

Diogo de Oliveira Boccardi

**VIVER NÃO É PRECISO:
discursos sobre o suicídio no século XXI**

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Boccardi, Diogo de Oliveira

Viver não é preciso : discursos sobre o suicídio
no século XXI / Diogo de Oliveira Boccardi ;
orientadora, Sandra Noemi Cucurullo de Caponi, 2018.
120 p.

Dissertação (mestrado profissional) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde
Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2.
Suicídio. 3. Biopolítica. 4. Foucault. I. Caponi,
Sandra Noemi Cucurullo de. II. Universidade Federal
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL

“Viver não é preciso: discursos sobre o suicídio no século XXI”.

Diogo de Oliveira Boccardi

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial

Banca Examinadora:

Profª. Dra. Sandra Noemi C. Caponi (Presidente)

Prof. Dr. Atílio Butturi Junior (Membro)

Profª. Dra. Tânia Maris Grigolo (Membro)

Profª. Dra. Fernanda Marinho (Suplente)

“Sejamos o lobo do lobo homem.”
(Caetano Veloso)

RESUMO

O suicídio é considerado um fenômeno unívoco no século XXI, descrito em termos médicos e associado diretamente à presença de transtornos psiquiátricos. Segue, portanto, proscrito, como conduta incompatível com a Razão (moderna) e combatido em grande parte das sociedades ocidentais. Esta dissertação versa, por um lado, sobre as condições de possibilidade para a emergência de um tal discurso e, por outro lado, sobre o modo como ele incide configurando a subjetividade de “pacientes” e de “profissionais”. Neste sentido, vincula-se metodologicamente ao trabalho de Michel Foucault em suas prescrições de prudência acerca da polivalência tática dos discursos: em relação às expectativas de prevenção e medicalização dos comportamentos suicidas, é preciso fazer ver que se constituem em discursos produtores de vida e cuidado ao mesmo tempo que visam gerar sujeitos produtivos e dóceis. Neste estudo, de base documental, são abordados os fatores de risco mais frequentes na literatura, a saber, os transtornos mentais e o abuso de drogas, bem como as estratégias para legitimar socialmente a psiquiatrização do suicídio: a expectativa de tratamento com psicofármacos e a produção de evidências por pesquisas de tipo autópsia psicológica. Foram analisados dois manuais editados pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela Organização Mundial da Saúde dirigidos a profissionais para a prevenção do suicídio. A análise dos documentos evidenciou o caráter coercitivo-compassivo das prescrições feitas aos profissionais de saúde. Tendo em conta que, apesar dos esforços, os índices globais de mortes por suicídio não se reduzem, cabe verificar os efeitos dos discursos sobre os sujeitos (sejam os suicidas ou aqueles que os atendem) – aqui narrados em quatro casos clínicos com diferentes características e desfechos. Por fim, identificou-se que, apesar de ser considerado um tabu no século XXI, há um imperativo para que se fale sobre o suicídio, mas que se fale apenas sob certo regime – que envolve o saber médico, a proibição e a pecha de doente mental, criando uma impossibilidade de diálogo franco.

Palavras-chave: Suicídio. Biopolítica. Foucault.

ABSTRACT

Suicide is considered a univocal phenomenon in the 21st century, described in medical terms and directly associated with the presence of psychiatric disorders. It is still rejected as a conduct that is incompatible with (modern) Reason and fought in the Western societies. This dissertation approaches the conditions of possibility for the emergence of such a discourse and, also, how it affects the subjectivity of “patients” and “professionals”. In this way, it is methodologically linked to Foucault’s work in his prescriptions of prudence about the tactical polyvalence of discourses: in relation to the expectations of prevention and medicalization of suicidal behaviors, it is necessary to show that they constitute discourses that produce life and care while, at the same time, aim to generate productive and docile subjects. This documentary study addresses the most frequent risk factors in the literature, namely, mental disorders and drug abuse, as well as the strategies to socially legitimize the psychiatric delimitation of suicide: the expectation of treatment with psychotropic drugs and the production of evidence by psychological autopsy research. Two manuals edited by the Brazilian Ministry of Health and the World Health Organization for the prevention of suicide were analyzed. The document analysis showed the coercive-compassionate nature of the prescriptions to health professionals. Considering that despite the efforts, the overall suicide death rates are not reduced, it is necessary to verify the effects of the discourses about the subjects (suicidal or those who support them) – here narrated in four clinical cases with different characteristics and outcomes. Finally, it has been identified that, although it is considered a taboo in the 21st century, still remains an imperative to talk about suicide, but to talk about under a certain regime – involving medical knowledge, prohibition and the label of mental patient, creating an impossibility of frank dialogue.

Keywords: Suicide. Biopolitics. Foucault.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Cartaz de divulgação da campanha Setembro Amarelo de 2016 pelo Ministério Público de Santa Catarina	45
Figura 2-A – Mitos e Verdades sobre o Suicídio (slide 2) - Setembro Amarelo 2017	46
Figura 2-B – Mitos e Verdades sobre o Suicídio (slide 3) - Setembro Amarelo 2017	47
Figura 3 – Aspectos psicológicos no suicídio	72

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – MAIS AQUÉM OU MAIS ALÉM DO SUICÍDIO: SABER E SUBJETIVAÇÃO	25
1.1 NOS PASSOS DE MICHEL FOUCAULT: O HOMEM, A VIDA E A MORTE COMO OBJETO DA CIÊNCIA E A CIÊNCIA COMO DISCURSO BIOPOLÍTICO	26
1.2 NEOLIBERALISMO E SUBJETIVAÇÃO	32
1.3 SUICÍDIO, SABER MÉDICO E RESPONSABILIDADE	37
1.3.1 “É preciso falar sobre o suicídio, mas de maneira adequada”: saber médico e a divulgação pela imprensa	40
1.3.2 “Falar para prevenir, conhecer para tratar”: abordagem sanitária do suicídio	44
CAPÍTULO 2 – “CONJECTURAS” E “REFUTAÇÕES”: O SUICÍDIO SEGUNDO O DR. UBU	51
2.1 CONSTITUIÇÃO DO SUICÍDIO COMO DOENÇA MENTAL: ONTOLOGIA COMPULSÓRIA DA PATOLOGIA	53
2.1.1 Os psicofármacos e a expectativa de cura do suicídio	56
2.1.2 Autópsia psicológica como modo de produção de verdades sobre o suicídio	58
2.2 ASSOCIAÇÃO ESTATÍSTICA ENTRE SUICÍDIO E USO NOCIVO DE DROGAS: UMA REFLEXÃO BIOPOLÍTICA	61
2.2.1 Substâncias psicoativas, Estado e discurso médico	61
2.2.2 Biopolítica, risco e associação entre suicídio e uso de drogas ..	64
2.2.3 Vida nua e perspectiva compreensiva da correlação estatística entre uso de drogas e suicídio	68
2.3 DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO INDICADAS NOS MANUAIS E PROTOCOLOS: PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA MOTIVADAS PELA COMPAIXÃO	69
CAPÍTULO 3 – O SUICÍDIO QUE SE VIVE E O QUE SE NARRA: CASOS CLÍNICOS	79
3.1 A MULHER MAIS BONITA DA QUEBRADA	80
3.2 O HOMEM DAS NAVES	86
3.3 O RETORNO DE DIÓGENES	91
3.4 MORRE UMA CRIANÇA	94
3.5 <i>POST SCRIPTUM</i> AOS CASOS NARRADOS: A PROPÓSITO DO DESAPARECIMENTO E DOS EFEITOS QUE PRODUZ	97
CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107

1 INTRODUÇÃO

Na pequena tela de um aparelho de telefone celular, uma cena forte: o vídeo mostra uma grande ponte pênsil cortando o horizonte na manhã de verão. Com dificuldade, é possível distinguir duas pessoas no topo da estrutura. A primeira, uma jovem, está em pé na beirada de uma viga. A segunda, um pouco abaixo, é um profissional do Corpo de Bombeiros que escala lentamente a torre enquanto gesticula, na tentativa de dissuadir a moça de seu intento. Ela, no entanto, precipita-se repentinamente em direção à água, mais de setenta metros abaixo. Seu corpo passa próximo ao do homem, antes de chocar-se com outra viga. Por uma fração de segundos não somos mais capazes de enxergar a mulher que atenta contra a própria vida, até que novamente a vemos despencar na baía. O cadáver é então recolhido por um bote da corporação, sem um dos braços, que foi arrancado pela força da queda.

Na mesma manhã, recebo o vídeo divulgado (diríamos, “viralizado”) através das redes sociais, acompanhado de diversas fotos. Meu primeiro pensamento, como tem sido recorrente em situações como esta, é: “quem é a pessoa que cometeu suicídio? Será uma das que atendo no serviço de Saúde Mental do município ou em meu consultório? Teria sido encaminhada para atendimento no CAPS? Teria efetivamente recebido este atendimento?” Apenas alguns dias depois os jornais e sítios da internet contaram aspectos da história: a moça viera de outra cidade, dirigira por cerca de quatro horas durante a madrugada até subir na ponte. Era casada e tinha filhos. Uma das manchetes vaticinava, como que ensaiando explicação: “Levava uma vida normal, mas tinha problemas mentais”.

Fiquei conjecturando sobre os motivos para a escolha destas palavras. Não me espantava mais que dissessem, de alguém que comete suicídio, que “tinha problemas mentais”, pois a ação de provocar a própria morte já basta, em nossos dias, para justificar um diagnóstico médico. Mais misterioso para mim era a assertiva de que “levava uma vida normal”. A que isto se referia? Provavelmente, ao fato de ter um emprego e manter o convívio social e familiar, de cumprir com suas “obrigações”, de agir conforme a norma – entendida como lei ou como comportamento mais prevalente ou repetido. Levantar uma “vida normal” seria considerado benéfico? Se a vida é normal, há mais ou menos chance de querer dar-lhe um fim? Em função do que vivia assim, e não de outra maneira?

Mais de um mês depois do ocorrido, minhas divagações já arrefecendo, sou surpreendido por um telefonema. “Boa tarde, Diogo, sou do Grupo de Busca e Salvamento. Meu colega é o bombeiro que estava na ponte, atendendo ao chamado para socorrer a moça que se matou. Ele está muito impactado com o que aconteceu.” Segundo o relato, o experiente profissional já havia atuado em diversos casos como aquele, mas nunca tinha passado pela exposição decorrente da divulgação das imagens que, como um vírus, se espalharam profusamente, demandando que ele recontasse a história demasiadas vezes, ocasionando um sofrimento que até então não experimentara. Por esse motivo, a equipe solicitava agora capacitação técnica e apoio da instituição de saúde em que eu trabalhava, na expectativa de lidar melhor com aquelas situações, tão recorrentes, em que alguém não quer mais “levar a vida”.

* * *

Pode causar-nos espanto a assertiva platônica, constante no *Górgias*, de que viver seja a morte e morrer seja a vida¹. Filhos do século XX, netos da Modernidade, herdeiros do Esclarecimento, nosso ceticismo em relação à vida eterna (bem entendida: “pós-morte”) parece preconizar que, sob quaisquer circunstâncias, a vida biologicamente determinada é inquestionável e irrecusável. Não passa despercebido a Foucault (2010, p. 189) o jogo de palavras de Platão: entre *sôma* (corpo) e *sêma* (túmulo e signo) há como que uma sinonímia. O corpo é o sepulcro da alma. O filósofo deseja somente a vida verdadeira, que a prisão do corpo impede. Muito diferente do hedonismo imediatista da sensibilidade corporal neoliberal, que deseja objetos de consumo, juventude/vitalidade eterna, prazeres regulados de modo a postergar a morte. Não se trata, é claro, de decidir por uma mentalidade sobre a outra, mas de apontar sua distância.

Representativa também é a passividade/impassividade de Epicuro, para quem “a morte não existe enquanto o homem vive e este não existe mais quando ela sobrevém” (1985, p. 14). Mais interessado estava na vida, a ponto de não sobrevalorizar a morte. Acercando-se desta discussão, o poeta português Herberto Helder (2008) nos legou um interessante e

1 “Quem pode saber se viver não é morrer / e morrer não é viver? / e que nós, na realidade, talvez estejamos mortos. De fato, já ouvi também homens sábios dizendo que nós, agora, estamos mortos, e que o corpo é um túmulo para nós.” (Platão, 2002, 492e).

provocativo “relato” sobre o tema da morte, em um poema acerca da paixão:

Li algures que os gregos antigos não escreviam necrológios,
 quando alguém morria perguntavam apenas:
 tinha paixão?
 quando alguém morre também eu quero saber da qualidade da
 sua paixão:
 se tinha paixão pelas coisas gerais,
 água,
 música,
 pelo talento de algumas palavras para se moverem no caos,
 pelo corpo salvo dos seus precipícios com destino à glória,
 paixão pela paixão,
 tinha? [...]

Paixão. O *pathos* grego. Passividade, afecção, afeto, sofrimento, mobilização, disposição da alma. Arrebatamento do ser pelo mundo. Comoção. Os gregos antigos (os de Helder, ao menos), tinham a paixão em alta conta. Após a morte, a contabilização das paixões viria a definir o valor da vida vivida. Quanto mais *pathos*, mais valor. Novamente, é fácil notar a distância em relação aos nossos tempos, em que a paixão é a inimiga natural da Razão. O *pathos* virou patologia. O primeiro necrológio escrito após cada morte deve apresentar a doença que ocasionou a fatalidade. Ao invés de “tinha paixão?”, perguntamos “tinha doença? Qual?”. Um chiste popular, ao tomar a vida em si como doença, proclama com verdade: “A vida é uma doença sexualmente transmissível que invariavelmente ocasiona a morte”. Mas a certeza indelével da morte não nos faz encará-la com naturalidade. O tabu da morte já estava presente desde o Paleolítico, no que Bataille (1987) chama de interdição do cadáver que, diferente dos outros objetos, não deveria ficar à vista dos vivos, mas ser enterrado.

Tanto mais quando se trata da morte auto infligida. Nada há de natural no suicídio segundo nossa racionalidade contemporânea. Logo o relacionamos à doença, *pathos* hodierno. Quando alguém provoca a própria morte, perguntamos: qual patologia levou à tragédia? “Depressão Maior”, “Transtorno Afetivo Bipolar”, “Esquizofrenia”? Acaso o sujeito “abusava” de “substâncias psicoativas”? Teve uma “crise histórica”? Padeceu de uma enfermidade orgânica crônica, dolorosa, incapacitante ou incurável? Ou, quando muito, especulamos sobre qual paixão o consumiu: estaria desesperado pela perda do emprego ou de um amor, enlutado pelo falecimento de um familiar, esmagado pela história de

sucesivas violências, não era reconhecido em suas qualidades, não foi suficientemente resiliente para enfrentar as agruras do cotidiano, não encontrava sentido ou motivação na vida que levava?

Em 1929 e 1930, o dramaturgo alemão Bertolt Brecht escreveu “Aquele que diz sim e aquele que diz não”, uma peça didática em duas partes idênticas no início, mas com desfechos diferentes em função da escolha feita pelo protagonista. Brecht (1988) põe em cena um pequeno vilarejo, assolado por uma epidemia que exige que um grupo de estudantes liderados por um professor atravesse as montanhas em busca de uma cura. A viagem, bastante perigosa, acaba por deixar um dos estudantes enfraquecido, a ponto de não conseguir completar o percurso e colocar em risco a comitiva e, conseqüentemente, a solução para a epidemia que ameaça a população da vila. O professor então imediatamente se apoia em uma antiga tradição, que diz que, em situações como essa, o garoto com problemas deveria ser jogado do penhasco em favor do coletivo. O costume, entretanto, é que se pergunte ao jovem se aceita seu destino. Ocorre que o mesmo costume indica que o sujeito responda “sim”. Há aqui o que Žižek (2010) chama de gesto vazio, uma questão ofertada de modo que o sujeito dê, livremente, a resposta que lhe é imposta. Resulta daí o paradoxo de “querer (escolher livremente) o que é compulsório, de fingir (mantendo as aparências) que há uma livre escolha embora efetivamente não haja” (ibidem, p. 21). Esta é a estrutura do discurso atual sobre o suicídio: a vida é como um “presente” ofertado a nós. Efetivamente, poderíamos a qualquer momento recusá-lo mas, diante desta oferta, “o costume manda que a resposta seja sim”.

A consequência deste modo de aproximação ao fenômeno do suicídio parece resultar sempre na expectativa de evitá-lo a todo custo. Se não há razoabilidade na intenção de tirar a própria vida, se ela denota invariavelmente uma doença ou transgressão da norma social, se o sujeito passa a ser categorizado como incapaz de tomar decisões por si, imediatamente são envidados todos os esforços para prevenir a consecução do ato. A liberdade do indivíduo encontra um limite, em função da assunção de que a razão não opera ali. No âmbito individual, recomenda-se que a pessoa passe a ser vigiada diuturnamente, quiçá em regime de internação hospitalar, e que lhe seja negado acesso a qualquer meio de atentar contra si, devendo se submeter a tratamento especializado. No âmbito social, se multiplicam os discursos e iniciativas de prevenção, capitaneadas sobretudo no campo da saúde coletiva e, mais especificamente, da psiquiatria.

* * *

A produção acadêmica sobre o suicídio é extensa. Tanto esta quanto os documentos oficiais editados no século XX e início do XXI tratam do tema como um fenômeno unívoco e, mostrando dados estatísticos, englobam uma série de ocorrências como se correspondessem a um único objeto (MARSH, 2010). Segundo este discurso, o “fenômeno” do suicídio, considerado situação limite atualmente abarcada pelo campo da Saúde Mental, tem mostrado alta prevalência em diferentes populações. Corriqueiramente vemos afirmações como a de que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) estima que em 2020 cerca de 1,53 milhão de pessoas morrerão desta forma, sendo considerada uma das maiores causas de mortalidade ao redor do mundo (CHACHAMOVIC *et al.*, 2009). A tendência de crescimento aponta que, entre 1955 e 2000, o índice global de suicídio aumentou 60%. Hoje já ocupa a terceira causa de morte entre pessoas com idades entre 15 a 44 anos. Se levarmos em conta a deficiência que existe na forma como alguns países notificam o suicídio, essas taxas podem ser ainda maiores (FONTENELLE, 2008). Apresentadas como dados alarmantes, as estatísticas devem nos conduzir à crítica: segundo o *Mapa da Violência* (WASELFSZ, 2014), observamos um aumento da incidência de mortes por suicídio no Brasil de mais de 62% entre 1980 e 2012 – que apenas em parte pode ser atribuído ao aprimoramento das notificações – com um grande salto a partir da virada do século, sobretudo na população jovem. As crescentes taxas mundiais, apesar das campanhas e do desenvolvimento de pesquisas na área, são acompanhadas do aumento do uso de psicofármacos (WHITAKER, 2010), o que leva muitos pesquisadores a estabelecer correlações entre o incremento do consumo de antidepressivos e outros medicamentos e o crescimento do número de mortes auto provocadas (BREGGIN, 1997; 2004; WHITAKER, 2010; SHARMA *et al.*, 2016).

As associações com certos perfis demográficos, aspectos biográficos comuns, presença de outros agravos (como depressão, uso de substâncias psicoativas, doença orgânica crônica ou quadros psicóticos, para citar alguns) ou certa faixa etária são enunciadas como “fatores de risco” e aduzem à necessidade de intervenção por profissionais de saúde (MINAYO & CAVALCANTE, 2010). Mas, se nossas pesquisas aparentemente avançam, se nossas terapêuticas supostamente ficam mais eficientes e se desenvolvemos nossa compreensão sobre o “fenômeno”, o que justifica que sua incidência siga aumentando?

Não se trata, no entanto, de um fenômeno unívoco. Quando atribuímos as tentativas de pôr fim à própria vida a um “quadro depressivo”, nos deparamos com uma ocorrência muito diferente de tantas outras que também estão subsumidas ao fenômeno do suicídio. Claro está que nem todo suicídio decorre de uma patologia ou de uma fraqueza da razão (LOPES, 2008). A multiplicidade de faces e modos de apresentação do suicídio não pode ser ignorada. Afinal, cabe notar que o suicídio cometido em função da desesperança ou do sentimento de desvalia é distinto do sacrifício coletivo promovido por seitas², por exemplo. Também não são a mesma coisa a preservação da honra no *seppuku* ou *haraquiri* japoneses, o suicídio infantil, a morte auto infligida em comunidades indígenas, os atentados com fins políticos (correntemente chamados de “terroristas”) ou o autoextermínio em um surto psicótico. Sequer parecem da mesma natureza as situações recorrentes de tentativas de baixa letalidade, ou ainda o suicídio assistido por profissionais de saúde a pacientes terminais.

Diferentes ocorrências apontam a necessidade de pensar as representações que fazemos sobre o suicídio, tantas vezes tematizado na literatura (por Jocasta e Antígona nas tragédias de Sófocles, incluindo o solilóquio sobre “ser” e “deixar de ser” do Hamlet de Shakespeare ou a “morte do caixeiro viajante” de Arthur Miller, entre tantos outros), na filosofia e na sociologia. Com efeito, pensadores como Albert Camus (1942/2004) e Durkheim (1897/1986) apontaram a importância do tema para suas elaborações teóricas. Até Marx (1846/2006) se dedica a esta temática. São, entretanto, os discursos religiosos e os médico-psicológicos aqueles que mais profusamente postulam interpretações e prescrevem condutas a serem seguidas diante dos comportamentos suicidas. Neste sentido, importa perguntar: quais as racionalidades que embasam tais discursos? Quais as condições de possibilidade para a emergência dos saberes e das práticas disciplinares que ora vigem?

Estas questões remetem ao modo como Michel Foucault conduzia

² O mais notório caso de suicídio em massa talvez tenha sido o da Seita do Templo do Povo, ligado ao pastor americano Jim Jones. Em 1978, em seu assentamento na Guiana, cerca de 900 pessoas cometeram infanticídio seguido de suicídio. Os relatos demonstram que o grupo, por diversas vezes, ensaiou o “procedimento”, até que, na derradeira noite de novembro, deliberada e ordenadamente realizou a ingestão da mistura de suco em pó e cianureto (KILDUFF; JAVERS, 1979). As especulações e interpretações dadas ao evento não foram capazes de explicar de modo convincente os motivos e os processos que culminaram com o grotesco ato coletivo.

suas investigações, propondo uma arqueologia dos discursos de verdade e, posteriormente, uma genealogia das práticas disciplinares e da relação entre saber e poder (DREYFUS; RABINOW, 2013). A partir do legado metodológico de Foucault e de suas intuições acerca do poder nas sociedades modernas, propomos empreender uma análise dos discursos que ordenam a atuação de profissionais de saúde frente a situações de suicídio, em seu caráter biopolítico.

* * *

Concordamos com Hjelmeland (2016), que ressalta a ineficiência de estudos puramente quantitativos para produzir conhecimentos novos e úteis no campo da suicidologia. Com efeito, segundo a autora, a imensa maioria dos estudos sobre suicídio consiste na repetição de exames sobre os “fatores de risco” em diferentes contextos ou com diferentes grupos populacionais, quase sempre encontrando como resultado aquilo que se antevia como hipótese. Não se trata de ignorar o conhecimento produzido pelas pesquisas quantitativas, mas de se seguir suas pistas de forma a aprofundar a compreensão social dos fenômenos agrupados sob o termo “suicídio” de uma perspectiva discursiva, permitindo, como modestamente aqui propomos, legar modos de intervenção mais significativos do ponto de vista clínico e ético/estético.

A premissa inicial que serve como estímulo a esta pesquisa é a de que o conhecimento produzido contemporaneamente sobre o suicídio obedece um certo regime discursivo baseado na autoridade da medicina sobre os fenômenos humanos, que orienta o olhar, os atos de fala, os saberes e as práticas disciplinares, enfim, a experiência que os profissionais e os próprios sujeitos dos comportamentos suicidas têm (MARSH, 2016). Por esta razão, pretende-se aqui discutir as condições de possibilidade para a emergência deste campo de experiência, bem como sua função biopolítica – motivo pelo qual, numa afiliação ao pensamento de Michel Foucault, advogo que, sem efetivamente realizar um estudo genealógico, este construto oriente a pesquisa.

Chamamos de período genealógico de Foucault o conjunto de “obras dedicadas à análise das formas de exercício do poder” (CASTRO, 2016, p. 184). Diferente do que ocorreu com sua arqueologia, que recebeu uma descrição metodológica em *Arqueologia do Saber*, não há uma explicação sistemática de como proceder uma genealogia em nenhum texto próprio. Em diversos cursos, entretanto, o filósofo enunciou os

postulados do itinerário e dos propósitos genealógicos, como uma sorte de empreendimento de insurreição dos saberes, contra um discurso unitário formalizado cientificamente de modo a exercer coerção por meio de discursos de verdade (FOUCAULT, 2005). Trata-se de deslocar o estudo da história das ciências do eixo conhecimento-verdade para o eixo discurso-poder (CASTRO, 2016), configurando uma ontologia histórica, ou seja, uma discussão sobre como a ciência constitui objetos para si mesma.³ Como afirma Manicki (2012, p. 58):

Nunca foi questão, para Foucault, dar conta, em suas minúsculas particularidades, de um período histórico ou de uma prática social. Sempre foi questão, pelo contrário, de partir de um estado de fato contemporâneo e dele extrair origens históricas possíveis, a fim de se desfazer, de um lado, de um existencialismo a-histórico que postula a existência de práticas naturais e necessárias e, de outro lado, da inércia política e social que resulta desse postulado.

Conquanto se possa pretender encontrar uma “verdade” sobre o suicídio, talvez escondida pelas interpretações dadas pela psiquiatria, ou mesmo traçar uma “história geral do suicídio”, não é esta a tarefa do genealogista. Antes, a proposta de Foucault é a de compreender que não há continuidade, regularidade ou referente empírico para os discursos de verdade. Não há interpretação verdadeira ou verdade a ser interpretada e desvelada. Há nas coisas apenas uma essência – se é que se pode chamar assim – construída peça por peça a partir de figuras compostas nos interstícios das instituições, nas diferenças dispersas pela história (DREYFUS; RABINOW, 2013). A empreitada genealógica consiste então em escrever uma analítica interpretativa como uma “história do presente”:

3 O próprio Foucault (2013) sumariza seu percurso genealógico como ontologia em três eixos: o eixo da verdade (em *O nascimento da clínica* e em *As palavras e as coisas*), o eixo do poder em *Vigiar e punir* e o eixo da ética em *História da sexualidade*: “Três domínios da genealogia são possíveis. Primeiro, uma ontologia histórica de nós mesmos em relação à verdade através da qual nos constituímos como sujeitos de saber; segundo, uma ontologia histórica de nós mesmos em relação a um campo de poder através da qual nos constituímos como sujeitos de ação sobre os outros; terceiro, uma ontologia histórica em relação à ética através da qual nos constituímos como agentes morais.” (p. 307).

Essa abordagem começa de forma explícita e reflexiva com um diagnóstico da situação atual. Há uma orientação contemporânea inequívoca e imperturbável. O historiador localiza as manifestações agudas de um “ritual meticuloso de poder” particular ou de uma “tecnologia política do corpo” para ver onde surgiu, tomou forma, ganhou importância etc. (ibidem, p. 158).

A proposta deste estudo sobre o suicídio parte então desta interpretação das interpretações corriqueiras entre os profissionais de saúde. Ainda que dar novas interpretações não signifique buscar uma verdade sobre o fenômeno, cumpre o propósito de problematizar (cf. MUCHAIL, 2011) as conceituações dadas hegemonicamente sobre o suicídio (MARSH, 2016). E mesmo não havendo intenção pragmática explícita em Foucault, concordo com Muchail (2011, p. 18) ao afirmar que “como convém a uma tarefa genealógica, a partir da recuperação histórica (...) realiza-se uma estratégica reflexão voltada para a atualidade, sugerindo novos modelos e práticas, possibilidades e alternativas”. É este percurso que se pretende traçar, em três capítulos, como descrevo a seguir.

O Capítulo 1, intitulado “Mais alguém ou mais além do suicídio: saber e subjetivação”, trata de como o saber médico circunscreve os enunciados sobre a morte autoprovocada a partir do século XIX mas, sobretudo, de como os discursos sobre o suicídio correspondem a modos de subjetivação em transformação na história. Discutem-se as mudanças na compreensão sobre o suicídio ao longo dos séculos e as características da racionalidade moderna e neoliberal, bem como a atribuição de responsabilidade pelo auto extermínio. Todos esses elementos delineiam os estatutos que colocam o suicídio em discurso (FOUCAULT, 2012) – na mídia, nas instituições e nas práticas de saúde. Utilizo o documento “Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia” (OMS, 2000a) e materiais da campanha *Setembro Amarelo* de Santa Catarina, uma iniciativa da Associação Brasileira de Psiquiatria, do Centro de Valorização da Vida (CVV) e do Ministério Público do Estado.

No capítulo 2, “‘Conjecturas’ e ‘refutações’: o suicídio segundo Dr. Ubu”, passamos a um estudo mais detido sobre os chamados “fatores de risco” para o suicídio. O discurso elaborado a respeito da associação estatística dos comportamentos suicidas com os transtornos mentais e o uso de substâncias psicoativas será abordado em seu caráter biopolítico. A seguir, serão analisados dois documentos oficiais de agências de saúde: os textos “Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde

em atenção primária” da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000b) e “Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais de saúde mental” do Ministério da Saúde e Organização Panamericana de Saúde (BRASIL, 2006). Os achados nestes documentos serão cotejados com três outros tratados de referência internacional: o “*Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*” da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2010), o relatório “*Self-harm, suicide and risk: helping people who self harm*” do Reino Unido (ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, 2010, revisado em 2015) e o volume “*Towards evidence-based suicide prevention programs*” da Organização Mundial da Saúde para a região do Pacífico Ocidental (WHO, 2010). A escolha destes documentos se deveu ao fato de serem publicações oficiais em seus países e orientarem a prática profissional, inclusive na criação de novos protocolos, *guidelines* e delineamento de pesquisas. Além disso, o último documento refere-se a uma região do planeta em que as estatísticas sobre o suicídio são bastante diferentes daquelas encontradas na Europa e nas Américas, permitindo contemplar particularidades regionais significativas. Para discutir estes documentos, utilizarei a metodologia de Análise de Discurso a partir de Foucault, buscando os efeitos produzidos pelas proposições e as condições sociais imbricadas nestas produções.

