o professor Berenchtein Netto (2013, p.16), “por não gostar e não querer saber da morte busca-se também a manutenção da vida, a qualquer custo. Busca-se fazer o possível e o impossível para se manter as pessoas vivas, independentemente das consequências que isso possa trazer para as próprias pessoas”. Assim, ao cometer o suicídio, o sujeito estaria violando o poder sobre a vida e a morte. Nesse sentido, a forma negativa com que o suicídio é tratado na sociedade implica uma estigmatização do sujeito que se mata voluntariamente, o que repercute em uma das dificuldades de se trabalhar com os dados sobre o fenômeno.

Carvalho (2014) *apud* Freitas (2015), em uma visão mais Lacaniana, aponta que o sujeito que escolhe morrer, em geral, está envolvido em uma angústia avassaladora, ou seja, é um sujeito atravessado pela invasão real no corpo. Nestes casos a angústia é sempre de castração, portanto, a morte não é a causa da angústia, mas uma forma de exterminá-la. A vida marcada pela impossibilidade faz do suicídio algo que dê sentido a uma vida vazia, permeada por uma série de encontros faltosos com o real e o abandono pelo Outro. Cremasco e Brunhari (2009) reconhecem no suicídio uma singularidade, onde o sujeito que morre se torna um símbolo, ou seja, a morte faz do sujeito uma espécie de marco para os demais. No caso do suicídio esta característica é exacerbada, remetendo ao fato de que há beleza no cair, constatação horrenda e contagiosa, no entanto, bela se comparada a importância de se tornar um signo (LACAN, 1957/1999).

A morte na atualidade ainda se configura, na sociedade, como um tabu, em geral não se fala sobre isto, pois está na contramão da ciência. Diante disso, o autoextermínio remete a um problema ainda maior em uma sociedade que não quer saber da morte, que busca escondê-la ou afastá-la a todo custo para impedir que ela aconteça. Alguém que tente ou que consiga tirar a própria vida voluntariamente é chamado de louco, no jargão do senso comum (LEMES, 2017).

Freud, em suas obras, não se dedica especificamente a escrever sobre suicídio, mas fala sobre a morte. Para falar da morte, ele escreve “Reflexões para os tempos de guerra e

morte” no qual trata sobre a perturbação humana diante da ideia da própria morte, afirmando que:

De fato, é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores. [...] no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido da própria imortalidade (FREUD, 1913/1996b, p. 299).

Diante disso, compreende-se que o apego humano à vida e a dificuldade em aceitar e conviver com a certeza de sua finitude entra em confronto com os registros inconscientes de que não existiria amparo para suportar este fim através da aniquilação da própria vida. Podemos pensar que as motivações que conduzem o sujeito ao suicídio vão contra a natureza humana que não busca a morte, mas a sua negação (FREUD, 1913/1996b).

As motivações envolvidas em um ato suicida variam de pessoa para pessoa, mas a presença de intenso sofrimento é um fator comum, compreendido a partir da somatória de uma série de variáveis que podem acumular-se durante a história do sujeito até a situação em que ele se encontra no presente, levando-o ao suicídio.

De acordo com Montgomery (2000, p. 23), “a memória é então viva ou o assunto pode ser repentinamente evitado, não importando há quanto tempo à morte ocorreu. É como se o familiar se sentisse assustado com a experiência, uma vez que as outras causas de morte não parecem provocar esta reação”. O autoextermínio, portanto, provoca um grande choque na sociedade em geral, em especial dentre os profissionais de saúde, além de configurar um baque nas famílias e nos amigos dos que se matam, em geral, todos ficam marcados pelo suicídio da pessoa da qual são próximas.

As mudanças sociais surgem como explicação para o crescente número de suicídio na atualidade, a exemplo da crescente cobrança à competição, em especial nos adolescentes, conduz cada vez mais a sonhos e ambições destruídas. O enfraquecimento dos laços familiares reforçam estas possibilidades, causando um sentimento de alienação e de rejeição em muitos jovens, além do aumento no consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas (LOPES, 2005).

Por outro lado, o a longevidade, em especial no ocidente, tem apresentado maior tendência para o suicídio que em pessoas de qualquer outro grupo etário, principalmente pelos sentimentos de inutilidade, solidão, depressão ou o senso do inevitável. A ocorrência verificada é um índice de 19 em cada 100.000 pessoas acima de 65 anos nos Estados Unidos cometem suicídio. No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde-MS, através da Agenda

Estratégica de Prevenção ao Suicídio, a mortalidade entre idosos por suicídio é a maior registrada no período de 2011 a 2016.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, órgão pertencente à Organização Mundial de Saúde, OPAS/OMS (2018), a cada 40 segundos uma pessoa tira a própria vida. O suicídio é um grave problema de saúde pública e sua prevenção é uma prioridade mundial. O estigma em torno de transtornos mentais e suicídio dificulta com que as pessoas que pensam ou já tentaram suicídio procurem ajuda, desta forma, acabam não recebendo o auxílio que necessitam.

No Brasil o assunto não tem sido tratado da forma mais adequada, assim, torna-se ainda mais difícil a prevenção. Percebe-se que falta a consciência de que o suicídio é um problema de saúde pública, razão de que, talvez, não seja discutido abertamente. Até o momento, apenas alguns países incluíram a prevenção ao suicídio entre suas prioridades de saúde e só 38 países no mundo relatam possuir uma estratégia nacional para isso (OPAS/OMS, 2018).

O mapa do suicídio, segundo dados da OMS (2018), demonstra que cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos no mundo. Para cada suicídio, há muito mais pessoas que tentam o suicídio a cada ano. A tentativa prévia é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral. O suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos. 79% dos suicídios no mundo ocorrem em países de baixa e média renda.

Afirma o Ministério da Saúde que as tentativas de suicídio no sexo feminino representam maioria, quase 70% dos casos, e o método mais utilizado é a ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo. Isto revela um dado importante onde questões particularmente ligadas ao feminino podem influenciar a decisão de tirar a própria vida, dentre estas questões pode-se pensar nos transtornos mentais, no qual a depressão é predominantemente acometida em mulheres, segundo destaca o DSM-V (2014).

No Estado da Paraíba o cenário não é diferente, considerando que de 2002 a 2012 o aumento no número de suicídio no Estado foi de 122,5%, a incidência entre jovens também sofreu um acréscimo em 109,7% neste mesmo período, liderando novamente o ranking entre os estados. Em 2012, a Paraíba possuía uma média de 4,9 suicídios para cada 100 mil habitantes (WAISELFISZ, 2014). Com o aumento expressivo de ocorrências deste fenômeno tão complexo, surge a necessidade de falar sobre o suicídio e seus determinantes, uma vez que uma possível explicação para o aumento do suicídio no Brasil seria o “tabu” de se falar no

tema sob a justificativa de se evitar imitação, e a ausência de produção acadêmica e científica acerca do fato.

Atualmente ações de políticas públicas permitem com que o tema seja discutido na sociedade, através de incentivos e esclarecimentos sobre o suicídio, além da importância do assunto e da necessidade de falar sobre sofrimento do outro para que possa compreendê-lo e evitar a morte. O setembro amarelo tem sido o principal marco do avanço sobre o assunto e representa uma campanha brasileira de prevenção iniciada em 2015. É uma iniciativa do Centro de Valorização da Vida (CVV), do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (OMS, 2018).

Há três décadas o câncer, a AIDS e demais doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) eram rodeadas de tabus e o número de suas vítimas aumentavam sem controle. Da mesma forma o suicídio necessita de esforço coletivo para quebrar esses tabus, cuja melhor maneira para isso é falando sobre o assunto, esclarecendo, conscientizando e estimulando a prevenção para reverter esse cenário. Por se tratar de um problema de saúde pública que vive atualmente a situação do tabu e do aumento de suas vítimas, tem sido um mal silencioso, pois as pessoas fogem do assunto e acabam por não enxergar os sinais de que uma pessoa próxima está com ideias suicidas.

Espera-se que, segundo a Organização Mundial da Saúde, 9 em cada 10 casos possam ser prevenidos, para isso, é necessário buscar ajuda e atenção de quem está à sua volta, envolvendo todos os setores da sociedade. No momento atual que se vive, definido por alguns autores como pós-modernidade, onde existe uma intensa busca pelo bem-estar e uma supervalorização da individualidade, o indivíduo torna-se frágil e vulnerável à medida que se fecha para o outro e imerge dentro de si. Esse fenômeno, estimulado pelo consumismo, foi esvaziando o sujeito a tal ponto que sua força para lutar pelos ideais comunitários foi se enfraquecendo. O interesse mais importante para cada indivíduo está agora envolvido quase exclusivamente com seu mundo, cuidando das suas particularidades.

Neste sentido, Cruz (2013) afirma que as instituições, as organizações; até mesmo a família, a Igreja e o saber científico estão sendo esvaziados. Há uma desvalorização dessas instâncias, uma descrença geral capaz de transformar a sociedade em uma grande massa de apáticos. Para Lipovetsky (2005) na obra *A Era do Vazio*, o modernismo é considerado um diretivo da individualização e da dinâmica do novo, tornando a vida mais diligente e acelerada. O moderno, nesta visão, tem aversão pelo passado, um absoluto desejo de destruir todos os fundamentos obsoletos da tradição. Diante disto, o suicídio hoje se situa nesta sociedade vazia, onde o ego se sobrepõe ao coletivo e o individualismo determina as ações em

comunidade, por esta razão, explica-se, o aumento de adoecimento mental, em especial com resultados voltados a morte voluntária em indivíduos que deveriam desejar viver. Neste sentido, pretende-se explicar a partir da relação entre depressão e suicídio, as possíveis causas para compreender este fenômeno.

2.3 SUICÍDIO E DEPRESSÃO: CORRELAÇÃO E INCIDÊNCIA NOS DIAS ATUAIS

Conforme o objetivo geral do presente trabalho, para compreender o suicídio, tendo como fator influenciador a depressão, necessário se faz traçar uma correlação entre os dois fenômenos objetivando melhor situá-los. Desta forma, entende-se que o suicídio provoca um grande choque tanto na população em geral quanto nos profissionais de saúde, sobretudo nas famílias e nos amigos dos que se matam. É frequente ocorrer o desconhecimento da história de doença em suicidas por parte da família. Neste sentido, Montgomery (2000, p. 23) *apud* Lopes (2005), aponta que “a memória é então viva ou o assunto pode ser repentinamente evitado, não importando há quanto tempo à morte ocorreu. É como se o familiar se sentisse assustada com a experiência, uma vez que as outras causas de morte não parecem provocar esta reação”.

Fenômenos suicidas como a ideação, gestos e tentativas de suicídio geralmente estão associados a transtornos depressivos e que ocorrem muito na adolescência têm sido um problema público na área da saúde mental. Muitas vezes, a ideação suicida acontece quando o transtorno depressivo é severo. Nos Estados Unidos, mais de 12.000 crianças e adolescentes são hospitalizados por causa de ameaças de suicídio ou comportamento suicida. “A ideação suicida não é um fenômeno estático, podendo ir e vir com o tempo” (KAPLAN *et al.*, 1997, p.1043 *apud* LOPES, 2005).

Em todo o mundo o número de suicídios vem aumentando, o que se justifica, segundo Minayo e Cavalcante (2010) pelas mudanças sociais ocorridas ao longo do tempo. As incidências acometem todas as faixas etárias, nos adolescentes as pressões e competições por emprego, por vaga na universidade e por honrarias acadêmicas e atléticas, são os principais fatores, potencializado pelo enfraquecimento de laços familiares, o que pode causar um sentimento de alienação e de rejeição em muitos jovens, além do aumento no consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas. No público composto por pessoas idosas têm aumentado a tendência para o suicídio, pois apresentam sentimentos de inutilidade, solidão, depressão ou o senso do inevitável. Mesmo não sendo frequente o suicídio entre crianças, vem aumentando

nas últimas décadas, cerca de 500 crianças de menos de 14 anos nos Estados Unidos suicidam-se a cada ano.

