

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

*Tese de Doutorado*

**TENTATIVA DE SUICÍDIO: O TRAUMÁTICO VIA ATO-DOR**

MÔNICA MEDEIROS KOTHER MACEDO

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Blanca Susana Guevara Werlang

Porto Alegre, março de 2006

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**TENTATIVA DE SUICÍDIO: O TRAUMÁTICO VIA ATO-DOR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutora em Psicologia.

**MÔNICA MEDEIROS KOTHER MACEDO**

Orientadora: Profª. Dra. Blanca Susana Guevara Werlang

Porto Alegre, março de 2006

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

M141t Macedo, Mônica Medeiros Kother

Tentativa de suicídio : o traumático via ato-dor / Mônica Medeiros Kother Macedo. – Porto Alegre, 2006.  
321 f.

Tese (Doutorado) – Fac. de Psicologia, PUCRS, 2006.  
Orientadora: Profa. Dra. Blanca Susana Guevara Werlang.

1. Psicanálise. 2. Tentativa de Suicídio (Psicologia). 3. Dor – Aspectos Psicológicos. 4. Trauma (Psicologia). I. Werlang, Blanca Susana Guevara. II. Título.

CDD 155.744  
150.195

Bibliotecária Responsável  
Iara Breda de Azeredo  
CRB 10/1379

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

MÔNICA MEDEIROS KOTHER MACEDO

**TENTATIVA DE SUICÍDIO: O TRAUMÁTICO VIA ATO-DOR**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

Profa. Dra. Blanca Susana Guevara Werlang  
Presidente

Profa. Dra. María Martina Casullo  
Universidade de Buenos Aires

Prof. Dr. Neury José Botega  
Universidade Estadual de Campinas

Prof. Dr. Paulo Luis Sousa  
Universidade Católica de Pelotas

Profa. Dra. Maria Lúcia Tiellet Nunes  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, março de 2006

*Para Matheus, minha eterna saudade.*

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

*A Blanca Susana Guevara Werlang, minha querida orientadora, por sua disponibilidade, seu afeto e sua atitude sempre ética. Foi a qualidade de nosso convívio que tornou um prazer escrever esta tese. Ter como orientadora uma pessoa com tamanha sensibilidade e competência fez com que me sentisse acompanhada em todos os momentos vividos durante o doutorado. Meu profundo agradecimento.*

## AGRADECIMENTOS

Uma tese só pode ter início e término porque não estamos sós nessa longa caminhada. Este é o momento de agradecer às pessoas que, de diferentes maneiras, estiveram presentes em meu doutorado!

A meu marido Ricardo, pela pessoa que é e pela qualidade do que compartilhamos.

A meus pais Rudi e Maria Cecília, ponto de partida e certeza de acolhida sempre.

A meus irmãos Maria Beatriz e Rafael, pela história fraterna que vivemos.

A minha sobrinha amada Isabela, pelos momentos lúdicos que me abasteceram nessa caminhada.

A Eurema Gallo de Moraes, minha amiga e mestre primeira nos caminhos da Psicanálise, pela qualidade de acolhida, de interlocução e pelos momentos de vida compartilhados.

A Carolina Neumann de Barros Falcão, querida amiga e colega, pelo carinho e parceria que definem nossa amizade.

A Neri Picolotto, que realizou as entrevistas MINI desta tese, pela inestimável ajuda e pela disponibilidade constante.

Às alunas do curso de graduação em Psicologia da PUCRS e bolsistas de iniciação científica, Laura Tomasi, Luciana Bisio Mattos, Cristina Aragonez, Francine Rossignolo Londero, Larissa Bittencourt da Silva e Mariana Aguilar Baldo, pela permanente disponibilidade que tornou a caminhada menos difícil.

A Gabriela Quadros de Lima, acadêmica do curso de graduação em Psicologia da PUCRS e bolsista de iniciação científica, pela aplicação da ficha sociodemográfica do estudo e pelo carinho de sempre.

A Evelise e Fernando Waschburger, queridos amigos, pelo afeto recebido.

A Carlos Augusto Krieger, por acreditar em nossa proposta e tão gentilmente facilitar o acesso aos pacientes no Setor de Psiquiatria do Hospital São Lucas da PUCRS.