O terceiro capítulo, “O suicídio que se vive e o que se narra: casos clínicos”, traz uma discussão sobre as subjetividades construídas em função das narrativas sobre o suicídio neste início do século XXI. Com a apresentação de quatro casos, elaborados a partir de minha experiência clínica, abordo diferentes aspectos do que se analisou nos capítulos precedentes, investigando de que maneira incidem nas vidas concretas dos sujeitos que, por vontade própria ou não, recorrem aos serviços de saúde e assistência social. Sigo as indicações de Viganò (1999), Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2012a) e Dunker (2011) para construir as narrativas, inspirado também no trabalho de Whitaker (2010). Além da contraposição ao saber médico como discurso único sobre o suicídio, neste capítulo menciono a dinâmica de reconhecimento dos sujeitos considerados suicidas frente a um outro – em um movimento ligado à argumentação ética de Butler (2015) e à noção de *parresia* em Foucault (2011) – e sua implicação para a prática clínica e as representações discursivas dos profissionais.

CAPÍTULO 1 – MAIS AQUÉM OU MAIS ALÉM DO SUICÍDIO: SABER E SUBJETIVAÇÃO

É evidente o prestígio social do qual goza o discurso médico, como “saber verdadeiro” sobre a vida e os indivíduos. Não surpreende, portanto, que seja tomado como oficial no que concerne à morte autoprovocada. Sua característica fundamental reside em um modo específico de articular a singularização das ocorrências (individualização) a partir da comparação com um padrão (universalização), considerado como dogma⁴. O suicídio é assim assumido como discrepância do curso natural da vida, definido *a priori* e inserido na noção de patologia individual. Um mal pessoal. Mas nem sempre se tratou desta forma, mesmo na literatura considerada especializada, técnica, científica, a ideia do “fenômeno” do suicídio. Filósofos como Montesquieu e Voltaire questionaram a suposta falta de razoabilidade nos intentos suicidas (LOPES, 2008), assim como Hume pôs em cheque o valor absoluto da vida e a obrigação, para com a sociedade, de se continuar vivendo (LUPER, 2010). O eminente tratado de Durkheim (1986) logrou demonstrar como formas diferentes de organização social incorriam em – e induziam ou evitavam – mortes auto infligidas. Antes dele, Marx (2006) já enunciava os efeitos perniciosos da exploração do homem sobre o homem, das relações de gênero e da falta de suporte social como desencadeantes do suicídio. Ambos os sociólogos, sem dúvida dos mais destacados em seu ofício, tinham razões para distanciar o auto assassinio da loucura, da doença ou da individualidade, posto que encontravam, cada um à sua maneira, determinações sociais para o suicídio.

Mesmo após a disciplina psiquiátrica ter se tornado hegemônica, encontramos quem defendesse abordagens divergentes daquela que postula a prevenção irrestrita do suicídio. Thomas Szasz (1999) defendeu, inclusive às custas de um processo judicial contra si, que a garantia da liberdade individual deveria se sobrepor à meta de salvar a vida de quem a quisesse dar fim (cf. MARSH, 2010). Outra notória posição veio com

4 Tal foi o mote para Canguilhem (2002) discutir a categoria de normalidade da vida. Contra o argumento imperante na medicina na primeira metade do século XX, Canguilhem entendia que a vida não deveria ser reduzida às regularidades estatísticas e às constantes, mas à capacidade do organismo saudável de transcender a própria estabilização na relação com um meio instável, interno e externo, adaptando-se e encontrando equilíbrios provisórios. A noção de preservação da vida, assim, não corresponderia à sua constância mas, sobretudo, ao seu movimento e mudança (cf. PORTOCARRERO, 2009; ADORNO, 2011).

a polêmica obra “Suicídio, modo de usar” (GUILLON; LE BONNIEC, 1990), se propondo a ser um “manual” sobre o suicídio mas, especialmente, instigando à revolta e à subversão contra a sociedade legisladora.

O que se pode depreender é que, mesmo com a autoridade alçada pela psiquiatria, estamos longe de ver estabelecido um discurso único e totalizante sobre o que se tem chamado de “suicídio”. Temos, isto sim, uma profusão de descontinuidades na história do conceito. A análise deste percurso histórico não linear sobre o suicídio motivou outros estudos inspirados na Arqueologia de Foucault, com especial destaque para Lopes (2008) e Marsh (2010), abrindo caminho para questionar a “ontologia compulsória da patologia” e fazer a crítica da suicidologia tradicional (WHITE *et al.*, 2016). A partir deste esteio, nos interessa compreender esta descontinuidade que é o tratamento monolítico do suicídio sob o paradigma da doença mental, configurado desde a Modernidade.

1.1 NOS PASSOS DE MICHEL FOUCAULT: O HOMEM, A VIDA E A MORTE COMO OBJETO DA CIÊNCIA E A CIÊNCIA COMO DISCURSO BIOPOLÍTICO

Nas primeiras publicações de relevo de Michel Foucault, seu método arqueológico vai se delineando: em *História da Loucura na Época Clássica* revisita as práticas de controle e significação da experiência da loucura. Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault traça uma arqueologia das práticas que formalizaram o homem como seu objeto de estudo. A figura do médico e a tematização do corpo como local em que a doença se mostra e se esconde são apresentadas a partir de documentos históricos, textos técnicos e manuais. A convicção de que a prática clínica se configurou a partir de uma reorganização do campo hospitalar e do estatuto do doente (e do lugar do especialista) na sociedade, que instaurou uma certa relação entre a assistência, a experiência e o saber, permitiu situar um novo domínio da linguagem. Nas palavras de Foucault (2008a):

Também foi preciso abrir a linguagem a todo um domínio novo: o de correlação contínua e objetivamente fundada entre o visível e o enunciável. Definiu-se, então, um uso absolutamente novo do discurso científico: uso de fidelidade e obediência incondicional ao conteúdo colorido da experiência – dizer o que se vê; mas uso também de fundação e de constituição da experiência – fazer ver, dizendo o que se vê. (p. 216).

O advento da clínica médica, como praticada a partir do século XVIII, ou seja, pautada na anatomopatologia, caracterizou o homem como objeto da ciência. Em outros campos, como o discurso sociológico nascente e, na sua esteira, as empreitadas da ciência psicológica, este movimento só pôde se dar em função do tema da morte:

É, sem dúvida, decisivo para nossa cultura que o primeiro discurso científico enunciado por ela sobre o indivíduo tenha tido de passar por esse momento da morte. É que o homem ocidental só pôde se constituir a seus próprios olhos como objeto de ciência, só se colocou no interior de sua linguagem e só se deu, nela e por ela, uma existência discursiva por referência à sua própria destruição: da experiência da Desrazão nasceram todas as psicologias e a possibilidade mesma da psicologia; da colocação da morte no pensamento médico nasceu uma medicina que se dá como ciência do indivíduo. E, de modo geral, a experiência da individualidade na cultura moderna está talvez ligada à da morte: dos cadáveres abertos de Bichat ao homem freudiano, uma relação obstinada com a morte prescreve ao universal sua face singular e dá à palavra de cada um o poder de ser indefinidamente ouvida; o indivíduo lhe deve um sentido que nele não se detém. A divisão que ela traça e a finitude, cuja marca ela impõe, ligam paradoxalmente a universalidade da linguagem à forma precária e insubstituível do indivíduo. O sensível, inesgotável à descrição, e que tantos séculos desejaram dissipar, encontra finalmente na morte a lei de seu discurso. Ela permite ver, em um espaço articulado pela linguagem, a profusão dos corpos e sua ordem simples. (ibidem, p. 217).

Não apenas o olhar sobre a morte ou, melhor dizendo, o corpo morto, marcou a virada da era moderna. Entre a organização do Estado e a descrição da individualidade solipsista, nasce uma certa dinâmica de mediação entre o público e o privado na vida das populações, que até hoje não conhece seu limite. Na chamada Época Clássica, auge da modernidade, vimos nascer a loucura como instituição médica e o asilo como seu máximo representante (Foucault, 1978). Se, por um lado, o higienismo fundante postula o gerenciamento das populações – transformando a vida individual e familiar em objeto de interesse e controle públicos –, por outro, reservou aos “comportamentos desviantes” a segregação e o aprisionamento.

O desenvolvimento da medicina social transformou a cidade

e seus habitantes transformaram-se em objetos de estudo e intervenção de saber médico. Esse saber permitiu e orientou a tarefa de esquadrihar a sociedade na busca de *perigos* e de *perigosos*. A partir desse momento, passou a ser necessário garantir a saúde. Homens, mulheres, brancos, negros, casados, solteiros, prostitutas, loucos, suicidas, jovens, idosos e alcoólatras, entre tantos outros sujeitos, tornaram-se objetos de um tipo de medicina a que se deu a tarefa e a responsabilidade de impedir o aparecimento das doenças e controlar sua manifestação. Foi exatamente esse tipo de medicina que permitiu a produção discursiva acerca do suicídio. (LOPES, 2008, p. 56).

Se olharmos detidamente para a organização social da Paris do século XVIII, teremos uma noção do que significa a tomada de assalto do privado pelo público. Nos bairros repletos de trabalhadores, em sua maioria imigrantes, não há privacidade. Nos apartamentos sem portas, nos cômodos interligados, a vida cotidiana segue sem véus: “O prédio é acima de tudo uma cena pública, onde uns se afirmam, outros brigam e nada é secreto ou escondido. Disputas conjugais, amores clandestinos, inquilinos barulhentos, crianças irrequietas: tudo se sabe e se ouve sem dificuldade” (FARGE, 2009, p. 562). Essa configuração, com efeito, se amplia para as formas de governo:

O bairro é algo muito diferente de um espaço geográfico: é um meio autônomo que reage segundo suas regras e suas leis, um lugar onde cada qual vive vigiado pelos outros e vigiando-os. Diversas autoridades o observam: o comissário principal e seus parceiros, o cura da paróquia e seus acólitos ou diáconos. Personalidades morais de grande importância, eles são guardiães da ordem e da caridade: neles as pessoas procuram autoridade e compreensão, severidade ou indulgência. Estão sempre presentes no bairro, bem informados e disponíveis a todos. Aliás, em alguns casos colaboram um com o outro; o comissário pode facilmente pedir ao cura informações sobre um morador suspeito. O povo sabe disso, os arquivos policiais contêm muitos atestados de boa conduta provenientes dos próprios curas. Os comissários são os olhos e os ouvidos do bairro, e o tenente-general [chefe] de polícia exige que assim seja. Devem estar em toda parte, saber tudo, deslocar-se a cada incidente, fazer inspetores e espiões recolherem todos os murmúrios e intrigas que circulam pelas ruas, estalagens, tabernas e fontes. (ibidem, p. 564).

O desenvolvimento dessa sociedade, como dissemos, foi acompanhado por uma racionalidade científica marcante, que colocou o homem como objeto de um saber científico. Tal constituição do homem como objeto e sujeito da ciência é antecedido por ideias muito caras à modernidade, como o liberalismo e a teoria da representação (FOUCAULT, 2000). O bem-estar do indivíduo, como defendido pelos contratualistas (como Hobbes, Locke e Rousseau), deveria ser assegurado pela garantia da liberdade (da razão, do mercado, do sujeito). Segundo essa tese, ser livre implica ser racional e autônomo, manter o autocontrole dos afetos e estabelecer um Estado circunscrito por parâmetros de razoabilidade científica (LOCKE, 1999). Tem-se então uma parametrização da noção de privacidade para fins públicos.

A noção de subjetividade difundida se apoia na tese da privacidade da consciência, inscrita em cada corpo. Rose (2011), utilizando a expressão *self*, explicita a delimitação moderna da subjetividade, que ainda hoje vigora como matriz para o pensamento médico-psicológico:

O *self*: coerente, delimitado, individualizado, intencional, o *locus* do pensamento, da ação e da crença, a origem de suas próprias ações, o beneficiário de uma biografia singular. Na condição de tais *selfs*, possuíamos uma identidade, que constituía nossa mais profunda realidade, que era o depósito de nossa herança familiar e nossa experiência particular como indivíduos, que animava nossos pensamentos, atitudes, crenças e valores. Como *selfs*, éramos caracterizados por uma profunda interioridade: conduta, crença, valor e discurso deveriam ser interrogados e explicados em termos de um entendimento de um espaço interno que lhes desse forma, dentro do qual eles eram, literalmente, encarnados em nós como seres corpóreos. Esse universo interno do *self*; esta “psicologia” profunda, residia no núcleo daquelas formas de conduzir a nós mesmos que são consideradas normais e proveram a norma para pensar e julgar o anormal – seja na esfera do gênero, da sexualidade, do vício, da ilegalidade ou da insanidade. (p. 14).

O refinamento da proposição cartesiana da imanência do psiquismo no corpo físico operada pelas filosofias dos séculos XVII e XVIII foi condição de possibilidade para a ascensão da psiquiatria ao resumir a loucura à “subjetividade absoluta” (Foucault, 1978, p. 543) do delírio. Com vistas ao governo dos vivos, à exploração do trabalho pelo capitalismo industrial, o discurso psiquiátrico lança mão da fantasia moderna do psicologismo para controlar, punir, modelar aqueles que distam da razão,

alheios aos padrões de produtividade. O que leva Foucault (idem, p. 553) a concluir que “o que se chama de prática psiquiátrica é uma certa tática moral, contemporânea do fim do século XVIII, conservada nos ritos da vida asilar e recoberta pelos mitos do positivismo”. Com Pinel, “trata-se de operar sínteses morais, assegurar uma continuidade ética entre o mundo da loucura e o da razão, mas praticando uma segregação social que garanta à moral burguesa uma universalidade de fato” (ibidem, p. 538). A pauta da liberdade no ideário moderno consiste, portanto, na justificação de uma mentalidade de governo:

Quais são as relações entre as racionalidades e as técnicas de governo que têm procurado justificar-se em termos de liberdade e dessas práticas do *self* reguladas por normas de liberdade? Estes estudos sugerem que ao menos uma característica central da emergência deste regime contemporâneo do indivíduo livre das racionalidades políticas do liberalismo, para o qual a liberdade é tão cara, foi a invenção de um leque de tecnologias *psi* para governar indivíduos *em termos de sua liberdade*. A importância do liberalismo como um *ethos* de governo, mais do que como uma Filosofia Política, não é, portanto, ter sido o primeiro a reconhecer, definir ou defender a liberdade como um direito de todo o cidadão. Em vez disso, sua importância consiste no fato de que, pela primeira vez, as artes de governo foram sistematicamente ligadas à prática da liberdade e, assim, às características dos seres humanos como sujeitos de liberdade em potencial. (ROSE, 2011, p. 32, *italico* no original).

A racionalidade moderna parece transformar-se, no entanto, a partir da segunda metade do século XX. Argumentos sobre a falência do projeto socialista, as mudanças estéticas e as críticas filosóficas apontam para esta ruptura no neoliberalismo (HAN, 2014; cf. JAMESON, 1997). De fato, no que se habituou chamar de pós-modernismo, vemos uma concepção de sujeito bastante divergente, expressa nas manifestações da cultura: fragmentação de valores antes considerados sagrados, perspectivas morais e formais sendo questionadas, diversificação dos modos de vida – sempre acompanhadas de projetos totalizantes de poder. O que nos faz indagar: trata-se de uma real mudança de racionalidade, que justificaria falarmos de outro tempo histórico⁵? Diante dessas transformações, profissionais

5 Distanto de Foucault, Jameson (1997) propõe uma resposta: “tais teorias têm a óbvia missão ideológica de demonstrar, para seu próprio alívio, que a nova formação social em questão não mais obedece às leis do capitalismo clássico, a saber, o primado da produção industrial e a onipresença da luta de classes” (idem,

e teóricos da saúde mental veem florescer novas formas de encarar e tratar a loucura, fora dos muros do manicômio. Seria esse um outro paradigma, uma alternativa ao modelo asilar? Um retumbante “não” se faz necessário. Do mesmo modo que as relações de produção/exploração apenas se aprofundaram, exigindo dos trabalhadores mais e mais horas de dedicação para gerar riqueza a terceiros (concomitantemente ao advento do capitalismo financeiro), os discursos sobre a loucura acirraram seu viés “científico”, refinaram seu léxico criando nosologias mais críveis do ponto de vista médico e ganharam a possibilidade de manter o controle dos corpos e das populações. Ainda afinada ao ideário do capitalismo, a psiquiatria segue contabilizando seus lucros crescentes.

Conquanto pudéssemos nos ater à dimensão da singularidade do sujeito em um espaço de assistência, considerando os “benefícios” de que o homem moderno goza em função de uma medicina “mais rigorosa e qualificada” como a que temos hoje, sabemos que este não é o intuito de Michel Foucault. O filósofo francês faz notar que, na articulação entre linguagem, morte e saber, uma outra lógica se organiza: a do controle das populações, através de estratégias de medição, estatística e gerenciamento, padronização da normalidade e evitação do risco – mecanismos ainda sobremaneira presentes em nossas políticas de saúde coletiva (cf. CASTIEL, 2012). As formas de exercício do poder soberano (deixar viver e fazer morrer) passaram, nos séculos XVIII e XIX, por uma transformação (FOUCAULT, 1999). Como analisa o autor de *Vigiar e Punir*, os mecanismos de governo das populações, racionalizados e cientificamente justificados, visam fazer viver e deixar morrer. Aí se alia saber médico, ação do Estado e controle político dos corpos e das populações. Em *Arqueologia do Saber*, afirma que “o discurso clínico era mais um conjunto de hipóteses sobre a vida e a morte, de escolhas éticas, de decisões terapêuticas, de regulamentos institucionais, de modelos de ensino, do que um conjunto de descrições” com pretensão valor de verdade (FOUCAULT, citado por DREYFUS; RABINOW, 2013, p. 90).

p. 29). No campo da subjetividade, o autor aponta para a negação da “hermenêutica do dentro e do fora” (ibidem, p. 40) que caracterizou a modernidade, com a defesa da primazia da intersubjetividade, da análise das relações de poder não entitativas: um poder que não pertence a ninguém. Em que pese o hiato entre as proposições de fundo marxista de Jameson e a análise foucaultiana das relações de poder, cabe reconhecer as mudanças na cultura operadas no Capitalismo Tardio e os processos de subjetivação delas decorrentes.

Ainda que não abandone de todo a Arqueologia, Foucault percebe que é preciso avançar suas investigações em direção às funções sociopolíticas dos discursos sobre a vida. Inicia, assim, o que chamará de Genealogia, com especial destaque ao constructo de biopolítica. A tarefa da Genealogia é mostrar como o corpo está mergulhado no campo político e como poder e saber não são externos um ao outro (ibidem). Sobre tudo nos cursos *Em defesa da sociedade e Segurança, território e população*, as implicações teórico-práticas da noção de biopolítica são levadas ao limite (CAPONI, 2012). Observa-se como um fenômeno fundamental do século XIX a invasão da vida pelo poder, uma sorte de estatização do biológico (FOUCAULT, 2005), da qual as práticas e protocolos de saúde que temos hoje são uma decorrência.

1.2 NEOLIBERALISMO E SUBJETIVAÇÃO

É preciso reconhecer uma mudança nos modos de subjetivação próprios ao século XIX e o que vimos emergir a partir do final do século XX. Uma questão nos remete ao interesse de Foucault (2008b) pela governamentalidade: como governar a liberdade do outro, sem parecer tolhê-la? A resposta vem na forma da verdade. Produzir verdades que orientem o exercício da liberdade alheia, de modo que cada um se considere livre para escolher o que lhe é compulsório (ŽIŽEK, 2010). É o que Safatle (2008) chama de sociedade da insatisfação administrada, em que a insatisfação é tornada mercadoria. “Estamos diante de uma sociedade na qual os vínculos com os objetos (incluindo aqui os vínculos com a imagem de si) são frágeis, mas que, ao mesmo tempo, é capaz de alimentar-se dessa fragilidade” (p. 134). Com efeito, e segundo a avaliação de Han (2014), vivemos hoje uma extrapolação do poder disciplinar, de caráter restritivo, para uma “psicopolítica” em que, mais do que estabelecer coações externas ao indivíduo, se estabelecem discursos sedutores, com vistas a uma certa submissão “voluntária”. Se a figura arquitetônica característica do liberalismo era o panóptico de Bentham, no neoliberalismo cada indivíduo é o panóptico de si mesmo, expondo suas emoções ou suas vivências mais prosaicas nas redes sociais, fornecendo espontaneamente informações que formarão pacotes de dados digitais: *Big Data*, mais do que *Big Brother*, como uma dimensão enorme e complexa da estatística. A eficácia do psicopoder reside no fato de o indivíduo se sentir livre, enquanto suas emoções são exploradas e focalizadas e seus anseios são tratados como singulares, pessoais, e não mais como expectativas extrínsecas ao eu. As tecnologias do eu postulam,

no neoliberalismo, que cada um empresarie a si mesmo, a suas habilidades, desejos, conhecimentos e projetos, desresponsabilizando o Estado (ou a família, a igreja, o patrão) de prestar assistência e proteção social. Daí se segue o enfraquecimento das políticas públicas de seguridade social, saúde e educação, concomitante ao crescimento das práticas de *coaching*, *marketing* pessoal, empreendedorismo, auto realização.

Quem fracassa na sociedade neoliberal do rendimento se faz a si mesmo responsável e se envergonha, em lugar de pôr em dúvida a sociedade ou o sistema. Nisto consiste a especial inteligência do regime neoliberal. Não deixa que surja resistência alguma contra o sistema. (...) No regime neoliberal da autoexploração a pessoa dirige a agressão contra si mesmo. Esta autoagressividade não converte o explorado em revolucionário, mas sim em depressivo. (ibidem, p. 10).

Esta configuração social – que une a precariedade do suporte social, sobretudo estatal, a individualização das responsabilidades, a competição, a precarização do trabalho (com subsalários e fragilização das identidades profissionais) e, especialmente, desigualdade social e insegurança – ensejou a possibilidade de correlacionar o aumento dos transtornos mentais, incluindo os comportamentos suicidas, ao modo de produção capitalista e sua fase atual, financeira ou ultraliberal (cf. GUINSBERG, 2001; ALVES; RODRIGUES, 2010; BERARDI, 2016). Considero esta uma abordagem que exige prudência, haja vista a própria construção social da noção de doença mental, sobre a qual voltaremos mais detidamente no próximo capítulo. Por ora, basta ressaltar que, independente do estabelecimento de relações causais entre o neoliberalismo e os transtornos mentais, vivemos um estreitamento do léxico que rege o sofrimento⁶ ou, dito de outra forma, encontramos uma arquitetura muito particular dos discursos que configuram modos de subjetivação, de produção de identidades.

6 Conforme evidencia Dunker (2015), para receber atenção da medicina oficial, é preciso sofrer de acordo com ela. Neste sentido, “é cada vez mais fácil, para qualquer um, reconhecer-se em um conjunto de signos clínicos dotados de valor diagnóstico. A globalização do capital gerou também uma globalização das maneiras de sofrer. Seria esse um efeito da expansão de uma mesma forma de vida, que carrega vicissitudes tratadas como mercadorias? Ou deveríamos pensar que a exportação dos tipos de sofrimento, das codificações sintomáticas e das grandes narrativas sobre o mal-estar faz hoje, de modo renovado, a função suplementar aos antigos dispositivos de colonização? A forma-mercadoria do sofrimento prepara o terreno ou lida com os efeitos secundários da devastação das formas de vida tradicionais?” (ibidem, p. 23).

A tradição psicanalítica tem estabelecido uma chave de leitura para este modo de subjetivação próprio do discurso capitalista, ligado à fórmula superegoica do imperativo de gozo, ordem que de forma alguma é apenas restritiva, castradora, mas, antes, compulsiva, extenuante, direcionada ao consumo. Trata-se de uma demanda do Outro social para que o sujeito sempre goze, e muito, lançado em objetos-imagens produzidos massivamente, expropriando não apenas o tempo como força de trabalho, mas cada minuto de ócio, de lazer, de descanso, de convívio social⁷. O discurso capitalista depreca que cada sujeito seja um indivíduo, diante de si, do Outro social, daquilo que o faz gozar ou tamponar a angústia. Quando este “Um-indivíduo” é enredado pelas exigências de rendimento características do “empresário de si mesmo” ou do credor de valores imateriais, ou quando é circunscrito pela identidade de devedor insolúvel, única alternativa para que possa continuar consumindo/gozando, isto é, inserido nas dinâmicas de reconhecimento, a produção de subjetividade está cumprida (ALEMÁN, 2014).

7 “É preciso levar em consideração, ainda, o modo como o imperativo do gozo se articula aos ideais de eficácia econômica. Tal articulação subverteu os ideais de renúncia pulsional que oprimiam os contemporâneos de Freud, convocados a sacrificar suas modestas possibilidades de prazer em favor da produtividade, no período de consolidação do capitalismo industrial. Na sociedade contemporânea, o gozo fálico não se obtém mais apenas nos breves intervalos de tempo roubados ao trabalho alienado. Na passagem do capitalismo produtivo para o capitalismo consumista, a porção subjetiva cedida pelos cidadãos, trabalhadores ou não, à acumulação de capital não diminuiu, embora em muitas profissões as jornadas de trabalho tenham sido até encurtadas. O que o capitalismo em estágio avançado expropria dos sujeitos já não se limita àquela fatia do tempo de vida cedida de graça ao lucro do patrão, que Marx qualificou de mais-valia. O capitalismo contemporâneo apropria-se de algo mais íntimo do que a força de trabalho, essa tal parcela de tempo dedicada à glória de Deus e do Outro; hoje, o capitalismo alimenta-se do mais-de-gozar. É fácil perceber os efeitos de vazio subjetivo produzidos por tal apropriação, a despeito de todas as engenhocas que o mercado oferece para compensar os sujeitos dessa expropriação do que lhes é mais genuíno: a invenção singular de destinos da pulsão. Na sociedade de consumo, gozar é a forma mais eficaz de trabalhar para o Outro. A dimensão subjetiva dos prazeres, das pulsões, dos afetos, transformou-se em força de trabalho na sociedade regida pela indústria da imagem. O que esse trabalho produz? Nada mais nada menos que os sujeitos de que o atual estágio do capitalismo necessita: sujeitos esvaziados do que lhes é mais próprio, mais íntimo, portanto disponíveis para responder aos objetos e imagens que os convocam (...).” (KEHL, 2015, p. 95 e 96, *italico* no original).

As demandas por produção/ consumo/ endividamento (num ciclo que se retroalimenta) geram um efeito opressivo nos sujeitos das formações neuróticas, que a todo momento estão às voltas com o desejo de um terceiro a quem não podem satisfazer ou não conseguem suportar. A dificuldade para sustentar a rotina de trabalho, pagar as contas, satisfazer pai, mãe, cônjuge, privilegiar o lazer e cultivar as amizades, manter-se atualizado diante da profusão de informações e tecnologias, encontrando “sentido” a cada momento do processo (preferencialmente sorrindo como a bailarina apoiada na ponta da sapatilha) encontra nas queixas ou nos sintomas a denúncia de uma relação política desigual. Tal se manifesta, entretanto, como um sentimento de inadequação pessoal, exigindo dos indivíduos que estes busquem formas de auto aprimoramento, de modo a alcançar os padrões de qualificação do mercado, a diminuição dos sofrimentos existenciais ou mesmo visando localizar algo que seja digno do seu interesse e do seu investimento. (MÜLLER-GRANZOTTO & MÜLLER-GRANZOTTO, 2012b). O que faz Alemán (2014, pos. 540-544) afirmar:

Ademais, o neoliberalismo necessita produzir subjetividades que se treinem para seu rendimento ilimitado e que percebam a si mesmas como devedoras de um credor inalcançável, situando-se definitivamente na extensão crescente da ausência de trabalho, sob a rubrica da depressão geral, como uma nova forma de exploração do capital. Até o ponto de estabelecer que, como afirmou Lacan, cada indivíduo é um proletário porque não dispõe de nenhum recurso para inventar um laço social distinto.

O próprio Alemán (idem) pondera a respeito da forma como tais análises recaem numa dicotomia entre o condicionamento do social e a singularidade do indivíduo. Conquanto possamos admitir a força dos determinantes da cultura na constituição de subjetividades – por vezes tomados como mecanismos de sujeição e governo – disso não decorre que não haja configurações singulares, arranjos únicos pelos quais cada um dá respostas às demandas dirigidas a si, na concretude das relações intersubjetivas. Contra uma leitura demasiado literal da assertiva lacaniana, advogamos que justamente a recusa em alienar-se na cadeia de consumo e produção de riqueza (para um terceiro), manifestada no humor deprimido, na anedonia, no isolacionismo e, inclusive, nos intentos suicidas, acaba por ser um recurso particular, uma invenção de laço social. É preciso então reconhecer que as respostas neuróticas, sobretudo depressivas, são

também formas de enfrentamento e resistência às demandas (por produção ou endividamento) do Outro capitalista (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012b; KEHL, 2015). “Declarar-se desorientado, inseguro, incapaz, indignado ou vítima das demandas capitalistas encarnadas por familiares, instituições, ideologias, valores é, simultaneamente, assumir uma posição política de recusa à submissão, por mais sôfrega que ela possa ser” (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012b, p. 186). Evidentemente, tais protestos não necessariamente resultam eficazes contra a dominação biopolítica. Não apenas o sofrimento decorrente dos conflitos ético-políticos evidencia a impossibilidade de uma “solução apaziguadora” como também, segundo o discurso médico, “a queixa neurótica é indicativa de uma doença a ser tratada, é motivo para submeter os sujeitos das formações neuróticas a uma série de ‘dispositivos de saber’, conhecidos como tratamentos de reintegração ao mercado laboral”.

Usualmente, inclusive, a queixa neurótica é a ocasião para a criação de um mercado que faz do sofrimento um produto rentável à indústria farmacêutica, às ideologias terapêuticas e religiosas. Todavia, com frequência, as terapêuticas oferecidas não logram seus objetivos, uma vez que a reinserção dos sujeitos no produtivismo consumista é, ao mesmo tempo, a intensificação das causas da falência social dos sujeitos neuróticos. Ultrapassando os benefícios provisórios advindos dos salários, premiações, medicações, técnicas terapêuticas e sugestões ideológicas, os sujeitos das formações neuróticas novamente se percebem envolvidos na rotina que os levou ao adoecimento. (ibidem, p. 185-186).