As taxas de suicídio para homens e mulheres se diferenciam. Este último grupo apresenta uma possibilidade de ocorrer três vezes maior que os homens. Contudo, os homens têm um índice de êxito três vezes maior do que as mulheres. A justificativa para a diferenciação de taxas de suicídio está relacionada à distinção de métodos utilizados entre os sexos. No caso dos homens, há uma tendência a usar meios mais violentos, como armas de fogo, armas brancas ou enforcamento. Já as mulheres utilizam meios menos violentos, como a *overdose*. Por outro lado, a doutrina religiosa pode não evitar o suicídio tanto quanto o grau de devoção pessoal, contudo, as pessoas muito religiosas parecem menos propensas ao suicídio. Também nota-se que pessoas que mostram grande reverência pela vida são menos propensas à autodestruição ou a tentá-la (DALGALARONDO, 2008; LOPES, 2005).

De acordo com Montgomery (2000) o risco de morte por suicídio é maior na doença depressiva, tendo-se observado um número constante de cerca de 15% dos doentes deprimidos, que eventualmente se matam. É difícil saber se a pessoa tinha ou não intenção de morrer, tendo em vista que muitos suicidas malsucedidos declaram uma ambivalência de atitudes. Dados que cerca de 20% dos indivíduos que fazem uma tentativa de suicídio repetem-na no ano seguinte e o risco aumenta quando há uma história de mais de uma tentativa. Sujeitos com diagnóstico de perturbação da personalidade tem mais tendência ao comportamento suicida, sendo a principal característica a presença de agressividade presente na sociopatia ou de perturbação da personalidade.

É falsa a ideia de que o médico, ao prescrever um antidepressivo, pode estar a proporcionar ao doente um meio para ele se autoagredir. No entanto, durante o episódio depressivo, é importante encorajar os familiares e amigos a proporcionarem ao doente compreensão e apoio. O doente deve estar sozinho o mínimo tempo possível. É mais seguro recolher todos os medicamentos existentes em casa, como aspirina, paracetamol e os antidepressivos prescritos, deixando-os a cargo de um familiar ou amigo de confiança. O tratamento da depressão deve continuar durante um período de tempo suficiente para assegurar que o episódio passou, ou seja, durante pelo menos quatro semanas após o aparecimento da resposta. Os suicídios na depressão maior encontram-se, principalmente, na depressão recorrente, pelo que é essencial a profilaxia eficaz, quer nas perturbações unipolares, quer nas bipolares (MONTGOMERY, 2000; DALGALARONDO, 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, as taxas de suicídio variam de um país para outro. Rússia, Hungria, Alemanha, Áustria, Finlândia, Dinamarca, China e Japão

apresentam as taxas mais elevadas: mais de 20 suicídios por 100.000 pessoas anualmente; em contraste com Egito, México, Grécia e Espanha que apresentam taxas relativamente baixas, menos de 5 por 100.000. Os Estados Unidos e o Canadá situam-se no meio, cada qual com uma taxa de suicídios de cerca de 12 por 100.000 pessoas e a Inglaterra apresenta taxa de 9 por 100.000 (OMS, 2012).

Lopes (2005) aponta alguns fatores comuns relacionados no desencadear do suicídio: eventos estressantes, alterações de humor e de pensamento, uso de álcool e de outras drogas, transtornos mentais e modelagem (é quando o suicídio acontece por imitação de algum caso que ficou muito conhecido). Relaciona-se que pessoas que tentam o suicídio tiveram duas vezes mais eventos estressores no ano anterior à tentativa do que os pacientes deprimidos não-suicidas ou os pacientes com outros tipos de problemas psicológicos. Pode-se citar como estresse imediato, que consiste na perda de um ente querido por morte, divórcio, ou rejeição e ainda falam da perda de emprego.

O suicídio, nessa ótica, não pode ser diagnosticado como um sintoma da depressão, mas como um recurso que incide sobre as pessoas deprimidas, já que, “só se pode considerar todos os suicidas deprimidos se a tendência ao suicídio for estipulada como uma condição por si só suficiente para o diagnóstico da depressão” (SOLOMON, 2002, p. 226). O autor defende que a depressão detém algumas características neurobiológicas que podem ocasionar o comportamento suicida. Ao analisar um suicida após o evento morte, percebeu-se baixos níveis de serotonina em algumas partes do cérebro. Essa substância é um neurotransmissor que atua no cérebro como regulador do humor, sono, apetite, ritmo cardíaco, temperatura corporal, sensibilidade à dor, movimentos e as funções intelectuais. Em sujeitos deprimidos essa comunicação é baixa, proporcionando no cérebro a impulsividade, esse impulso encoraja a pessoa a se matar.

Pelo exposto, constata-se que, pessoas com depressão que não fazem nenhum tipo de tratamento, possuem um risco maior de cometerem suicídio, por isso a necessidade de maior atenção, tendo em vista o aumento significativo do número de pessoas que sofrem desse mal. Por isso, é indispensável o cuidado para evitar que estes sintomas cheguem a ponto de resultar em suicídio. Sendo assim, a depressão deve ser vista em cada indivíduo, ao se perceberem suas causas específicas, levando-se em consideração também a investigação de ocorrência de suicídios nas famílias dessas pessoas, haja vista a influência multicausal destes fenômenos.

3 DEPRESSÃO E SUICÍDIO: OLHARES MULTICAUSAIS

O suicídio, enquanto fenômeno de origens multicausais, é determinado por fatores sociais, individuais e psicológicos. No entanto, com vistas a compreender a influência da depressão sobre o comportamento suicida, necessário se faz, além de situá-la ao longo da história, traçar um paralelo com o entendimento das ciências sociais sobre o tema enquanto psicopatologia, tendo em vista se tratar de fenômeno multicausal.

Imperativo destacar que, os conhecimentos já adquiridos remetem que a depressão tem influência sobre a conduta suicida, no entanto, por si só não seria fator determinante, visto que outros transtornos mentais também atuam neste sentido. Por se tratar de temas cercados de muitos tabus, a sociedade contemporânea ainda evita aprofundar a discussão, o que acaba por prejudicar a apreensão de novos saberes e trabalhar preventivamente neste cenário que exige especial atenção.

Partindo destes constructos pretende-se neste capítulo trazer a tona, além da compreensão adequada da depressão enquanto transtorno discutir acerca do fenômeno suicídio e sua importância no contexto acadêmico, social e de saúde pública.

3.1 DEPRESSÃO DA ANTIGUIDADE A CONTEMPORANEIDADE

O sofrimento melancólico percorreu mais de 2 mil anos na história tentando ser compreendido por filósofos, religiosos, poetas, médicos e psicanalistas, cada qual com o material e conhecimento que dispunham em sua época, buscaram descrevê-lo à seu modo. Na Grécia antiga, Hipócrates e Aristóteles explicavam a melancolia pela quantidade excessiva de bile negra no corpo, já entre os religiosos da Idade Média era reconhecida como um adoecimento do espírito. Os filósofos e romancistas dos séculos XVIII e XIX compreendiam-na como algo enobrecedor, enquanto que a metapsicologia freudiana do século XX, como uma questão subjetiva frente a uma história de perdas. Nos dias atuais, a classificação diagnóstica dos manuais e compêndios de psiquiatria situam-na entre as psicoses maníaco-depressivas e os transtornos de humor. Em meio a tantas construções traçaremos um pouco deste percurso (SANTA CLARA, 2009; CORDÁS, 2002).

A melancolia originária do grego *Melan* (Negro) e *Cholis* (Bílis), isto é, *melancholia*, significa bile negra, classificada anteriormente à Hipócrates como sendo o mal que afetava o

homem enquanto punição ou vingança divina, portanto, era sobre uma base mitológica que se constituía a explicação para o sofrimento na doença. A importância desta teoria reside no fato de que afasta da doença seu estatuto sagrado e a coloca sobre uma base física. O cérebro, em sua estreita relação com o corpo, passa a ser eleito como o centro das funções mentais e órgão portador das patologias (LAMBOTTE, 2000; CORDÁS, 2002; SANTA CLARA, 2009).

Por outro viés, o pensamento Aristotélico defende que existe uma genialidade na melancolia, ou seja, enquanto Hipócrates se detinha apenas sobre a formação de uma doença, Aristóteles entendia-na como algo necessário aos gênios, tais como Sócrates e Platão, todos os que atingiram a excelência na filosofia, na poesia, na arte e na política, aqueles denominados sujeitos de exceção (SOLOMON, 2002). A partir dessa concepção, loucura e genialidade passam a caminhar lado a lado, o que definia a distância entre doença e normalidade era a quantidade de bile negra encontrada no corpo. Lambotte (1997) *apud* Cordás (2002) corrobora esta ideia e defende que a produção intelectual é mais utilizada pela psiquiatria do século XVIII e sustentada pela teoria dos vasos comunicantes, a qual acredita que quando há uma intensa produção da mente há, em seu contrário, uma diminuição das ações do corpo.

A partir da idade média e o predomínio da religião, o entendimento sobre melancolia sofre uma transformação e acaba conflitando com as ideias médicas constituídas por Hipócrates e outros médicos de sua época. O melancólico passa a ser visto como um ser afastado de Deus ou adoecido do espírito por influência de forças malignas. Logo, qualquer perda da razão, passou a ser vista como pecado, “já que sua presença era sinal de punição ou ausência de Deus: a loucura era um pecado; a doença mental era um pecado ainda mais sério” (SOLOMON, 2002, p. 273). A dissociação da mente e do corpo, pela Igreja Católica, influencia o entendimento sobre as doenças mentais, que passam a serem compreendidas como possessões demoníacas e a melancolia relacionada aos setes pecados capitais em que a preguiça seria a causa das tristezas profundas (CORDÁS, 2002).

A partir do Renascimento o pensamento religioso da idade média passa a ser questionado, contestando a crença na doença da alma e revalorizando a ideia do homem como centro de tudo em um retorno aos valores gregos. Com esta retomada do pensamento ganha força a crença de que o homem melancólico é um ser dotado de capacidades intelectuais, tornando a melancolia *status* para poetas, pintores, escritores, filósofos e romancistas, os ditos sujeitos de exceção dos gregos. O grande artista ou gênio era visto como aquele que detinha contato com sua melancolia, vivenciando-a no seu mais profundo íntimo (VIEIRA, 2005). Mantém-se, portanto, a teoria dos humores de Hipócrates que se conservou como uns dos elementos centrais do processo constitutivo da melancolia o “[...] humor ao órgão e à sua

função quando ele põe a trabalhar excessivamente, independentemente do resto do organismo” (LAMBOTTE, 1997, p. 37 *apud* CORDÁS, 2002).

Tratando-se da compreensão psicanalítica a partir de Freud no século XX, os princípios de prazer e desprazer agem no funcionamento psíquico no sentido de uma ordem ou um imperativo. O prazer está relacionado a uma redução na quantidade de excitação, enquanto o contrário estaria relacionado ao segundo. Assim, o aparelho psíquico tenta manter um equilíbrio destas excitações. Com o aparecimento da compulsão a repetição, do sadomasoquismo e de outros conceitos na clínica de Freud, se estabeleceu também as pulsões de vida e de morte. O desapego à vida juntamente com os sintomas descritos anteriormente, a pulsão de morte com sua força máxima que é a agressividade, dificulta a socialização do sujeito melancólico. A tendência à agressividade é a principal característica da pulsão de morte que caminha com a pulsão de vida, é uma luta constante que persiste durante toda a vida humana. No caso do suicídio a pulsão de vida é derrotada e vence a morte (FREUD, 1895/1996a; SOLOMON, 2002).