A Jair Segal, pela acolhida e ajuda recebidas no Hospital Municipal de Pronto Socorro de Porto Alegre.

A Beatriz Blaya, da Clínica Pinel, pela confiança recebida e a facilitação ao acesso aos participantes da pesquisa.

A Silvana Souza Silveira, pelo carinho e disponibilidade de facilitar o difícil trabalho de utilizar outro idioma para apresentar as idéias deste estudo.

Aos meus colegas Liara Kruger e Nelson Asnis, pelo carinho e amizade que nos acompanham desde o início de nossa jornada como alunos do doutorado.

A meus monitores nas disciplinas do curso de graduação em Psicologia, Adriana Gobbi, Juliana Castan, Marcelo Spritzer e Roberta Monteiro, pela amizade e confiança com que me brindam.

A Vera Kude, pela ajuda inicial recebida na decisão quanto à escolha da metodologia.

A Maria Laura Ghirardi-Falkenberg, com gratidão pelo carinho e pela tradução dos textos, o que facilitou o contato com autores franceses da Psicanálise.

Aos meus colegas da Faculdade de Psicologia da PUCRS, Ana Maria Pereira, Dulce Helena Aguilar Baldo, Dulce Helena C. Hatzemberger, Nara Schmidt de Lima, Nádia Borges, Leanira Kesseli Carrasco, Carlos Alberto Veit, Jenny Mulner Moskovics, Moema Fulgêncio e Marlise Roennau Ferreira, pela parceria e amizade que nos unem e transformam nosso dia-a-dia em um agradável convívio, fortalecendo-nos frente a dificuldades.

À Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, na pessoa de seu Reitor Irmão Dr. Joaquim Clotet, por ser uma instituição de ensino sempre atenta às pessoas que nela trabalham.

A Celito Francisco Mengarda e Jacqueline Poersch Moreira, respectivamente diretor e vice-diretora da Faculdade de Psicologia da PUCRS na ocasião de meu ingresso no doutorado em 2003, por acreditarem em minha capacidade de realizá-lo.

Ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS na pessoa de sua coordenadora Profa. Dra. Maria Lúcia Tiellet Nunes, pela oportunidade de me aprimorar como profissional.

A Nara Rocha, pela disponibilidade de sempre.

A Suzana Rehmenklau e Nilza Cardarelli, pela inestimável ajuda em dar as formas finais no idioma português e na apresentação do texto que conclui um trabalho de três anos.

A Andrei Weber, pela disponibilidade.

Aos participantes deste estudo: Ana, Antônio, Gerusa, Pedro e Teresa, meu especial agradecimento, por me permitirem entrar em suas vidas em um momento de dor e por confiarem em minha capacidade de escutá-los.



## SUMÁRIO

LISTA GERAL DE TABELAS .....	9
RESUMO .....	10
ABSTRACT .....	10
INTRODUÇÃO .....	11
I Projeto de Tese <i>Tentativa de suicídio: O traumático via patologia do ato</i> .....	24
II Ensaio Temático <i>Uma leitura psicanalítica sobre o trauma e a violência</i> .....	108
III Artigo Teórico 1: <i>Uma leitura psicanalítica sobre o trauma e a violência</i> .....	179
IV Artigo Teórico 2: <i>Vorstellung: A Questão da Representabilidade</i> .....	204
V Artigo Empírico 1: <i>Tentativa de Suicídio: o Traumático via ato-dor</i> .....	227
VI Artigo Empírico 2: <i>Trauma, dor e ato: um olhar da Psicanálise sobre a tentativa de suicídio</i> .....	261
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	286
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA INTRODUÇÃO .....	292
ANEXO A Ata do Exame de Qualificação .....	294
ANEXO B Normas para publicação Revista Aletheia .....	296
ANEXO C Normas para publicação The International Journal of Psychoanalysis .....	302
ANEXO D Normas para publicação Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa .....	309
ANEXO E Normas para publicação Revista <i>Ágora</i> .....	316

**LISTA GERAL DE TABELAS**

## Tabelas Introdução

Tabela 1. Sumário das características demográficas dos casos de tentativa de suicídio (n = 5) .....	17
Tabela 2. Sumário das características da ocorrência de tentativa de suicídio (n = 5) .....	17
Tabela 3. Características clínicas dos participantes tentadores de suicídio (n = 5) .....	18