Não é de surpreender, pois, a falência social desses arranjos. Associar diretamente tal configuração psicossocial típica do neoliberalismo à ocorrência de comportamentos suicidas consiste em um salto hermenêutico que não parece simples de se dar. O oposto – desconsiderar completamente as configurações biopolíticas (ou psicopolíticas, como quer Han, 2014) como determinantes nas mortes autoprovocadas – soa ainda mais absurdo. De qualquer maneira, não é o intento aqui discutir a “verdade” sobre “o suicídio”. A reflexão sobre os temas relacionados ao biopoder nas sociedades modernas ou nas neoliberais serve como farol para iluminar o esteio a partir de onde se elaboram discursos sobre o suicídio.

1.3 SUICÍDIO, SABER MÉDICO E RESPONSABILIDADE

Não é “fato natural” o modo como compreendemos os comportamentos suicidas na atualidade. Em outros tempos e culturas, diversas foram as abordagens (filosóficas, morais, religiosas, jurídicas) sobre esta temática e nem sempre a condenaram. Uma importante inflexão, no entanto, ocorre no século IV, com a decisão de Constantino, no Concílio de Arles, de condenar os suicidas com o confisco de suas propriedades (DE LEO, 2012). O caráter político desta ação era notório, mas recoberto pelas assertivas de cunho teológico sobre o quinto mandamento (“não matarás”) que desde Santo Agostinho incluía a proibição à morte autoprovocada. Os mais de quinze séculos subseqüentes só fizeram acentuar o estigma do suicídio como um grande mal. Mesmo eminentes estudiosos contemporâneos parecem não hesitar em fazer afirmações carregadas de juízos de valor, como se lê em De Leo: “O suicídio é a pior de todas as tragédias humanas. Não apenas representa a culminância de um sofrimento insuportável para o indivíduo, mas também significa uma dor perpétua e um questionamento torturante, infundável, para os que ficam” (idem, p. 12).

Os discursos religiosos no Ocidente imputaram ao suicida a responsabilidade por suas ações, pois provocar a própria morte era considerado uma ofensa aos desígnios divinos, uma negação ao dom da vida, um pecado. Como decorrências do ato ignominioso, somavam-se à infâmia a desgraça para a família, a proibição de um sepultamento honroso e a privação dos bens (BASTOS, 2006; BERTOLETE, 2012). Ainda que pudesse servir a interesses econômicos e políticos, o edifício ideológico e moral desta visão não conseguiu se sustentar sem críticas. Afinal, para muitas famílias abastadas e influentes, mas nem por isso imunes à ocorrência de suicídios entre seus membros, a possibilidade da destituição de seu renome e de suas riquezas tornava problemático o regime oficial. Assim, vimos serem erigidos novos discursos que advogavam que o suicídio não se tratava necessariamente de uma ação pela qual o indivíduo pudesse ser responsabilizado. Em verdade, os séculos XVII e XVIII produziram muitas e variadas formas de abordar o tema, mais ligadas aos valores humanísticos do que ao misticismo imperante na Igreja e no Estado absolutistas (LOPES, 2008). A liberdade individual e os critérios de razoabilidade da morte voluntária foram os motes para questionar o estatuto do suicídio. Novamente emerge indelével a marca da modernidade, que trouxe consistência às teses clássicas sobre a imanência do psiquismo nos corpos físicos (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-

GRANZOTTO, 2007) e alavancou a organização da sociedade segundo padrões de racionalidade científica. Estes dois âmbitos – o da privacidade da consciência e o do discurso científico – instauraram modos de governo pretensamente inspirados no ideal de liberdade, bem como sugeriram um novo estatuto para o suicídio: a loucura sob o ponto de vista médico. A distinção entre loucura e razão convocou a classe médica a responder sobre as questões existenciais que os filósofos abriram, reelaborando inclusive a problemática da responsabilização. O direito e a medicina se encontram⁸. Mais especificamente, o direito alça a medicina e a psiquiatria à função de definir o destino dos desatinados, a partir de um discurso pretensamente científico e “considerado verdadeiro, embora esse discurso seja alheio aos princípios básicos que regem seja a formação dos discursos científicos, seja a formação das regras do direito” (CHAVES, 2017, p. 8).

De qualquer maneira, o tema do suicídio acaba circunscrito pela experiência e *expertise* da psiquiatria, em função da necessidade de definir quem tem direito à atenuação das penas de seus crimes em função da loucura. A respeito do suicídio consumado, quando o “autor” do crime já não mais pode ser penalizado, a associação ao vocabulário médico e a identificação de uma doença servem como circunstâncias atenuantes à infâmia e às demais penas que seriam impostas à família. Foucault (1978) mostra que a atenuação só ocorreria, entretanto, quando o “crime” estivesse ligado aos valores da burguesia – como os assassinatos praticados para vingar uma infidelidade ou, é claro, o suicídio decorrente da perda de patrimônio, de honra ou posição social ou, mais especificamente, de uma enfermidade.

Em um duplo e engenhoso movimento, se consolida a localização da “causa” do comportamento suicida (que leva ou não à morte) no indivíduo, ao mesmo tempo que não o responsabiliza, pois agora tudo se deve à loucura, à alienação da razão. O louco, o homem tomado de paixão, é descrito como doente. É a doença, como outro-da-razão, quem decide pela morte. E se o sujeito não é, ele próprio, capaz de tomar decisões racionais, passa a ser plausível que um agente externo (o médico) seja

⁸ A discussão a respeito dessa imbricação, Foucault a faz ao longo de grande parte de sua obra, sobretudo em *A verdade e as formas jurídicas*, em *Vigiar e Punir* e no curso *Os Anormais*. Neste último, mais propriamente, após a leitura de dois laudos psiquiátricos produzidos na segunda metade do século XX a pedido da justiça, ele mostra como, em matéria penal, o papel do médico é exatamente o de determinar a decisão da justiça, a pena, a vida e a morte, recobrando tal decisão de uma aparência de cientificidade (FOUCAULT, 2001).

autorizado a fazer de tudo para impedir a consumação do ato suicida⁹.

Vemos despontar, então, com o tema do suicídio, uma série de assertivas que também correspondem a outros comportamentos (como os “transtornos mentais” ou a clínica e as políticas sobre drogas, que retomaremos mais tarde), a saber: 1) a proibição; 2) a identificação do suicida como “fraco”, pouco resiliente às agruras que a vida impõe; 3) a recomendação de vigilância constante e a internação como medida de tratamento; e 4) a supressão do reconhecimento da capacidade de fazer escolhas por si. Repete-se também, com o final do século XX e início do XXI, a busca por marcadores biológicos dos comportamentos suicidas (cf. JOINER *et al.*, 2002; BREZO *et al.*, 2008).

A naturalização do discurso sobre as doenças mentais, da melancolia incurável aos chamados Transtornos de Humor, acaba por justificar um grande leque de ações e esforços de caráter preventivista, por parte de governos e entidades transnacionais, tanto em grande escala quanto no atendimento direto aos sujeitos considerados doentes. A possibilidade de prevenir a ocorrência de comportamentos suicidas é evidente por seu avesso, a noção de risco (materializada nos assim chamados “fatores de risco”) que carrega, por certo, forte caráter disciplinar e biopolítico, como se voltará a tratar no capítulo II. De qualquer modo, com a laicização da

9 O papel do médico/especialista é atrelado ao que Foucault, a partir do primeiro volume da História da sexualidade, aponta como a tecnologia da confissão. Mesmo emergindo numa longa tradição jurídico-religiosa, a confissão assume, no século XIX, lugar de destaque na medicina e na psicologia. No domínio da sexualidade, mas não restritas apenas a ele, as técnicas de exame e confissão foram inseridas no projeto de um discurso científico, através de uma codificação clínica do “fazer falar”: “Combinar a confissão com o exame, a narração de si mesmo com um conjunto de sinais e de sintomas decifráveis; o interrogatório cerrado, a hipnose com a evocação das lembranças, as associações livres: eis alguns meios para reinscrever o procedimento da confissão num campo de observações cientificamente aceitáveis.” (FOUCAULT, 2012, p. 74). Distanto da aplicação religiosa (que visa o perdão) ou jurídica (que visa a definição da punição), a tecnologia médico-psicológica da confissão exige um interlocutor que interprete o sentido do dito. A pretensão, é claro, era possibilitar uma terapêutica, como se a enunciação confessional de uma verdade que se esconde de quem a diz pudesse ser esclarecida pelo intérprete-especialista. “A verdade cura quando dita a tempo, quando dita a quem é devido e por quem é, ao mesmo tempo, seu detentor e seu responsável”, vaticina Foucault (*idem*, p. 77), numa expressão que bem parece um aforismo típico dos psiquiatras, psicólogos e psicanalistas dos séculos XX e XXI, no que diz respeito aos comportamentos suicidas.

compreensão sobre o suicídio e a hegemonia da medicina e do campo *psi*, é preciso observar ainda como se tem falado da morte autoprovocada no século XXI. O objetivo não é, senão, delinear as condições em que se propõem intervenções pelos profissionais de saúde.

1.3.1 “É preciso falar sobre o suicídio, mas de maneira adequada”: saber médico e a divulgação pela imprensa

A morte auto provocada é, no século XXI, algo de que se fala. O fato de ser encarada como tabu não significa que se tenha reprimido toda e qualquer menção sobre o suicídio, seja na mídia, nas artes ou nos registros médicos, policiais, jurídicos, escolares. Com efeito, a compreensão de Foucault (2012) a respeito da “hipótese repressiva” da sexualidade também se aplica aqui: é preciso falar sobre o suicídio, mas não se pode falar “de qualquer maneira”. Há um cânone, um regime de verdade que delimita a elocução. Mais do que abordar o “silenciamento” a respeito do tema, importa analisar o suicídio “colocado em discurso”¹⁰.

É verdade que, durante os séculos XIX e XX, viu-se uma preocupação em não abordar abertamente ou divulgar os casos de suicídio – à diferença dos séculos anteriores, repletos de abundantes relatos, inclusive elogiosos, bem como de reflexões filosóficas e éticas feitas por diferentes vieses (DAPIEVE, 2007; LOPES, 2008) – mas mesmo a tentativa de interditar a fala tinha um regime, um registro: o saber médico e, com ele, a ontologia da patologia (MARSH, 2010). Afinal, o argumento para não se divulgar ou narrar mortes por suicídio se dava em função da possibilidade de “contágio” – termo diretamente relacionado ao campo da saúde¹¹.

Foi, portanto, a experiência médica científica social e masculina do século XIX que passou a ordenar os conceitos,

10 “Em suma, gostaria de desvincular a análise dos privilégios que se atribuem normalmente à economia da escassez e aos princípios de rarefação, para, ao contrário, buscar as instâncias de produção discursiva (que evidentemente, também organizam silêncios), de produção de poder (que, algumas vezes têm a função de interditar), das produções de saber (as quais, frequentemente, fazem circular erros ou desconhecimentos sistemáticos); gostaria de fazer a história dessas instâncias e de suas transformações.” (FOUCAULT, 2012, p. 19).

11 Interessante perceber que mesmo Durkheim (1986), que não endossa a tese de que a imitação de casos divulgados na mídia ou em obras literárias seria responsável por aumento substancial no número de suicídios, chega a afirmar que talvez não haja nenhum fenômeno mais facilmente contagioso.

as referências, os diagnósticos e os prognósticos em torno do suicídio, visando encontrar sua verdade total e final. Para que fosse legitimado, o saber médico recusou todos os discursos que não se enquadravam em tais perspectivas e orientações. Paulatinamente, como fruto de um minucioso processo, o saber médico rejeitou todo e qualquer saber sobre o suicídio que não fosse produzido no âmbito da medicina social, própria do século XIX (LOPES, 2008, p. 67).

A noção de patologia ou transtorno mental que circunscreve o suicídio nos séculos XX e XXI predomina em áreas que historicamente o trataram de outra forma, como o direito, o jornalismo e as igrejas (MARSH, 2010). A mudança dos domínios da moral, do pecado e do crime para o domínio da doença permitiu oferecer atenção, cuidado, destinar recursos e organizar a linguagem na defesa da vida. Ao mesmo tempo, a hegemonia da psiquiatria (COHEN, 2016) limita e impede pôr em questão os critérios de razoabilidade, a legitimidade da decisão de matar-se, as implicações sócio-ambientais, os determinantes supraindividuais. “Falar é a melhor solução”, ouve-se agora, repetidamente¹².

A respeito do tratamento dado ao tema pela imprensa no final do século XX e início do XXI, Dapieve (2007) conclui que, tanto para os profissionais (psicólogos e psiquiatras) quanto para os jornalistas, não se trata mais da dúvida entre falar ou calar/omitir sobre o suicídio, mas sobre como se deve falar. Em sua pesquisa, percebe que o silêncio é menor do que supunha e que o que mais o incomoda é “o tom das palavras, a desqualificação do suicida como um fanático religioso, criminoso ou louco” (ibidem, p. 171).

Vale comentar o documento editado em 2000 pela Organização Mundial de Saúde chamado “Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da mídia” (OMS, 2000a). O material, com dez páginas, justifica a relevância de se tratar adequadamente o tema pelos veículos

12 A frase é o título de uma cartilha do CVV – Centro de Valorização da Vida, principal organização de voluntários para atendimento, 24 horas por dia, de pessoas com ideação suicida e que em março de 2017 assinou um termo de cooperação técnica com o Ministério da Saúde. De fato, no blog que a instituição mantém, os textos curtos de variados autores/voluntários têm títulos semelhantes, como “A importância da fala”, “Vamos falar sobre depressão”, “Por que falar é a melhor opção?” e “Vamos falar sobre suicídio sempre com cuidado...”, entre outros. A cartilha, o termo de cooperação técnica e os textos do blog podem ser acessados em www.cvv.org.br.

de comunicação. De início, o documento menciona livros emblemáticos como *Final Exit* (HUMPHRY, 1991), *Suicídio: Modo de Usar* (GUILLON; LE BONNIEC, 1990) e o sempre citado *Werther* (GOETHE, 1988), que supostamente seriam responsáveis por um aumento nas taxas de suicídio por contágio/imitação e sugestão. Esta tese, parca e fundamentada no manual da OMS, se popularizou após a publicação de um artigo de Phillips (1974) que advogava, por meio de uma abordagem estatística bastante precária, que a obra de Goethe teria sido determinante para a ocorrência de suicídios em diversos países no século XVIII (cf. WASSERMAN, 1984), ignorando a falta de perspectivas que acossava a juventude europeia e o advento disruptivo da Revolução Francesa. Com isso, a OMS explica que certas formas de expor casos de suicídio são perigosas.

Em seguida, o documento (OMS, 2000a) reforça a importância de evidenciar a associação entre suicídio e transtornos mentais e, por consequência, oportunizar que se recomende a busca por “tratamento” para as causas (individuais) deste sintoma tão grave e recorrente. Alguns excertos¹³ podem explicitar o que vimos discutindo:

[Em uma caixa de destaque] *O relato de suicídios de uma maneira apropriada, acurada e cuidadosa, por meios de comunicação esclarecidos, pode prevenir perdas trágicas de vida.* (p. 5)

Deve-se abandonar teses que explicam o comportamento suicida como uma resposta às mudanças culturais ou à degradação da sociedade. (p. 7)

O suicídio não deve ser mostrado como inexplicável ou de uma maneira simplista. Ele nunca é o resultado de um evento ou fator único. Normalmente sua causa é uma interação complexa de vários fatores, como transtornos mentais e doenças físicas, abuso de substâncias, problemas familiares, conflitos interpessoais e situações de vida estressantes. (p. 8)

O que se depreende no discurso presente no manual é que, em primeiro lugar, há uma “maneira apropriada” de relatar suicídios, conforme se vê no primeiro excerto. Os seguintes nos esclarecem a respeito de como seria essa maneira: “abandonar” a tese de que as mudanças sociais e as características da cultura têm qualquer influência sobre os comportamentos suicidas. Além disso, essa tese é substituída por

¹³ Os trechos em **negrito** foram destacados por mim em função do que se tem discutido até aqui.

outra, de difícil verificação, que consiste em assumir que “normalmente” tais comportamentos são causados por “uma interação complexa de vários fatores”. A alegação é de que esta não é uma “maneira simplista” de tratar o suicídio – o que soa muito adequado e relevante. Um olhar mais detido sobre os fatores mencionados, no entanto, revela que todos eles dizem respeito a características individuais ou, no máximo, a ocorrências interpessoais incidentais, como “problemas familiares” e “situações de vida estressantes”. O fato de que estas ocorrências sejam tão comuns na vida de qualquer pessoa e por isso tenham pouco valor preditivo parece não ser relevante. Talvez, aliás, venha daí sua importância: já que todos convivemos com situações estressantes na vida, com problemas familiares e com conflitos interpessoais, torna-se lógico permanecer atento e vigilante, pois todos somos suicidas em potencial.

Se partisse da premissa de que situações estressantes e conflitos interpessoais e familiares provocam suicídios, seria de se esperar que o documento da OMS (2000a) recomendasse aos veículos de mídia a promoção de relacionamentos diversos, pacíficos, de modos de vida menos estressantes. No entanto, a estratégia para a prevenção de suicídios descrita é algo diferente e bastante intrigante, como mostram os excertos abaixo:

A descrição das consequências físicas de tentativas de suicídios não fatais (dano cerebral, paralisia, etc.), pode funcionar como fator de dissuasão. (p. 8)

[Na sessão “O que fazer”] Referir-se ao suicídio como “consumado”, não como suicídio “bem sucedido”. (p. 9)

É deveras inventiva a ideia de dissuadir as pessoas com intenções suicidas através do medo, ressaltando que uma tentativa fracassada de provocar a própria morte pode resultar em dano cerebral ou paralisia, entre outras consequências nefastas. Além de não haver no texto qualquer referência que embase a afirmação de que uma medida desta natureza seja eficaz como “fator de dissuasão”, ela chama a atenção pela dureza e distanciamento em relação ao que se possa estar vivendo, ao sofrimento implicado naquilo que porventura desencadeia a vontade de morrer. Soa também simplista, a despeito do que antes se falou, a recomendação para escolher as palavras que qualificam uma tentativa de suicídio que ocasiona a morte, evitando considerá-la “bem sucedida”.

Não surpreende que haja prescrições específicas sobre o uso das palavras, dado o endereçamento do manual a profissionais da mídia. O

que se faz notar é a força da linguagem no estabelecimento de um regime de verdade, uma circunscrição do tema pelo saber médico, hegemônico, como já se disse, em nossa cultura – e, portanto, não inaugurado pela imprensa. Conforme Dapieve (2007, p. 19 e 20):

Muito mais do que ser determinante do modo como os leitores encaram o suicídio, a imprensa, sim, é determinada pela visão que os leitores têm da morte voluntária. Dentro dessa perspectiva, a imprensa se colocaria não como vetor do “contágio”, mas como instância social solidária ao tabu que a suplanta.

1.3.2 “Falar para prevenir, conhecer para tratar”: abordagem sanitária do suicídio

A interdição do suicídio, como subproduto da normatividade sanitária, está erigida sobre um campo discursivo que dá guarida a iniciativas governamentais e não governamentais com o intuito de reduzir sua incidência nas populações. É bastante evidente a construção desse regime em ações como a campanha “Setembro Amarelo”¹⁴ no Brasil. Em Santa Catarina, a campanha recebe o notório apoio do Ministério Público do Estado. O cartaz de divulgação veiculado em 2016 (Figura 1) é bastante explícito ao associar o suicídio às “doenças mentais”, além de sugerir, com um pictograma que representa um cérebro humano, a correspondência entre a neurobiologia, a “mente” e a morte auto provocada.

14 Segundo o site oficial da campanha (www.setembroamarelo.org) criada pelo Centro de Valorização da Vida – CVV, pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Brasileira de Psiquiatria, “Setembro Amarelo é uma campanha de conscientização sobre a prevenção do suicídio, com o objetivo de alertar a população a respeito do suicídio no Brasil e no mundo e suas formas de prevenção. Ocorre desde 2015, por meio de identificação de locais públicos e particulares com a cor amarela e ampla divulgação de informações.” Em 2017, iluminações amarelas foram colocadas em grandes monumentos, como o Cristo Redentor no Rio de Janeiro, a ponte Juscelino Kubitschek e o Congresso Nacional em Brasília, entre muitos outros pelo Brasil.

Figura 1 – Cartaz de divulgação da campanha Setembro Amarelo de 2016 pelo Ministério Público de Santa Catarina.



Fonte: <https://www.mpsc.mp.br/noticias/palestras-abordam-a-prevencao-do-suicidio-em-diferentes-fases-da-vida>. Acesso em: 05/01/2018, às 09h.

A indicação de que se deve falar sobre o tema aparece novamente, como também se pode ver em outros materiais da campanha, destinados a informar a população (Figuras 2-A e 2-B):

Figura 2-A – Mitos e Verdades sobre o Suicídio (slide 2) - Setembro Amarelo 2017

VOTAHOK?

SETEMBRO AMARELO
MÊS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO
2017

DOENÇAS MENTAIS
Falar para prevenir, conhecer para tratar.

ONDE PROCURAR AJUDA ?

- Procure um médico médico e agende uma consulta.
- No SUS: postos de saúde, CAPS, serviços de urgência e pronto-atendimento clínico e psiquiátrico. Nos postos de saúde, a equipe de Saúde da Família pode fazer a avaliação e os encaminhamentos necessários.
- Centro de Valorização da Vida (CVV): é um recurso comunitário, gratuito e sigiloso, de apoio emocional e orientação para quem está pensando em se matar. DISQUE 141.

IMPORTANTE: O contato com o CVV não exclui a necessidade de avaliação médica.

Falar sobre suicídio pode salvar vidas.
Compartilhe esta ideia!

#SETEMBROAMARELO#MPSC

A desinformação é a principal barreira no auxílio às pessoas que podem estar em risco de cometer suicídio.

MPSC Ministério Público de Santa Catarina
ACP Associação Catarinense de Psicólogos
ABP Associação Brasileira de Psicólogos

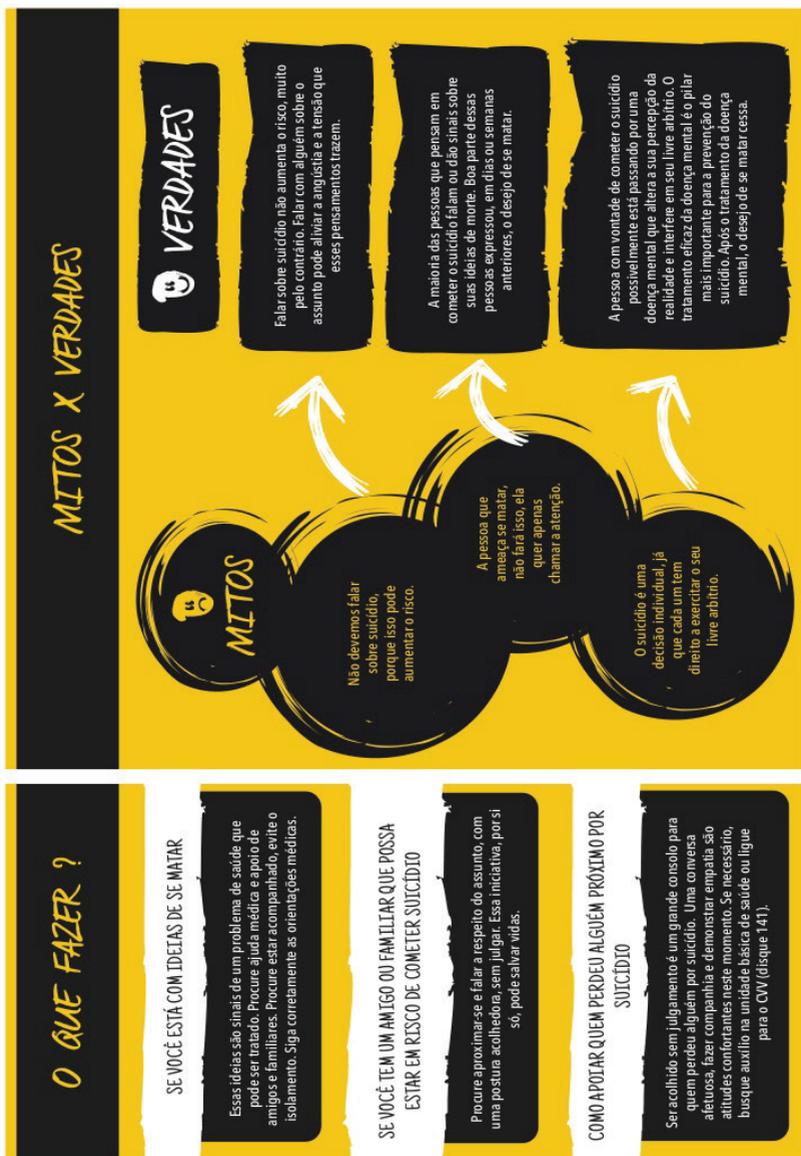
O número de suicídios tem crescido no mundo todo. Para combatê-lo, é necessário dialogarmos sobre ele.

ESTATÍSTICAS

- O suicídio é um problema de saúde pública em todos os países.
- A cada 40 segundos, uma pessoa comete suicídio.
- A cada 3 segundos, uma pessoa alenta contra a própria vida.
- Estima-se que até 2020 haverá aumento de 50% na incidência anual de mortes por suicídio em todo o mundo.
- O número de vidas perdidas em todo o mundo ultrapassa o de mortes decorrentes de homicídio e guerras combinadas.
- Cada suicídio tem impacto importante na vida de seis pessoas.
- O suicídio está entre as duas maiores causas de morte entre o jovens.

Fonte: https://pt.slideshare.net/Ministerio_Publico_Santa_Catarina/mitos-e-verdades-setembro-amarelo. Acesso em: 05/01/2018, às 09h30.

Figura 2-B – Mitos e Verdades sobre o Suicídio (slide 3) - Setembro Amarelo 2017



Fonte: https://pt.slideshare.net/Ministerio_Publico_Santa_Catarina/mitos-e-verdades-setembro-amarelo. Acesso em: 05/01/2018, às 09h30.

Muito se pode depreender destas imagens. De pronto, intriga a ilustração à direita na Figura 2-A, com a pergunta elaborada em linguagem coloquial e jovial: “VCTAHOK?”. O tom descontraído parece sugerir que se trate o assunto com tranquilidade e leveza. Mais abaixo, entretanto, a expressão “Doenças Mentais”, que parece ser a tônica da campanha, traz gravidade à imagem. O que se pretende produzir, por indução, com essas expressões? Que, caso “você não esteja OK”, está com “doenças mentais”? Não é descabido concluir isso, levando em conta a recomendação para “procurar um médico e agendar uma consulta”, a exposição de dados estatísticos e as informações, apresentadas dicotomicamente como “Mitos” e “Verdades” (Figura 2-B).

Esses recursos retóricos e estilísticos se apoiam na autoridade do saber médico (cf. MITJAVILA, 2016), através de um discurso empiricista, em que as assertivas são apresentadas como objetivas, imparciais e impessoais. Segundo Marsh (2010), a autoridade e credibilidade sobre o assunto é alcançada e mantida mediante estratégias de legitimação tais como a filiação a entidades representativas e potentes (como é o caso da Associação Brasileira de Psiquiatria, do Conselho Federal de Medicina e do Ministério Público). O autor também aponta que a inclusão de frases como ‘estudos indicam’, ‘testes têm informado’, ‘a meta-análise revelou’, ‘este achado confirmou’, ‘a maioria dos estudos concluiu que...’, entre outras, deixam a impressão de que as conclusões foram alcançadas por processos impessoais e sem nenhum tipo de parcialidade. Assim, indicam que os dados falam por si mesmos e não estariam sujeitos a condicionamentos sociais e históricos, nem seriam motivo de dissenso ou passíveis de refutação.

O que estudos críticos têm mostrado é o limite e pobreza e o enviesamento da abordagem biomédica sobre as tão diversas ocorrências reunidas sob a alcunha de “suicídio”, tratando-as como fenômeno objetivo (LOPES, 2008; MARSH, 2010; MARQUETTI, 2011; WHITE et al, 2016). O esforço argumentativo elaborado até aqui visa “mostrar a resistência a uma capitulação sanitária da morte e o fetiche que faz dela a medicina, o hospital e as instituições modernas, ao esvaziarem seu sentido simbólico, a partir da manipulação técnica dos órgãos do corpo, que limitariam a vida a seu funcionamento” (ADORNO, 2011, p. 17). Neste sentido, “a fetichização instrumental da morte passa a ser o nexa para a própria experiência suicida [...]. Talvez diante da negação da vida como uma condição sanitária, a morte representaria a subjetividade negada” (idem, ibidem).

Podemos pensar o suicídio como um evento que se produz dentro de um conflito social maior e que pressiona as formas culturais usuais referentes ao padrão de morte ocidental, ocasionando, assim, uma forma de morte diferente dos padrões ocidentais de discrição, silêncio, higiene, medicalização etc. (MARQUETTI, 2011).

Disso não decorre exaltar a morte voluntária, ignorar os esforços movidos por pessoas e organizações em defesa da vida ou negligenciar a atenção ao sofrimento pessoal e compartilhado, já que “fazer a apologia do suicídio, afinal, seria tão inútil quanto fazer a apologia da vida” (DAPIEVE, 2007, p. 171). Por outro lado, e em decorrência do contorno dado pelo saber médico à deliberação de encerrar a própria vida, nos deparamos com uma série de enunciados que configuram o que seria o “sujeito suicida” e postulam as condutas a serem adotadas pelos profissionais que são conclamados a intervir em situações de suicídio consumado, ideado ou potencial. Esses enunciados emergem na expectativa de prevenção e na formulação dos chamados “fatores de risco”. Por essa razão, para compreender o discurso sobre o suicídio da maneira como se estrutura neste início do século XXI no campo da saúde, vamos analisar, no próximo capítulo, dois dos fatores de risco mais referenciados pela literatura considerada especializada – os transtornos mentais e o uso de substâncias psicoativas – e alguns dos manuais oficiais de órgãos transnacionais da saúde sobre a intervenção nos comportamentos suicidas.

Para concluir o que vimos abordando até aqui, cabe explicitar a virada na perspectiva da atribuição de responsabilidade pela morte autoprovocada. Se, até o século XVIII, a responsabilidade pelo suicídio era imputada definitivamente ao sujeito que decidia por morrer – seja em função de uma fraqueza de caráter ou da opção pelo pecado – com o saber psiquiátrico/psicológico moderno o indivíduo é encarado como “vítima” de um mal que o acomete e, portanto, não se lhe pode ser imputada a culpa pela condição a qual está submetido. O mais peculiar, todavia, é a mudança no vetor da responsabilização que decorre desta compreensão: quem passa a ter responsabilidade para com o suicida é o Outro social, incumbido de evitar a morte. O Estado, na figura dos operadores da justiça, dos formadores de opinião e, sobretudo, dos profissionais de saúde, passa a ter a obrigação de preservar a vida, mesmo contra a decisão de quem a vive.