Com o avanço dos manuais classificatório e descritivo das doenças mentais, a partir da metade do século XX, o termo depressão e sua utilização no meio médico psiquiátrico levaram a dissolução da melancolia, passando a classificá-la como transtornos do humor, nada mais que um subtipo da depressão. No Código Internacional de Doenças (CID-10) é definida como Episódio Depressivo (OMS, 1993).

Diante da emergência de um discurso médico científico que procura respostas mais concretas acerca dos fenômenos considerados patológicos, Santa Clara (2009), afirma que, com o surgimento da Psiquiatria, a melancolia perde a subjetividade de sua característica paradigmática, artística e humana. A indústria farmacêutica, na busca por uma substância capaz de aliviá-los, sobretudo motivados pelos princípios capitalistas de obtenção de lucro, novos componentes químicos que agem diretamente no funcionamento cerebral, ganharam espaço amplo no contexto do sofrimento psíquico, aumentando sobremaneira o descaso para com o sofrimento humano, reduzindo-o a um mero desequilíbrio químico, perdendo seu caráter de significação e de particularidade (SALOMON, 2002; SANTA CLARA, 2009).

Sentimentos como os problemas de relacionamento, a instabilidade afetiva, a tristeza, a depressão, a insônia, a falta de apetite, o medo de sair de casa, a ansiedade, os distúrbios da imagem corporal, destacados por Pelegrini (2003), recaíram sobre indústria farmacêutica com o propósito de criar medicamentos que permita o sujeito desejar novamente. Para a sociedade, lança-se a fantasia de que um dia possa-se viver livres de todo o mal que afeta a existência humana. Entretanto, nada em definitivo se observa nesta área, tendo em vista os efeitos

colaterais e reações adversas provocadas ou a ineficácia diante do que promete e o que realmente ocorre, por esta razão, ainda não se abre mão da psicoterapia como condutor de uma resposta mais segura e duradoura, resultado disso é que o adoecimento mental e a morte voluntária continuam aumentando em números expressivos.

3.2 O SUICÍDIO SOB A ÓTICA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS

Ao analisar os estudos realizados nas Ciências Sociais acerca do suicídio, optamos por trazer algumas discussões e apontamentos realizados pelos teóricos Émile Durkheim e Karl Marx. A partir desta perspectiva, Durkheim (1897/2014), ao estudar o suicídio, trata o fenômeno como fato social e coletivo e não como fato individual e psicológico. Para o autor, o suicídio é a morte que resulta de um ato positivo ou negativo que tenha sido realizado pela própria vítima, a qual tem conhecimento da produção do resultado morte.

No tocante aos comportamentos suicidas não fatais, compreende-se que estes aparecem sob a forma de ideação, ou seja, quando há pensamentos que fomentam o desejo de acabar com a existência e se agrava quando acompanhados de um plano suicida. Para Durkheim cada sociedade possui uma predisposição definida para o suicídio em diversos momentos históricos (CAVALCANTI; MINAYO 2010, DURKHEIM, 1897/2014).

Em sua obra “O Suicídio” (1897/2014), Durkheim afirma que matar-se pode ser derivado de um vício constitutivo da sociedade, haja vista que os números aumentam em épocas de crise econômica. Além da miséria, o autor ainda cita as doenças debilitantes, desilusões amorosas, vida monótona e falsas amizades podem ser fatores que contribuem para o ato suicida. Portanto, o suicídio seria um dos sintomas da luta social, e para ele, é natural a sociedade gerar o autoextermínio e demonstra que as tentativas de reduzir os seus números passa, inclusive, pela condenação a memória dos suicidas.

Ao contrário de Durkheim, Marx, nunca se preocupou em criar uma ciência da sociedade, sua abordagem abarcava várias áreas do conhecimento e, acima de tudo, uma crítica que fazia um ataque ferrenho ao modo de produção capitalista e todas as suas instituições e relações sociais (ALMEIDA, 2018). O autor estava preocupado em demonstrar nesses casos de suicídio, que o problema estaria na sociedade capitalista e em suas relações sociais como um todo. Diferentemente de Durkheim que não via necessidade de superação da sociedade capitalista, mas via apenas uma necessidade de uma reforma de suas instituições visando à manutenção da ordem social, ocasionando, assim, o fim ou pelo menos um controle elevado da taxa social de suicídios.

Na contemporaneidade, de acordo com o professor e pesquisador Berenchtein Netto (2013), o fenômeno do suicídio revela algo sobre a sociedade em que ele acontece, sendo o suicídio construído socialmente com significados que se relacionam à sua história social. Dessa forma, o suicídio e suas tentativas são “uma questão de saúde pública e as intervenções junto aos sujeitos, para além dos trabalhos preventivos, devem ter maior penetração nas políticas públicas de saúde do país” (BERENCHTEIN NETTO, 2007, p. 160).

Simmel (2005) defende a premissa de que as consequências da modernidade influenciam o estilo de vida e as características que derivam da urbanização e da produção, evidenciados pelo sistema capitalista. As relações sociais reconhecidas pelo distanciamento e anonimato, geram um custo psíquico e subjetivo, aumentando, dessa forma, o índice de transtornos relacionados à saúde e às formas de viver. Assim, com os efeitos da modernidade, emerge a necessidade de se destacar na dinamicidade das metrópoles, que o estilo de vida cada vez mais demandado por atividades fugazes e uma vida solitária e atribulada, repercutem em mais casos de pessoas com quadros de sofrimento psíquico que levam ao autoextermínio.

De acordo com dados da OMS (2012), a depressão é a causa de 30% das ocorrências dos suicídios no mundo. Baptista (2004) demonstra que as pessoas que tentaram suicídio e tinham depressão apresentavam ideação suicida e desesperança. Para tentar responder o porquê de em uma sociedade existirem pessoas com tendências a se matarem, retomamos a compreensão de Durkheim que:

[...] à medida que avança em idade o homem se torna mais acessível a ele, sem dúvida porque é preciso experiências repetidas para levá-lo a sentir todo o vazio de uma existência egoísta ou toda inutilidade das ambições sem limites. Eis por que os suicidas só cumprem seu destino por camadas sucessivas de gerações (DURKHEIM, 1897/2014, p. 322).

Assim, quando se foca em uma explicação meramente social, fica esclarecido que o suicídio seria um fenômeno que trata da predisposição coletiva e hereditária, além da capacidade do tempo reagir sobre a tendência para o finitude no sujeito. Segundo o autor acima citado, sob uma perspectiva social decorrem alguns tipos de suicídio, como o Altruísta, forte ligação do indivíduo à sociedade, como que sendo dever imposto por ela; o Egoísta, se dá em decorrência do isolamento do indivíduo em relação à sociedade; o anômico, ligado à situação de anomia social, ausência de normas em uma sociedade em crise socioeconômica e ou cultural, a qual levaria o indivíduo a desestabilizar-se e ficar mais propenso a querer se matar; e ainda o Suicídio Fatalista que ao contrário do anterior, resulta do excesso de normas no entanto pouco elaborado pelo autor mas encontrado em sociedades escravocratas (ALMEIDA, 2018).

Nesse sentido, é esperado que as taxas de suicídio fossem inferiores em comunidades com um alto grau de consistência econômica, religiosa e familiar, em comparação com as comunidades marcadas pelo isolamento, portanto as taxas de suicídio e as várias medidas que coadunam com o fato de que o desemprego, a pobreza e a desigualdade de renda, a estrutura familiar e a imigração e assimilação cultural, sejam fatores determinantes para o autoextermínio (GONÇALVES; GONÇALVES; OLIVEIRA JUNIOR, 2016). Diante de tais afirmativas pode-se questionar por que as taxas de suicídios em países altamente desenvolvidos como Coreia do Sul e Japão ainda são extremamente altas?

A explicação é coerente com a teoria de Durkheim (1897/2014) que atribui o aumento do suicídio ao crescimento das "condições precárias de emprego", em que jovens são contratados por curtos períodos de tempo. Por exemplo, no Japão, tradicional pelo trabalho abundante e vitalício, hoje, quase 40% dos jovens japoneses não conseguem encontrar empregos estáveis, gerando ansiedade aumentada reforçada pela cultura de não reclamar. Agrega-se a isto, o fato dos jovens serem moldados para se encaixar em nichos preexistentes e não falarem sobre seus sentimentos verdadeiros, gerando pouca capacidade de resiliência, explicada por outros fatores que facilitam o suicídio para aquela população como: solidão, defesa da própria honra, não se configurar pecado, problemas financeiros e desesperança.

Para Almeida (2018) as mortes por suicídio continuam sendo tratadas como menos importantes, escondidas no terreno das decisões individuais, além de tratadas com a negligência e silêncio, na ilusória tentativa de proteger os demais cidadãos do contágio com a ideia de suicidar-se. Também é entendido como uma anormalidade que ofende e pode contaminar de alguma forma a população, dessa forma, ocultar as informações é um forma de preservar tanto as pessoas quanto o governo, quando na realidade deveria ser tratado com mais ênfase enquanto problema de saúde pública.

Diante disto, pode-se compreender que a morte por suicídio é um fenômeno explicado pelas mais diversas áreas de conhecimento, no entanto, ainda é um mistério tanto para as religiões quanto para as ciências. É, portanto, um tabu em muitas circunstâncias, finge-se que ele não existe e que as pessoas não pensam e tentam se matar. Ao longo da história da humanidade, suicidas sempre estiveram entre os rótulos de heróis e coitados, mas, a verdade é que pouco se sabe sobre o ato de terminar a própria vida. Por fim, fato é que o tema ainda não está suficientemente elaborado para dentro apenas do conhecimento sociólogo. O ato individual de um suicida pode ser assunto para a psicologia, sociologia, medicina, dentre outros. Necessário compreender e passar do fato singular para o conjunto dos suicídios

cometidos numa sociedade, devendo-se ser compreendido como um fenômeno multicausal que, portanto, exige ser estudado em pluralidade de saberes.

3.3 DEPRESSÃO ENQUANTO FATOR INFLUENCIADOR PARA O SUICÍDIO

A literatura mostra que a associação entre suicídio e transtornos mentais é de mais de 90%, entre eles, o TDM - Transtorno Depressivo Maior se destaca representando a depressão é a causa de 30% das ocorrências dos suicídios no mundo, seguido pelos transtornos bipolares do humor, abuso de álcool, esquizofrenia e transtornos de personalidade (OMS, 2012; BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011).

Ao abordar sobre a depressão, é necessário inicialmente compreendê-la não apenas como uma doença da contemporaneidade, mas também enquanto epidemia da sociedade moderna. Apesar de ter sido formulada apenas no século XIX, sua conceituação é anterior a isto, quando ainda era conhecida como melancolia, que, posteriormente, compreendida como depressão comum, conforme definem Gonçalves e Machado (2007, p. 298). “Perturbações há muito chamadas de melancolia são agora definidas como depressão”.

O termo depressão tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal, como a tristeza, quanto um sintoma, uma síndrome ou doença. Mister se faz compreender que os sentimentos de tristeza e alegria são parte de uma vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades, a depressão pode se apresentar nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, dependência química, doenças crônicas. Ou ainda enquanto resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas (DSM-V, 2014; DEL PORTO, 1999).

Por outro lado, enquanto síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor, tais como: tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia, mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Finalmente, enquanto doença, a depressão tem sido classificada de várias formas: transtorno depressivo maior, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia (DEL PORTO, 1999).