Tabela Artigo Empírico 1: *Tentativa de Suicídio: o Traumático via ato* *dor*

Tabela 1. Dados gerais dos participantes do estudo (n = 5) .....	260
--	-----

## RESUMO

### TENTATIVA DE SUICÍDIO: O TRAUMÁTICO VIA ATO-DOR

O suicídio é considerado um problema de saúde pública, e a ocorrência de uma tentativa de suicídio é um forte preditor de que um suicídio venha a ocorrer. A relevância de estudar esta temática deve-se tanto às vidas que se perdem, como também aos efeitos que produz em pessoas próximas de quem comete o ato letal. Dessa forma, investigar a dinâmica de uma tentativa de suicídio contribui de maneira significativa na proposição de medidas preventivas e de favorecimento à vida. Esta tese de doutorado tem como objetivo principal estudar a ocorrência de tentativa de suicídio frente à vivência por parte do sujeito de situações traumáticas. Nesse sentido, os quatro artigos que compõem este trabalho estão divididos em dois grupos: artigos teóricos e artigos empíricos. O primeiro artigo teórico aborda as contribuições de Sigmund Freud e Sándor Ferenczi a respeito da teoria do trauma, assim como as proposições de Piera Aulagnier a respeito da violência. O artigo desenvolve um texto a respeito do trauma e suas relações com o tema da dor psíquica e o ato. O segundo artigo teórico teve como objetivo abordar a questão da representabilidade e irrepresentabilidade dos conteúdos psíquicos e sua influência na clínica psicanalítica atual. Aborda-se o conceito de *Vorstellung* conforme o proposto nos textos freudianos. O segundo grupo de artigos refere-se aos dados empíricos obtidos junto aos participantes do estudo realizado. O primeiro artigo empírico apresenta os achados de pesquisa junto aos cinco participantes. As entrevistas realizadas foram trabalhadas com metodologia qualitativa, sendo os achados interpretados pelo método de Análise Interpretativa e com pressupostos da teoria psicanalítica. Este artigo permite sustentar, a partir da apresentação de cinco asserções ilustradas com vinhetas das falas dos participantes, a proposição de ser a tentativa de suicídio um ato-dor resultante da vivência de situações traumáticas. O segundo artigo empírico é constituído pelo estudo de caso de uma participante da pesquisa que efetivou uma grave tentativa de suicídio. Explora-se neste artigo a dimensão do traumático e a conseqüente dor psíquica que motivam o ato da tentativa de suicídio. São apresentadas vinhetas do material clínico trabalhadas com pressupostos da teoria psicanalítica. Os resultados encontrados nesta tese permitem nomear a tentativa de suicídio decorrente da vivência do traumático como um ato-dor. Considera-se, ainda, que os recursos e estratégias de prevenção ao suicídio devem levar em consideração a relevância de oferecer ao tentador de suicídio um espaço de acolhimento e escuta.

Palavras-chave: Tentativa de Suicídio; Traumático; Dor Psíquica; Ato-dor.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 (Psicologia)

Sub-área conforme classificação CNPq: 7.07.10.00-7 (Tratamento e Prevenção Psicológica)