CAPÍTULO 2 – “CONJECTURAS” E “REFUTAÇÕES”: O SUICÍDIO SEGUNDO O DR. UBU

As teses modernas sobre a “natureza” do suicídio, como vimos discutindo, são exemplares discursos ubuescos, conforme a definição que Foucault (2001) dá no curso *Os anormais*: enunciados ao mesmo tempo estatutários e desqualificados, revestidos de ares de cientificidade mas que se impõem por força da lei. Daí que as expectativas morais de evitação da morte autoprovocada componham códigos penais e, sobretudo, tratados de medicina psiquiátrica. Ao considerar o intento suicida como uma ocorrência individual de desvio das normas – sejam religiosas ou neuropsicológicas – as sociedades ocidentais passaram a defini-lo como antinatural e precisaram especular sobre quais seriam as causas desse distúrbio tão nefasto e tão constante. Divergindo das conjecturas que individualizavam o suicídio, no início de 1846 Marx afirmou, provido de afiada ironia, que “o suicídio não é, de modo algum, antinatural, pois diariamente somos suas testemunhas. O que é contra a natureza não acontece. Ao contrário, está na natureza de nossa sociedade gerar muitos suicídios” (MARX, 2006, p. 25).

Mas a pergunta pelas “causas” ainda permanece, e não resulta fácil respondê-la. A este respeito, Marx afirmou que “embora a miséria seja a maior causa de suicídio, encontramos-lo em todas as classes, tanto entre os ricos ociosos como entre os artistas e os políticos”. E completa: “A diversidade de suas causas parece escapar à censura uniforme e insensível dos moralistas” (ibidem, p. 24). A adesão a explicações puramente macrossociais, como a que propôs Durkheim (1986), e que soam demasiado totalizantes, acaba por tornar-se alvo fácil à provocação que tenho ouvido de alguns psiquiatras com quem trabalho: “se as causas do suicídio se resumem às características da sociedade, por que alguns membros da sociedade se suicidam e outros não?”. A falácia representa, aqui, o esforço de descredibilizar aqueles que buscam ir além das fórmulas simplistas da “doença mental” e da “fraqueza de caráter” – mesmo que tal esforço se dê em nome da garantia de um cuidado humanizado e calçado em convicções científicas¹⁵.

15 Cabe lembrar que a representação mais emblemática da chamada humanização da atenção outorgada aos alienados pela psiquiatria clássica se constitui com o rompimento dos grilhões por Pinel, concomitante à entrada da psiquiatria nos asilos. Sua imagem, vinculada à qualificação do atendimento (sob a alcunha de “tratamento moral”), à superação do abandono e à garantia da dignidade dos loucos, também significou uma inflexão do poder para vias mais sutis,

É a partir do século XVIII que se estruturam nosologias próprias à medicina psiquiátrica, que passa a desenvolver teses e elucubrações as mais variadas para explicar as afecções patológicas da alma. Foucault (1978) mostra como hipóteses que hoje são consideradas risíveis, esotéricas e incorretas – como as possessões, os humores ou vapores – foram apresentadas como sérias e contundentes. Sua evolução histórica, se assim se pode chamar, vem desde então se refinando. Neste capítulo será abordada a vinculação estreita, característica dos séculos XX e XXI, entre o suicídio e sua ciência, que não mais caminham em separado. Seguindo o que propõe Foucault (idem, p. 231):

Tentaremos não descrever esse trabalho, e as formas que o animam, como sendo a evolução de conceitos teóricos na superfície de um conhecimento; mas atravessando a espessura histórica de uma experiência, tentaremos retornar o movimento pelo qual se tornou finalmente possível um conhecimento da loucura: este conhecimento que é o nosso e do qual o freudismo não conseguiu nos isolar inteiramente porque não estava destinado a tanto. Nesse conhecimento, a doença mental está enfim presente, e o desatino desapareceu por si mesmo, salvo aos olhos daqueles que se perguntam o que pode significar no mundo moderno essa presença obstinada e repetida de uma loucura necessariamente acompanhada por sua ciência, sua medicina, seus médicos, de uma loucura inteiramente incluída no patético de uma doença mental.

Cabe notar que, apesar de hoje pouco encontrarmos quem negue a copresença de uma patologia em casos de suicídio, isso nem sempre foi consenso, mesmo entre os médicos modernos. Em um trabalho arqueogenealógico, Lopes (2008) evidenciou que os psiquiatras brasileiros nos séculos XVIII e XIX acabaram por descrever duas sortes de suicídio: um chamado de “fruto da loucura” e outro de “filho da razão”, admitindo que por vezes pessoas lúcidas, no pleno exercício da razão e da liberdade, acabavam por escolher, planejar e executar sua morte. A estes, caberia apenas a pecha de imorais e “desviados”. Ainda assim, o aprofundamento da psiquiatria descritiva e o advento da psicofarmacologia desde a segunda metade do século XX parecem ter solapado qualquer tentativa de conceber a morte autoprovocada sem subsumi-la a um quadro patológico. Assim, a pergunta pelas causas logo se transforma em enunciados sobre os “fatores de risco” e a “prevenção”.

É justamente esta experiência do suicídio, característica do final

reorganizando o espaço hospitalar e a relação entre médico/especialista e doente/anormal. (FOUCAULT, 1978; PESSOTTI, 1994; FREITAS, 2004).

do século XX e início do XXI, que pretendo abordar neste segundo capítulo, estruturado em três partes. Inicialmente, serão discutidos dois dos chamados fatores de risco para o suicídio, conforme aponta a literatura considerada especializada: os transtornos mentais e o uso de substâncias psicoativas, que serão a ocasião para incluir as noções de risco e de epidemiopoder. Na terceira parte, a análise se detém em alguns documentos produzidos para orientar a prática de profissionais de saúde frente a comportamentos suicidas. Fica evidente, à medida que se avança o estudo, que uma série de enunciados produzidos pela psiquiatria ampliada no século XXI são conjecturas frágeis. Desde o século XIX, “mais do que descobrir verdades sobre o suicídio, a medicina mental veio a formar o paciente suicida como um objeto de estudo e, ao fazer isso, criou um número de objetos e conceitos para dar conta do desejo de morrer” (MARSH, 2010, p.166). Objetos e conceitos sobremaneira grotescos, mas tornados oficiais, como se um Dr. Ubu, expoente da medicina psiquiátrica, reinasse entre nós.

2.1 CONSTITUIÇÃO DO SUICÍDIO COMO DOENÇA MENTAL: ONTOLOGIA COMPULSÓRIA DA PATOLOGIA

No Iluminismo, a circunscrição do suicídio pelo saber médico (nos termos da loucura) foi a solução para a dominância da matriz religiosa, criando uma descontinuidade caracterizada pela secularização e desmistificação da morte voluntária. “Perseguida pela miséria, morte, obsessão do pecado e medo do inferno, a humanidade teria embarcado na *Nau dos Loucos*” (LOPES, 2008, p. 61). O que se viu, “a partir do século XVIII, foram as explicações físicas, naturais, e até mesmo sociais, que substituíram as antigas explicações sobrenaturais” (idem, *ibidem*).

Marsh (2010) aponta a publicação do verbete *Suicídio*, escrito por Esquirol em 1821 para o *Dictionnaire des Sciences Médicales*, como o momento de inserção do suicídio no campo da medicina. O verbete “Suicídio (patologia interna)” (na verdade um artigo de mais de 70 páginas) desde o título mostra a que se refere: pelas categorias de “interno” e “patológico” redescreve o suicídio como uma doença ou sintoma de uma doença e remete aos médicos o direito de proteger, tratar, controlar e julgar suicidas (*ibidem*). Onde antes imperavam leis jurídicas ou canônicas, Esquirol anunciou a “descoberta” de sinais médicos premonitórios das disposições ao suicídio, possibilitado intervenções precoces e prometendo soluções mais racionais à questão. Forma, então, um novo objeto de estudo.

A novidade que representou o texto de Esquirol no *Dictionnaire* de 1821, que influenciou diversos médicos e que se repete na obra de 1838, *Des maladies mentales*, é o uso de um vocabulário médico para descrever os comportamentos suicidas. São constantes os termos “funções orgânicas”, “sintomas”, “agudo”, “crônico”, “tratamento”, “hereditário”, “epidêmico”, “lesão” e “cura”. Estas expressões, típicas da medicina geral, são acompanhadas de outras, próprias à nascente disciplina psiquiátrica, como “doença mental”, “melancolia”, “temperamento”, “hipocondria” e “monomania” (esta última cunhada pela próprio Esquirol). (ibidem).

As proposições de Esquirol não diziam respeito apenas a indivíduos que, por qualquer razão, pudessem ser considerados doentes. Qualquer homem ou mulher poderia, em decorrência de experiências empíricas, ser tomado por paixões. Em tese similar – ainda que não idêntica – à de John Locke (1690), considerava que paixões extremamente excitadas poderiam ser causa de suicídio. Ele destacou a grande influência do meio social na produção das paixões, enfatizando a degradação social atrelada à urbanização precária como desencadeante dos males da alma. Neste contexto, as paixões são descritas como potencialmente nocivas pela possibilidade de desordem e descontrole que representam. “Por assim pensar, vários médicos colocaram as paixões na lista de perigos, ao lado de outras forças, de outros sentimentos e inclinações que deveriam, para o bem público, ser domadas, disciplinadas e controladas” (LOPES, 2006, p. 125 e 126).

Tendo sido estabelecido que o suicídio está subsumido ao campo geral da loucura, o século XIX precisou responder então a que tipo de loucura corresponde o suicídio (MARSH, 2010). Três modelos explicativos conviveram, tomando por princípio a ideia de que o ímpeto de provocar a própria morte representava um mal individual. Inicialmente se defendeu a ideia de uma ação mórbida do corpo resultado de uma anatomia patológica. O insucesso em localizar qualquer disfunção anatomofuncional, no entanto, descredibilizou tal tese. Passou-se então a relacionar o autoextermínio com a elevação de um impulso interno, um impulso que domina o indivíduo, sobrepuja sua razão e vontade, perverte o instinto natural e impele ao suicídio. Já no final do século o suicídio passa a ser visto como um sintoma de degeneração, sinal de uma fraqueza constituinte do indivíduo (e de sua família, linhagem e raça¹⁶). Não encontrando qualquer forma de intervenção médica eficaz, o confinamento, a contenção, a vigilância constante e as amarras permaneceram o esteio do manejo psiquiátrico do paciente suicida (ibidem).

¹⁶ Para aprofundar o tema da teoria da degeneração, ver Caponi (2012b).

Na virada do século XIX para o século XX, marcada pela ampliação dos discursos *psi* como a psiquiatria, psicologia, psicoterapia e psicanálise, diferentes propostas de tratamento foram aventadas. Mas mesmo a psicanálise não alterou a compreensão do suicídio como ocorrência individual. Ao contrário, aprofundou a noção de um conflito interno de forças instintuais/pulsionais que não obedecem às regras da razão. Enquanto a psiquiatria clássica condenava o suicida – bem como todo louco – ao silêncio, desconsiderando sua fala em função da alienação da razão, a psicanálise recolocou a possibilidade da narrativa da experiência pessoal no horizonte do tratamento (em um movimento que Foucault associou ao dispositivo da confissão). Em que pese o respaldo social e o espaço angariado pela clínica psicanalítica, a construção do objeto-suicídio em termos médicos, isto é, como doença, não arrefeceu ao longo do século XX. Ao contrário, se consolidou como discurso hegemônico, no que Marsh (*idem*) chamou de ontologia compulsória da patologia.

A constituição do suicídio como objeto para o discurso médico também incorre na formação discursiva do “paciente suicida”. O processo de subjetivação, em relação ao conhecimento “objetivo”, se dá em locais específicos, por determinadas pessoas e em função de certas práticas. Desta feita, conforme se estabelece o suicídio como patologia e o suicida como paciente, diversas subcategorias começam a ser usadas para designar os sujeitos. Se tornam corriqueiros termos como o paciente suicida depressivo, o paciente suicida esquizofrênico, o usuário de drogas, o impulsivo, o paciente de alto, médio ou baixo risco, o refratário a tratamento, o suicida que dissimula, o que tem ou deixa de ter plano estruturado, o que tem ou deixa de ter “crítica” sobre seu estado (entendendo por crítica a assunção de que se está doente e precisando de ajuda profissional). No momento em que se comunica a ideiação suicida a pessoa passa a ser vista de forma diferente. Está sujeita a receber um diagnóstico. Seu cotidiano é alterado, seja como interno de um hospital ou acompanhado ambulatorialmente, é-lhe recomendado que veja um ou mais profissionais de saúde regularmente, quiçá que participe de grupos de apoio e não permaneça desacompanhado.

A manutenção da ontologia da patologia está sustentada por diversos elementos que concorrem para a legitimação do discurso médico como imparcial e objetivo, logo verdadeiro. As teses que relacionam as doenças mentais de maneira geral e o suicídio em particular com anormalidades no funcionamento cerebral ou com traços de personalidade demarcados

e discerníveis pela ciência precisam de reforço contínuo. Sob o risco de cair em descrédito, insistem em justificar a si mesmas por meio de a.) propostas de tratamento que mantenham a expectativa da “cura”, neste caso a suposta eficácia dos psicofármacos; e b.) provas da correlação estatística entre comportamentos suicidas e a presença de transtornos mentais, especialmente através do procedimento de autópsia psicológica. Estas conjecturas – da resolutividade dos medicamentos e do diagnóstico pós morte – serão discutidas a seguir.

2.1.1 Os psicofármacos e a expectativa de cura do suicídio

Um novo capítulo se configura com o advento da psicofarmacologia, a partir da década de 1950, no que muitos consideraram uma revolução. A “revolução psicofarmacológica” se iniciou com a identificação de que a clorpromazina, o primeiro medicamento considerado eficaz para conter os sintomas de esquizofrenia, atuava bloqueando os receptores de dopamina no cérebro, o que levou pesquisadores à hipótese de que este quadro patológico era decorrente de um excesso de dopamina no organismo doente. Mesmo sem comprovação direta e sem pesquisas de longo prazo que atestassem a segurança dos fármacos, as décadas de 1960 e 1970 se caracterizaram pelo profuso desenvolvimento de novas substâncias que promoveriam o tratamento das mais diversas alterações de comportamento. Assim, a hipótese de que cada transtorno mental corresponderia a um desequilíbrio neuroquímico foi adotada hegemonicamente, ao passo que a oferta de medicamentos transformou radicalmente a prática psiquiátrica, até então restrita às medidas de contenção e adequação moral. Inibidores de recaptção de serotonina foram chamados de antidepressivos, mesmo sem terem sido encontrados déficits da substância nos pacientes. Medicamentos desenvolvidos para outros fins passaram a ser usados como ansiolíticos ou moderadores do humor e dos impulsos. Os manuais de psiquiatria, os serviços especializados e grupos de pesquisadores vinculados a universidades, financiados pelos laboratórios que produziam os medicamentos em escala industrial, elaboraram inclusive novos diagnósticos, conforme novas drogas surgiam (WHITAKER, 2010).

As conjecturas centenárias acerca da localização cerebral da gênese das doenças mentais, renovadas pelos efeitos dos psicofármacos, também fomentaram o uso de novas tecnologias de exame por imagem, aproximando mais a psiquiatria da medicina geral. Tais tecnologias de emissão de pósitrons e de ressonância magnética funcional são, por certo,

reedições dos procedimentos da frenologia, já que “partem da premissa questionável de que há uma equivalência perfeita entre as funções mentais e os mecanismos cerebrais identificáveis” (CAPONI, 2012b, p. 195), com a promessa de que os resultados de pesquisas nessa direção possam “transformar-se em fundamento indisputável para intervenções práticas” (idem, *ibidem*).

A respeito do suicídio, diversas são as implicações deste modo de compreender o que seria o “tratamento”. De pronto, ao desvincular a morte voluntária do campo religioso ou jurídico e subsumi-la à patologia, nascem o sujeito-doente e o sujeito-curador. Se a patologia é orgânica, resultado de uma disfunção neuroquímica, urge então restabelecer o equilíbrio por meios exógenos. Se o tratamento para o transtorno psiquiátrico subjacente é eficaz, espera-se que o comportamento suicida desapareça ou ao menos se enfraqueça. Se este tratamento é oferecido amplamente à população, deve resultar em diminuição dos índices epidemiológicos de morte autoprovocada ao longo dos anos. Estas assertivas, no entanto, têm se mostrado problemáticas, na medida em que os índices de suicídio não diminuem. Ao contrário, diversas pesquisas têm mostrado os efeitos perniciosos do uso de psicofármacos, induzindo comportamentos violentos, bizarros, ansiedade, insônia, acatisia e impregnação, labilidade emocional, diferentes graus de mania e psicose, além de intentos suicidas (BREGGIN, 1997; 2008; AURSNESE *et al.*, 2005; SHARMA *et al.*, 2016). Seja pelo desequilíbrio químico produzido pelas medicações, seja pelos sintomas de retirada/abstinência, ou até pelo estigma associado à pecha de doente mental ou de paciente que convalesce, o uso de drogas psiquiátricas parece contribuir para o aumento dos índices de suicídio, e não para sua diminuição.

Resulta evidente que a manutenção das taxas globais de suicídio na segunda metade do século XX (LIU, 2009), ou o aumento exponencial em países desenvolvidos e com acesso a “tratamentos” adequados, como é o caso dos Estados Unidos no início do século XXI¹⁷ (CDC, 2018)

17 O relatório do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos aponta um aumento na taxa de suicídios em cada Estado, variando entre 6% e 58%, apenas no período entre 1999 e 2016. Apenas o Estado de Nevada não acompanhou estes índices, com uma redução de 1% no período. O próprio relatório aponta que a prevenção eficaz requer avançar a compreensão para além do foco em questões relativas à saúde mental (CDC, 2018). Esta conclusão é ainda mais relevante por estarmos tratando de um país que viu, nesta mesma época, aumentar o número de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais e

indica que há algo de errado com a tese de que oferecer terapêuticas farmacológicas possa ajudar a prevenir suicídios. A preocupação aumenta quando levamos em conta a iatrogenia decorrente dos efeitos dos medicamentos – principalmente certos antidepressivos e com danos mais dramáticos e imediatos em crianças e adolescentes. Ao invés de confirmar a tese de que a morte autoprovocada é consequência de uma doença individual a ser combatida com médicos e medicações, o que se nota é que a experiência e as pesquisas relacionadas às drogas prescritas pelos profissionais de saúde põem em cheque a expectativa de prevenção do suicídio no campo da psiquiatria biológica.

2.1.2 Autópsia psicológica como modo de produção de verdades sobre o suicídio

A relação causal entre transtornos mentais e mortes por suicídio é afirmada por números impressionantes. Algumas pesquisas chegam a afirmar que 98% das pessoas que tiram a própria vida apresentam doenças psiquiátricas (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002), o que significa dizer que virtualmente todas as mortes autoprovocadas são decorrentes de uma mesma classe de fatores desencadeantes ou predisponentes. Segundo seus próprios autores, no entanto, nem sempre o diagnóstico é feito com o paciente ainda vivo. Em grande parte dos estudos que embasam essa estatística, o procedimento de pesquisa é a autópsia psicológica, com diagnósticos atribuídos após a morte da pessoa (ibidem), motivo pelo qual é importante compreender melhor no que consiste este tipo de abordagem.

Analisando as publicações das principais revistas sobre o tema, Hjelmeland (2016) demonstrou que os dados recorrentemente citados relativos à prevalência de transtornos mentais em pessoas que morrem por suicídio são obtidos por pesquisas quantitativas, sendo que estudos transversais que consideram associações entre dois fatores de risco são os mais repetidos. Apesar do grande volume de publicações, no entanto, estudos transversais não são capazes de explicar efeitos em função de causas, isto é, não têm valor preditivo nem podem apontar fatores de risco para a incidência de comportamentos suicidas. Eles apenas buscam associações entre fatores de risco “já conhecidos”. Por esse motivo, a metodologia de pesquisa mais celebrada para a identificação de fatores de risco é a chamada autópsia psicológica, um método de investigação retrospectivo, longitudinal, de tipo caso-controle que, desde a década de 1950, tem sido apontado como o principal gerador de dados cientificamente uma quantidade de prescrições de psicofármacos (WHITAKER, 2017).

confiáveis sobre as causas do suicídio.

Os estudos de autópsia psicológica têm basicamente duas funções: a primeira é identificar se determinada morte foi ou não um suicídio. A segunda é verificar, entre aqueles que cometeram suicídio, qual a proporção de pessoas que apresentavam transtornos psiquiátricos e, mais especificamente, qual ou quais agravos – sobretudo em pessoas que não tenham sido diagnosticadas em vida (WERLANG; BOTEGA, 2002; MIRANDA, 2014). Através de entrevistas e questionários aplicados a familiares e amigos, ou a profissionais que prestaram atendimento, os investigadores tentam descrever os últimos meses de vida do sujeito. Os entrevistados são instados a fornecer informações sobre o comportamento geral, mudanças mais ou menos evidentes e frequência e duração do que pode ser considerado sintoma de uma doença de base¹⁸. Como Hjelmeland (2016) aponta, os editores dos periódicos científicos têm afirmado que os estudos de autópsia psicológica são a única abordagem válida para explicar as circunstâncias psicológicas e contextuais que cercam o suicídio. Mais do que isso, “estudos de autópsia psicológica têm se focado majoritariamente nos transtornos mentais – de fato eles constituem a principal ‘base de evidência’ para uma das ‘verdades’ mais estabelecidas na pesquisa sobre suicídio, a saber, que praticamente todos os que se matam sofrem de um ou mais transtornos psiquiátricos” (ibidem, p. 37).

A condução de autópsias psicológicas foi, é claro, objeto de escrutínio por diversos pesquisadores. Em um texto bastante sistemático, Pouliot e De Leo (2006) apontaram críticas significativas. Entre elas, ressaltaram que as autópsias são conduzidas segundo o modelo médico e, logo, encontram doenças. Não se pode negar que, mesmo que estes

18 Para determinar a presença ou ausência de uma doença psiquiátrica e para que se possa fazer um diagnóstico preciso, o trabalho pioneiro de Robins (1959; 1981) aponta uma série de sintomas que deveriam ser investigados durante autópsias psicológicas. Em seu livro, Robins apresenta uma lista dos cem mais frequentes sintomas em sujeitos suicidas. Entre diversos outros, os sintomas a serem investigados incluem perda de peso, fadiga, dores nas costas, momentos de silêncio completo, mudanças no estilo de vida, problemas com a polícia, dificuldades com matemática básica, indecisão, ter sido demitido de pelo menos um trabalho, prisão por tráfico de drogas, comportamento “estranho”, usar roupas sujas ou falar demasiadamente sobre sexo. Com efeito, o interesse de Robins e seus colaboradores envolvia a criação e o aprofundamento de critérios diagnósticos padronizados para a psiquiatria. Assim, um amplo espectro de comportamentos disparatados, bem como de mudanças nas circunstâncias da vida, poderia ser considerado como evidência de uma patologia subjacente. (MARSH, 2010).

achados sejam fidedignos, uma psicopatologia nunca é condição suficiente para o suicídio, ainda que possa ser um fator predisponente. Além disso, os autores destacaram o uso de procedimentos e métodos não padronizados ou validados, dando margem a enviesamentos e dificuldades envolvendo tanto os informantes quanto os entrevistadores¹⁹, bem como no estabelecimento dos grupos controle. Ainda que estas críticas sejam bastante contundentes e preocupantes, os autores continuam afirmando que a autópsia psicológica é o procedimento científico com maior capacidade de oferecer dados válidos e confiáveis e de trazer progresso ao conhecimento atual no campo da suicidologia (ibidem), ponderando apenas que os pesquisadores devem buscar maior sistematização. É preciso pensar, no entanto, em que critério de validade e confiabilidade pode ser atribuído a diagnósticos realizados retroativamente, a pessoas já mortas, a partir de informações de terceiros. Segundo Hjelmeland (2016), “quando as perguntas feitas nestes estudos são escrutinadas, mesmo que se tenha usado instrumentos padronizados, fica claro que muitas delas não poderiam ser respondidas de maneira *confiável* a não ser pela pessoa que está sendo diagnosticada” e, por este motivo, “como uma ferramenta diagnóstica, estudos de autópsia psicológica são metodologicamente falhos e devem ser abandonados” (pos. 799-801).

O suicídio e sua medicina seguem de mãos dadas. Repetido à exaustão, o mantra de que os transtornos mentais – especialmente os chamados transtornos de humor – são os principais responsáveis pela ocorrência de suicídios ao redor do mundo é sustentado por pesquisas como as de autópsia psicológica. Mesmo sabendo que tais estudos poderiam ser extremamente úteis para outros fins, como a identificação de fatores contextuais, socioculturais e econômicos, ou mesmo genéticos e neurológicos, especialmente quando associados a pesquisas qualitativas conduzidas de maneira rigorosa para que possam oferecer uma maior compreensão dos fenômenos (HJELMELAND, 2016; ROSS; KÖLVES; DE LEO, 2017), as autópsias psicológicas vêm sustentando a tese de

19 Em relação aos informantes, os autores apontam como problemas da metodologia a influência das emoções ou das alterações do estado mental (como luto, raiva ou frustrações, por exemplo) nas respostas dadas, a falta de sistematização e controle na escolha dos entrevistados ou em sua relação com o morto, a variação do número de entrevistados em cada estudo e a postura de cada um frente ao suicídio, que pode afetar sobremaneira as respostas. No que concerne aos entrevistadores, Pouliot e De Leo (2006) alertam para a falta de controle sobre suas características psicológicas e socioculturais ou seu treinamento, bem como as singularidades e equívocos na interpretação das respostas.

que é no âmbito da psiquiatria que encontraremos “soluções” para o “problema” que é a decisão de encerrar a própria vida.

2.2 ASSOCIAÇÃO ESTATÍSTICA ENTRE SUICÍDIO E USO NOCIVO DE DROGAS: UMA REFLEXÃO BIOPOLÍTICA

Assim como o suicídio, e entre tantos temas que se tornaram objeto de preocupação da medicina psiquiátrica, sobretudo a partir do século XIX, o abuso de substâncias psicoativas – especialmente as ilegais – ganhou vulto significativo (CFP, 2013; LOPES, 2008). Políticas sociais, de saúde e segurança públicas, com massivo investimento financeiro, não poupam esforços para “debelar” estes “problemas”, considerados enormes males da nossa sociedade, sem no entanto vermos reduzidos o número dos que sofrem (BERTOLOTE; DE LEO, 2012; OECD, 2014; WHO, 2014; SILVEIRA *et al.*, 2014; FERREIRA JR., 2015). O que nos leva a perguntar: as empreitadas para reduzir os índices de suicídio e de agravos por uso de drogas têm sido eficazes? Elas têm por objetivo, realmente, minimizar os danos às pessoas e às populações? A que ideal de saúde e de sociedade correspondem tais discursos? A partir das noções foucaultianas de anatomopolítica dos corpos e biopolítica das populações, importa discutir a associação estatística entre suicídio e uso de substâncias psicoativas, recorrentemente referida em diversos estudos, manuais e protocolos de saúde mental (INSKIP; HARRIS; BARRACLOUGH, 1998; GORWOOD, 2001; PREUSS *et al.*, 2002; PREUSS *et al.*, 2003; BERTOLOTE; FLEISCHMAN, 2004; SILVEIRA *et al.*, 2004; WOJNAR *et al.*, 2007; WHO, 2014). Mais além ou mais aquém da atribuição de causalidade, importa elucidar qual a função biopolítica de certo uso da epidemiologia e da saúde promocional nesta temática.

2.2.1 Substâncias psicoativas, Estado e discurso médico

A expressão *droog*, raiz de onde deriva o termo “droga”, foi inicialmente usada para designar as especiarias – como o café, o tabaco, a noz-moscada e os chás – comercializadas entre os portos ao redor do mundo, sobretudo pelos holandeses, com função alimentar, medicinal ou estética. Somado ao comércio de bebidas alcoólicas, impulsionaram o mercantilismo europeu dos séculos XVII e XVIII, descaracterizando as funções culturais originais, ligadas à vida no campo e à produção e consumo domésticos (CARNEIRO, 2005). Como afirmam Max e Danziato (2015, p. 420),

Com a formação do capitalismo imperialista, o mercado das drogas foi utilizado como ferramenta de dominação política e econômica. O império britânico promoveu, no século XIX, as Guerras do Ópio (1839 a 1842 e 1856 a 1860) contra a China, obrigando este país a receber como pagamento ópio em vez de prata na importação de chá. Outros países europeus, como França e Espanha, também impuseram o comércio de drogas às suas colônias na Indochina e Filipinas. Tais fatos revelam a função do Estado como agenciador da violência em função de seus interesses soberanos.

De condutores da ampliação do comércio e do consumo de substâncias psicoativas, os Estados nacionais passaram a, pelo menos oficialmente, regulá-las ou coibi-las. A maconha, que tinha para os colonizadores portugueses, na forma de linho-cânhamo, grande valor comercial e na fabricação de velas para os navios, estava também associada às práticas culturais dos negros escravos. Por este motivo, após a abolição da escravidão legalizada, o consumo de Cannabis fica proscrito no Brasil por ser ligado aos já marginalizados. Importa notar que foi justamente a representação diplomática do Brasil que manifestou, perante a Liga das Nações em 1924, o repúdio à maconha como um risco social, em petição para que a Cannabis fosse combatida mundialmente, como já se discutia a respeito do ópio (CFP, 2013). Muito antes de ser identificada aos movimentos contraculturais da década de 1960, quando a alcunha de “drogado” passa a carregar valor moral de vergonha e falência pessoal e social, os governos localizaram nas substâncias psicoativas um inimigo a ser combatido.