De acordo com o DSM-V (2014), o transtorno depressivo maior (TDM) apresenta uma incidência ao longo da vida de 20% em mulheres e 12% em homens, pode surgir em qualquer idade, porém as chances aumentam com o início da puberdade. Atualmente a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta o transtorno como a maior causa de

adoecimento e invalidez em adolescentes ao redor do mundo, cujas taxas de incidências chega a 0,9% em crianças em idade pré-escolar, 1,9% em crianças em idade escolar e 4,7% em adolescentes (DUAILIBI; SILVA, 2014).

Por outro lado, pessoas com transtorno depressivo frequentemente têm pensamentos suicidas e podem tentar o suicídio. Outros sintomas ou transtornos mentais, como ansiedade e ataques de pânico comumente coexistem, algumas vezes complicando diagnóstico e tratamento. Os pacientes com todas as formas de depressão têm mais probabilidade de abusar de álcool ou de outras drogas na tentativa de automedicar distúrbios do sono ou sintomas de ansiedade; entretanto, a depressão é uma causa menos comum de alcoolismo e abuso de drogas do que já se pensou (DSM-V, 2014).

No tocante a prevenção e tratamento, percebe-se que na atenção primária de saúde as queixas são predominantemente físicas, justificando o fato de que 50% a 60% dos casos de TDM não são detectados neste primeiro momento. Representando apenas 10% dos pacientes no primeiro nível de atenção e somente 15% dos hospitalizados recebem assistência adequada. Os principais sintomas apresentados são queixas como: fadiga, fraqueza, sensação de peso em uma parte do corpo, tonturas, palpitações, disfunção gastrointestinal, falta de ar, mudanças no padrão do sono e apetite, cefaleia, dores articulares e lombalgia. Tais sintomas físicos, muitas vezes, não bem caracterizados quando melhor explorados podem levar ao diagnóstico de TDM (DSM-V, 2014; DUAILIBI; SILVA, 2014).

No tocante ao suicídio, segundo o Ministério da Saúde – MS, as mulheres também são as mais afetadas, sendo elas as que mais tentam, correspondendo a uma taxa de quase 70% das tentativas, desse valor 58% por meio de envenenamento ou intoxicação. As mulheres também são mais reincidentes na tentativa de suicídio atingindo uma taxa de 31%. Percebe-se que, uma das formas de prevenir o suicídio seria tratando com mais eficiência a depressão.

Partindo destas premissas, compreender os fatores que levam ao suicídio, como a depressão, se faz necessário destacar que o autoextermínio, além de configurar como a mais estrita das ações que um indivíduo pode cometer, ainda é compreendido como um fenômeno social que ocorre ao longo de toda a história da humanidade. É, portanto, um paradoxo. O ato suicida em si pode ser explicado como sendo uma ideia patológica, ou como escolha deliberada de pessoa sem patologia mental, portanto, participam desta decisão elementos que não podem ser quantificados (DIEKSTRA *et al.*, 1989 *apud* MELO, 2000).

Com base neste contexto, necessário se faz compreender os aspectos envolvidos no adoecimento relativos à depressão, como causa da morte por suicídio, a partir do entendimento da teoria psicanalítica. Destarte, vale a pena fazer um exercício de reflexão

sobre as razões do aumento da depressão na sociedade atual e sobre o papel desta sociedade no estabelecimento desses resultados, para tanto, traçar um paralelo entre as duas questões tornou-se imperativo.

3.4 PARALELO ENTRE DEPRESSÃO E SUICÍDIO: COMPREENSÃO DA PSICANÁLISE

O aumento significativo de casos de depressão, considerada a “doença da modernidade”, resultante “de complexas interações entre processos orgânicos e fatores sociais”, Adam e Herzlich (2001, p.11) *apud* Silva (2009), variam conforme o tempo e condições econômicas e históricas. Deste modo, a depressão que desencadeia o suicídio pode ser advinda de fatores sociais e econômicos, como o estresse gerado por questões profissionais, problemas financeiros e desemprego (SILVA, 2009).

O comportamento suicida pode está relacionado a partir da presença de determinadas características de personalidade como agressividade, impulsividade ambivalência e retraimento; além da relevância de antecedentes familiares, indicando sinais de alerta para a presença de ideação suicida. Nos aspectos interpessoais e de vínculos encontram-se questões destrutivas presentes na dinâmica familiar muitas vezes conturbada, as dificuldades de comunicação durante uma crise depressiva e finalmente os tipos de despedidas utilizadas mais comumente pelos suicidas (SILVA, 2009, BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011).

Como a teoria psicanalítica não estabeleceu uma diferenciação precisa entre melancolia e depressão torna-se indispensável buscar a contribuição de psicanalistas contemporâneos a fim de fundamentar, neste trabalho, o conceito de depressão. A compreensão psicopatológica da depressão atravessa dois processos básicos: de constituição e defesa do psiquismo, onde os termos depressão e luto são compreendidos como equivalentes. Todavia, é exatamente em torno da falta que a estruturação do sujeito é norteadas, desta maneira, o luto ocupa um lugar central enquanto sintomas depressivos da melancolia, assim, observa-se uma tendência à depressão dentro da própria constituição humana. Desta forma, o primeiro, refere-se a formas menos graves de quadros neuróticos, que se apresentam em manifestações episódicas também relacionadas aos quadros evolutivos do desenvolvimento humano. Para o termo melancolia, indica-se uma alteração psíquica importante, relacionada a uma estrutura de personalidade: a neurose narcísica, cujas manifestações psicopatológicas se devem à elaboração anormal dos lutos (MONTEIRO; LAGE, 2007; PERES, 2003).

À luz da psicanálise, no texto *Luto e melancolia* que Freud (1895/1996a) se debruça especificamente sobre o tema, assinalando que no luto as características estão relacionadas à

certeza da perda de determinado objeto; enquanto na melancolia, a perda objetual é retirada da consciência e recai sobre o próprio ego. Trata-se, necessariamente, de conceber que o objeto desapareça para que dele nos separemos, desta forma, surgindo o luto (BRUNHARI; DARRIBA, 2014).

A partir destes constructos, Freud introduz o conceito de narcisismo, que localiza o ego como objeto de amor para si mesmo e o descreve como reservatório do qual a libido pode ser enviada e retirada para atender os demais objetos. Aponta ainda que a depressão pode conduzir ao suicídio. Com isso, não se trata apenas de explicar o fenômeno do luto e o quadro clínico da depressão, “mas de romper definitivamente com qualquer postulação empírica do indivíduo como idêntico a si mesmo e distinto do objeto, com o qual ele mantém uma relação de complementariedade” (RIVERA, 2012, p. 234). Portanto, partindo deste conceito, compreende-se que o narcísico também pode se odiar e chegar a abandonar ou aniquilar a si mesmo. Diante disto, enfatiza-se o fato de que o ego trata a si mesmo como um objeto, e é isso que lhe permite matar a si mesmo, fazendo talvez de todo suicídio um autoassassinato. Na depressão, parte-se de algo estrutural que está encoberto, ou seja, “o ego se toma como objeto de crítica e mortificação, graças a uma identificação com o objeto perdido, e assim, ao queixar-se de si mesmo” (RIVERA, 2012, p. 236).

A origem da melancolia se dá a partir da ligação objetual entre a libido não direcionada que se desloca para o ego de forma a estabelecer uma identificação deste com o objeto perdido. Assim, a perda objetual se torna uma perda do próprio ego, podendo gerar uma neurose narcísica, de modo que a doença se instala pela morte (suicídio) ou perda do objeto de amor (depressão), ocorrendo sentimentos opostos de amor e ódio (ambivalência). O que, segundo Pereira e Azevedo (2017, p. 203), se constitui em:

[...] o sujeito não abandona o objeto de amor e não renuncia seus instintos amorosos, o ódio é acionado e surge a satisfação em torturar o objeto escolhido. Essa autotortura na melancolia, que é agradável, corresponde ao fenômeno da neurose obsessiva, [...] a satisfação que tende ao sadismo e ao ódio relacionados ao próprio eu do sujeito. Portanto, existe um gozo nessa condição melancólica. Ressalta-se ainda que o ego só pode matar a si mesmo quando ele puder se tratar como objeto, de modo que ocorra uma reversão da escolha objetual narcísica; sendo o ego, no momento atual, o objeto, esse último passa a ser mais potente que o primeiro (grifo nosso).

A partir do narcisismo, Freud (1923/1996c) na obra *O Eu e o ID*, delimita duas partições no campo do eu: um denominado eu ideal, que se refere a imagem de uma perfeição que lhe teria sido subtraída, e uma outra instância, o chamado eu real, que se confrontam constantemente. Nestas instâncias, a melancolia desenrola uma força destrutiva que Freud

nomeará pulsão de morte, rebatizada a partir da segunda tópica como superego, o que ressignificou a concepção de masoquismo, de modo a mostrar que o eu pode, sim, apresentar impulsos destrutivos contra si mesmo, sem passar necessariamente pelo sadismo como um estágio preliminar.

Diante disto, pode-se afirmar que a depressão pode ser vista como um conflito intrapsíquico que ocorre entre as instâncias do ego e do superego, implicando o sujeito na culpa. Portanto, na concepção Freudiana, o suicídio está relacionado ao instinto de morte que, apesar das controvérsias, devido a complexidade em abarcar conceitos relacionados à vida instintual torna-se indispensável no ponto de vista de aprofundar a compreensão de fenômenos recorrentes na clínica psicanalítica, como o masoquismo, a agressividade e o suicídio (FREUD, 1923/1996c; MONTEIRO; LAGE, 2007; SANTOS, 2014).

Ao tratar sobre o suicídio é importante retomar a compreensão do sociólogo Émile Durkheim, um dos principais pesquisadores desta temática que, através de elementos multicausais analisou a relação social e externa do indivíduo com o suicídio. Deste modo, compreende que o suicídio é o ato de desespero de um indivíduo que não faz mais questão de viver. Além disso, trata-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que esse resultado constituiria na própria morte (DURKHEIM, 1897/2014).

Portanto, tanto a depressão quanto o suicídio são compreendidos com um conjunto de fenômenos complexos que interagem com fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais. Essas interações propiciam uma melhor compreensão das influências que a depressão pode causar no ato suicida. Apesar, do presente estudo, não propor uma resposta reduzida ao problema norteador, é evidente que a depressão influencia no comportamento suicida, principalmente por motivos de pensamentos negativos recorrentes de morte, ideação suicida, ou ainda planos e tentativas de suicídio.

Neste sentido, o arcabouço teórico sobre o suicídio sustentado pela psicanálise, remete à angústia e suas possíveis articulações com o suicídio, cujo início dá-se pela melancolia enquanto indicador do sofrimento do eu, para então se chegar ao tema do suicídio. De acordo com Cremasco e Brunhari (2009), o eu só pode se matar se puder tratar a si mesmo com hostilidade enquanto objeto, fator este necessariamente presente na depressão. A temática do suicídio é aprofundada na medida em que a conceituação freudiana recai sobre o caráter sádico do sujeito voltado para o ego que adquire algumas nuances nomeada de superego. É, portanto, na fúria do superego que a depressão dirige-se ao objeto através do sadismo, surgindo assim o seu antagonico: o masoquismo.

Para melhor explicar o suicídio sob os aspectos da teoria psicanalítica, necessário compreender a pulsão de morte e a libido. Freud diz que existe uma oposição entre a libido e a pulsão de morte na medida em que esta tende à redução total das tensões, reconduzindo o ser vivo ao estado inanimado, a libido tem a missão de tornar inócua a pulsão destruidora, conduzindo-a para fora em contato com objetos do mundo externo. Outra parte da libido é colocada a serviço da função sexual, representada pelo sadismo propriamente dito. O sadismo, antes dirigido para fora, pode ser mais uma vez introjetado produzindo-se o masoquismo que é identificado como um sentimento de culpa, em grande parte, inconsciente, que viabiliza a ideia de autoextermínio (FREUD, 1923/1996c; CREMASCO; BRUNHARI, 2009).