## ABSTRACT

### ATTEMPT OF SUICIDE: THE TRAUMATIC VIA PAIN-ACT

Suicide is considered to be a public health problem, and the occurrence of an attempt of suicide is a strong predictor that a suicide is on its way. The relevance of studying this theme is due to eminent fact of loosing lives and also due to the effects that this kind of act provokes in the people next to the person who commits this lethal action. Investigating the dynamics of an attempt of suicide can contribute in a very meaningful way to the proposition of preventive measures, favoring life. The main objective of this thesis is to study the occurrence of attempts of suicide on the face of experiencing traumatic experiences. Thus, the four articles composing this thesis are divided in two groups: theoretical articles and empirical articles. The first article is about the propositions of Freud and Ferenczi about the theory of trauma, so as the contributions of Piera Aulagnier about violence. This article develops a text about trauma and its relations with psychic pain and the act. The second article is about the matter of the representability and the unrepresentability of psychic contents and its influence on nowadays psychoanalytic clinic. The concept of *Vorstellung* is used according to Freudian texts. The second group of articles is about the empiric data obtained from the participants of the accomplished study. The first empirical article portrays a qualitative study in which the complex psychic situation of five people who tried to commit suicide were investigated, by means of a series of four semi-oriented interviews, performed according to the methodology of Interpretative Analysis, based on the psychoanalytic theory. This article supports, through the presentation of five assertions illustrated with excerpts from the interviews with the participants, the proposition that the attempt of suicide is a pain-act resulting from the experience of traumatic situations. The second empirical article is the analysis of a clinical case with a person that performed a severe attempt of suicide. In this article the dimension of the traumatic and the resulting psychic pain motivating the act is explored. Excerpts from the interviews are presented and with presuppositions of the psychoanalytic theory. The results found on this thesis allow us to name the suicide attempt resulting from the experience of the traumatic as a pain-act. In addition, it is believed that the resources and suicide prevention strategies must take into consideration the relevance of offering to the suicide attempter a space of acceptance and careful listening.

Keywords: Attempt of Suicide; the Traumatic; Psychic Pain; Pain-Act.

## INTRODUÇÃO

Esta tese de doutorado, intitulada *Tentativa de suicídio: o traumático via ato*, foi realizada no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. É uma produção decorrente de um projeto maior de investigação sobre “Comportamentos violentos: suicídio, homicídio e acidentes graves”, desenvolvido no grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-Clínicos”, coordenado pela Profa. Dra. Blanca Susana Guevara Werlang.

As ações violentas envolvem comportamentos autodirigidos (ideação suicida, tentativa de suicídio, suicídio consumado) e dirigidos ao outro (cônjuge, filhos, idosos, gangues, motins, seqüestros, homicídios, terrorismo). Essas modalidades de ações têm gerado graves conseqüências sociais, transformando-se num fenômeno de extrema relevância em estudos a respeito de saúde pública. No ano de 2000, por exemplo, aproximadamente 1,6 milhões de pessoas morreram, no mundo, devido à violência auto-infligida, interpessoal e/ou coletiva. Aproximadamente 520.000 dessas mortes foram por homicídio e 815.000 por suicídio (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi e Lozano, 2003). Assim, a violência é, sem dúvida, um constante fator de risco para a vida humana, alterando a saúde dos indivíduos ao colocar a morte como real possibilidade iminente, antecipando e provocando, desnecessariamente, um fato que poderia ser apenas naturalmente inevitável no destino humano.

Considerando especificamente a violência auto-infligida, parece pertinente destacar que o suicídio representou, no ano de 2001, cerca de 1,4% do fardo global das doenças, com possibilidade de atingir a marca de 2,4% (aproximadamente um milhão e meio de pessoas) no ano de 2020. O ato suicida está entre as dez principais causas de óbito para as pessoas maiores de cinco anos de idade em todos os países nos quais há informações fidedignas sobre dados de mortalidade. Situa-se, ainda nesses países, entre as três principais causas de morte para pessoas com idade entre 15 e 34 anos e entre as cinco

principais causas de mortalidade na faixa dos 15 aos 19 anos (Bertolote & Fleischmann, 2002, 2004).

O Brasil apresenta, comparativamente a outros países, taxas menores de morte por suicídio, mas, em relação ao período da adolescência, as taxas desse tipo de morte também vêm aumentando. Considerando todas as faixas etárias, no período compreendido entre os anos de 1980 e 2000, as taxas por suicídio têm oscilado entre 3,5 e 4,6 óbitos por 100.000 habitantes. Contudo, estudando-se os dados a respeito da taxa de mortalidade, não se pode desconsiderar a diversidade das regiões no território brasileiro, havendo indicativos de que as ocorrências de mortes por suicídio são maiores na Região Sul e menores na Região Nordeste do país (Barros, Oliveira & Marin-Leon, 2004; Botega, Rapeli & Freitas, 2004). O Rio Grande do Sul é um dos estados brasileiros que apresenta índices de suicídio acima da média nacional (Santana, Souza, Minayo, Malaquias & Reis, 2002).