É que a esta altura, ao lado da associação ao álcool, as ameaçadoras rebeliões urbanas, expressivas da primeira geração de afrodescendentes, socialmente impedidos de qualquer integração e ascensão social via a participação produtiva, assumem uma condição ameaçadora, reforçando a associação do hábito do uso da maconha como “coisa de negros”, “desordeiros”, “marginais”, “criminosos”. Tal como a alcunha de “cachaceiro” a desqualificação social e moral imputada à condição de “maconheiro” antecipa e antecede, em mais de meio século, àquela caracterização que viria ser mais recentemente conhecida derivada do sucesso que essa droga viria angariar no âmbito da juventude de classe média, nos anos sessenta, ligada aos protestos políticos e comportamentais referidos na contracultura. (ibidem, p. 23)

Antes disso, em 1910, na tentativa de fazer frente ao comércio de ópio entre a Inglaterra e a China, o governo dos Estados Unidos propõe, em conferência realizada em Haia, a proibição do uso não médico do ópio. A Inglaterra, visando desmantelar o domínio da Alemanha na produção industrial de cocaína, inclui na pauta que esta droga também seja “banida”. A partir daí, o “problema do ópio” é transformado no “problema das drogas”, que “atinge seu paroxismo a partir da ‘warondrugs’ declarada no governo Reagan [...], que declarava, no contexto da Guerra Fria, que o narcotráfico ao lado comunismo eram as principais ameaças aos EUA e ao hemisfério ocidental” (SANCHES; ROCHA, 2011, p. 78 e 79). O efeito da chamada “guerra às drogas”, uma guerra feita para ser mantida, mais do que para ser vencida, é a estratificação da sociedade a partir da categoria “drogado” e das subcategorias “cachaceiro”, “maconheiro” e, mais recentemente, “crackeiro”, com o apoio dos veículos de comunicação de massa para disseminar a ideia de uma epidemia que não se resume ao agente patogênico (a substância psicoativa, neste caso) e ao sofrimento pessoal (do doente-drogado), mas incorre na degeneração moral e social que ameaça destruir lares, bairros e cidades, bem como põe em risco a própria estrutura da sociedade ocidental²⁰. A lógica proibicionista engendrou, assim, o mito das classes perigosas (COIMBRA, 2001) incorporado na rale (SOUZA e cols., 2009), como justificativa para o combate massivo ao mal personificado pelos negros, pobres, delinquentes.

Ao discurso da segurança pública (da propriedade privada) e da moralidade, somou-se nova justificativa para a suposta repressão ao uso de drogas: a patologização, decorrente da ampliação da esfera religiosa/moral para a esfera da biomedicina (ROMANINI; ROSO, 2013). A ênfase na dimensão “psicoativa” das substâncias e na noção de dependência química exclui a singularidade do sujeito e de sua relação histórica – diríamos, psicossocial – com os objetos-droga e com seu entorno. Com efeito, o final do século XX e o início do século XXI vêm radicalizando os discursos individualizantes, procurando marcadores biológicos para as adições (ELKASHEF; VOCCI, 2003; SINHA, 2013). Tal esforço corresponde, a seu modo, à constituição da racionalidade moderna em que, mais além dos achados da genômica e da neurofisiologia, vemos florescer um discurso de responsabilização e culpabilização individual,

20 “Em 1909, claramente, o governo dos EUA – conclamado pela delegação chinesa em Xangai a liderar ‘a grande cruzada moral do século XX’ em nome da ‘eterna lei do céu’, assim como da ‘consciência cristã’ – posicionou-se pela imediata proibição do uso não médico do ópio” (SCHEERER, 1993 citado por SANCHES; ROCHA, 2011, p. 78).

orientado para o controle dos riscos e para a gestão do não-normal/não-saudável (CASTIEL; DIAZ, 2007). A terapêutica possível nesse cenário não é senão a proposta da abstinência e da segregação (nas instituições asilares contemporâneas, as Comunidades Terapêuticas).

Conclui-se assim que “a miséria econômica associada à marca de raça e de classe, antecipa o risco do desenvolvimento da miséria moral, condição de uma desqualificação plena daqueles indivíduos que não foram ‘fortes o bastante’, ‘resilientes’ e ‘sucumbiram ao mal’” (CFP, 2013, p. 24), em um movimento muito semelhante ao que ocorre com a temática do suicídio.

2.2.2 Biopolítica, risco e associação entre suicídio e uso de drogas

A noção de risco tem sido amplamente utilizada no campo da saúde coletiva e, sobretudo desde a eclosão da AIDS, associada a grupos marginalizados que, pelo compartilhamento de seringas e agulhas para uso de drogas injetáveis e por fazerem sexo sem camisinha, foram identificados como mais suscetíveis ao contágio. Com o refinamento da ideia de grupos de risco para a de comportamentos de risco, vimos a preocupação com a gestão dos modos de vida se ampliar enormemente. Conforme Castiel e Diaz (2007, p. 25):

Os discursos sobre a saúde nunca se referem tão-somente a dimensões da saúde. Se tais discursos significam modos de pensar, escrever, falar sobre a saúde e suas práticas, é preciso situá-los em determinados momentos históricos e saber as razões por que se legitimam ao acompanharem a ordem econômica, política e social onde são gerados, sustentados e replicados e se ajustarem a ela. Discursos sobre a saúde (e, mais especificamente, sobre riscos à saúde) consistem em construções contingentes, de caráter normativo, inapelavelmente vinculadas a outros interesses. Dependem, explicitamente ou não, de definições sobre o que é ser humano, o tipo de sociedade que se almeja e os modos de atingi-la.

As estratégias de prevenção e promoção de saúde ganham, a partir da segunda metade do século XX, um vulto nunca antes visto (CASTIEL, 2012). Não restam dúvidas que se trata, aqui, daquilo que Foucault denomina de anatomopolítica dos corpos e biopolítica das populações. O biopoder consiste na forma como, a partir da Época Clássica, ocorre uma transformação dos mecanismos de poder. Do poder do soberano para deixar viver e fazer morrer, surge uma perspectiva diversa: fazer viver ou

abandonar à morte (FOUCAULT, 2012):

Concretamente, esse poder sobre a vida desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas principais; que não são antitéticas e constituem, ao contrário, dois polos de desenvolvimento interligados por todo um feixe intermediário de relações. Um dos polos, o primeiro a ser formado, ao que parece, centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano. O segundo, que se formou um pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma bio-política da população. (p. 151 e 152, grifo no original).

Como elemento indispensável à formação do capitalismo, a utilidade e docilização dos corpos torna a vida, em suas dimensões biológica, comportamental, social, no objeto da política. A biopolítica não é senão o modo pelo qual se buscou racionalizar, a partir do século XVIII, o governo dos fenômenos próprios da população (conjunto de viventes), tomando o indivíduo como máquina para produzir – bens, riquezas, outros indivíduos – e como corpo adestrável (FOUCAULT, 1994a; 1994b). O próprio Foucault cita o interesse da sociologia pelo tema do suicídio como exemplar da mentalidade biopolítica:

Não deve surpreender que o suicídio – outrora crime, pois era um modo de usurpar o direito de morte que somente os soberanos, o daqui debaixo ou o do além, tinham o direito de exercer – tenha-se tornado, no decorrer do século XIX, uma das primeiras condutas que entraram no campo da análise sociológica; ele fazia aparecer, nas fronteiras e nos interstícios do poder exercido sobre a vida, o direito individual e privado de morrer. Essa obstinação em morrer, tão estranha e contudo tão regular, tão constante em suas manifestações, portanto tampouco explicável pelas particularidades ou acidentes individuais, foi uma das primeiras surpresas de uma sociedade

em que o poder político acabava de assumir a tarefa de gerir a vida. (2012, p. 151).

A estratégia de normalização da sociedade atende a um duplo movimento, de individualização e totalização, característica do poder moderno (FOUCAULT, 1994b), efetivada nos procedimentos de qualificar, medir, avaliar, hierarquizar (idem, 2012). As características dos discursos sobre uso de drogas e sobre suicídio, discutidas anteriormente, refletem com exatidão o caráter disciplinar e biopolítico, como explicitado no curso *Em defesa da sociedade* (idem, 2005). Enquanto as disciplinas, como a psiquiatria, tomam o corpo individual como objeto e suas ocorrências singulares, a biopolítica considera os fenômenos de massa, em série e de longa duração, o corpo múltiplo da população e o homem como pertencente a uma espécie biológica. Os mecanismos disciplinares de adestramento do corpo (vigilância hierárquica, exames individuais, exercícios repetitivos) são justamente os prescritos àqueles que apresentam comportamentos suicidas e/ou uso de substâncias psicoativas, como formas de “tratamento” para o “mal” que os acomete. A finalidade, vale repetir, não é senão a de obter corpos economicamente úteis e politicamente dóceis.

A dimensão biopolítica do poder moderno, à sua vez, consiste na busca pelo equilíbrio da população, sua homeostase e sua regulação através de mecanismos de previsão, estimativa estatística e medidas globais. É o que concerne à noção de risco presente nos fatores de risco para o suicídio, com pretensão valor preditivo. Características étnicas, etárias, sexo, condição socioeconômica, vínculos familiares e, sobretudo, uso de substâncias psicoativas e transtornos mentais são considerados preditores para a ocorrência de tentativas de suicídio. Importa notar, no entanto, que “o cálculo e a avaliação de riscos em diversas áreas da vida social informam pouco ou nada sobre a presença real de perigos ou ameaças e muito mais sobre as racionalidades, os interesses e os padrões culturais que organizam a percepção e a codificação de tais ameaças e medos” (MITJAVILA, 2015, p. 120). A codificação dos padrões culturais de normalidade sob a lógica dos fatores de risco permite inferir, de correlações estatísticas, relações causais. O salto interpretativo que atribui ao usuário de drogas uma maior probabilidade de cometer suicídio – tema deste estudo – estabelece uma sorte de futurologia baseada em um uso da epidemiologia, que perde seu valor heurístico ao ignorar o caráter retrospectivo dos estudos. A pergunta que se faz, visando estabelecer correlações estatísticas, é: daqueles que apresentaram comportamento

suicida, quantos faziam uso de substâncias psicoativas? Não resulta difícil compreender que a resposta não indica que o uso de drogas causa suicídio, nem que determinada pessoa tem, especificamente, maior probabilidade de atentar contra a própria vida. Como atestam Castiel e Diaz (2007, p. 56 e 57):

A epidemiologia é um campo de conhecimentos necessários para o âmbito das análises e intervenções sanitárias. Mas está longe de ser suficiente como, por vezes, aparenta. Como disciplina empiricista, não consegue proporcionar compreensão satisfatória (nem assume sua fragilidade neste sentido) diante da complexa dinâmica entre a situação de saúde de pessoas/populações e as aceleradas mudanças socioculturais e subjetivas (que tendem a ser categorizadas de modo demasiadamente simplificador sob a égide das ‘variáveis psicossociais’), uma vez que tais variáveis se mostram ainda limitadamente inteligíveis.

Não à toa, Castiel (2010) introduz o termo “epidemiopoder”, levando em conta a função normatizadora deste campo sobre seu objeto, a saúde e a vida das populações²¹. Trata-se do uso de um discurso lógico com a função de recolocar padrões e expectativas sociais e, conseqüentemente, descrever e catalogar comportamentos desviantes, sob uma linguagem medicalizada e aparentemente desprovida de julgamentos morais²² mas que, em verdade, carrega forte dimensão culpabilizante:

Menciona-se o fato de os conhecimentos epidemiológicos não terem sido transformados em políticas de mudança

21 “O epidemiopoder ocupa um lugar hegemônico no confronto das definições que se autorizam para estabelecer as decisões quanto ao rumo ‘correto’ das políticas, dos arcabouços administrativos legais e institucionais e das ações, baseadas nos padrões ditados pela expertise técnica vigente. Mais ainda, o epidemiopoder participa ativamente da geração de uma cultura científica que configura nosso pensamento e a ideia que a sociedade moderna tem a seu respeito, com base em uma ética estatística da era técnica, baseada, sobretudo, na curva normal, sem nenhuma necessidade de se referir a qualquer imperativo ético de fato.” (CASTIEL, 2010, p. 163).

22 “Nesse sentido, é preciso levar em consideração que o comportamento desviante não existe em si mesmo; sua existência é sempre construída por referência a normas. Assim, para que um comportamento possa ser medicalizado, é necessário que seja previamente avaliado e classificado de acordo com algum parâmetro de normalidade. E a medicina, sem sombra de dúvidas, tem se convertido em uma gigantesca fábrica de normas sociais.” (MITJAVILA, 2015, p. 130).

de comportamentos. Em relação à obesidade e ao tabagismo, entre outros problemas, o foco da questão se localiza na débil ‘força de vontade’ das pessoas, solapada pela força da adição ou do hábito. Para isto, é preciso educá-las para mudar comportamento de modo a viabilizar o ‘autocontrole’ para que se faça a prevenção, para não se ‘chegar tarde’ demais. O argumento se torna culpabilizante ao enfatizar que se deve facultar dimensões como a “autonomia responsável”, o “autodomínio de uma personalidade madura”. Ora, os que não têm autodomínio passam a ser vistos como “criaturas passivas, preguiçosas e conformistas”, destituídos da capacidade de realizar esforços, diante dos estímulos de contextos culturais inevitavelmente dominados por poderosas indústrias e empresas de comunicação. (CASTIEL; DIAZ, 2007, p. 26 e 27).

Esta forma de associar dois comportamentos considerados desviantes e socialmente inaceitáveis (o abuso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas e o suicídio) embasa uma série de ações (de saúde?) coercitivas com vistas ao aprofundamento dos modos de governo na contemporaneidade. Médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, entre outros, são alçados à tarefa de coibir e regular condutas que, segundo padrões morais, culturais e econômicos, colidem com as expectativas do “bem viver”. Não se trata, obviamente, de minimizar a relevância dos achados epidemiológicos sobre esta temática, nem sequer de ignorar o sofrimento com o qual os profissionais e os beneficiários de serviços de saúde se deparam, mas sim de depreender a função social de tais discursos e das práticas deles decorrentes na configuração de subjetividades (inclusive profissionais) no mundo contemporâneo.

2.2.3 Vida nua e perspectiva compreensiva da correlação estatística entre uso de drogas e suicídio

Prescindindo da abordagem causalista, que postula haver maior predisposição a comportamentos suicidas em pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, que descreve este como “fator de risco” para aqueles, ainda resta propor hipóteses que elucidem a correlação estatística significativa entre um fenômeno e outro, deixando espaço para futuros estudos.

Ao contrário da perspectiva moderna que, como discutido anteriormente, é ao mesmo tempo totalizante e individualista, a

proposta que ora se apresenta leva em conta os determinantes sociais – e, portanto, intersubjetivos – das experiências singulares, inclusive as de “adoecimento” (ALVES; RODRIGUES, 2010). Nossa intuição provisória, pois que carece de ser demonstrada, é a de que ambos os comportamentos tratados até aqui estão subsumidos a um mesmo olhar social e sujeitos a demandas comuns, descritas por Agamben (2004) sob o paradigma da “vida nua”, vida que não vale a pena ser vivida. O que sugerimos é que tanto os “drogados/dependentes químicos” quanto os “suicidas/depressivos” são contados entre aqueles cuja existência, pela inaptidão em enquadrar-se ao sistema produtivo, são excluídos e, *pari passu*, englobados pelo regime de direitos e normas sociais. Como no caso do *homo sacer*, figura do Direito romano arcaico, tornou-se justificável matar um traficante ou um morador de rua usuário de álcool ou crack – e com eles uma multidão de jovens negros e pobres – em função de um perigo que representam para a sociedade. Ou mesmo trancafiá-los, sem o devido julgamento, em instituições com suposta finalidade de tratamento (como hospitais psiquiátricos ou as chamadas comunidades terapêuticas) com características prisionais.

No que concerne ao suicídio e à expectativa de prevenção e evitação da morte, a proposição de uma vida nua está vinculada ao estatuto da loucura ou doença mental atrelado ao suicídio. Ainda que o autoexterminio seja proibido pelas legislações nacionais, não é tomado como crime quando da ocorrência de agravos psiquiátricos pois, ainda que submetido ao regime jurídico, o louco ou doente já é considerado um “morto” para o Direito, por estar apartado da Razão (BASTOS, 2006). Está fora do consenso social. Quem o vigiar, o aprisionar e o dissuadir, ainda que coercitivamente, não incorre em falta.

“O mais importante de tudo”, em nossa sociedade, “é aprender a estar de acordo”, profetiza Brecht (1988, p. 217). Falta grave é “dizer não” à vida moderada, regulada e configurada pelo estatuto da Modernidade e da produção de riqueza – seja por lançar-se às drogas, à morte ou ao pensamento divergente.

2.3 DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO INDICADAS NOS MANUAIS E PROTOCOLOS: PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA MOTIVADAS PELA COMPAIXÃO

Os postulados científicos abordados até aqui incidem diretamente sobre as práticas dos profissionais de saúde. Para que se possa analisar seus efeitos, recorro aos documentos oficiais sobre atenção ao suicídio,

especialmente os produzidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000b) e seu correlato brasileiro, editado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Ambos destacam, desde o início, dados estatísticos, com o propósito de evidenciar que o suicídio é “um sério problema de saúde pública” (ibidem, p. 5). Na apresentação do documento dirigido a profissionais das equipes de saúde mental, aparece textualmente que “sua principal finalidade é a transmissão de informações básicas que possam orientar a detecção precoce de certas condições mentais associadas ao comportamento suicida, bem como o manejo inicial de pessoas que se encontrem sob risco suicida e medidas de prevenção” (ibidem, p. 6, grifo meu). De fato, as tais “condições mentais” – se assumirmos a expressão como sinônimo de “transtornos psiquiátricos” – são o tema principal do documento (até mais presentes do que o suicídio em si). De um total de 76 páginas (ou 61, se desconsiderarmos os elementos paratextuais), trinta e três são dedicadas exclusivamente aos transtornos mentais, incluindo critérios diagnósticos, tratamento medicamentoso (com opções de fármacos, doses, efeitos adversos, interações com outras substâncias e considerações sobre custo financeiro) e “dicas” de como abordar o paciente.

O texto do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) elenca aspectos sociodemográficos e psicológicos como fatores de risco mas, sem explicitar as razões, não contempla estes aspectos quando descreve as orientações para a intervenção. Também não se detém neles para discutir estratégias de prevenção do suicídio. Assim, ainda que chame atenção (em uma página, com estrutura de tópicos) para a maior ocorrência de suicídios entre pessoas desempregadas, solteiras ou divorciadas, em situações econômicas extremas ou com doenças estigmatizantes como HIV/AIDS – para citar apenas alguns dos fatores apontados no Manual – não há proposta de ação relacionada aos determinantes psicossociais, conjunturais, da morte autoprovocada. Enquanto estudos amplos vêm apresentando correlações estatísticas significativas entre ocorrência de mortes por suicídio e questões como alta escolarização, processo de urbanização e êxodo rural, uso de agrotóxicos, volatilidade na renda decorrente de crises econômicas, exposição a desastres naturais ou guerras, expectativas sociais relacionadas ao gênero e à sexualidade, vivência de violência física ou sexual, migrações e perda de referenciais culturais, entre outros²³, o Manual do Ministério da Saúde conclama os profissionais dos serviços de saúde mental a realizar “a detecção precoce

23 A esse respeito, e numa perspectiva econômica, ver Gonçalves et al., 2011. Também, em um estudo de autópsia psicossocial, ver Sena-Ferreira et al., 2014.

e o tratamento adequado dessas condições [as doenças mentais]” (ibidem, p. 5).

O Manual editado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde para profissionais de saúde mental é notavelmente mais complexo do que a versão para profissionais de atenção básica. Além de abordar critérios diagnósticos, menciona em diversos pontos o uso da eletroconvulsoterapia (ECT), apresenta uma tabela com as “principais neurotransmissões ativadas e faixa terapêutica de alguns antidepressivos” (p. 39), recomenda “atuar de acordo com o estágio de prontidão para mudança que o indivíduo se encontra”²⁴ (p. 45) e reflete sobre o papel do clínico na avaliação dos custos e benefícios de cada terapêutica (p. 24 e 25). Ao mesmo tempo, à guisa de dar orientações diretas e simples, faz afirmações por demais categóricas e questionáveis como, por exemplo, umas das “dicas” para manejo da esquizofrenia: “Quando um paciente não responde satisfatoriamente a um antipsicótico, o primeiro questionamento que devemos fazer é se o paciente está realmente tomando a medicação regularmente” (p. 23). Outro exemplo é quando sumariza o diagnóstico dos “Transtornos de personalidade”, nos seguintes termos (p. 49, negrito no original):

O elemento central dos transtornos de personalidade, segundo Kurt Schneider, é que o indivíduo apresenta as seguintes características básicas:

- **sofre e faz sofrer a sociedade;**
- **não aprende com a experiência.**

Surpreende o fato de, em um documento direcionado a profissionais que atuam em serviços especializados de saúde mental, encontrarmos proposições tão simplórias, desprovidas até das habituais referências à literatura científica, usadas para dar legitimidade às afirmações. É o caso do seguinte parágrafo, na seção “Aspectos psicológicos do suicídio”, que vem acompanhado por um mnemônico risível (Figura 3) que repete seu conteúdo:

Fique atento às frases de alerta. Por trás delas estão os sentimentos de pessoas que podem estar pensando em suicídio. **São quatro os sentimentos principais de quem pensa em se matar. Todos começam com “D”:** depressão, desesperança, desamparo e desespero (**regra dos 4D**). (ibidem, p. 54, **negrito** meu).

24 Conforme a proposta de Prochaska e Di Clemente para abordagem de usuários de álcool.

Figura 3 – Aspectos psicológicos no suicídio

Frases de alerta

“Eu preferia estar morto”.
“Eu não posso fazer nada”.
“Eu não agüento mais”.
“Eu sou um perdedor e um peso pros outros”.
“Os outros vão ser mais felizes sem mim”.

Sentimentos



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 55).

Na comparação com outros documentos de referência internacionais, vemos alguns elementos que se repetem, como a ênfase nos fatores de risco e a importância da avaliação psiquiátrica. Mas diferenças relevantes também aparecem, sobretudo na linguagem utilizada, mais técnica e embasada com abundantes referências bibliográficas e estudos epidemiológicos. Além disso, o relatório do Royal College of Psychiatrists (2015) do Reino Unido sobre autolesão e suicídio indica a necessidade de abordagens intersetoriais, envolvendo áreas de assistência social, educação e o terceiro setor, bem como atenção a grupos vulneráveis como a população LGBT, idosos, pessoas com doenças orgânicas crônicas e o sistema prisional. O guideline da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2010) discute a oferta de psicoterapia a pessoas com comportamento suicida e aponta a falta de evidências conclusivas sobre a eficácia do uso de antidepressivos na prevenção de mortes autoprovocadas. O documento da Organização Mundial da Saúde para a região do Pacífico Ocidental

(WHO, 2010) se dedica a analisar o tema sob o viés da saúde pública e, mais do que focar em intervenções individualizadas, postula a formulação de programas e estratégias globais de prevenção e monitoramento. Todos estes volumes também assumem que é preciso aprofundar as pesquisas na área.

O cotejamento dos documentos internacionais com os manuais disponíveis no Brasil demonstra o estreitamento da visão destes sobre a pessoa que deseja a própria morte. Além de não deixar dúvidas sobre o rechaço a qualquer possibilidade de considerar o suicídio uma decisão legítima e de apontar detidamente os “fatores de risco”, os manuais apresentam uma série de enunciados de caráter humanitário que apelam para atitudes de compaixão e cuidado. Alguns excertos do Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária (OMS, 2000b) podem evidenciar isso:²⁵

Entender os sentimentos da pessoa (empatia) (p. 14)
Dar mensagens não-verbais de aceitação e respeito (p. 14)
 [Em uma caixa de destaque] *Todas estas questões devem ser perguntadas com cuidado, preocupação e compaixão (p. 18)*
Focalize na força positiva da pessoa (p. 18)
Ouvir, mostrar empatia, e ficar calmo (p. 21)
Ser afetuoso e dar apoio (p. 21)
 [Na conclusão do documento] *Compromisso, sensibilidade, conhecimento, preocupação com outro ser humano e a **crença de que a vida é um aprendizado que vale a pena** – são os principais recursos que os profissionais de saúde primária têm; apoiados nisso eles podem ajudar a prevenir o suicídio. (p. 22)*

Os extratos acima revelam a preocupação em estabelecer, diante de um comportamento suicida declarado ou suspeito, um certo modo de relação baseado no acolhimento. Expressões como “cuidado” e “respeito” dificilmente poderiam ser postas em cheque ou consideradas negativas. O mesmo pode ser dito de termos bastante palatáveis, ainda que pouco claros, como “empatia” e “força positiva”. O que se pode questionar aqui é sua função valorativa e moral calcada, como exposto textualmente, na “crença de que a vida é um aprendizado que vale a pena”. Não são, por

²⁵ Propondo-se a ser um manual para guiar as ações dos profissionais de saúde, o documento é estruturado em sessões como “O que fazer?”, “O que não fazer?”, “Como perguntar”, entre outras. Destaco em **negrito** algumas expressões a fim de pôr relevo no que concerne ao que vem sendo debatido

certo, proposições inócuas. O discurso é estruturado a partir do ponto de vista da adesão a esta “crença” de que a vida “vale a pena” (qualquer que seja a pena), estabelecida não por padrões científicos neutros, mas por juízos morais construídos socialmente (ELIAS, 2001). O aparente amparo ao sujeito suicida e seu intento, ao mencionar “aceitação e respeito”, não se sobrepõe à meta de “prevenir o suicídio”, compreendido como descontrole emocional e, assim, deslegitimado – segundo o que consta no mesmo Manual (OMS, 2000b):

*Quando a **turbulência emocional** cede, a pessoa pode se tornar reflexiva. Esse processo de reflexão é crucial (p. 18)*

*Focalize os **sentimentos de ambivalência**. O profissional de saúde deve focalizar na ambivalência sentida pela pessoa suicida, entre viver e morrer, até que gradualmente o desejo de viver se fortaleça (p. 19)*

*Explore alternativas ao suicídio (...), até aquelas que podem não ser soluções ideais, na **esperança** de que a pessoa vá considerar ao menos uma delas” (p. 19)*

Com esta finalidade – de evitar a consumação do suicídio – em vista, uma série de proposições são feitas:

***Gentilmente** falar com a pessoa e remover as pílulas, faca, arma, inseticida etc. (**distância dos meios de cometer suicídio**) (p. 19)*

*Entrar em contato com um profissional de saúde mental ou médico imediatamente e **providenciar uma ambulância e hospitalização** (p. 19)*

*Tente conseguir permissão do paciente para recrutar quem possa ajudá-lo, e depois entre em contato com essas pessoas. **Mesmo que a permissão não seja dada**, tente localizar alguém que seria particularmente compreensivo com o paciente (p. 21)*

Ganhe tempo (p. 21)

Tome atitudes, conte a outros, consiga ajuda (p. 21)

*[Na sessão “O que não fazer”] **Jurar segredo** (p. 22)*

As proposições acima são prescrições de adoção de medidas coercitivas frente aos comportamentos suicidas. São significantes da compreensão de que, para o bem daqueles que tentam encerrar a própria vida, deve-se retirar-lhes a possibilidade da escolha e da ação. Calcados na assunção de que a pessoa está “mentalmente doente” ou passando por uma “turbulência emocional”, os profissionais de saúde são convocados a

intervir, por e com compaixão, coagindo aqueles a quem se atribui o papel de beneficiários de seus serviços. Tal postura, que Szasz (1994) chama precisamente de coerção compassiva, recai na destituição do indivíduo de seus direitos ao tratá-lo como incapaz. “A promessa de curar pessoas doentes contra a sua vontade – especialmente pessoas cuja enfermidade não compreendemos, ou que podem, de fato, nem estarem ainda doentes – está coberta de perigos, que nós parecemos determinados a negar” (p. 25). Como evidencia o autor:

O altruísta coercivo, que justifica seu comportamento através da compaixão, precisa convencer-se de que está agindo em benefício do outro. Como é que ele pode estar certo disso? Uma vez que não pode, precisa ser capaz, então, de fechar os olhos para o sofrimento que ele causa. A melhor forma de fazer isto é deixar de respeitar o seu beneficiário-alvo como pessoa e, ao invés disto, tratá-lo como um membro de um grupo específico. Ele deixa, portanto, de ser um agente moral e se torna o objeto de nossa benevolência. Classificar uma pessoa como paciente mental é uma iniciativa francamente desleal, que estimula a compaixão abstrata para com ele como paciente e a indiferença concreta para com ele como pessoa. (...) Nenhum profissional de ajuda contemporâneo tem mais compaixão pelas pessoas como pacientes e menos por eles como indivíduos do que o psiquiatra. (ibidem, p. 23 e 24).

Somada à proibição legal do suicídio, mencionada anteriormente, a perspectiva coercitiva/compassiva manifestada pelo discurso médico resulta numa forma de governamentalidade²⁶ característica do “pastoreio” dos doentes mentais. Anteriormente nas mãos dos bispos e presbíteros, o poder pastoral passa, no Estado Moderno, a ser secularizado, transferido sobretudo aos médicos (FOUCAULT, 2008b).

26 No curso Segurança, território e população, Foucault (2008b) define o que devemos entender por governamentalidade: “Em primeiro lugar, ela deve ser compreendida como o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões que permitem exercer o poder sobre a população por meio de um dispositivo técnico essencial que são ‘os dispositivos de segurança’. Em segundo lugar, entenda-se por governamentalidade a tendência a sobrepor o poder pastoral, que podemos chamar de ‘governo’ sobre todos os outros – soberania, disciplina – por uma série de aparelhos específicos de governo e pelo desenvolvimento de toda uma série de saberes (...)” (p. 143 e 144). A partir da década de 1980 vemos Foucault passar da discussão sobre o poder para análise da noção de governo, considerada mais operacional (SENELLART, 2014).

Poder *individualizante*, o poder pastoral é apresentado por Michel Foucault como um poder exercido não somente sobre o conjunto dos indivíduos (população), mas sobre a vida de cada indivíduo em particular, nos seus mais ínfimos detalhes. É o que ele denomina *Omnes et Singulatim*, poder sobre todos e cada um, cujos dispositivos visam tornar os indivíduos dóceis e úteis aos interesses do exercício de poder. (OTTAVIANI *et al.*, 2012, p. 148, *itálico* no original).

Não à toa, um dos mecanismos mais importantes do trabalho do psiquiatra é a entrevista, nos moldes da confissão cristã, em que o “doente” deve revelar seus sentimentos e pensamentos mais íntimos²⁷. Por essa razão, parece pertinente a reflexão de Szasz (1994) sobre o papel do Estado em compelir os profissionais de saúde a intervir em situações como as intenções suicidas. Para “ajudar”, o profissional oferece ao cliente seus serviços/saberes. Quando ele recusa, o Estado autoriza/obriga o profissional a coagir a pessoa.