Como visto anteriormente, Lacan reconhece no suicídio uma singularidade, “é precisamente a partir do momento em que o sujeito morre que ele se torna, para os outros, um signo eterno, e os suicidas mais que os outros” (LACAN, 1957/1999, p.254). A morte faz do sujeito um símbolo para os demais, no caso do suicídio esta característica é exacerbada e isso fica claro a partir de uma beleza horrenda e contagiosa ao mesmo tempo. Lacan, (1962/2005, p.124) faz referência ao ato suicida da seguinte forma:

[...] o sujeito melancólico tem tamanha propensão [...] desconcertante, a se atirar pela janela. Com efeito, na medida em que nos lembra o limite entre a cena e o mundo, a janela nos indica o que significa esse ato – o sujeito como que retorna à exclusão fundamental em que se sente. O salto é dado no exato momento em que se consoma, no absoluto de um sujeito de quem somente nós, os analistas, podemos ter uma ideia, a conjunção do desejo com a lei.

Portanto, é na depressão que o ego se revolta contra a perda, em vez de iniciar um trabalho de luto através do qual possa a ela se conformar e identifica-se com o objeto perdido, a ponto de se deixar perder junto com ele, daí surge a principal relação deste com o ato suicida, relacionando-se, inclusive com outros transtornos mentais. Tal fenômeno Freud denominou de ferida aberta, ou seja, que suga a libido e dolorosamente empobrecendo e consumindo o ego. O que para Freud (1923/1996c) *apud* Rivera (2012, p. 236), seria:

A suspensão da perda por uma radical entrega do eu ao objeto também é uma tarefa psíquica dinâmica, e em consequência dela o quadro melancólico pode se reverter em um episódio de mania, caracterizado por exaltação e agitação extremas. Tal alternância, conhecida pela expressão psicose maníaco-depressiva — ou pelos termos atualmente mais usados, distúrbio bipolar —, mostra que se pode passar de um estado no qual o eu, está quase inteiramente subjugado pelo objeto para uma situação na qual o eu teria “superado a perda do objeto (ou o luto pela perda, ou talvez o próprio objeto).

Assim, compreende-se que o paralelo preferencial existente entre depressão e suicídio localiza-se, essencialmente, na relação existente entre pulsão de morte e libido, onde a partir

da perda objetal, o ego se confronta entre o real e o ideal, promovendo um movimento masoquista que coloca o sujeito frente ao vazio que o domina a partir dos fatores anteriormente descritos e, por conseguinte, remetendo a ideia da própria morte para aliviar este sentimento de dor e sofrimento representado pela angústia.

Neste sentido, necessário se faz apreender os aspectos relacionados a clínica psicanalítica para o manejo da depressão enquanto fator influenciador para o suicídio, frente a uma sociedade que banaliza o adoecimento do sujeito e supervaloriza a medicalização como forma de encontrar solução para problemas de origem mental ou multifatorial, ou a banalização do adoecimento mental que estigmatiza o sujeito e relega a temas tabus assuntos de repercussão e discussão coletiva.

4 A CLINICA PSICANALÍTICA DA DEPRESSÃO COM PRESENÇA DE IDEACÃO SUICIDA

A prevenção do suicídio, enquanto questão da saúde pública, perpassa obrigatoriamente pela atuação da psicologia enquanto ciência implicada no processo de compreensão e tratamento destes afetos ligados à saúde mental. Neste sentido, cumpre destacar que a abordagem psicanalítica se revela significativamente presente nos resultados do manejo destes sintomas, em uma perspectiva que compreende a formação do sujeito e suas fases de desenvolvimento psicosexual.

No cenário global de autoextermínio importante destacar que a fala, método catártico defendido por Freud, ainda é o meio mais eficaz de tratamento, frente ao esvaziamento do ego que, muitas vezes impedem estes sujeitos de manterem outras relações objetais que não seja a partir do vínculo com os profissionais presentes neste contexto.

Compreender a depressão enquanto fator influenciador do ato suicida representa um avanço para a psicologia enquanto autor envolvido neste processo, sobretudo no aspecto da conscientização necessária a prevenção, a partir de discussões sobre o assunto e quebrando os tabus atrelados ao tema. Portanto, compreender a clinica da depressão, em indivíduos que apresentam ideação suicida, à luz da psicanálise, é primordial para o objetivo do presente trabalho.

4.1 MANEJO CLÍNICO DA DEPRESSÃO COM PRESENÇA DE IDEACÃO SUICIDA

Freud (1913/1996b, p. 17) propõe que “[...] na teoria psicanalítica não hesitamos em supor que o curso tomado pelos eventos mentais está automaticamente regulado pelo princípio do prazer”, ou seja, seria um movimento de tensão desagradável de modo que resulte em uma produção de desprazer, portanto, há desprazer no princípio do prazer. Partindo-se destas premissas compreende-se a depressão como uma neurose narcísica, onde a energia sexual psíquica não para de fluir. Freud localizou a depressão no registro da perda, compreendendo que cada indivíduo reage a esta de uma forma psíquica diferente e particular, relacionada ao empobrecimento da excitação sexual somática e algum tipo de déficit no psiquismo que promoveria um estado de hiperatividade devido a lacuna de uma energia somática necessária para fixar as ideias (FREUD, 1913/1996b; MENDES; VIANA; BARA, 2014).

A libido, portanto, estaria presente em todo este processo que envolve afetos como prazer e desprazer, perda e depressão, luto e melancolia, os quais estariam relacionados às regiões mais obscura da mente. Na obra *Luto e Melancolia*, Freud (1895/1996a) esclarece que no luto encontram-se muitos dos aspectos que compõem a depressão, por exemplo, a perda do objeto que foi investido com a libido do ego, gerando a conseqüente perda de interesse pelo mundo exterior, na medida em que ocorre a incapacidade temporária de escolher um novo objeto de amor, representada pela inibição motora e psíquica que exprime uma limitação do próprio Ego, todos esses elementos que estão presentes no trabalho do luto, encontram-se também na depressão, embora de forma muito mais intensa.

O trabalho de luto só pode ser considerado como uma "depressão normal" quando é limitado no tempo, se o luto prolonga-se por um tempo demasiadamente longo, se manifestará sob a forma seja do luto patológico dos neuróticos, podendo se apresentar na forma de depressão. O trabalho de elaboração desta perda é muito mais complexo, porque se, como diz Freud, a perda do objeto de amor no luto é uma "perda consciente", na depressão ela é inteiramente inconsciente, pois é inconsciente a relação que o melancólico tem com seu objeto de amor, sobretudo no que se refere à dimensão narcísica e ambivalente desse relacionamento. Finalmente, no luto, o mundo torna-se vazio e pobre. Na melancolia, é o ego que se torna pobre e vazio (KLÜBER-ROSS, 2008; FREUD, 1895/1996a).

A vida cotidiana é preenchida com inúmeras atividades, que exigem do indivíduo uma organização rígida em relação ao uso do tempo. Uma das características da nossa sociedade é a hiperatividade, onde o excesso de ações impede que o sujeito possa vivenciar as suas experiências de forma tranquila. Portanto, na contemporaneidade, não há mais tempo para refletir, lembrar, rememorar, assim como também não há mais espaço para a dor, o sofrimento e a angústia. O indivíduo é convidado o tempo todo a reagir rapidamente às experiências de perda, o que acaba dificultando e muitas vezes impedindo a elaboração do luto, que tem impacto direto com a instalação da depressão (LIPOVETSKY, 2005, MENDES; VIANA; BARA, 2014).

Para a psicanálise a depressão está relacionada com a perda. Freud (1895/1996a) afirma que está vinculada a um afeto, sintoma ou estado que envolve tristeza, desgosto, inibição e angústia. Sua compreensão estaria relacionada a apreensão da singularidade da vivência da perda e sua subjetividade. Neste sentido, o trabalho psicanalítico permite o resgate da vivência da perda e a possibilidade de elaborá-la.

Por outro lado o grau de violência em que o sujeito deprimido se encontra depende de quanto maior for o estado embotado que se apresenta. A escuta atenciosa, nos casos mais

amenos, e o ato da fala tornam-se fundamentais para condução da psicoterapia com estes pacientes (DELOUYA, 2010 *apud* CARVALHO; ASSIS, 2016). Nestas situações há necessidade de que a avaliação seja prudente e que haja um bom manejo do paciente em análise, sendo que a conduta mais recomendada referente à depressão é que se respeite o sujeito, oferecendo-lhe um espaço para sua dor, evitando-se a tendências de reanimá-lo, evocando-o para a vida, o que não seria uma conduta acertada.

Convêm observar que o deprimido necessita de um tempo próprio de enfrentamento durante o processo terapêutico, que se contrapõe à intensa sugestão promovida pelo uso de psicotrópicos e tratamentos que objetivam induzir a saída do estado depressivo. Desta forma, há de reforçar os cuidados e atenção à condição de ânimo acelerado, a que estes pacientes possam estar acometidos, o que, acaba por potencializar a tendência ao suicídio.

O entendimento Kleiniano da depressão, segundo Coser (2003), segue uma série onde o sadismo leva à angústia paranoide, que gera culpa, que culmina na depressão, esta última concebida como tentativa de reparação do dano sádico inicial. Para Klein a posição depressiva estaria relacionada ao complexo de Édipo, onde a criança percebe que os pais tem uma relação libidinal, passando a projetar nos dois os desejos e a agressividade, o ciúme e inveja, desta forma, segue o sentimento de destruição dos pais, neste momento a criança passa para posição depressiva estando apta para conduzir sua vida sem a presença desta ambivalência que poderia perpetuá-la na posição esquizoparanóide.

Na depressão, a perda do objeto é de natureza ideal, envolve uma regressão para a fase oral ainda narcisista da libido, onde ocorre uma identificação com o objeto perdido, repercutindo em um esvaziamento do próprio ego. Considerando-se as fases do desenvolvimento libidinal propostas por Freud, o inconsciente encara a perda de um objeto como um processo anal, e sua introjeção como um processo oral. Por outro lado, no luto, é o mundo que se torna pobre e vazio, constituindo em uma relação à identificação regressiva onde a “sombra do objeto recai sobre o ego” e a libido livre, estabelecendo uma identificação deste com o objeto (FREUD, 1895/1996a; ABRAHAM, 1924/2004; TREVISAN, 2004).

Em pacientes regredidos o manejo terapêutico deve ser ainda mais cuidadoso, respeitando-se os limites do sujeito e promovendo a continência necessária para sua angústia, frente à dor e sofrimento que originam estes sintomas. No texto *Luto e melancolia*, Freud (1895/1996a) descreve uma sensação de dolorosa infelicidade decorrente de uma perda objetual.

Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade e uma diminuição dos sentimentos de autoestima a ponto de encontrar expressão em autorecriminação e autoenvilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição (TREVISAN, 2004, p. 322).

Segundo Abraham (1924/2004), nos sujeitos regredidos à fase sádico-anal da libido, o autor discorre sobre o componente instintivo do sadismo, mostrando em ação duas tendências opostas de prazer, representadas pela destruição e controle do objeto, onde predominam as tendências conservadoras, de reter e controlar, e no nível mais antigo, as tendências hostis ao objeto, de destruí-lo ou perdê-lo. O neurótico obsessivo regride para o nível posterior desses dois planos, sendo capaz de manter contato com seu objeto. O melancólico, entretanto, assim que seu ego entra em conflito com seu objeto de amor, abandona sua relação com esse objeto, colocando em ação as tendências do nível mais antigo (ABRAHAM, 1924 *apud* TREVISAN, 2004).