Em qualquer região e com o índice que for considerado, a complexidade do fenômeno suicídio é evidente e adquire contornos assustadores. O fato torna-se, ainda, extremamente alarmante, quando se constata que as estatísticas sobre este modo de morte são falhas (De Leo, Bertolote & Lester, 2003), sendo muitas mortes classificadas imprecisamente como não intencionais ou acidentais. Urge, então, a necessidade de melhorar as estratégias de prevenção naqueles países em que esse tipo de ação já é desenvolvido, assim como é vital implementar programas com tal finalidade naqueles países que ainda não incluíram atitudes de atenção e monitoramento em relação ao comportamento suicida da população.

Considerando-se a vivência de situações de desespero, o suicídio pode ser encarado, do ponto de vista do próprio indivíduo, em princípio, como única saída para aplacar uma dor psíquica insustentável. Aparentemente, para esse sujeito que sofre, seu problema existencial termina aí. Entretanto, os danos psicológicos, sociais e econômicos decorrentes desse comportamento, na família e na sociedade próxima do falecido, são

imensuráveis (WHO, 2000). Nesse sentido, De Leo (2004) afirma que, para cada óbito por suicídio, há no mínimo cinco ou seis pessoas próximas ao falecido cujas vidas são profundamente afetadas. Então, se o suicídio é visto como uma solução, como fica a situação para quem realiza um ato letal não-exitoso? Como encarar a si mesmo, a família e a sociedade após o “fracasso” de seu ato?

A maioria dos suicídios pode ser prevenida. Capacitar profissionais para identificar, abordar, manejar e encaminhar indivíduos potencialmente suicidas para que recebam a devida atenção especializada é um passo fundamental para a prevenção e promoção da saúde (WHO, 2000). Estima-se que aproximadamente 53,3% das pessoas que tentam o suicídio não entram em contato com serviços de saúde após sua primeira tentativa (Bertolote, 2004) e que 20 a 50% das pessoas que acabam se matando já haviam tentado o suicídio anteriormente (Botega & Werlang, 2004). Sem dúvida, a situação da tentativa de suicídio fica mais grave quanto menos atenção ela recebe.

Torna-se evidente a importância e relevância de estudos sobre o suicídio, pois, como bem destacam Werlang, Macedo e Kruger (2004), esse tipo de comportamento contempla, independente do ponto de vista pelo qual é analisado, uma dimensão central relacionada ao sofrimento. Pode-se, assim, pensar no sofrimento que leva o indivíduo ao ato suicida, no sofrimento resultante do enfrentamento familiar frente ao suicídio de um de seus membros, assim como nas conseqüências sociais que tal ato provoca. Então, entendendo a tentativa de suicídio como um grito de socorro, forte indicador de possível suicídio, considera-se indispensável que o profissional da saúde mental se detenha a estudar tal fenômeno. Compreender a dinâmica que se faz presente naquele momento em que o sujeito busca a própria morte facilita a proposição de alternativas preventivas frente à dramaticidade dessa situação.

Procurou-se, portanto, nesta tese, estudar situações de tentativas de suicídio graves, nas quais a pessoa que tentou matar-se precisou permanecer pelo menos 24 horas sob

cuidados médicos. Em todas os casos estudados, o risco de morte foi iminente, tendo sido o rápido socorro o que possibilitou o salvamento dessas vidas. O objetivo geral foi compreender, em profundidade, a dinâmica psíquica presente em uma tentativa de suicídio e, especificamente, compreender a tentativa de suicídio como um ato-dor decorrente da força da vivência do traumático.

Nas etapas iniciais, para o desenvolvimento desta tese, foi elaborado e encaminhado, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, o Projeto intitulado *Tentativa de suicídio: o traumático via patologia do ato* (ver p. 25-107). Obtida a aprovação por esse Comitê em 7 de janeiro de 2005 (ver p. 107) e, ocorrendo, posteriormente, a autorização por parte de instituições hospitalares que atendem pacientes por tentativa de suicídio, foi possível contatar e entrevistar o participante que viabilizou a organização do Estudo Piloto (ver p. 66-89), integrado ao Projeto de Tese anteriormente mencionado). Seguindo os passos previstos nos procedimentos para coleta e análise dos dados do Projeto, foi desenvolvido então, o Estudo Piloto, que possibilitou verificar a viabilidade metodológica e teórica da investigação proposta.