O dilema que os profissionais de ajuda acham particularmente perturbador é: se eles coagirem seus cliente, não poderão ajudá-los de verdade; para ajudá-los não coercivamente, esses profissionais devem angariar a cooperação dos clientes; e eles não podem fazê-lo senão respeitando, e apelando para o interesse próprio dos clientes, como estes o definem. Se o profissional se recusa a respeitar a visão que o cliente tem de seu mundo, ou se o cliente se recusa a colaborar com o profissional, os dois chegam a um impasse que só pode ser resolvido de duas formas. Ou o profissional deve abandonar o cliente, ou o Estado deve conferir ao profissional o poder, e na verdade impor-lhe a obrigação de coagir o cliente a aceitar a ajuda, da forma como o Estado a define. Hoje, deixar à sua própria sorte alguém oficialmente considerado como “carente de ajuda profissional” (ainda que legalmente capaz), é tido como um ato insensível, desumano, talvez até como negligência profissional. (ibidem, p. 12 e 13).

Não se trata, por certo, de um dilema simples ou mesmo fantasioso. É, ao contrário, enfrentado diariamente por aqueles que se dispõem a assumir uma posição na atenção às pessoas que sofrem – por quaisquer

27 Conforme se faz notar na repetição constante, nos manuais, nos protocolos e na literatura especializada sobre suicídio, com admoestações para que o profissional pergunte diretamente sobre o estado de humor, a intenção suicida, os planos e meios de execução do ato (cf. OMS, 2000b; BRASIL, 2006; APA, 2010).

que sejam os motivos. Urge, então, construir alternativas ao atendimento coercitivo, ainda que compassivo, para os profissionais de saúde, bem como de outros setores (assistência social, segurança pública, educação). “Não duvido que muitas vezes seja genuíno o desejo de ajudar. A questão não é o motivo do benfeitor, mas o seu método – e a inadequação entre o tratamento e a doença que ele pretensamente viria a curar” (ibidem, p. 27).

Ainda que pudéssemos concordar com Szasz e que o desenvolvimento de modos não coercitivos de intervenção seja o mote para este trabalho, é preciso acrescentar que o motivo também está em questão, já que a compaixão não é, em si, boa ou ruim mas, quando elevada à condição de virtude essencial²⁸ e exaltada como valor moral que devesse ser generalizado, acaba por naturalizar estratégias de coerção, infantilização e manutenção de certa lógica da carência (CAPONI, 2000). Analisando certas formas de piedade cristã, mas também o discurso utilitarista, Caponi evidencia que relações compassivas se dão, sempre e necessariamente, a partir de uma dissimetria entre aquele que encontra-se combalido e vulnerável e aquele que detém força e privilégios para dispor e ajudar. “A caridade é, pois, o modo de legitimar as desigualdades, de naturalizar a lógica das compensações entre o supérfluo e a carência do necessário. Por meio dessa dissimetria anula-se toda a reciprocidade” (ibidem, pos. 279s). À diferença da defesa da compaixão como elemento distintivo do humano (como defendido pela tradição judaico-cristã, pelo Utilitarismo e pelos contratualistas), a tradição grega, desde Aristóteles, afirma que o humano não é senão *zoonlogonekhon*, ser vivo capaz de discurso. Por esta razão não seriam propriamente as paixões (nem boas nem ruins por si mesmas) o parâmetro adequado para valorar as condutas, pois elas conduzem não ao argumento, mas à força. Recorrendo o trabalho de Hannah Arendt, afirma que “a esfera de discussão e diálogo, o jogo do perguntar e responder, faz parte desse âmbito da existência que os gregos isolaram como âmbito do ‘propriamente humano’. Ele define-se por um modo de existir entre iguais” (ibidem, pos. 368 a 370). O direito de falar em primeira pessoa era reservado aos cidadãos da *polis*, motivo pelo qual excluía-se deste registro os escravos, as mulheres, as crianças, os bárbaros e, hodiernamente, os doentes, que não ocupavam o lugar do discurso. Em relação a estes estava autorizada violência, a segregação e a desvalorização. Sua humanidade quedava reduzida, eram considerados não mais que coisas, objetos do saber e da vontade alheios.

28 Como aparece em Rousseau (1955/2010), por exemplo.

É, portanto, apenas no campo da política, compreendida como exercício do diálogo, que podemos superar as estratégias de governo que identificam sofredores necessitados de auxílio e sua contraparte, os técnicos do cuidado. Não há acolhimento possível sem reconhecimento da liberdade e da singularidade, sem garantia de cidadania àquilo legitimamente pode divergir, sem respeito a alteridade. Assim, não deve surpreender que as estratégias coercitivas-compassivas não tenham logrado reduzir a incidência de suicídios.

CAPÍTULO 3 – O SUICÍDIO QUE SE VIVE E O QUE SE NARRA: CASOS CLÍNICOS

Posta a questão de como se constituíram os discursos sobre o suicídio e como se apresentam no século XXI, cumpre investigar o modo como tais regimes de verdade configuram subjetividades e arregimentam as biografias de indivíduos concretos em circunstâncias muitas vezes prosaicas. O próprio Foucault o fez diversas vezes, como se nota na narração do episódio envolvendo o camponês Jouy (FOUCAULT, 2012), dos casos de hermafroditismo (idem, 2001), no destino de Pierre Rivière (idem, 2003), na memória dos “homens infames” (idem, 1977), entre tantos outros. O “caráter minúsculo” (idem, 2012, p. 37) das situações relatadas permite ao pesquisador identificar de que o modo o poder opera nas relações empíricas. Afinal, apenas sobre elas é que se podem erigir os enunciados que, ao mesmo tempo, as delimitam e constituem. Tal estratégia já foi conduzida por eminentes estudiosos, como Whitaker (2010), Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2012a) e mesmo Marx (2006) em seu tratado Sobre o suicídio, numa tradição que remonta também às origens da clínica psiquiátrica e psicológica com Breuer, Charcot e Freud. Desta feita, apresento quatro casos clínicos a partir de minha própria experiência profissional.

A construção de casos clínicos é tema de diversos debates. Viganò (1999) traz importante contribuição ao distinguir caso social e caso clínico. O caso social é aquele cuja narração se desenvolve a partir de elementos extrínsecos ao sujeito, tais como os instrumentos jurídicos e assistenciais. É conduzido pelos operadores (profissionais de saúde, assistência social, educação e, muitas vezes, pela família). Diz respeito às queixas, à apresentação sintomatológica, aos “desvios” tomados como necessidades de correção. Já o caso clínico é aquele elaborado a partir do próprio sujeito. “O caso clínico não exclui o caso social. Pelo contrário, o caso clínico é a condição para que haja o caso social” (ibidem, p. 53). Contempla a dimensão do desejo como falta, como enigma cuja busca por solução envolve, invariavelmente, a interlocução com um outro. Com efeito, “a construção do caso, dentro de um grupo, é um trabalho que tende a trazer à luz a relação do sujeito com seu Outro, portanto tende a construir o diagnóstico do discurso e não do sujeito” (ibidem, p. 58).

Importa ressaltar que, diante das histórias das pessoas que acompanhei, atendendo diretamente ou em supervisão clínica, busco evidenciar sobretudo as demandas que implicitamente lhes são dirigidas pelos muitos outros – sejam os sujeitos empíricos com quem

se relacionam ou as diversas marcas da cultura que os atravessam na linguagem – que configuram suas condutas (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012a). Afinal, como explicitou Merleau-Ponty (2006, p. 95) a partir dos trabalhos de Kurt Goldstein, “o sintoma é uma resposta do organismo a uma questão do meio, e que assim o quadro dos sintomas varia com as perguntas que fazemos ao organismo”. Muitas vezes, os “outros” são os próprios profissionais com quem essas pessoas se encontraram.

O desenvolvimento dos casos clínicos seguiu algumas das indicações de Viganó (1999) e também do modo como Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2012a) se ocupam de articular diferentes histórias em uma narrativa única. Assim, tomarei diferentes “casos reais”, semelhantes em estrutura, alterando elementos contextuais, de gênero, idade, localização geográfica e cronologias, com vistas a impossibilitar a identificação daqueles com quem vivi relações de confidencialidade, preservando o sigilo ético das informações compartilhadas.

3.1 A MULHER MAIS BONITA DA QUEBRADA

Dois meses antes da sua morte, Cassiana foi encaminhada para atendimento psicológico. “Encaminhada” não é o termo mais preciso aqui. Ocorre que, após ameaçar agredir com uma cadeira a assistente social do serviço de saúde mental, que comunicou a impossibilidade de que continuasse o acompanhamento na Unidade por ter faltado algumas consultas, a equipe se reuniu para debater sobre sua exclusão, acrescentando a violência aos motivos para desligá-la. Nesta ocasião, o psiquiatra, único profissional que conhecia a história da mulher, relatou as diversas violências que Cassiana havia sofrido durante sua vida. Relatou também que o comportamento agressivo – contra outros e contra si – era justamente um dos motivos pelos quais necessitava de tratamento. Por cortar a própria pele com navalhas e tesouras, mas também por já ter golpeado o atual marido com uma faca, anos antes, recebeu o diagnóstico de transtorno bipolar. Era conhecida na Unidade Básica de Saúde por sua atitude explosiva, pelas ameaças aos profissionais, por exigir atendimento no momento em que chegava ao posto e por ter degolado dois dos seus cachorros, que latiam sem parar. A atitude dramática, a instabilidade emocional e a recorrência dos comportamentos coléricos lhe renderam o diagnóstico de transtorno de personalidade borderline. A reunião da equipe de saúde mental se encerrou com a deliberação de que, ao invés de proibi-la de frequentar o CAPS, seria-lhe ofertado o acompanhamento de

um dos psicólogos do serviço.

No primeiro encontro com o psicólogo, e nos que se seguiram, a mulher contou que se sentia muito triste. Quando questionada sobre os motivos desse sentimento, passou a discorrer, com voz suave, rouca e soprosa, que desde a infância sofreu abusos físicos e sexuais, inicialmente do pai e depois de seu irmão e de um amigo dele. Com 12 anos, decidiu por sair de casa e “casar” com um homem mais velho. A autoria da violência mudou e se intensificou: o marido a forçava a fazer sexo, a espancava durante o coito, gostava de introduzir objetos em sua vagina e ânus e, por vezes, urinava e defecava em sua boca. Com ele teve dois filhos, um menino quando tinha 15 anos e uma menina pouco antes de completar 18. Por ter abandonado a escola quando deixou a casa do pai e por nunca ter trabalhado, se sentia por demais insegura para se separar. Só conseguiu fazê-lo com 23 anos, com a ajuda de uma amiga da igreja que frequentava e para quem, pela primeira vez, relatou os abusos. Foi morar com ela em outro bairro, passou a trabalhar esporadicamente como empregada doméstica e aprendeu a costurar e tricotar.

“Eu sempre fui bonita”, falou com o olhar perdido. “Mas isso sempre foi um problema, odeio ser bonita”. A fala remeteu o psicólogo, imediatamente, à personagem do conto *A mulher mais linda da cidade*, de Charles Bukowski²⁹. De fato, ainda que notavelmente sofrida e desgastada e com quase 40 anos, Cassiana mantinha grande beleza. A pele morena, cor de cuia, os olhos amendoados, os longos cabelos pretos e os dentes brancos num sorriso triste chamavam atenção. Os muitos brincos e piercings davam à face um ar jovial. “Por ser bonita meu pai me estuprava”, dizia, atribuindo a si a responsabilidade pela experiência aberrante. Compreendia que, também em função da aparência, só tinha vivido relacionamentos fortuitos e breves após se separar do marido, com homens que não queriam mais do que sexo casual. Nesta época, a falta de perspectivas, de uma casa e de uma renda suficiente para criar os filhos (que passaram a morar com o avô, pai de Cassiana) a deixavam chorosa,

29 O conto “A mulher mais linda da cidade” (BUKOWSKI, 2007) foi publicado originalmente em 1972. Narra o encontro casual e o romance pouco ortodoxo entre Cass, jovem incrivelmente bela e impetuosa, e um rapaz feio, nas noites repletas de álcool e descompromisso dos subúrbios de Los Angeles. A protagonista, “sempre muito animada ou então deprimida (...), segundo alguns, era louca. Opinião de apáticos. Que jamais poderiam compreendê-la” (p. 163 e 164). Em determinado momento, pouco antes de ferir-se no rosto com um grampo, a personagem afirma: “As pessoas sempre me acusam de ser bonita” (p. 165).

sem iniciativa e disposição para o trabalho. Encontrou apoio no médico do posto de saúde que, identificando um quadro de transtorno depressivo maior, lhe prescreveu um antidepressivo.

Aos 30 anos, no entanto, conheceu Álvaro, seu segundo marido. Um homem bonito, bastante calado, que trabalhava no tráfico de drogas da região e com quem foi morar. Ele em nada se parecia com os outros homens com quem havia se relacionado. Era calmo, até passivo, não a agredia nem demonstrava muito interesse sexual. Ela, ao contrário, mantinha a irritabilidade, os episódios de choro e os arroubos de agressividade. “Uma vez, cansada de sempre ter que cozinhar, limpar a casa e lavar as roupas, peguei a máquina de lavar que ele tinha acabado de comprar e joguei na ribanceira do lado da nossa casa”. Também nesta época, quando se havia acirrado o humor deprimido e o isolacionismo, e como os cachorros não paravam de latir e não a deixavam dormir havia dois dias, cortou as gargantas dos animais. Após o episódio, o médico registrou em seu prontuário: “ansiedade; impulsividade; baixa tolerância à frustração”. Mesmo após ter esfaqueado o marido na perna durante uma discussão – o que fez com que ele ficasse para sempre mancando ao caminhar – o homem mantinha a placidez. Inquirida pelo psicólogo sobre o que então poderia ter sustentado as explosões de Cassiana, ela contou que sentia-se muito sozinha. Álvaro tinha muito ciúme e não a deixava ir às festas no bairro. Desde que se casaram, não ia à igreja, perdeu o contato com as amigas e via os filhos apenas uma vez por semana, quando os buscava na escola para um passeio pela cidade. Com efeito, os únicos lugares que era autorizada a frequentar eram a escola e o posto de saúde. A situação se manteve assim até que Álvaro foi para a prisão, onde permaneceu por dois anos.

Depois que o marido voltou para casa, seu comportamento estava mudado. Ele assumiu uma posição de mais autoridade no tráfico e parecia sempre tenso. As relações sexuais com Cassiana foram ficando mais raras, apesar das investidas dela. “Três vezes eu acordei no meio da noite e ele estava usando uma calcinha minha, se masturbando. Uma vez, vi que ele enfiava dois dedos no cu. Acho que na verdade ele sempre foi gay e casou comigo para disfarçar, ou talvez tenha aprendido na cadeia”, disse ao psicólogo com simplicidade, acrescentando que isso deveria permanecer em segredo absoluto, haja vista o opróbrio que poderia ocasionar para o homem. Ao mesmo tempo, sentia falta de ter relações sexuais e imputava a si a incapacidade de excitá-lo – a despeito dos olhares desejosos que despertava em outros homens. Apesar de ter trabalhado como cozinheira

quando Álvaro estava preso, o retorno do marido trouxe novamente o cerceamento da liberdade para circular pela quebrada e conviver com outras pessoas. Sobre a ajuda que teve para enfrentar esta situação, foi rápida em afirmar: “em vários momentos da minha vida eu pensei que seria melhor morrer. Quando contei isso para o médico, ele aumentou meus antidepressivos e recomendou que eu fizesse caminhadas. Também me passou um remédio pra ansiedade. Eu dormia bastante”.

As únicas caminhadas que fazia ainda eram as em direção à escola dos filhos. E foi lá que conheceu um rapaz, quase uma década mais novo, que trabalhava como vigilante. A gentileza e o bom humor do jovem cativaram Cassiana. “Ele me idolatrava! Eu nunca tinha vivido isso. Fazia tantos elogios, não só à minha beleza”, confidenciou, com o olhar novamente disperso. O romance secreto durou três meses. Ela já estava acostumada a não ter com quem compartilhar suas vivências mas ele, empolgado por ter o amor da mulher mais linda da quebrada, da mulher mais linda que já havia visto, não pôde sustentar o sigilo necessário a quem namora a esposa de um traficante. Contou para um colega e a notícia se espalhou, até chegar aos ouvidos de Álvaro. Irado, o marido traído passou a ameaçá-la e agredi-la fisicamente. As cenas de horror que Cassiana vivera por décadas junto ao pai, ao irmão e ao primeiro marido retornaram. A depressão e a desesperança se acirraram. Inicialmente não cogitou o suicídio. Ao invés disso, começou a planejar o assassinato do marido. Certa noite, enquanto Álvaro dormia profundamente alcoolizado, jogou sobre a cama e sobre o corpo do homem um galão de querosene e todo o álcool de cozinha que encontrou. Ateu fogo, na esperança de encerrar o sofrimento matando o agressor. Mesmo com grande parte do corpo incinerado e com a casa consumida pelas chamas, Álvaro não morreu.

Após sair do hospital e encontrar uma nova casa para o casal, o marido de Cassiana seguiu com as agressões. Além dos espancamentos, agora ameaçava os filhos da mulher. Com ar sádico, dizia a ela que, quando menos esperasse, a queimaria durante o sono. Ela não tinha mais ninguém com quem pudesse contar. Mesmo alguns dos traficantes, que antes prestavam solidariedade a ela, agora eram só desprezo, irritados pelo fato de que o incêndio na casa havia atraído a atenção da polícia e prejudicado os negócios. Só restou a ela ir ao posto de saúde. Sem explicitar os motivos, revelou ao atencioso médico que passava os dias e as noites a chorar, sem encontrar razões para continuar vivendo. Como o humor deprimido, a insônia e os episódios de automutilação se acentuavam,

mesmo com o aumento das doses de antidepressivos e benzodiazepínicos, e como admitiu ter planos para tirar a própria vida, o profissional decidiu adotar duas condutas: em primeiro lugar, chamou Álvaro à Unidade Básica de Saúde e recomendou que mantivesse vigilância 24 horas por dia, guardando consigo as medicações e confiscando as facas e tesouras e até as agulhas que Cassiana usava para o tricô. Em seguida, agendou uma consulta com o psiquiatra para o dia seguinte, no serviço especializado de saúde mental. O marido prontamente anuiu, garantindo que não tiraria os olhos da esposa. A apatia da mulher diante das indicações foi interpretada como mais um sinal da doença que a acometia mas, em seu íntimo, ululava o desespero.

No dia seguinte, narrou ao psiquiatra a tentativa frustrada de matar o marido. Contou que, após o ocorrido, apanhava diariamente e não podia pedir ajuda de ninguém. Compreendia que os vizinhos e mesmo os profissionais de saúde não teriam condições de apoiá-la, já que a possibilidade de retaliação era uma realidade. O fato de o marido pertencer a uma facção criminosa sabidamente violenta acabava por interditar todas as perspectivas de arregimentar apoio. Conforme transcorreu a conversa, ficou claro ao psiquiatra que não se poderia atribuir a insônia, a labilidade emocional e a ideiação suicida a uma psicopatologia de base: como dormiria tranquila se Álvaro ameaçava atear fogo nela enquanto dormia? Como manteria a calma se não encontrava nada nem ninguém que a amparasse? Que apego à vida teria, sem esperança de um futuro melhor, marcada pelo passado de sofrimento e vigiada diuturnamente pelo homem que tentou matar quando decidiu tomar uma atitude mais contundente? Sem ter outros recursos mais eficazes e diante da negativa de Cassiana à oferta de fazer uma denúncia à polícia, o psiquiatra disponibilizou sua solidariedade e um espaço em que pudesse, quinzenalmente, conversar sobre sua história e seus sentimentos. Recomendou o uso de um moderador do humor, uma medicação para controlar a impulsividade e a agressividade contra si e contra terceiros. Também prescreveu um antipsicótico atípico, em dose baixa, como calmante.

Talvez pela confiança que sentiu no psiquiatra, Cassiana passou a frequentar o serviço de saúde mental. Chegou a participar de um grupo destinado a mulheres, que abordava temas como auto-estima, cuidados de saúde e beleza, mas não se identificou com a proposta. “Não quero pensar em ficar bonita, sabe? Quero ficar invisível um pouquinho...”, confidenciou com certa doçura ao psicólogo, meses depois, justificando as ausências aos atendimentos no CAPS, que levaram a assistente social a

chamá-la para fazer o desligamento do acompanhamento. “Fiquei muito indignada com ela, porque não sabia nada da minha história, foi muito grosseira, não me respeitou. Nem nas consultas com o psiquiatra eu conseguia vir”, ora por sentir-se por demais deprimida, ora por Álvaro proibir sua saída de casa. “Mas aqui é o único lugar em que eu podia falar sobre o que estava acontecendo! Sei que não deveria ter jogado a cadeira nela, mas ela também não poderia ter falado daquele jeito comigo”. Durante as sessões de psicoterapia, manifestava melhora do humor, conseguia sorrir ao mostrar fotos dos filhos e do gatinho, sua principal companhia. Foi uma vizinha, também usuária do CAPS, que comunicou a equipe sobre o suicídio. Cassiana se enforcou em casa, usando as cordas do varal, no início da manhã, quando o marido a deixou para ir cobrar uma dívida. O corpo desnudo mostrava as marcas de um espancamento recente.

Nada há de repreensível na conduta dos profissionais, do ponto de vista dos manuais e protocolos de atenção ao suicídio no âmbito da saúde. Em todos os momentos, agiram para identificar um transtorno mental de base e, conforme elencaram sinais e sintomas, fizeram diagnósticos e iniciaram as medicações que julgaram adequadas. Vislumbrando risco de suicídio, se mostraram disponíveis e atenciosos, sem julgamentos ou críticas. Quando a intenção de tirar a própria vida foi comunicada pela paciente, ela imediatamente foi encaminhada a um psiquiatra e a um serviço de maior complexidade, com o compromisso de um familiar de que manteria monitoramento constante. É claro que o familiar não poderia ser considerado “rede de apoio” nesta situação, haja vista ser um dos elementos desencadeantes do sofrimento atual. Mas não se resume a isso a ineficácia das medidas de prevenção do suicídio de Cassiana, nem sequer ao campo da saúde mental. Com efeito, como desconsiderar os abusos físicos e sexuais sofridos na infância, perpetrados por aqueles a quem se atribui o papel de cuidadores? Como explicar que uma menina de 12 anos abandone a escola e passe a viver maritalmente com um homem quase 20 anos mais velho, sofra agressões horrendas e engravide duas vezes durante a adolescência, sem nenhum suporte social? A falta de estudos, a dificuldade para conseguir e manter um trabalho, a precariedade das condições socioeconômicas e a dependência financeira não são por certo elementos que concorreram diretamente para inviabilização da vida e do desejo de viver? O relato de Cassiana é também marcado por diferentes questões ligadas às relações de gênero, ao machismo e ao patriarcado estruturantes de nossa cultura, que não podem ser ignorados. Somando-se

a tudo isso o tráfico de drogas, a pobreza, a falta de acesso e o descrédito das instituições de proteção social e segurança e do Estado de maneira geral, temos um campo muito mais complexo do que aquele que as pesquisas epidemiológicas, neuroquímicas ou psicológicas são capazes de abarcar. Não é admissível que, diante de situações tão complexas quanto frequentes, se continue disseminando a crença de que atendimento médico especializado, farmacoterapia e tratamento de transtornos psiquiátricos subjacentes e vigilância sejam a solução para o problema do suicídio. Ou que o suicídio seja, ele mesmo, o problema central.

3.2 O HOMEM DAS NAVES

Na primeira vez em que veio ao meu consultório, estava visivelmente embriagado. Alto e magro, cabelos compridos e usando uma camiseta preta desbotada com estampa da banda Kiss, contou que já passara por seis internações em hospitais e clínicas psiquiátricas, públicas e privadas. “São todas iguais, só muda a pintura”, disse com indignação. “Às vezes eu surto e minha família me interna. Aliás, minha mãe vai querer falar com você. Tudo bem se eu não chamar você de doutor, né? Eu tenho 32 anos, não sei se dá pra perceber. Quem falou pra eu vir aqui foi uma amiga da minha mãe, que é médica. Eu já fui em três psicólogos, fora os que estavam nos hospitais, mas não gostei. Estou procurando um que entenda o que eu digo.” A sessão transcorreu com o relato breve e acelerado da biografia do rapaz, do ponto de vista dos tratamentos a que se submeteu: “minha família sempre disse que eu era diferente. Meu irmão é oito anos mais novo, sempre namorou. Eu tenho dificuldade de arranjar namorada, não sei chegar na mulher, me atrapalho, tenho problema de ansiedade, fobia social. E eu bebo todos os dias. Às vezes não bebo. A primeira vez que me internaram eu tinha 16 anos. Surtei mesmo, mas não lembro o que aconteceu. Fiquei em um hospital bem caro, ninguém falava comigo. É que sou esquizofrênico. Todas as vezes que me internaram, eu voltei pior. Larguei a faculdade de Direito no segundo ano, não conseguia me relacionar”. Após uma pausa, me perguntou: “onde você se formou?”, aparentemente valorizando o fato de eu ter estudado em uma Universidade Federal. “É onde meu irmão estudou, ele é engenheiro civil. Sabe, eu vejo naves. É, naves espaciais, naves. Eu sei que as outras pessoas não veem, mas eu vejo, assim como estou vendo você, esse sofá e esse quadro na parede. Elas conversam comigo”. Como apontava e dirigia o olhar para a janela, perguntei se as estaria vendo naquele momento. “Sim, estão ali, entre as nuvens. São duas.”

Certamente em função da minha surpresa diante de um franco delírio em andamento, perguntei apenas se as naves causavam algum tipo de incômodo ou sofrimento. O rapaz negou e disse que, na maior parte do tempo, elas o ajudavam a organizar os pensamentos. Como me dei por satisfeito com a resposta, disse então que esse não me parecia ser o assunto principal que o levava ao consultório de um psicólogo e que, se ele não se importasse, gostaria de abordar outros temas como a relação com o irmão, os projetos para o futuro ou as marcas que as internações psiquiátricas pudessem porventura ter deixado. Comuniquei-lhe que, caso desejasse, poderíamos retornar ao tema das naves a qualquer tempo, mas que não necessariamente esse seria o foco dos atendimentos.³⁰ Meu genuíno desinteresse por conduzir qualquer sorte de admoestação ou de intervenção pedagógica, ou mesmo de combater o “sintoma” que se apresentava, pareceu agradar ao rapaz. Ao final da sessão, perguntei se aquilo que tínhamos conversado o motivava a voltar e se desejava iniciar um acompanhamento semanal comigo. Ele respondeu com simplicidade e entusiasmo: “sim, as naves estão dizendo que é você, elas estão dizendo que é com você mesmo a terapia!”. Fiquei lisonjeado como nunca antes.

Como anunciado, a mãe do rapaz me telefonou durante a semana. Contou que o filho era muito alegre na infância e adolescência e, apesar das notas baixas na escola, sempre gostou de ler e estudar. Mesmo depois da primeira internação psiquiátrica (em um episódio de delírio que inicialmente foi interpretado como decorrente do uso de LSD em uma festa), ele conseguiu concluir o Ensino Médio e ingressar na faculdade de Direito, o que muito orgulhou o pai, Promotor de Justiça. O período em que esteve na Universidade foi marcado por conflitos com os colegas. Após um dos recorrentes desentendimentos, chegou em casa em surto, agitado, paranoide. Foi conduzido à segunda internação e a família foi comunicada do diagnóstico de esquizofrenia. Durante uma década, diversos esquemas medicamentosos se sucederam, na busca de uma forma de conter os sintomas, sobretudo os delírios envolvendo as naves, o abuso de álcool e confusão mental. O telefonema da mãe foi uma importante ocasião para conversarmos sobre a diferença entre as formações psicóticas (como respostas possíveis e legítimas diante das demandas sociais que nem sempre acarretam sofrimento) e os surtos (momentos por demais dramáticos em que há a falência social das formações psicóticas)³¹.

30 Sobre a orientação clínica que norteou o atendimento neste caso, recomendo a leitura de Müller-Granzotto; Müller-Granzotto (2012a).

31 Sobre essa diferença, ver Müller-Granzotto; Müller-Granzotto (2012a) e Müller (2015). Ainda, mas com uma perspectiva um pouco diversa, ver Calligaris (2013).

Segundo ela, os familiares – sem perceberem benefícios com as diversas internações – passaram acreditar ser importante tolerar e acolher os delírios (a presença e as opiniões das naves espaciais e certo grau de desconfiança em relação às atitudes de colegas, vizinhos ou parentes), desde que não viessem acompanhados de comportamentos agressivos, de muita angústia ou da impossibilidade de dialogar. “Na quarta vez em que ele foi internado, por ficar falando das naves e implicando com um primo, ele entristeceu muito e tentou se matar dentro do quarto do hospital. Disse que tinha muitas coisas no mundo que ele não gostava, mas que a única que ele não conseguia tolerar era a internação. Com isso, nossa família se reuniu e ficou decidido que não o levaríamos mais ao manicômio, a não ser se estivesse em surto mesmo. Ele sempre ficava muito triste, apático por meses após a alta, distante de nós. Não queremos mais isso.” O relato me deixou ainda mais interessado no caso, haja vista poder contar com a colaboração da família no processo clínico. Perguntei sobre os surtos e a frequência das crises. “A cada três anos, mais ou menos, ele tem uma crise bem feia. Acho que estamos aprendendo a lidar. Nas últimas duas vezes que ele surtou, optamos por interná-lo, mas ele ficou muito triste novamente. Os psiquiatras que o acompanharam sempre deram doses muito altas de medicação e eu acho que a quantidade de antipsicóticos o deixava tenso e sem iniciativa. Agora estamos com uma psiquiatra nova, que mexeu em toda a prescrição. Ele está usando menos remédios e está bem mais calmo. Esperamos nunca mais precisar interná-lo.” Por quase um ano o acompanhei semanalmente e, a seu convite, pude até conhecer a família. “Vou fazer umas pizzas na minha casa na semana que vem! Quero que você conheça o meu irmão. Eu posso vir buscar você aqui mesmo no consultório. Você já andou de fusca?” Ele se comprometeu a não beber, já que iria dirigir. “Mas você volta de táxi então, combinado?” Poucos meses depois, comentou que não via mais necessidade de continuar o acompanhamento. “Tenho minhas dificuldades, mas eu gosto delas. Se precisar, ligo de novo para você.”