Vale destacar que as autorecriminações vistas clinicamente são feitas a um objeto amado que foi deslocado, no luto, a perturbação da autoestima está ausente. Freud salienta também a ambivalência como fator predisponente à condição, onde a relação com o objeto se caracteriza por amor e ódio. A autotortura, do ponto de vista clínico, é explicada por meio de tendências ao sadismo e ódio relacionados ao objeto e que retornam ao próprio eu do indivíduo, nesta situação compreendida como autoenvilecimento. O suicídio também abriga impulsos assassinos contra outros, tendo em vista que o ego só pode se matar se puder tratar a si mesmo como um objeto.

O analista deve ter um olhar sensível para uma escuta apurada e condução do processo de modo a identificar a ambivalência própria da depressão com presença ideação suicida relativa à perda objetual. Para compreensão do processo psicoterapêutico sob a égide da teoria psicanalítica, se faz necessário compreender o *setting* enquanto espaço que se oferece a estruturação simbólica dos processos subjetivos inconscientes, reunindo as condições técnicas básicas para sua intervenção. Neste aspecto estão englobados todos os elementos organizadores: o espaço físico de atuação, o contrato estabelecido para seu desenvolvimento, assim como os princípios da própria relação, transferencial e contratransferencial, estabelecida entre analisando e analista. No texto Recordar, repetir e elaborar Freud (1914/1996d, p. 193), concebe o *setting* analítico, como um lugar específico para que a relação terapêutica se desenvolva. Composto por um conjunto de elementos que podem ser compreendidos como variáveis independentes, que devem permanecer sob controle para

assegurar o êxito do tratamento: o analista; o paciente; o cerimonial; o tempo; o dinheiro; a regra fundamental; a atenção flutuante (BARROS, 2013).

No aspecto do manejo da depressão na clínica psicanalítica, trazemos à luz o que defende Zimerman, ou seja, cabe ao analista reconhecer as diferenças entre a depressão e a ansiedade crônica, por ser uma situação difícil de tratamento e requer apoio medicamentoso. Por outro lado, nas depressões resultantes de perdas significativas, ocorre de haver maior identificação do analisando com o analista como forma de e recuperar o objeto perdido, recomenda-se que o analista aceite esta idealização desde que transitória (ZIMERMAN, 2009; BARROS, 2013).

É importante destacar que o ato suicida, ocorre no início ou durante o tratamento de depressão, pois os sintomas não estão tão evidentes e o paciente sente-se melhor. Quando a doença está avançada o paciente não dispõe de energia para cometer o suicídio (COUTINHO; SARAIVA; VIEIRA, 2010). Compreende-se então, que o quadro clínico de depressão influencia no suicídio, no entanto nem todos os indivíduos depressivos tem comportamento ou ideia suicida. Tal relação ou associação apontam para uma análise complexa e multidimensional, que não pode ser explicada por um único fator ou isoladamente. O conjunto de sintomas manifestados em quadros clínicos de depressão acabam por se constituírem como risco de suicídio, em especial, pela baixa autoestima, desesperança, pensamentos de morte, e as tentativas de efetivação desse ato.

Brenner (1991) *apud* Trevisan (2004) entende que existem dois tipos de desprazer, a ansiedade e o afeto depressivo, decorrentes de situações como perda do objeto, perda do amor do objeto, castração ou punição. No entanto, tais sentimentos não desempenham, necessariamente, o mesmo papel da ansiedade, a essência dos transtornos depressivos como a sensação de impotência e desesperança dá amparo a toda autorepresentação, torna o *self* inferior, incapaz, fraco, impotente e ameaçado.

Mais recentemente dois tipos de depressão vem sendo discutido, com base nos escritos de Freud sobre os processos de incorporação oral e formação do superego, demanda-se que exista uma depressão analítica, focada em questões interpessoais como dependência, desamparo, sensação de perda e abandono, e outra chamada introjetiva, derivada de um superego punitivo e cruel, focada em questões de autocrítica, preocupações com valor pessoal e sensação de culpa e fracasso (TREVISAN, 2004; ZIMMERMAN, 2009). Para ambas deve o analista acolher o sofrimento do sujeito, promover o esvaziamento do ego fragilizado pelo eu ideal e reconduzi-lo a um pensamento menos ambivalente de amor e ódio, fatores importantes para implementação da ideia suicida presente nestes casos.

Para Trevisan (2004, p. 324), o tratamento psicanalítico seria o mais indicado no caso exposto:

Importante observar que a resposta ao tratamento muda nos dois grupos. Os autocríticos respondem melhor às abordagens psicodinamicamente orientadas do que às intervenções breves. Esses indivíduos têm mais risco para sérias tentativas de suicídio, seu sentimento de culpa se satisfaz na enfermidade, podem negar-se o direito de melhora e apresentar a chamada reação terapêutica negativa.

Logo o comportamento suicida está frequentemente associado com a impossibilidade do indivíduo de identificar alternativas viáveis para a solução de seus conflitos, optando pela morte como resposta de fuga da situação estressante. Detectar e tratar adequadamente a depressão reduz as taxas de suicídio. Em geral o sofrimento emocional em nossa sociedade é carregado de estigma e as pessoas têm vergonha de admitir suas angústias e aflições.

Admitir e expressar que passam pelos seus pensamentos uma forte ideia de que a morte seria um alívio para o sofrimento, uma forma de saída mágica dos conflitos costuma ser escondida ou camuflada, dificultando ainda mais o acesso a esta pessoa e oferecimento de ajuda ou suporte especializado. A sociedade, apesar dos avanços da medicina em diagnosticar com mais precisão os transtornos mentais e serem várias as possibilidades de intervenções psicoterápicas e farmacológicas, manifesta seu preconceito (FONTENELLE, 2008).

Segundo a compreensão Winnicottiana (1924/1983), os estados depressivos relacionados a situações de perda, em que nem o luto nem a depressão reativa são possíveis devido à imaturidade da pessoa, são englobados no conceito de depressão psicótica. A perda, nesses casos, nem sempre é de um objeto real, mas de certos aspectos que desaparecem com a mãe e o seio. Por vezes, é uma perda mais profunda e envolve toda a capacidade criativa da pessoa, de modo a ocorrer uma desesperança baseada na incapacidade de sair em busca do objeto, diferente da desesperança relativa à redescoberta do objeto perdido, como acontece na depressão reativa.

Seguindo este mesmo entendimento, sabe-se que parte do ódio dirigido ao objeto no luto pode ser reconhecida e aceita, apesar de se esperar que existam conteúdos inconscientes. No entanto, o fato de predominar a consciência relativa ao ódio e a ambivalência em relação ao objeto perdido, demonstra maturidade por parte do sujeito. Experienciar a perda do objeto faz parte da resolução do luto. Para Winnicott (1924/1983), as falhas ambientais seria condição básica para a continuidade do amadurecimento saudável, onde o ambiente permaneça estável ainda por um longo período, mesmo quando os primeiros estágios do desenvolvimento emocional tenham sido satisfatórios, pois é durante esse tempo que a

personalidade procurará um acordo consigo mesma em todos os níveis de consciência para aceitação daquilo que lhe diz respeito.

No entanto, quando a reação à perda repercute em uma depressão reativa patológica, pode-se pensar em falhas ambientais, contudo, à medida em que diminui o estado de preocupação materna primária e a mãe retoma a vida pessoal, pequenas falhas podem acontecer e serão inevitáveis; no entanto, um manejo cuidadoso no período em que a criança está envolvida na elaboração da destrutividade e da culpa é o fator importante para amenizar as falhas ambientais. Desta maneira, pode-se afirmar que a dor que toma conta da mente do sujeito demonstra uma grande ambivalência, onde, ao tempo que procura a morte, mas de alguma maneira deseja a intervenção de socorro, quando transmite sinais verbais ou comportamentais da sua intenção. É como se ele quisesse transmitir que algo está errado e necessita de uma solução, mas não encontra meios para fazê-lo. Por isso o suicídio também é considerado um pedido de ajuda (WINNICOTT, 1924/1983).

Modernamente observa-se a banalização da dor e do sofrimento, os lutos e perdas não são projetados e permanecem recalcados no inconsciente. O suicídio, por sua vez, cresce assustadoramente e representa também a banalização da vida, desde acesso a medicamentos que não solucionam os conflitos interiores e embotam a afetividade do sujeito, potencializando a ideia da morte como forma de acabar com o sofrimento.

4.2 BANALIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO DA DEPRESSÃO COMO FATORES POTENCIADORES DO SUICÍDIO

Atualmente, percebe-se com facilidade como a depressão tornou-se objeto de uma total banalização conceitual, no sentido de que temos a sensação real de que tudo nos dias de hoje é depressão. E de fato assim o é, haja vista o número sempre ascendente de pessoas identificadas com esse diagnóstico, sobretudo quando formulados superficial e apressadamente, demonstrando a falta de precisão e consenso entre os distintos campos de saberes sobre o mesmo fenômeno, e assim, progressivamente, tornou-se muito comum profissionais alheios ao campo Psi e sem qualquer especialidade em psicopatologia formularem tais diagnósticos e prescreverem, indiscriminadamente, os psicofármacos como proposta de cura. Como se sabe, toda a tendência à medicalização justifica-se e encontra seus pressupostos explicativos nas concepções biologizantes da subjetividade tão em voga nos dias atuais (TAVARES, 2010; FONTENELLE, 2008).

O uso inadequado ou excessivo dos medicamentos contribui para a “desresponsabilização” do sujeito em relação à sua dor. Se o problema da depressão é considerado endógeno, devendo ser medicado, não há nada mais a fazer, a não ser tomar passivamente a medicação e esperar o seu resultado. A medicalização da tristeza ou do luto impede a elaboração do trauma, interfere na capacidade criativa e na construção de novas referências (JERUSALINSKY; FENFRIK, 2011).

Depois da exposição de vários episódios de insatisfação, perdas ou limitações, o termo depressão se faz presente acompanhado de formulas mágicas para superá-la. Soares e Caponi (2011) descrevem a depressão enquanto um sofrimento onipresente fazendo uma correlação com a tuberculose e a sífilis que durante décadas foram discutidas de forma velada. Falar sobre o tema é cada vez mais frequente e importante, no entanto, as falas individuais são diferentes dos relatos profissionais. O autodiagnóstico é muitas vezes realizado, sobretudo no Brasil, embora a explicação geralmente não seja baseada em sintomas ou distúrbios neuroquímicos, mas em fatos dolorosos ou trágicos geralmente compatíveis com quadro de grande tristeza diferente da psicopatologia em questão.

Cada vez mais pessoas se definem como deprimidas, partindo de suas histórias de vida e, até mesmo, de fatos importantes que podem desencadear o fenômeno depressivo. Vejamos alguns relatos de pessoas famosas:

Valéria Valenssa [...] ‘caí em profunda depressão. Eu tinha o mundo a meus pés e, no dia seguinte, não tinha mais nada’, diz, referindo-se ao fato de ter sido demitida de seu emprego. [...]. O empresário Renato Kherlakian, de 58 anos, dono da empresa Zoomp, declara ter entrado em depressão após um negócio ruim com sua empresa. O ator Carlos Vereza assevera que um acidente trouxe consequências ruins, pois ‘o barulho de um disparo me fez perder parte da audição. Como não conseguia trabalhar, caí em depressão’ (SOARES; CAPONI, 2011, p. 442).