Depois de seis meses sem ouvir notícias do homem das naves, recebo outro telefonema da mãe. O tom desesperado me deixou em alerta: “Ele estava bem este tempo todo. Continua tomando as medicações. Não sei porque isso está acontecendo, mas ele enlouqueceu mesmo! Há uma semana ele começou a dizer que ia embora e passou a colocar todos os livros e algumas roupas no fusca. Foi só quando ele chegou em casa carregando um galão de gasolina que percebemos a intenção de atear fogo

no carro! Nada do que falamos consegue dissuadi-lo, ele sequer aceita que o chamemos pelo nome. Não dorme há duas noites!” Diante da situação tão extrema, a mãe revirou o quarto do rapaz em busca de respostas e encontrou um bilhete, escrito à mão, em que era possível reconhecer a caligrafia do filho: *Sou Amatothep e nasci no Egito há 3000 anos. Meu tempo aqui se encerrou. No dia 14 de dezembro será realizado o ritual de purificação e minha alma será abduzida.* Confrontado, confirmou que o ritual de purificação consistiria em atear fogo no carro e nos livros, consigo dentro, de modo que a fumaça levasse sua alma até uma altura em que os extraterrestres pudessem coletá-la. Sob os protestos do pai, que alegava que isso significaria a morte do rapaz, ele respondia que esse era, obviamente, o objetivo. “Não é mais época de viver”, respondia enquanto colocava a coleção de obras sobre Direito Previdenciário no banco traseiro do fusca.

Lembrando do que conversávamos, sobre a importância de tratá-lo em liberdade, e como a psiquiatra estava de férias, a mãe decidiu por me contactar, na esperança de evitar outra internação. “Acho que meu filho mais novo consegue convencê-lo a ir no seu consultório”, disse a mãe. Horas depois, o rapaz chegou acompanhado do irmão. Não me reconhecia, era como se nunca tivesse estado naquela sala. Caminhava de um lado para o outro, respirava ruidosamente, esfregava as mãos com força. Quando começou a falar, fui tomado pelo mal estar e pela aflição que caracterizam as situações de crise psicótica, tanto para quem as protagoniza quanto para quem delas participa. “Acham que eu não sei que é suicídio. Claro que sei, já vi muito isso. Mas é isso mesmo que eu preciso”, disse a mim com voz forte. Anuí sem saber como reagir. Só consegui apontar-lhe que parecia muito cansado. “Sim, cada século tirou um pouco da minha energia e agora estou ficando sem condições de andar entre os homens”. A frase me fez ponderar sobre o que significaria “cada século” – seria uma referência a cada internação psiquiátrica ou aos namoros frustrados, ou a alguma ocorrência de que eu não tivesse conhecimento nos últimos meses? Minhas conjecturas foram interrompidas pelo irmão, que declarou que seus pais haviam pedido licença no trabalho para poderem cuidar do filho sem que fosse hospitalizado. Com irritação, o homem das naves respondeu: “Não preciso de hospital. Preciso me purificar pelo fogo. Já estou vivo há tempo demais e este corpo não consegue mais conter minha alma milenar. Está marcado, dia 14 de dezembro eu irei.”

Me apercebendo de que estávamos nos últimos dias de novembro e tentando sustentar as expectativas de evitar a internação, comecei a

perguntar sobre sua vida no Egito (por certo, um comportamento tão errático e angustiado quanto o de meu consultente). Conforme me contava sobre seu papel na construção das pirâmides, comecei a lembrar do quanto eu mesmo era fascinado, na infância, com a mitologia e a cultura do Egito Antigo. Realmente curioso sobre o nome “Amatotherp”, com o qual se identificava, perguntei se havia menção a ele em livros de história. Como ele mesmo não sabia responder, propus que retornasse dois dias depois, quando eu traria os livros que tinha em casa – um pequeno volume ilustrado sobre o Egito e a Grécia e um dicionário de mitologia, remanescentes da época em que, sem internet, usávamos enciclopédias para apoiar os estudos. Com o assentimento de meu consultente e o sorriso intrigado do irmão, encerramos aquela sessão. Comuniquei a mãe sobre o combinado e ela, no dia seguinte, me enviou uma mensagem agradecendo e relatando que o filho havia dormido a noite toda.

No horário combinado, o homem das naves retornou, ainda referindo que em duas semanas encontraria os extraterrestres. Conforme percebemos que não havia qualquer registro de sua existência nos livros, propus que escrevêssemos sua biografia, pois não nos parecia adequado que uma história tão importante caísse no esquecimento. Minha ideia estapafúrdia foi aceita e, sacando um caderno e uma caneta, nos pusemos a redigir suas memórias. Dia sim, dia não, ele ia ao consultório com novos dados, cada vez menos angustiado. Já reconhecia seus pais e, com o fim das férias, a psiquiatra foi até a casa da família para um atendimento, propondo um pequeno ajuste da medicação. Aos poucos, parou de se apresentar como Amatotherp e os livros de Direito voltaram à estante. O fusca foi limpo no mesmo dia em que um churrasco celebrou o aniversário da mãe: 10 de dezembro. À médica amiga da família, que havia me encaminhado o rapaz, o pai confidenciou: “nenhuma das internações dele durou menos de trinta dias, era o tempo que diziam ser necessário para estabilizar o quadro. E ele sempre saía arrasado e revoltado. Agora está sorrindo e conversando!”

É claro que, com o passar do tempo, novos desafios se impuseram ao homem das naves e sua família. Mas foi renovada a confiança de que poderiam encontrar meios não coercitivos de enfrentá-las. Ainda que o relato deste caso abra caminho para muitas reflexões de ordem clínica, cabe ressaltar sua relação com as discussões anteriores sobre as prescrições no atendimento aos comportamentos suicidas. Em que pese podermos ver confirmadas as assertivas sobre os fatores de risco (pois que era homem, com mais de trinta anos, solteiro, desempregado, com

transtorno psiquiátrico, com diagnóstico de esquizofrenia, com tentativa de suicídio anterior), o mais importante aqui é questionar se iniciativas como a vigilância constante e o encaminhamento para atendido em regime de internação hospitalar trariam benefícios a médio e longo prazo. O que nos parece é que este tipo de abordagem, justamente, concorreu para o agravamento do quadro e que a complexidade das vivências psicóticas exige produzir estratégias diferentes das medidas compassivas que identificam os pacientes como objetos de um saber alheio, os destituindo da condição de sujeitos.

3.3 O RETORNO DE DIÓGENES

Pouco se sabe sobre o passado do homem de 62 anos que fez das ruas sua morada e perambulava pela cidade com um carrinho de supermercado, sempre acompanhado de dois gatos. Uns diziam que, antes de abandonar sua casa e seus filhos, tinha sido professor, especialmente pelo modo como falava. Outros aventavam a possibilidade de que houvesse exercido o ofício de serralheiro, dadas as ferramentas que levava com zelo em uma caixa e os reparos que fazia no carrinho. Respondia pelo nome de Oscar e suas palavras, carregadas de um forte sotaque lusitano, eram poucas e intrigantes. “Já gozei de boa vida”, disse certa vez a uma psicóloga, com que gostava de conversar sobre os animais. Outra amiga, que também morava sob as marquises, revelou que uma vez confidenciara a ela ter nascido na África. O certo é que todos os profissionais com quem se encontrou tinham por ele enorme carinho. E foram muitos os profissionais de saúde e de assistência social com quem dialogou. O motivo: Oscar queria morrer.

Durante anos a cena se repetiu. Desejando a morte, mas sem o ímpeto de atentar violentamente contra a própria vida, Oscar ficava sem ingerir água ou comida por vários dias, circulando pela cidade, coletando material reciclável ou apenas conversando com os animais. Quando desfalecia, era socorrido por alguns transeunte e levado a um hospital. Acordava desolado pelo fracasso da tentativa de suicídio. Após a alta, em poucas semanas ou meses a situação tornava a ocorrer. Inicialmente as equipes de enfermagem dos hospitais acreditavam que a fraqueza e a desnutrição eram decorrentes da vulnerabilidade social – motivo pelo qual acionaram a Abordagem Social e o CENTROPOP³², onde o homem

32 São dois serviços vinculados à Secretaria Municipal de Assistência Social especializados no atendimento à população em situação de rua, compostos por psicólogos, assistentes sociais e monitores, conforme descrito na Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004).

poderia se alimentar diariamente e receber acompanhamento psicossocial. Disse à assistente social que não lhe faltava alimento, apenas tinha decidido não viver mais. Mesmo abordando o assunto com tranquilidade e afirmando reiteradamente que não havia nada de errado consigo, foi encaminhado então para o serviço de saúde mental. O psiquiatra que o atendeu registrou suas impressões no prontuário: “No momento, lúcido, contactuante, orientado auto e alopsiquicamente, eutímico, sem alterações de sensopercepção ou pensamento, mantém fio associativo. Normotenaz, normovigil. Cognição e memória clinicamente normais. Ideação suicida persistente (relata diversas tentativas de suicídio por privação de água e alimento). Sem rede de apoio, sem perspectivas de futuro. Cordial, não há indícios de comportamento dramático, impulsividade ou mania. Necessário esclarecimento diagnóstico”. O esclarecimento nunca veio. Afora a constante vontade de que sua vida se encerrasse, nada mais havia que pudesse indicar um transtorno psiquiátrico. Mesmo morando na rua, não fazia uso de álcool ou outras substâncias psicoativas, nunca apresentou comportamento violento ou irritado. Mantinha um discurso coerente e cativante, ponderado. “Reconheço o valor da vida, mesmo achando que cada pessoa pode dar valor diferente a cada coisa. Eu, por exemplo, amo muito os animais, acho uma pena que não haja espaço para eles nas cidades. Valorizo a vida de todas as pessoas, mas agora quero a morte, a minha. Compreendo que seja difícil entender isso e que vocês queiram o meu bem. Mas o bem não é o mesmo em todos os momentos para todas as pessoas.” Não se furtava a discutir com os psicólogos sobre sua compreensão de que a sociedade, ao tentar preservar a vida e a dignidade dos cidadãos, estava impondo um modo de vida ilegítimo. “As pessoas dizem se preocupar comigo, mas só se preocupam que meu corpo esteja funcionando. Não me permitem ser quem sou hoje, um homem que quer morrer. Também não se permitem ser elas mesmas. Acho que as pessoas precisam mudar a importância que dão para as coisas, as regras que seguem sem pensar”.

Esse modo de discursar em muito lembra o dos cínicos gregos, sobretudo Diógenes, o Cão. Tendo recorrido ao oráculo de Delfos, ele recebeu de Apolo a ordem “*reavalia tua moeda*”. O preceito *parakharáxon tò nómisma* é abordado por Foucault (2011, p. 213) quando discute o que seria a vida verdadeira: “*nómisma* é a moeda, mas também é *nómos*: a lei, o costume. O princípio de alterar o *nómisma* também é mudar o costume, romper com ele, quebrar as regras, os hábitos, as convenções, as leis.” Por decisão própria, Diógenes aceitou a alcunha de cão e passou

a viver como um, contentando-se com o que estava disponível, vivendo nas ruas, sem pudores, sem dissimulação. Se reconhecia em Diógenes a sabedoria dos filósofos, justamente porque se permitia pensar livremente e dizer o que pensava. Mesmo taxado como um louco por suas escolhas divergentes, não havia quem pudesse considerá-lo desprovido de razão. Oscar, qual Diógenes redivivo, suspendia a calma e a mansidão para denunciar: “Muitos de vocês aqui de branco detestam o que fazem, mas não se permitem mudar. Quantos aqui não pensam em largar a vida? Mas não é permitido, não é permitido. Só fazem o que é permitido.”

Quando ficou conhecido na Emergência do hospital geral, conforme reinternava devido aos desmaios e à inanição, pedia aos médicos: “me deixem morrer. Por favor, me deixem morrer.” Algumas vezes foi encaminhado ao hospital psiquiátrico da região. Recebia alta com um diagnóstico de Transtorno Depressivo, mas os próprios psiquiatras não estavam convencidos. Certa vez, um deles solicitou uma avaliação neurológica completa. Todos os exames clínicos, as baterias de testes e os exames de imagem foram inconclusivos. Não havia caracteres patognomônicos. Ao voltar às ruas, era acompanhado de perto pela Equipe de Consultório na Rua. Com notável interesse e disposição, a médica interpelou seu paciente: “Seu Oscar, o senhor *precisa* fazer tratamento!”, ao que ele respondeu, qual *parresiasta*: “São vocês que precisam que eu faça tratamento”.

Ordinariamente tomado como ocorrência de foro íntimo, o suicídio constitui, na realidade, uma cena pública³³. A respeito da imbricação do viver de Diógenes com a *polis*, Foucault (ibidem, p. 223) afirma:

Se Diógenes havia optado por ir com tanta frequência a Corinto, é porque era uma grande cidade, uma cidade pública, uma cidade em que se podia viver em público e encontrar nas

33 Em pesquisa sobre os suicídios ocorridos em espaços públicos na cidade de São Paulo, Marquetti (2011, p. 26 e 27) afirma: “A cena construída pelo suicida nunca é aleatória, ela traz várias informações sobre o evento e está impregnada pelas questões socioculturais do sujeito. O ambiente do sujeito fornece o material disponível para que a cena seja construída, ele recolhe o que considera mais significativo para seu ato e reelabora estes objetos dando-lhes novos significados. A cena suicida, apoiada no seu cenário, traz elementos intrigantes que podem revelar particularidades do sujeito, que aparentemente eram estranhamentos, manias, desvio patológico. Porém, a análise dessas peculiaridades pode nos mostrar outras dimensões do sujeito e sua relação com seu meio sociocultural e, assim, retirar o suicídio de um enquadre de anormalidade para uma vertente que aponta para a interação sujeito-cidade.”

esquinas, nos templos, marinheiros, viajantes, gente vinda de todos os cantos do mundo. Era ante esse olhar que Diógenes havia decidido viver. E enfim morreu num ginásio nas portas de Corinto, enrolado num manto, como um mendigo adormecido. Levantaram o manto e perceberam que ele tinha morrido.

O mesmo se passou com Oscar. Seu corpo, parcamente coberto por uma fina manta de lã, foi encontrado de manhã, após a noite mais fria do inverno. Suas roupas estavam úmidas, o que provavelmente contribuiu para o quadro de hipotermia. Estava na parte de trás de um supermercado, e não sob a marquise lateral, onde vários cidadãos em situação de rua costumavam se abrigar das intempéries. Em sua memória, a equipe do CENTROPOP e os moradores de rua improvisaram um funeral. Acorreram à celebração os profissionais do Consultório na Rua e alguns membros do serviço de saúde mental. Até uma técnica de enfermagem do hospital geral se fez presente. Mesmo com o ar melancólico que os tomava, dado o carinho que tinham pelo senhor de gestos simples e sotaque carregado, a impressão de todos era que Oscar havia finalmente alcançado o que por tanto tempo contemplara.

3.4 MORRE UMA CRIANÇA

O suicídio infantil é, por certo, ainda mais dramático. Muitas vezes é decorrente de experiências de violência ou autoritarismo. Em outras, pode representar o mais incompreensível dos fenômenos, quando nada o parece determinar. O que ocorreu com o menino Ezequiel carrega, em certa medida, as duas marcas. Quando tinha nove anos de idade, ele recebeu o diagnóstico de Doença de Crohn, um processo inflamatório crônico, ainda incurável, que afeta o trato gastrointestinal, principalmente o intestino grosso e o intestino delgado (ROMANO JUNIOR; ERRANTE, 2016) mas, no caso de Ezequiel, envolvia também estomatite e fistulas perianais. O fato de a doença ter aparecido em tão tenra idade indicava um prognóstico muito ruim, para uma condição que por si só já é bastante desesperadora. Quando apareceram as primeiras cólicas, o sangue nas fezes e a anemia com perda ponderal, deu-se início a uma série de procedimentos realizados no hospital público de referência para o atendimento de crianças e adolescentes, envolvendo exames físicos e proctológicos, exames laboratoriais e histológicos, endoscopias e ultrassonografias, até que se confirmou o diagnóstico. Como podemos imaginar, o sofrimento ocasionado pelos sintomas se somou ao desgaste que a investigação provocou, beirando o insuportável para a criança. A

etiologia pouco conhecida deixou a família de Ezequiel arrasada. Quando voltaram para casa, ele e os pais recorreram à internet em busca de mais informações. Com perspectivas muito ruins de tratamento e o medo do que descobriram sobre a evolução da doença, Ezequiel fez sua primeira tentativa de suicídio. Voltou ao hospital, desta vez em função dos ossos quebrados: havia se lançado de um barranco, próximo à sua casa.

Nos anos que se seguiram, foram muitas as vezes em que atentou contra a própria vida. Tentando ser atropelado na rua ou fazendo um laço com cordas para se enforcar na escola, Ezequiel não deixava dúvidas sobre o quão insuportável era ter aquele corpo. As sessões de corticosteróides e imunossuppressores, além de apresentarem poucos resultados na diminuição dos sintomas, impediam o garoto de manter contato com os amigos e jogar futebol na quadra do bairro. A estenose e a obstrução do intestino exigiram, quando ele contava 11 anos de idade, uma cirurgia de ressecção. A pele e os olhos foram afetados pela inflamação antes de completar 13 anos e nove tentativas de suicídio. Como não dormia, decidiu-se por introduzir uma medicação com efeito sedativo, associada aos analgésicos. A fragilidade do organismo, combalido pelas drogas usadas no tratamento paliativo, não permitia à equipe lançar mão de antidepressivos ou moderadores do humor. Sem se preocupar propriamente com um diagnóstico psiquiátrico, o corpo clínico se mostrava muito empático com o sofrimento psíquico manifestado na forma da violência autoinfligida.

A psicóloga contratada para acompanhar o menino fazia os atendimentos em domicílio ou, quando necessário, no próprio hospital. Em uma das visitas à casa de Ezequiel, ela ficou sabendo que a escola que ele frequentava, bastante sensibilizada com a situação, propôs uma ação envolvendo professores e alunos e, por este motivo, decidiu ir ao local conversar com os docentes e orientadores educacionais. O colégio de cunho confessional, católico, estava estimulando que os alunos escrevessem mensagens uns para os outros, e também para Ezequiel, tendo como tema a experiência de Abraão, que “espera, contra toda a esperança” (Rm 4,18). Imediatamente a psicóloga lembrou da atitude do pai do menino que, incessantemente, continuava a pesquisar na internet sobre os modernos e exorbitantemente caros medicamentos para terapia biológica, ou sobre testes clínicos realizados em animais, sem qualquer promessa de cura. Mesmo sem motivos para crer que alguma terapêutica pudesse salvar a vida do filho, ele esperava, contra toda esperança.

A orientadora educacional que ciceroneava a psicóloga acrescentou

uma informação nova: “esta ação da escola não se deu apenas em função do Ezequiel. É que temos outros casos de tentativa de suicídio e, no início do ano, uma aluna se matou usando o revólver que o pai tinha em casa. Sabemos que não foi acidente pelo bilhete que ela deixou. Outros quatro alunos, de idades diferentes, fizeram tentativas de tirar a própria vida, e mais de dez me procuraram relatando pensar no assunto com frequência. Acho que precisamos de ajuda, pois são situações muito diferentes entre si e não temos capacitação para lidar com essas demandas.” A expectativa da própria orientadora soou abraâmica, afinal, quem saberia lidar com estas ocorrências? Em que medida os chamados especialistas em saúde mental estariam mais capacitados para dirimir a questão? O encaminhamento dos casos já identificados, para que recebam atendimento psicológico ou psiquiátrico, é estratégia suficientemente resolutive? Os manuais e protocolos apontam saídas convincentes, ou apenas tentam explicar o inexplicável com seus postulados simplistas? Desprendidas da ideia de “resolver” uma situação tão complexa e sem atribuir à escola, unicamente, a responsabilidade por lidar com o tema, as profissionais passaram a delinear outras ações, de cunho pedagógico, enfocando as relações interpessoais e as violências simbólicas que identificaram na instituição. A promoção de vínculos de solidariedade e diálogo foi o mote e ensinou a criação de um Grêmio Estudantil, em que os alunos puderam fazer pleitos à Direção, fomentando o legitimando seus desejos. Mais iniciativas de planejamento de futuro foram valorizadas, relacionadas ao mundo do trabalho e da família. Os professores de Educação Física propuseram repensar práticas de competição esportiva, substituindo as tradicionais “Olimpíadas” por momentos de integração e jogos colaborativos. Espaços de acolhimento aos docentes serviram para ampliar sua disponibilidade para ouvir o sofrimento das crianças e adolescentes. Os encaminhamentos de alunos com comportamento suicida passaram a contemplar ações intersetoriais, nos âmbitos da cultura, proteção social, esporte e trabalho, não se restringindo exclusivamente à saúde ou “saúde mental”. Mais do que investir em campanhas de prevenção do suicídio³⁴, compreendido

34 Em diversos países, programas oficiais de prevenção do suicídio são ministrados nas escolas há décadas. A ênfase é na capacitação de alunos e professores para identificar os “sinais de suicídio” nos estudantes, através de palestras padronizadas, orientando que se busque ajuda imediatamente, inicialmente dentro da própria instituição e, conforme a necessidade, junto a profissionais de saúde mental. Seus resultados têm sido, entretanto, pouco significativos, mormente por restringirem a compreensão do suicídio a fatores como “estresse” e “transtorno mental”, desconsiderando elementos culturais, econômicos e micropolíticos. Sobre e

como resposta a determinantes vários, as propostas direcionaram o cuidado à abertura de horizontes de possibilidades de futuro e formação de redes vinculares mais intensas.

A progressão da doença foi aos poucos retirando de Ezequiel o controle do corpo e a mobilidade. Com cada vez mais dores, cólicas e sangramentos, não teve mais condições de provocar sua morte, que chegou por conta da síndrome inflamatória, alguns meses antes do aniversário de 15 anos.

3.5 *POST SCRIPTUM* AOS CASOS NARRADOS: A PROPÓSITO DO DESAPARECIMENTO E DOS EFEITOS QUE PRODUZ

O motivo inicial para a narração dos casos foi evidenciar o modo como os discursos elaborados no século XXI sobre o suicídio incidem diretamente sobre a vida de pessoas concretas, delimitando as experiências e a subjetividade. É preciso, no entanto, que estejamos advertidos a respeito da forma de fazê-lo. Refiro-me aqui ao que Foucault (1977) encontrou ao se deparar com as vidas dos “homens infames”: quando investigava os arquivos policiais, prontuários médicos, jornais e outros documentos, viu neles retratados acontecimentos e casos realmente insignificantes do ponto de vista da grandeza histórica das nações ou das ciências – não se tratava das biografias de um Napoleão, um Pasteur, uma Olympe de Gouges, um Debussy. O que capturou Foucault foi que justamente um rapaz que se embriagava, um pastor devasso, alguma mulher de maus costumes ou certos desentendimentos domésticos haviam recebido um tratamento solene, com linguagem grandiosa. “O que surpreende nestes registros é o contraste entre a pequenez das vidas narradas e a grandiloquência das narrativas” (MUCHAIL, 2011, 67) – o que também pode ser dito dos “casos” aqui apresentados.

O que está implícito aqui é que o modo de narrar configura uma inflexão do poder. Não apenas os conteúdos (desejo de morrer, patologia, violência, liberdade, clínica, entre tantos outros que atravessaram as histórias relatadas) caracterizam a passagem da Idade Clássica para a Modernidade, mas especialmente a dedicação em pôr em discurso, em um léxico institucionalizado (jurídico, médico, psicológico, econômico, moral sobretudo), as vidas de maltrapilhos, desafortunados, desarrazoados,

esses programas e as alternativas para a abordagem com jovens em instituições educacionais, recomendo a leitura dos excelentes trabalhos de Morris (2016) e de White (2016).

miseráveis, essas vidas ínfimas e absolutamente destituídas de glória ou notoriedade. Esta inflexão carrega a dupla valência, que aqui queremos admitir, de dar visibilidade ao que não se atribui valor social mas, no mesmo movimento, fazer desaparecer a concretude da experiência. Fazendo referência direta ao tratamento que Foucault dá à vida dos homens infames, Muchail (idem, p. 67) afirma:

Nesta estranha desproporção entre o que se diz e o modo de dizê-lo, a realidade destas vidas acaba por transformar-se no texto que as relata, tornando-se “existência puramente verbal” e subsistindo tão somente “no abrigo precário das palavras”; uma “discursificação do cotidiano” substitui, por assim dizer, a concretude das existências pelas frases que as “representam”.

Ocorre assim que, inseridos em um campo discursivo, os “profissionais” não lidam mais unicamente com existências concretas mas, antes, com aquilo que as sustenta: as representações. Quando um sujeito (empírico) diz ao clínico que deseja encerrar a própria vida, este não está diante apenas da existência (concreta) singular de um suicida, mas se depara com sua existência verbal, sua existência discursificada. Além de ser considerado um “caso” entre outros, um representante de uma classe, ele não pode mais ser abordado senão travestido pelo fraseado, este abrigo precário. “Situação com efeito extraordinária”, diria Barthes, em que “o outro está ausente como referente, presente como alocutário” (1985, p. 29). O indivíduo profissional encontra indivíduo suicida “empírico, porém sempre e ainda sujeito de conhecimento, agora, entretanto, desdobrado em objeto. Subjetivado e objetivado, é deste homem que a frase final de *As palavras e as coisas*, em tom de prenúncio e de desejo, declara o desaparecimento: ‘[...] como, na orla do mar, um rosto de areia.’” (MUCHAIL, 2011, p. 69).

As consequências visíveis dessa insidiosa forma de sujeição junto aos profissionais não dizem respeito a seus efeitos repressivos, mas sim à sua dinâmica produtiva: estimulados a ver os pacientes como objetos do seu manejo, se põem como responsáveis pelo que lhes vier a acontecer. É como se os médicos e psicólogos não pudessem mais dialogar livremente com quem os procura – não apenas em função de sanções que porventura venham a ser imputadas caso não impeçam o suicídio, mas pelo estímulo a se assumirem como cuidadores, como salva-vidas. Os profissionais narram a si mesmos como guardas daqueles que não desejam viver e, se o fazem, é porque há uma interpelação que é ao mesmo tempo precondição de sua identidade singular e dissolução dela no que não se resume à individualidade:

É impossível fazer um relato de si mesmo fora da estrutura de interpelação, mesmo que o interpelado continue implícito e sem nome, anônimo, indefinido. A interpelação é que define o relato que se faz de si mesmo, e este só se completa quando é efetivamente extraído e expropriado do domínio daquilo que é meu. É somente na desposseção que posso fazer e faço qualquer relato de mim mesma. (BUTLER, 2015, pos. 613ss).

O exemplo dessa relação, Butler dá justamente ao apresentar um “caso” de suicídio – na verdade, o caso do personagem Georg em *O veredicto* de Kafka. “Seu pai o condena à morte por afogamento, e Georg, como se movido pela força da declaração, sai correndo de casa e salta sobre o parapeito de uma ponte.” (ibidem, pos. 850s). Ao mesmo tempo impulsionado pela sentença do pai e pela força de suas pernas, o ato suicida “é uma ação voluntária realizada *pelo* pai” (ibidem, pos. 873, itálico da autora), ou seja, provocada por ele e em favor dele. O ato suicida do filho a partir da condenação à morte por afogamento torna o pai (virtuoso, moralista) em assassino.

Outro exemplo notório de uma narrativa construída nestes termos é o romance *Thirteen Reasons Why*, um *best seller* de Jay Asher³⁵. Nele, a protagonista relata, em fitas cassetes destinadas a seus algozes, os motivos que a levaram ao suicídio. O mais interessante é a dúvida sobre a atribuição de responsabilidade: o ato suicida foi uma decisão individual ou é lícito acusar a outros por o terem causado?³⁶ Acredito que o suicídio, tal como o representamos modernamente, esteja vinculado a uma reflexão sobre a alteridade, sobre o que em mim é outro, sobre o que sou “eu” para quem é “outro”. Nessa dinâmica de reconhecimento, autoria e responsabilidade, toma-se o sujeito de maneira indecível como vítima e como algoz: 1) de si próprio, como Hannah, que decidiu fazer isso consigo e é a responsável última; e 2) dos outros, como determinantes psicossociais, desencadeantes do ato, a quem as fitas são dirigidas atribuindo autoria – como se pode perceber no mal estar dos personagens, sobretudo Clay, mas também dos pais de Hannah que dilapidam suas economias para mover o processo contra a escola, veem ruir o casamento e se desesperam tentando entender

35 O livro, publicado em 2011, ganhou versão em série de televisão produzida pela Netflix em 2017. Em ambos os formatos alcançou grande repercussão, narrando a descoberta do jovem Clay sobre os eventos que levaram a personagem Hannah Backer a cometer suicídio após diferentes violências simbólicas e sexuais.

36 Vale lembrar a fórmula de Artaud a respeito de Van Gogh, “suicidado pela sociedade”.

o que aconteceu, buscando “razões” (na escola, na filha, em si próprios).

As obras de ficção me remetem a uma das cenas mais desoladoras que se poderia presenciar, e que me foi relatada por uma colega psicóloga: a de uma mãe que, ao se deparar com o corpo do filho de 15 anos enforcado em seu quarto, permaneceu imóvel, atônita, buscando decidir se a culpa pelo ocorrido era sua ou do jovem. Por trinta minutos os dois corpos ficaram estáticos, um pendido sob a viga e o outro em pé diante da porta, até que os vizinhos acorreram ao local. Penso que, em alguma medida, é um efeito parecido que toma os profissionais, que muitas vezes se veem desesperados, com medo (de sua responsabilidade) diante do suicida, ocupados mais com o que lhes foi dito (por manuais, professores, pela literatura científica, religiosa, pela mídia) e, portanto, pela interpelação ética: “quem és tu?” (BUTLER, 2015).

Quem é a mulher mais linda da quebrada para os profissionais que a acompanharam? O que consta em seu prontuário diz que ela é “uma paciente demandante”, “poliqueixosa”, que “rompeu vínculos com a equipe por fazer ameaças à enfermeira”. Tal qual o homem das naveas, é identificada como doente (mental), característica que dista daquilo que supostamente identifica os profissionais: o uso da razão. Já as razões de Ezequiel, menino doente de outra doença, parecem acrescentar certo cálculo de valores sobre o que motiva a viver e o que torna a morte vantajosa – uma economia deveras singular. Em relação a Oscar, que testemunhava, contra os estereótipos, que as representações discursivas podem encontrar seus limites, os profissionais se deparavam constantemente com a surpresa e a impotência. Ocorre que, sendo definidos por sua existência verbal, médicos, psicólogos e enfermeiros podem não encontrar lugar diante das pessoas cujas ações afrontam suas representações prévias.