Tais fatos estão relacionados ao que se entende como a ideologia da felicidade e do bem-estar, na qual se estabelece um modo medicado de administrar fracassos e angústias. É sempre mais fácil dizer “eu tive depressão” do que “estou deprimido”. Ao falar do problema no passado, o sentimento é o de que se venceu uma batalha. Em nossa sociedade, ser feliz tornou-se uma obrigação, identificada tanto por histórias de vida semelhantes quanto por histórias de vida desejáveis, o que acaba contribuindo equivocadamente para a ampliação de diagnósticos (FONTENELLE, 2008; SOARES; CAPONI, 2011).

O pensamento da indústria farmacêutica e de mercado é baseado em um reducionismo a causas biológicas, prega, na maioria dos casos, o tratamento medicamentoso, associado ou não a outras terapias. Tal conduta acaba agregando doenças ou condições de saúde

intermediárias que teriam o potencial de aumentar as chances de desenvolver depressão. O cenário atual de significativo aumento das vendas de antidepressivos é indicador de que o gerenciamento da vida e o reconhecimento de fatos desencadeantes de sofrimento saem de cena e o tratamento direciona-se exclusivamente à sintomatologia ou ao controle dos fatores de risco (SOARES; CAPONI, 2011; JERUSALINSKY; FENFRIK, 2011).

Birman (2012) afirma que as depressões se transformaram em um dos maiores males da atualidade, e, juntamente com as toxicomanias e o pânico, são as principais formas do adoecimento. Ainda chama a atenção para o uso de medicamentos recomendados por profissionais não especialistas que não acolhe psiquicamente os pacientes, muitas vezes, apenas suavizando o desamparo e medicalizando ostensivamente, lançando mão da imensa variedade de psicotrópicos e antidepressivos. Carvalho e Assis (2016) destacam que até mesmo na psiquiatria clínica o fato se repete, sendo que, em muitos casos, não existiria uma utilização ajustada e cientificamente fundada no uso de medicamentos, fazendo com que alguns sejam utilizados seguindo conhecimentos genéricos da psicofarmacologia que os psiquiatras possuem. Assim sendo, o autor conclui que a psiquiatrização do sofrimento pelo uso de medicamento consiste em uma das fontes que contribui e “alimenta a cultura das drogas” (BIRMAN, 2012, p. 88; CARVALHO; ASSIS, 2016).

A atualidade, também conhecida como “Era dos transtornos”, Jerusalinsky e Fenfrik (2011), sinalizam que o pensamento médico tornou-se hegemônico, o que faz com que o repertório da vida psíquica como um todo, com seus afetos e angústias, seja transformado em doença que deve ser medicada. Tal problemática, presente no cenário atual, coloca desafios para a prática psicanalítica, com destaque para a expectativa de que tratamentos medicamentosos solucionem o sofrimento, para que o sujeito possa retornar rapidamente ao mercado de trabalho, representando, no entanto, um equívoco com resultados muitas vezes desastrosos (CARVALHO; ASSIS, 2016).

Sobre a medicalização na contemporaneidade, três pontos necessitam ser destacados: Primeiro, o estilo de vida atual nos encaminha para o adoecimento, isso já tem sido discutido há décadas, por diversos campos da ciência. Segundo ponto refere-se à forma como a cultura espera que os sujeitos se comportem, regulando o que é moral e saudável. Terceiro ponto diz respeito a como lidar com os indivíduos que não se enquadram à regra apresentada anteriormente. Assim a sociedade de hoje depara-se com o desafio de trabalhar na perspectiva do desvio ou da diferença (SOARES; CAPONI, 2011, CARVALHO; ASSIS, 2016).

Diante da ideia ora exposta, compreende-se que a medicalização tem cumprido o papel de controlar e submeter pessoas, abafando questionamentos, desconfortos, conflitos,

sofrimentos; cumpre, inclusive, o papel ainda mais perverso de ocultar violências físicas e psicológicas, desta forma, necessário se faz, convocar toda a sociedade a debater estes comportamentos e os conjuntos de saberes a se debruçarem sobre estudos que resgatem a capacidade de compreender aspectos indissociáveis da subjetividade humana, cindida pela indústria do lucro que não preconiza prioritariamente a concepção de empatia e alteridade.

Neste mesmo sentido reside a questão da banalização do adoecimento que surge a partir de uma sociedade que, cada vez mais, adoce a partir do próprio modo de vida adotado, bem como pelo fato de tornar este adoecimento algo comum e compartilhado na tentativa de mascarar a dor e sofrimento por trás deste fenômeno. Sofrer de depressão não é apenas sentir-se triste devido a algum problema ou insucesso. Isso seria simplificar ou banalizar a questão. Sofrer de depressão é não encontrar mais prazer em coisa alguma, é não ter energia para conseguir tomar decisões, é perder a esperança e tornar-se descrente de si próprio e de tudo.

Nota-se ainda que haja uma exigência social de produtividade, bem como a demanda de um estado de felicidade pleno, o que pode gerar no sujeito certa ambivalência psíquica entre viver sua própria subjetividade e/ou atender às demandas sociais. Tal questionamento pode levar o sujeito a se deparar com a angústia, que para Lacan (1962/2005) é afeto da maior importância na teoria psicanalítica, o qual mobiliza o sujeito consideravelmente. É neste cenário contemporâneo em que a vivência da angústia é relegada a um plano secundário, propiciando o desenvolvimento de psicopatologias e transtornos mentais que, de acordo com Fédida (2000) a depressão não é típica da contemporaneidade, visto que a psiquiatria, por exemplo, já empenhou estudos sobre a mesma no passado. No entanto, o autor reconhece na atualidade uma epidemia depressiva. Entender os motivos que levam o sujeito a deprimir, como um quadro depressivo se instala e desenvolve, e qual a relação deste transtorno com a angústia e sua expressão na contemporaneidade, é de grande relevância para os profissionais que atuam na saúde mental, na saúde pública e na clínica nos dias atuais.

Pertinente retomar o entendimento de Marx (1864/2006) no tocante a mais-valia, onde o trabalho é a única maneira de agregar valor às coisas, pois sem o esforço humano o meio ambiente não pode ser transformado em objetos de utilidade. Portanto, não é o dinheiro em si que adiciona valor aos produtos, mas a materialização do trabalho humano. Nesta perspectiva Lacan defende que ao vender suas horas de trabalho para o capitalista, o sujeito está renunciando seu próprio gozo. E isto ocorre no capitalismo de forma velada, como se o sujeito recebesse um salário justo por sua jornada de trabalho (MARX, 1864/2006; LACAN, 1962/1992).

Considerando que, para Marx, o consumo de mercadorias contribui com a ideia de que a cultura contemporânea impõe um imperativo de gozo imediato, o qual se reflete na compra dos produtos oferecidos pelo mercado. O capitalismo está sempre a criar oferta e demanda por produtos, que já saem da indústria obsoletos, justamente para que mais demanda seja criada, e novos produtos confeccionados, e assim por diante. Nesse processo, o sujeito tenta saciar sua insatisfação com a compra de mercadorias ou serviços diversos, de modo que o discurso capitalista obtém êxito no que se propõe a fazer, que é transmutar a insatisfação constitutiva do desejo do sujeito em uma insatisfação controlada pelo mercado (MARX, 1864/2006).

Sabe-se, a partir da psicanálise, que a falta é essencial para a constituição do sujeito, e que esse vazio nunca poderá ser totalmente tamponado, nesta perspectiva compreende-se que o acesso aos bens e objetos nunca traz a felicidade que se imagina poder alcançar por meio deles. Nessa lógica, não só as mercadorias se tornam objetos de consumo, mas a própria relação humana é banalizada como tal, enfraquecendo o laço social, pois tanto os objetos de consumo são de utilização rápida e curta como os parceiros se tornam conectáveis e desconectáveis ao alcance da mão (PEREIRA; AZEVEDO, 2017).

Replica-se este mesmo entendimento para o adoecimento do sujeito que, descartável, é incentivado por uma sociedade capitalista ao adoecimento com promessa de cura medicamentosa e perpetuação da felicidade como sendo uma realidade.

Segundo Pereira e Azevedo (2016, p. 2017):

Para Deloya, a depressão é um modo de o sujeito lidar com as questões atuais, as quais são as novas exigências sociais na contemporaneidade, tais como o desemprego, o sucesso no trabalho, o avanço tecnológico, o individualismo. Dessa forma, a depressão se constitui como uma forma de regular a vida psíquica, sendo uma forma de reagir ao mal-estar da civilização.

Na atualidade, a depressão surge como uma forma de resposta aos imperativos e impasses da cultura que, ao oferecer um arsenal de antidepressivos, cria a oferta que cria a demanda de sujeitos que se encaixam nessa categoria. Ao mesmo tempo em que, aparentemente, acolhe o sujeito, o exclui, tendo em vista que a depressão vai contra o ideal capitalista de produção, nos dias de hoje, sustentar o próprio desejo é quase inviável na cultura vigente. A depressão é, portanto, o oposto do desejo e se mantém em uma relação ambivalente própria do adoecimento psíquico (SIQUEIRA, 2007 *apud* PEREIRA; AZEVEDO, 2017).

Outro ponto da atualidade a se destacar é o fato de que o diagnóstico de depressão vem sendo altamente difundido pela mídia e pela indústria farmacêutica, de forma nem sempre adequada. Seu tratamento avançou mais na última década do que em toda a história da

medicina. Dessa forma, muitas vezes o único tratamento enfatizado para o transtorno é a medicalização, excluindo-se a possibilidade de o sujeito falar de si e analisar suas particularidades em relação à sua própria depressão, o que é um grande erro, tendo em vista que a psicanálise pode contribuir de maneira grandiosa para o tratamento da depressão, conferindo-lhe entendimento para além da ordem da doença (MONTEIRO; LAGE, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percurso teórico do presente estudo identificou-se que o suicídio está há séculos nas organizações culturais, com diferentes representações e discursos, a saber: pelos filósofos como um crime; pela religiosidade foi imposto como pecado; para a sociologia um fator de risco demonstrado pelas relações social. Enfim, além do suicídio ser um dos fenômenos que ainda causa intensas discussões pelo mundo, pode se caracterizar como fenômeno sócio-histórico-cultural.

Baseados nesses aspectos abordados, pudemos identificar também que o transtorno depressivo é um problema de saúde pública que se encontra diretamente relacionado ao ato suicida. Constatou-se que comumente os pacientes depressivos apresentam tristeza, angústia e perda de interesse diante da vida. Além disso, foi evidenciado, estatisticamente, altos índices de pessoas depressivas que tem comportamentos suicidas que efetivaram o ato. Ademais, alguns estudos apontaram a significativa correlação entre os transtornos mentais e a tentativa de suicídio, em destaque a depressão maior, enquanto fator influenciador para a prática deste ato. Destacou-se também que nem todos os indivíduos depressivos tem comportamento ou ideação suicida. Tal relação ou associação aponta para uma análise complexa e multidimensional, que não pode ser explicada por um único fator ou isoladamente.

O presente trabalho apontou que a relação entre o suicídio e a depressão ocorre em cerca de 30% dos casos, configurando como fator de risco para a prática de atentar-se contra a própria vida. Dessa forma, no âmbito da saúde, é importante desenvolver instrumentos de prevenção e formar profissionais para trabalhar em prol da pessoa que está deprimida e com risco eminente de praticar o autoextermínio. Nota-se que o desenvolvimento de novas pesquisas que abordem sobre a influência da depressão no suicídio irá contribuir para profissionais que atuam nesta área. Além disso, é importante investigar especialmente, sobre os possíveis impactos psicológicos, nas famílias que vivenciaram a perda pelo suicídio, contribuindo para as ciências humanas, sociais, antropológicas, da saúde entre outras.