Diante do desaparecimento da concretude da experiência nas palavras que se atribuem às coisas, o projeto que Foucault (2011; 2014) apresenta em seus últimos trabalhos na década de 1980 é o resgate da noção de *parresia*, do falar francamente, implicado no cuidado de si. O enfrentamento das técnicas de si pelo cuidado de si é o modo de Foucault “agregar o que se desagregou, de reunir o epistemológico, o ético, o político e o estético em outro conceito de homem, fazendo reemergir o sujeito cuja verdade é indissolúvelmente construída na prática de sua própria conduta, cuja prática de si é simultaneamente cuidado com o outro” (MUCHAIL, 2011, p. 70). Essa é a expectativa que tenho: de que os profissionais possam se colocar como parresiasistas diante destas ocorrências tão frequentes, tão prosaicas e ainda assim trágicas, com coragem para dizer

e ouvir verdades que não se escondam nas palavras, mas se produzam no diálogo. Não se trata, por certo, de defender certa eficácia da *parresia* na prevenção do suicídio³⁷ mas, antes, de nos posicionarmos criticamente diante dos saberes e, assim, estabelecer relações de solidariedade e não de compaixão, pelo exercício do diálogo entre iguais (CAPONI, 2000). Segundo acredito e sem se configurar numa meta, num *telos* que fizesse as vezes de dogma, o dito verdadeiro, o falar francamente, pode provocar desvios no modo como o sujeito enxerga a si mesmo e na sua relação com a *polis*. Motivo pelo qual a própria *polis* poderia olhar para si de outras formas – tarefa política, portanto.

37 Curiosamente, o próprio Sócrates, parresiasta por excelência, cometeu suicídio por fidelidade às suas ideias e para evitar o ostracismo, ou seja, para defender seu modo de vida.

CONCLUSÃO

“O suicídio tem sido valorado de maneiras distintas ao longo da história e não implica significação idêntica em sociedades diferentes. A morte de Sócrates é sublime, mas a de uma mulher de Menorca que no verão passado sorveu o conteúdo de uma garrafa de lixívia concentrada é vergonhosa. O suicídio de Jan Pallach na Praga invadida pelas tropas soviéticas em 1968 é um ato exemplar, mas o de um homem de Menorca que em um período de duas semanas perdeu subitamente sua mulher, vítima de um câncer, e seu filho único de vinte anos, falecido em acidente é, no entanto, um ato de covardia. Os pilotos kamikazes japoneses que durante a segunda guerra mundial lançavam suas máquinas contra o casco dos navios inimigos eram heróis, mas a garota de Menorca que se jogou na cisterna de sua casa ao descobrir que seu prometido a estava enganando miseravelmente era sem dúvida uma alienada mental.” (ESTRUCH; CARDÚS, 1982, p. 27)

O percurso realizado nesta pesquisa se fez em três movimentos, inspirados pelo trabalho de Michel Foucault. O primeiro, discutindo as condições de possibilidade para que o suicídio fosse enunciado do modo como é hoje – o que exigiu resgatar as diferentes concepções a ele atribuídas ao longo da história. Tendo em conta que em diferentes épocas e locais a morte autoprovocada recebeu valores positivos e negativos, com estatutos jurídicos e morais diversos, coube explicitar que não se trata de um fenômeno “natural”, mas culturalmente determinado. Em verdade, sequer podemos entendê-lo como um fenômeno unívoco, já que a experiência de quem tira a própria vida em um ato de desespero ou diante da perda de dados materiais (como entes queridos, emprego, prestígio, para citar alguns) não é a mesma que a daquele que, em um momento de delírio, justifica sua ação a partir de uma articulação bizarra de dados da realidade. Também não cabem no mesmo registro os suicídios coletivos praticados por seitas ou a imolação como forma de protesto. O que vimos, inclusive, é que a avaliação de que o suicídio jamais possa ser uma decisão legítima, de alguém no pleno exercício da razão, foi contestada de muitos modos – ao menos até o nascimento da clínica médica na Modernidade. Esse é, nos parece, o marco da fundação de uma mentalidade que, parametrizando a sociedade e os comportamentos singulares segundo critérios de racionalidade científica, atribui ao indivíduo (psicológico) a origem de suas condutas, mas não lhe imputa culpa. A isso se presta a associação do suicídio com a patologia:

o desejo de morrer decorre de uma decisão individual, mas pela qual o sujeito não deve ser responsabilizado, já que a causa reside na doença que o acomete. Com a emergência do Capitalismo, esta construção se sustenta por delinear um ideal de sujeito dócil e produtivo que, caso não se adeque às expectativas sociais, deve se submeter a “tratamentos”. Contra a ideia de que o suicídio é um tabu, reprimido na sociedade, advogo que há na verdade uma indução a enunciar-lo, discuti-lo, mas sob cânones bastante delimitados. Assim, foi preciso que se criasse um léxico, um vocabulário que circunscrevesse sua colocação em discurso.

O segundo movimento tratou justamente desse vocabulário e de sua gramática. Sob a ontologia compulsória da patologia, o suicídio foi enunciado como uma forma de loucura e ligado a diagnósticos médicos. Procedimentos de exame, dados estatísticos e epidemiológicos e fatores de risco se tornaram elementos essenciais para que, no início do século XXI, se remetesse os sujeitos dos comportamentos suicidas a profissionais de saúde, sobretudo psiquiatras, para que recebessem o adequado tratamento e fossem dissuadidos de tão descabida intenção. As justificativas para esse regime se dão nos discursos sobre as neuronarrativas, com ênfase no uso de psicofármacos – bastante questionável, conforme muitos pesquisadores demonstraram – mas também e ainda em critérios de moralidade, como a associação entre ocorrência de comportamentos suicidas e uso de drogas – marcas da fraqueza de caráter e da pouca resiliência destes que não são facilmente submetidos ao jogo e ao jugo das expectativas e da ordem sociais. Desta feita, uma série de prescrições são endereçadas aos profissionais que se deparam com comportamentos suicidas, conforme demonstramos nos manuais e protocolos oficiais de entidades nacionais e transnacionais no campo da saúde, sempre com a perspectiva de prevenir, ou seja, evitar que morte autoinduzida seja consumada. E a forma como tais documentos o fazem é a da compaixão coercitiva: motivados pelo desejo de ajudar os combalidos pelo sofrimento descrito como doença, os profissionais são instados a oferecer uma gama de ações de controle dos comportamentos e, mesmo que a oferta seja recusada, devem envidar esforços para coibir o suicídio. A coerção compassiva estabelece assim, entre médicos e pacientes, uma relação desigual, em que o diálogo fica interdito. A experiência da *polis* grega serve para mostrar que o fundamento ético da sociabilidade residia justamente na possibilidade do diálogo entre iguais, entre cidadãos. As fórmulas que estabelecem o suicídio como desvio da norma incorrem então na destituição da cidadania – tanto daqueles que desejam a morte quanto dos que se dispõem a

atendê-lo (sem atender seu desejo). Desprovida de cidadania, de desejo e da possibilidade do diálogo, a clínica do suicídio resulta evidentemente impossível – o que esclarece o malogro das empreitadas de prevenção adotadas até aqui, como indicam os índices crescentes de mortes que são amplamente alardeadas com preocupação.

Para demonstrar em que medida os discursos sobre “o fenômeno” do suicídio incidem na vida de sujeitos concretos, o terceiro movimento desta pesquisa consistiu na narração de quatro casos diferentes: uma mulher que, vitimada desde tenra idade por toda sorte de violências, deseja encerrar sua vida e, em seu percurso, é acompanhada por profissionais de saúde que seguem à risca as prescrições dos manuais; um rapaz que, em um episódio de surto psicótico e após várias internações psiquiátricas, considera que chegou o momento de morrer para que seu espírito de 3000 anos seja coletado por extraterrestres, mas encontra na família e em seu psicólogo uma disponibilidade para conviver com a estranheza que o caracteriza; um morador de rua que tenta recorrentemente falecer por inanição e que, gozando de suas faculdades mentais preservadas, em nenhum momento apresenta as marcas que poderiam indicar um transtorno psiquiátrico; e, finalmente, um garoto que, na infância e início da adolescência, se depara com uma doença orgânica debilitante e progressiva e, em função dela, escolhe não mais viver. Este último caso ensejou mostrar também a situação de outras crianças e adolescentes que, na mesma escola, apresentavam ideiação suicida, bem como o modo como a instituição pôde reavaliar sua implicação diante destas ocorrências. A relevância dos casos não reside neles mesmos – semelhantes a tantos outros que conhecemos – mas no fato de serem exemplares dos efeitos dos discursos que transformam os sujeitos em objetos do manejo dos clínicos e testemunharem os limites das expectativas de prevenção deles decorrentes.

Esse trajeto aponta a importância de repensarmos as práticas clínicas no século XXI, na direção de relações de cuidado solidário, de salvaguarda da dimensão política da existência, que só é possível a partir do diálogo franco entre iguais. Para tanto, urge superar os discursos totalizantes sobre o suicídio, que intentam reduzi-lo ao modelo ontológico (e também ético e epistêmico) da patologia e da proibição. Muitos são os caminhos para aprofundar esta discussão, seja no campo da saúde – com a proposição de metodologias de intervenção não dogmáticas e não coercitivas e com a realização de pesquisas que distem dos já esgotados estudos epidemiológicos dos fatores de risco e das neuronarrativas –,

seja no campo filosófico e político – reelaborando os estatutos jurídicos e bioéticos que sustentam e derivam das representações discursivas do suicídio, dos suicidas e de quem se coloca diante deles.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Prefácio: o exercício da vida na cidade, a busca de estranhamento para resistir a uma identidade de morte. In: MARQUETTI, Fernanda Cristina. **O suicídio como espetáculo na metrópole: cenas, cenários e espectadores**. São Paulo: FAP-UNIFESP, 2011.

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.

ALEMÁN, Jorge. **En la frontera: sujeto y capitalismo**. Barcelona: Gedisa, 2014.

AURSNEs, Ivar et al. Suicide attempts in clinical trials with paroxetine randomised against placebo. **BMC Medicine**, [s.l.], v.3, n.1, p.3-14, 22 ago. 2005. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-3-14>.

BARROS, Rogério Lustosa. **Suicídio: estudo psicossocial**. Rio de Janeiro: E-papers, 2006.

BARTHES, Roland. **Fragments de um discurso amoroso**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1985.

BATAILLE, Georges. **O erotismo**. Porto Alegre: L&PM, 1987.

BERARDI, Franco Bifo. **Heroes: mass murder and suicide**. Inglaterra: Verso Books, 2015. 224 p.

BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Fundação Editora UNESP, 2012. 144 p.

BERTOLETE, José Manoel; FLEISCHMANN, A. Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In: WERLANG, Blanca Guevara; BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BERTOLETE, José Manoel; LEO, Diego de. Global Suicide Mortality Rates – A Light at the End of the Tunnel? **Crisis**, [s.l.], v.33, n.5, p.249-253, set. 2012. Hogrefe Publishing Group. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000180>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE. (Org.). **Prevenção do suicídio:** manual dirigido a profissionais de saúde mental. Brasília: [s.n.] , 2006. 76 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. (Org.). **Política Nacional de Assistência Social.** Brasília: [s.n.] , 2004.

BRECHT, Bertolt. **Aquele que diz sim e aquele que diz não.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. 3 v. Teatro Completo.

BREGGIN, Peter R. **Brain-disabling treatments in psychiatry:** drugs, eletroshock, and the role of the FDA. Estados Unidos: Springer Publishing Company, 1997.

BREGGIN, Peter R. Suicidality, violence and mania caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): A review and analysis. **International Journal Of Risk And Safety In Medicine.** Estados Unidos, p.31-49, 2004.

BREZO, Jelena; KLEMPAN, Tim; TURECKI, Gustavo. The Genetics of Suicide: A Critical Review of Molecular Studies. **Psychiatric Clinics Of North America**, [s.l.], v.31, n.2, p.179-203, jun. 2008. Elsevier BV.<http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.008>.

BUKOWSKI, Charles (Org.). A mulher mais bonita da cidade. In: COSTA, Flávio Moreira da. **Os melhores contos de loucura.** Rio de Janeiro: Ediouro, 2007.

BUTLER, Judith. **Relatar a si mesmo:** crítica da violência ética. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

CALLIGARIS, Contardo. **Introdução a uma Clínica Diferencial das Psicoses.** São Paulo: Zagodoni, 2013.

CAMUS, Albert. **O mito de Sísifo:** ensaio sobre o absurdo. Rio de Janeiro: Record, 2004.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade:** uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 100 p. Ebook. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/dg2mj/pdf/caponi-9788575415153.pdf>>. Acesso em: 30 nov.2018.

CAPONI, Sandra. **Loucos e Degenerados:** uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

CAPONI, Sandra. **Classificar e medicar:** a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis, [s.l.], v.9, n.2, p.101-122, 17 dez. 2012. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2012v9n2p101>.

CARNEIRO, Henrique. **Pequena Enciclopédia da Historia das Drogas e Bebidas:** história e curiosidades sobre as mais variadas drogas e bebidas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CASTIEL, Luis David. **Risco e hiperprevenção:** o epidemiopoder e a promoção de saúde como prática biopolítica com formato religioso. In: NOGUEIRA, Roberto. Passos (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

CASTIEL, Luis David. Utopia/atopia - alma ata, saúde pública e o “Cazaquistão”. **Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis**, [s.l.], v.9, n.2, p.62-83, 17 dez. 2012. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2012v9n2p62>.

CASTIEL, Luis David. Utopia/atopia - alma ata, saúde pública e o “Cazaquistão”. **Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis**, [s.l.], v.9, n.2, p.62-83, 17 dez. 2012. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2012v9n2p62>.

CASTIEL, Luis David; DARDET, Carlos Alvarez. **A saúde persecutória:** os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016. 480 p.

CHACHAMOVICH, Eduardo et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l.], v.31, n.1, p.18-25, maio 2009. FAP-UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462009000500004>.

CHAVES, Ernani. Psiquiatrizar e judicializar: a constituição histórica da Psiquiatria, no Vigiar e Punir. **Doispontos**, [s.l.], v.14, n.1, p.3-14, 26 nov.2017. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/dp.v14i1.56535>.

COHEN, Bruce M. Z. **Psychiatric Hegemony: A Marxist Theory of Mental Illness**. [s.i.] : Palgrave Macmillan, 2016.

COIMBRA, Cecília. **Operação Rio: o mito das classes perigosas – um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa e os discursos de segurança pública**. Rio de Janeiro: Intertexto, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) em Políticas Públicas sobre álcool e outras drogas**. Brasília: André Almeida, 2013. 92 p. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/01/CREPOP_REFERENCIAS_ALCOOL_E_DROGAS_FINAL_10.01.13.pdf>. Acesso em: 30 nov.2018.

COSTA, Raul Max Lucas da; DANZIATO, Leonardo José Barreira. Drogas, Biopolítica e Subjetividade: Interfaces entre Psicanálise e Genealogia. **Revista Subjetividades**, [s.l.], v.15, n.3, p.417-427, 29 dez. 2015. Fundação Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.15.3.417-427>.

DAPIEVE, Arthur. **Morreu na contramão: o suicídio como notícia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

DOUGLAS G. JACOBS ET AL. American Psychiatric Association. **Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors**. Estados Unidos: [s.n.] , 2010.

DREYFUS, Hubert Lederer; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

DUNKER, Christian. Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume, 2011.

DUNKER, Christian. **Mal-estar, sofrimento e sintoma:** Uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, 2015.

DURKHEIM, Émile. **Le suicide.** Paris: Puff, [1897]1986.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos:** seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

ELKASHEF, Ahmed; VOCCI, Frank. Biological markers of cocaine addiction: implications for medications development. **Addiction Biology**, [s.l.], v.8, n.2, p.123-139, jun. 2003. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/1355621031000117356>.

EPICURO. **Antologia de Textos.** 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1985. Traduções e notas de Agostinho da Silva.

ESTRUCH, Joan; CARDÚS Salvador. **Los Suicidios.** Barcelona: Editorial Herder, 1982.

ETIENNE G. KRUG ET AL. (Suíça). Oms (Ed.). **World report on violence and health.** Genebra: [s.n.] , 2002. 360 p.

FARGE, Arlette. A honra e o sigilo. In: ARIÈS, Philippe; DUBY, Georges. **História da vida privada, 3:** da Renascença ao Século das Luzes. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. Cap.3. p.559-594. Tradução de Hildegard Feist.

FERREIRA JUNIOR, Avimar. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**, [s.i.] , v.1, n.2, p.15-28, 2015.

FERREIRA JUNIOR, Avimar. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**, [s.i.] , v.1, n.2, p.15-28, 2015.

FONTENELLE, Paula. **Suicídio:** o futuro interrompido. São Paulo: Geração Editorial, 2008.

FOUCAULT, Michel (Org.). **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.

FOUCAULT, Michel. **A coragem da verdade.** São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas:** uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Dits et écrites III.** Paris: Gallimard, 1994.

FOUCAULT, Michel. **Dits et écrites IV.** Paris: Gallimard, 1994.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade:** curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Hermenêutica do sujeito.** São Paulo: Martins Fontes, 2014.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I:** a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2012.

FOUCAULT, Michel. **La vie des hommes infames.** Paris: Gallimard, 1977.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Os Anormais.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir:** nascimento das prisões. Petrópolis: Vozes, 1999.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. A história da psiquiatria não contada por Foucault. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, [s.l.], v.11, n.1, p.75-91, abr. 2004. FAP-UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702004000100005>.

GONÇALVES, Ludmilla R. C.; GONÇALVES, Eduardo; OLIVEIRA JÚNIOR, Lourival Batista de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia**, [s.l.], v.21, n.2, p.281-316, ago. 2011. FAP-UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-63512011000200005>.

GORWOOD, Philip. Biological markers for suicidal behavior in alcohol dependence. **European Psychiatry**, [s.l.], v.16, n.7, p.410-417, nov.2001. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0924-9338\(01\)00599-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0924-9338(01)00599-5).

GUILLON, Claude; BONNIEC, Yves Le. **Suicídio: modo de usar**. Lisboa: Edições Antígona, 1990.

GUINSBERG, Enrique. **La salud mental en el neoliberalismo**. Cidade do México: Plaza y Valdes Editores, 2001. 238 p.

HAN, Byung-chul. **Psicopolítica: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder**. Barcelona: Herder Editorial, 2014. Tradução de Alfredo Bergés.

HELDER, Herberto. **A faca não corta o fogo**. Lisboa: Assírio&alvim, 2008.

HJELMELAND, Heidi et al. Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are They Methodologically Flawed? **Death Studies**, [s.l.], v.36, n.7, p.605-626, ago. 2012. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2011.584015>.

HJELMELAND, Heidi. A critical look at current suicide research. In: WHITE, Jennifer et al (Ed.). **Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century**. Vancouver: UBC Press, 2016. p.31-55.

HUMPHRY, Derek. **Final Exit: the practicalities of self deliverance and assisted suicide**. [s.i.] : Delta Trade, 2002.

INSKIP, Hazel; HARRIS, Clare; BARRACLOUGH, Brian. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. **British Journal Of Psychiatry**, [s.l.], v.172, n.01, p.35-37, jan. 1998. Royal College of Psychiatrists. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.172.1.35>.

JAMESON, Fedric. **Pós-modernismo, a Lógica Cultural do Capitalismo Tardio**. São Paulo: Ática, 1997.

JOINER, Thomas E.; JOHNSON, Frank; SODERSTROM, Ken. Association Between Serotonin Transporter Gene Polymorphism and Family History of Attempted and Completed Suicide. **Suicide And Life-threatening Behavior**, [s.l.], v.32, n.3, p.329-332, set. 2002. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1521/suli.32.3.329.22167>.

JOSÉ ÁNGEL GURRÍA TREVIÑO. (Paris). Secretário Geral (Org.). Society at a Glance 2014. **Society At A Glance**, [s.l.], p.1-148, 18 mar. 2014. OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en. Disponível em: <<http://www.oecd.org/els/soc/OECD2014-SocietyAtAGlance2014.pdf>>. Acesso em: 30 nov.2018.

JULIO JACOBO WAISELFISZ. FLACSO Brasil. **Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil**. Rio de Janeiro: [s.n.] , 2014. 170 p.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2015.

KILDUFF, Marshall; JAVERS, Ron. **O culto do suicídio: o massacre da Guiana e a história secreta da seita do Templo do Povo**. Rio de Janeiro: Nona Fronteira, 1976.

LEO, Diego de. Prefácio. In: BERTOLOTE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: UNESP, 2012.

LIU, Ka-yuet. Suicide Rates in the World: 1950–2004. **Suicide And Life-threatening Behavior**, [s.l.], v.39, n.2, p.204-213, abr. 2009. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1521/suli.2009.39.2.204>.

LOCKE, John. **Ensaio acerca do entendimento humano**. São Paulo: Nova Cultural, [1690] 1999.

LOPES, Fábio Henrique. **Suicídio & saber médico: estratégias históricas de domínio, controle e intervenção no Brasil do século XIX.** Rio de Janeiro: Apicuri, 2008.

LUPER, Stever. **A filosofia da morte.** São Paulo: Madras, 2010.

MANICKI, Anthony. Técnicas de si e subjetivação no cristianismo primitivo: uma leitura do curso Do governo dos vivos. In: CANDIOTTO, Cesar; SOUZA, Pedro de (Org.). **Foucault e o Cristianismo.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012. p.1-160.

MARQUETTI, Fernanda Cristina. **O suicídio como espetáculo na metrópole: cenas, cenários e espectadores.** São Paulo: Editora FAP-UNIFESP, 2011.

MARSH, Ian. **Suicide: Foucault, History and Truth.** [s.i.] : Cambridge University Press, 2010.

MARSH, Ian. Critiquing contemporary suicidology. In: WHITE, Jennifer et al (Ed.). **Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century.** Vancouver: UBC Press, 2016. p.15-30.

MARX, Karl. **Sobre o Suicídio.** São Paulo: Boitempo, 2006.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **A Estrutura do Comportamento.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MICH. **O governo de si e dos outros.** São Paulo: Martins Fontes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fatima Gonçalves. **Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura.** Revista Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.44, n.04, p.750-757, 07 fev.2010.

MIRANDA, Tatiane Gouveia. **Autópsia psicológica: compreendendo casos de suicídio e o impacto da perda.** 2014. 1 v. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Unb, Brasília, 2014. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16392/1/2014_TatianeGouveiaMiranda.pdf>. Acesso em: 30 nov.2018.

MITJAVILA, Myriam. Medicalização, risco e controle social. **Tempo Social**, [s.l.], v.27, n.1, p.117-137, jun. 2015. FAP-UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-20702015015>.

MITJAVILA, Myriam. Sobre o papel da autoridade cultural da profissão médica nos processos de medicalização da vida. In: CAPONI, Sandra; VERDI, Marta; VAZQUES, Maria Fernanda (Org.). **Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância**. São Paulo: Liberars, 2016. p.133-146.

MORRIS, Jonathan. Risky bodies: making suicide knowable among youth. In: WHITE, Jennifer et al (Ed.). **Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century**. Vancouver: UBC Press, 2016. p.71-93.

MUCHAIL, Salma Tannus. **Foucault, Mestre do Cuidado**. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

MULLER-GRANZOTTO, Marcos José; MULLER-GRANZOTTO, Rosane Lorena. **Clínicas Gestálticas: sentido ético, político e antropológico da teoria do self**. São Paulo: Summus, 2012.

MULLER-GRANZOTTO, Marcos José; MULLER-GRANZOTTO, Rosane Lorena. **Fenomenologia e Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2007.

MULLER-GRANZOTTO, Marcos José; MULLER-GRANZOTTO, Rosane Lorena. **Psicose e Sofrimento**. São Paulo: Summus, 2012.

MÜLLER, Marcos José. Estratégias de intervenção clínica no acompanhamento gestáltico a sujeitos das formações psicóticas em ajustamentos de busca ou em condições de surto. In: BELMINO, Marcus Cezar (Org.). **Gestalt-terapia e atenção psicossocial**. Fortaleza: Premius Editora, 2015.

OMS (Suíça). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia**. Genebra: Who Press, 2000. 10 p.

OMS (Suíça). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: Who Press, 2000. 22 p.

OMS (Suíça). **Preventing suicide: A global imperative**. Genebra: Who Press, 2014. 92 p.

OMS (Suíça). **Towards evidence-based suicide prevention programmes: Western Pacific Region**. Genebra: Who Press, 2010. 84 p.

OTTAVIANI, Edelcio; CHACON, Jerry Adriano; FABRA, André Luiz (Org.). Entre o assujeitamento e a constituição de si: pastoral cristã à luz de Michel Foucault. In: CANDIOTTO, Cesar; SOUZA, Pedro de. **Foucault e o cristianismo**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012.

PESSOTTI, Isaías. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

PHILLIPS, David P. The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect. **American Sociological Review**, [s.l.], v.39, n.3, p.340-354, jun. 1974. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.2307/2094294>.

PLATÃO. **Górgias**. Belém: Edufpa, 2002. Tradução de Carlos Alberto Nunes.

PORTOCARRERO, Vera. **As Ciências da Vida: de Canguilhem a Foucault**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

POULIOT, Louise; LEO, Diego de. Critical Issues in Psychological Autopsy Studies. **Suicide And Life-threatening Behavior**, [s.l.], v.36, n.5, p.491-510, out. 2006. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.491>.

PREUSS, U. W. et al. Comparison of 3190 Alcohol-Dependent Individuals With and Without Suicide Attempts. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, [s.l.], v.26, n.4, p.471-477, abr. 2002. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2002.tb02563.x>.

PREUSS, Ulrich W. et al. Predictors and Correlates of Suicide Attempts Over 5 Years in 1,237 Alcohol-Dependent Men and Women. **American Journal Of Psychiatry**, [s.l.], v.160, n.1, p.56-63, jan. 2003. American Psychiatric Publishing. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.56>.

REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA: Determinantes sociais e econômicos da saúde mental. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública, v.2, 2010.

ROBINS, Eli et al. Some Clinical Considerations in the Prevention of Suicide Based on a Study of 134 Successful Suicides. **American Journal Of Public Health And The Nations Health**, [s.l.], v.49, n.7, p.888-899, jul. 1959. American Public Health Association. <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.49.7.888>.

ROBINS, Eli. **The Final Months:** A Study of the Lives of 134 Persons Who Committed Suicide. New York: Oxford University Press, 1981.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia-tização da cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas. **Temas em Psicologia**, [s.l.], v.21, n.2, p.483-497, 2013. Associação Brasileira de Psicologia. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2013.2-14>.

ROMANO JUNIOR, Sérgio Carmo; ERRANTE, Paolo Ruggero. Doença de Crohn, diagnóstico e tratamento. **Atas de Ciências da Saúde**, São Paulo, v.4, n.4, p.31-50, out./dez. 2016.

ROSS, Victoria; KÖLVES, Kairi; LEO, Diego de. Beyond psychopathology: A case-control psychological autopsy study of young adult males. **International Journal Of Social Psychiatry**, [s.l.], v.63, n.2, p.151-160, 23 jan. 2017. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0020764016688041>.

ROUSSEAU, Jean-jacques. **Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens**. Porto Alegre: L&PM, [1754] 2010.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (Inglaterra) (Org.). **Self-harm, suicide and risk: helping people who self-harm**. Londres: [s.n.] , 2015.

SAFATLE, Vladimir. **Cinismo e Falência da Crítica**. São Paulo: Boitempo, 2008.

SANCHES, Raphael Rodrigues; ROCHA, Luiz Carlos da. Poder soberano e biopolítica no combate às drogas no Brasil. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v.10, n.1, p.75-88, set. 2017.

SENA-FERREIRA, Neci et al. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v.19, n.1, p.115-126, jan. 2014. FAP-UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.2229>.

SENELLART, Michel. Situação do curso. In: FOUCAULT, Michel. **Do governo dos vivos**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

SHARMA, Tarang et al. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. **BMJ**, [s.l.], p.352-365, 27 jan. 2016. *BMJ*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i65>.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da et al. Is Drug Use Related to the Choice of Potentially More Harmful Methods in Suicide Attempts? **Substance Abuse: Research and Treatment**, [s.l.], v.8, p.41-43, jan. 2014. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.4137/sart.s13851>.

SINHA, Rajita. New Findings on Biological Factors Predicting Addiction Relapse Vulnerability. **Current Psychiatry Reports**, [s.l.], v.13, n.5, p.398-405, 27 jul. 2011. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-011-0224-0>.

SOUZA, Jessé de; GRILLO, André. **Ralé brasileira: que é e como vive**. Belo Horizonte: UFMG, 2009. 493 p.

SUICIDE Rising Across the U.S., June, Vital Signs. Realização de Centers For Disease Control And Prevention (cdc). Estados Unidos: [s.n], 2018. Son., color. Legendado. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/vitalsigns/suicide/index.html>>. Acesso em: 30 nov.2018.

SZASZ, Thomas. **Cruel compaixão**. Campinas: Papirus, 2014.

SZASZ, Thomas. **Fatal Freedom: the ethics and politics of suicide**. Westport: Praeger, 1999.

VIGANÓ, Carlo. A construção do caso clínico em Saúde Mental. **Revista Curinga**, Belo Horizonte, v.-, n.13, p.50-59, set. 1999.

VON GOETHE, Johann Wolfgang. **Os sofrimentos do jovem Werther**. São Paulo: Editora Clube do Livro, 1988.

WASSERMAN, Ira M. Imitation and Suicide: A Reexamination of the Werther Effect. **American Sociological Review**, [s.l.], v.49, n.3, p.427-436, jun. 1984. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.2307/2095285>.

WERLANG, Blanca Susana Guevara. Autópsia Psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v.17, n.8, p.97-112, ago. 2012. FAP-UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000800003>.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

WHITAKER, Robert. **Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America**. New York: Crown Publishing Group, 2010.

WHITE, Jennifer et al (Ed.). **Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century**. Vancouver: UBC Press, 2016.

WHITE, Jennifer. Reimagining youth suicide prevention. In: WHITE, Jennifer et al (Ed.). **Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century**. Vancouver: UBC Press, 2016. p.244-253.

WOJNAR, Marcin et al. Influence of impulsiveness, suicidality, and serotonin genes on treatment outcomes in alcohol dependence: a preliminary report. **Archives of Psychiatry and Psychotherapy**, Warsaw, v.3, n.-, p.13-18, 2007.

ZIŁEK, Slavoj. **Como ler Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.