Desse modo, é preciso discutir o tema aberta e francamente entre todos os setores da sociedade, pois tanto o suicídio quanto a depressão são fenômenos presentes em todas as realidades sociais e demandam medidas preventivas por parte de todos os autores envolvidos na questão. Espera-se com o presente trabalho, que o mesmo sirva para promover a reflexão e possível mudança na forma como a temática do suicídio vem sendo abordada na sociedade atual, sobretudo na academia, ambiente formador de profissionais que, direta ou

indiretamente, atuarão nesta seara e necessitam estarem atentos e predispostos a analisarem o fenômeno sobre um prisma multideterminante.

No tocante ao tratamento psicológico, defendido neste contexto pela teoria psicanalítica, a psicoterapia é primordial para o tratamento multidisciplinar da depressão, repercutindo em avanços significativos no controle desta doença e permitindo ao sujeito, além de ressignificar os pensamentos de morte, adquirir nova visão de si e de mundo, além de diluir traumas e reconceituar os afetos que influenciam sua condição enquanto indivíduo de subjetividade.

Por fim, remonta-se ao objetivo geral do presente estudo que considera compreender os fatores, presentes na depressão, que levam ao suicídio, o qual foi amplamente discutido e respondido ao longo deste estudo, principalmente quando se observa a questão norteadora que se refere à forma como a depressão pode influenciar o sujeito ao ponto de cometer suicídio, neste ponto compreende-se que a TDM influencia significativamente o sujeito de maneira a levá-lo à morte, cujo tratamento é multiprofissional envolvendo psiquiatria e psicologia, refletindo na necessidade de cuidados preventivos e contínuos indispensáveis para a promoção da qualidade de vida desses sujeitos e a evitação da morte preconcebida.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, K. (1924). Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais, 1924. In: **Teoria psicanalítica da libido**. Rio de Janeiro: Imago, 2004.
- ALMEIDA, F. M. O Suicídio: contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenômeno na contemporaneidade. **Aurora**, Marília, v. 11, n. 1, p.119-138, Jan./Jun., 2018. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/aurora/article/view/7306/5248>. Acesso em: 22 fev 2019.
- BERENCHTEIN NETTO, N. **Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, p. 182. 2007.
- BERENCHTEIN NETTO, N. Suicídio: uma questão de Saúde Pública e um desafio para a Psicologia Clínica. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Campinas, 2006.
- BARBOSA, F. O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R. M. C. Depressão e o suicídio. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Jun., 2011.
- BARROS, G. O Setting analítico na clínica cotidiana. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 40, p. 71-78, dez. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372013000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar 2019.
- BIRMAN, J. **O sujeito na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2012.
- BRUNHARI, M. V.; DARRIBA, V. O suicídio como questão: melancolia e passagem ao ato. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 197-213, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v26n1/13.pdf>. Acesso em: 05 Jan 2019.
- CAEIRO, V. S. R. **Morte Voluntária - Sui Caedes**. Tese (Mestrado em Medicina Legal). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS. Universidade do Porto, p. 107, 2011.
- CAJUEIRO, R. L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos - Guia prático do estudante**. Petrópolis: Vozes, 2012.
- CARVALHO, D. C. P.; ASSIS, M. F. P. A depressão na clínica psicanalítica: ressonâncias da atualidade. **Perspectivas em psicologia**, v. 20, n. 2, p.153 -171, Jul/Dez., 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/acer/Downloads/37222-Texto%20do%20artigo-153802-1-10-20170110.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2019.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/20.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

CORDÁS, T. A. **Depressão: da bile negra aos neurotransmissores. Uma introdução histórica**. São Paulo-SP: Lemos Editorial, 2002.

COSER, O. **Depressão: clínica, crítica e ética** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, 170 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/>. Acesso em: 12 Jan 2019.

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A.; VIEIRA, K. F. L. **Entrelaçamentos entre depressão e suicídio segundo os futuros psicólogos**. PUCRS, Porto Alegre, v. 41, n. 2, p. 176-183, 2010. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5161636.pdf>. Acesso em: 13 dez 2018.

CREMASCO, Maria Virgínia F.; BRUNHARI, Marcos Vinícius. Da angústia ao suicídio. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 785-814, set. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 abr 2019.

CRUZ, D. N. Algumas Características da Pós-Modernidade na Concepção de Gilles Lipovetsky. **Intuíto**. Porto Alegre, v. 6, n. 1, p.79-95, 2013.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 2008.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, Mai, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso Acesso em: 05 jan 2019.

DUALIBI, K.; SILVA, A. Como diagnosticar e tratar depressão. **RBM.**, São Paulo, v. 71, n. 12, p. 23-31, Dez, 2014.

DURKHEIM, E. 1897. **O suicídio: Um estudo sociológico**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 2014.

DURKHEIM, E. 1895. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Ed. Martin Claret, 2000.

DUTRA, E. Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: Orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. 2002. In: C.S. HUTZ (Ed.), **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção**. Porto Alegre, Casa do Psicólogo, 2002.

FIGUEIREDO, R. V. **Da participação em suicídio**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

FONTENELLE, P. **Suicídio - O Futuro Interrompido: Guia para Sobreviventes**. São Paulo: Geração, 2008.

- FREITAS, G. A morte pode esperar? Clínica psicanalítica do suicídio. **Stilus Revista de Psicanalise**. Rio de Janeiro, v. 31, n.(?) p. 215-212, 2015.
- FREUD, S. Luto e Melancolia. 1895. In: **Obras Completas**. V. XVIII, Rio de Janeiro: Imago, 1996a.
- FREUD, S. Totem e Tabu. 1913. In: **Obras Completas**. V. XIII, Rio de Janeiro: Imago, 1996b.
- FREUD, S. O eu e o Id. 1923-1925. In: **Obras Completas**. V. XVI, Rio de Janeiro: Imago, 1996c.
- FREUD, S. Recordar, repetir, elaborar. 1914. In: **Obras Completas**. V. XVII, Rio de Janeiro: Imago, 1996d.
- GONÇALVES, C. A. V.; MACHADO, A. L. Depressão, o mal do século: de que século? **R Enferm**. UERJ, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 298-304, Abr./Jun., 2007. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a22.pdf>. Acesso em: 11 Dez 2018.
- GONCALVES, L. R. C.; GONCALVES, E.; OLIVEIRA JUNIOR, L. B. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Rev. Ambiente Acadêmico**, Belo Horizonte, v. 21, n.2, p.281- 316, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-63512011000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev 2019.
- JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes; 2008.
- LACAN, J. (1957). **O seminário: Livro 5: As formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- LACAN, J. (1962). **O seminário, livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editora, 2005.
- LAMBOTTE, M-C. **O discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia**. Rio Janeiro-RJ: Companhia de Freud, 1997.
- LAMBOTTE, M-C. **Estética da melancolia**. Rio Janeiro-RJ: Companhia de Freud, 2000.
- LEMES, A. **O Suicídio Na Contemporaneidade: entre questões psíquicas e socioculturais**. (Monografia) Graduação em Psicologia. Universidade Regional Do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. Ijuí, Dezembro, 2017, p. 42. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/4850/Andrieli%20Lemes.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 jan 2019.
- LIPOVETSKY, G. **A Era do Vazio**. Barueri, SP: Manole, 2005.

LOPES, J. P. **Depressão: Uma Doença da Contemporaneidade. Uma Visão Analítico-Comportamental.** Brasília, 2005.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS - **DSM V.** 5. ed. 2014.

MEDEIROS, M. M. Concepções históricas sobre a morte e o morrer. **Outros Tempos.** v. 5, n. 6, p.152-172, 2008. Disponível em: https://www.outrostempos.uema.br/OJS/index.php/outros_tempos_uema/article/view/211. Acesso em: 23 Jan 2019.

MELLO, M. F. de. O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.163-170, Jan-Mar., 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1575.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2019.

MENDES, E. D.; VIANA, T. C.; BARA, O. Melancolia e Depressão: Um Estudo Psicanalítico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 4, p. 423-431, Out - Dez., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000400007&lng=en&nrm=iso Acesso em 23 abr 2019

COUTO, Vilma Valéria Dias; TAVARES, Marcelo da Silva Araújo. Apego e risco de suicídio em adolescentes: estudo de revisão. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto , v. 17, n. 2, p. 120-136, 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 abro 2019.

MENEGHEL, S. N.; VICTORA, C. G.; FARIA, N. M. X.; CARVALHO, L. A.; FALK, J. W. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n.6, p. 804-810, 2004.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública** [online]., v..44, n.4, p.750-757, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 dez 2018.

MONTEIRO, K. C.; LAGE, A. M. V. A. Depressão na adolescência. **Psicologia em estudo**. Maringá, 2(2), 257-265, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n1/v17n1a09.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

MONTGOMERY, S. A. **Ansiedade e Depressão.** Climepsi Editores, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Mental. Transtornos Mentais e Comportamentais. **Prevenção do suicídio: manual para professores e educadores.** 2012. Disponível: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/5/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de D. Caetano. Porto Alegre-RS: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Suicídio é grave problema de saúde pública e sua prevenção deve ser prioridade**. 2018. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5674:suicidio-e-grave-problema-de-saude-publica-e-sua-prevencao-deve-ser-prioridade-afirma-opas-oms&Itemid=839>. Acesso em: 21 fev. 2018.

PELEGRINI, M. O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade.

Psicologia Ciência e Profissão, Brasília-DF, v.23, n.1, p. 38-43, 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v7n13/v7n13a07.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2018.

PEREIRA, M. B. M.; AZEVEDO, J. M. Depressão e Angústia: modos de expressão na contemporaneidade. Pretextos - **Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 2, n.3, p. 198-2016, Jan./Jun., 2017. Disponível em:

<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/14256?aaaimglfcbaaaimg>. Acesso em: 07 nov 2018

RIVERA, T. Luto e melancolia, de Freud, Sigmund. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, v. (?), n. 94, p. 231-237, Nov. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jan 2019.

SANTA CLARA, C. J. S. Melancolia: da antiguidade à modernidade – uma breve análise histórica. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 13, p. (?), 2009. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000200007. Acesso em: 10 mar 2019.

SANTANA, A. L. Suicídio. **Infoescola**, São Paulo, 2018. Disponível em:

<<https://www.infoescola.com/sociologia/suicidio/>>. Acesso em: 17 jan. 2019.

SANTOS, J. F. S. O suicídio na teoria e clínica de Sigmund Freud. **SIICUSP 2014 – 22º Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP**. São Paulo, 2014.

SILVA, A. **Representações sociais da saúde, doença e corpo**. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) UCDB- Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, MS, p. 117, 2009. Disponível em: <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8094-representacao-social-de-saude-doenca-e-corpo-de-clientes-de-academias-de-ginastica-em-campo-grande-ms.pdf>. Acesso em: 02 dez 2018.

SIMMEL, G. **As grandes cidades e a vida do espírito**. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132005000200010>. Acesso em: 30 ago. 2018.

SOARES, G. B.; CAPONI, S. Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. **Comunicação Saúde Educação**, v. 15, n. 37, p. 437-46, Abr./Jun., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop0311>.

Acesso em: 19 fev 2019.

SOLOMON, A. **O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão**. Tradução M. Campello. Rio de Janeiro-RJ: Objetiva, 2002.

TAVARES, L. A. T. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

TREVISAN, J. Psicoterapia psicanalítica e depressão de difícil tratamento: à procura de um modelo integrador. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, Set./Dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000300009>. Acesso em: 03 fev. 2019.

VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 28, n. 4, p. 714-727, 2008.

WAILSELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2014: Os jovens do Brasil**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf. Acesso em: 23 Jan 2018.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnica psicanalítica: uma revisão**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.