Paralelamente a isso foi, também, elaborado um trabalho teórico, o Ensaio Temático intitulado *Uma leitura psicanalítica sobre o trauma e a violência* (ver p. 109-178). Essa produção foi realizada a partir das contribuições de Sigmund Freud e Sándor Ferenczi a respeito da teoria do trauma, buscando-se, ainda, os aportes de Piera Aulagnier sobre o conceito de violência. Foram abordadas nesse trabalho as implicações do efeito do traumático e da violência nos campos intrapsíquico e intersubjetivo, o que permitiu compreender, interpretar e sustentar os achados relatados no Estudo Piloto.

A partir da elaboração do Projeto de Tese com o Estudo Piloto e do Ensaio Temático, foi realizado o Exame de Qualificação no dia 29 de abril de 2005, sendo a Comissão Examinadora composta pelos professores: Dra. Blanca Susana Guevara Werlang



(Orientadora Presidente, PUCRS), Dra. Maria Lúcia Tiellet Nunes (PUCRS) e Dr. Paulo Luís Rosa Sousa (UCPEL). Frente à aprovação obtida, assim como considerando as sugestões recebidas da banca de Exame de Qualificação (ver Anexo A), seguiu-se o processo de investigação.

No desenvolvimento do estudo empírico, a localização dos participantes (tentadores de suicídio) foi possível por meio do contato sistemático com cinco instituições hospitalares da cidade de Porto Alegre que aceitaram colaborar com o estudo. Foram encaminhados por essas instituições, após uma primeira triagem realizada pelos técnicos dos respectivos locais, com base nos critérios de inclusão do estudo, sete sujeitos que tinham realizado uma tentativa de suicídio entre novembro de 2004 e setembro de 2005. No primeiro encontro, a doutoranda apresentou a eles, de forma mais detalhada, o objetivo do estudo, expondo os passos a serem percorridos tanto na primeira como na segunda etapa da investigação. Após essas informações, cinco dos sete sujeitos encaminhados concordaram em participar da pesquisa.

Com base nos dados levantados na Ficha de Dados Sociodemográfica e na *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), foi possível identificar as características demográficas, da ocorrência da tentativa de suicídio e as características clínicas dos participantes, algumas das quais podem ser visualizadas nas Tabelas 1, 2 e 3, a seguir.

**Tabela 1.** Sumário das características demográficas dos casos de tentativa de suicídio (n = 5)

Características demográficas	Participantes*				
	Ana	Antônio	Gerusa	Pedro	Teresa
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Idade	22	53	25	19	43
Cor	Branca	Negra	Branca	Branca	Branca
Estado civil	Solteira	Casado	Solteira	Solteiro	Casada
Escolaridade	3º grau incompleto	1º grau incompleto	3º grau incompleto	3º grau incompleto	2º grau completo
Ocupação atual	Professora	Aposentado	Estudante	Estudante	Aposentada
Religião	Sem religião	Evangélico	Agnóstica	Sem religião	Católica
Grupo familiar atual (com quem mora)	Mãe	Esposa, filho, nora e dois enteados	Mãe e irmão	Pai, mãe e irmão	Marido, filho, filha e genro

\*Os nomes atribuídos aos participantes são fictícios.

**Tabela 2.** Sumário das características da ocorrência de tentativa de suicídio (n = 5)

Características da tentativa de suicídio	Participantes				
	Ana	Antônio	Gerusa	Pedro	Teresa
Número de tentativas anteriores e método utilizado	1 - corte pulsos	Nenhuma	1 - ingestão de medicamentos	4 - 3 por ingestão de medicamentos, 1 por enforcamento	3 - ingestão de medicamentos
Método da tentativa atual	Ingestão de medicamentos	Ingestão de soda cáustica	Ingestão de morfina	Ingestão de medicamentos	Ingestão de medicamentos
Tempo de permanência na Unidade de Emergência/UTI, pela atual tentativa	Cinco dias	Trinta dias em UTI de pronto-socorro	Dez dias em UTI de hospital geral	Quatro dias	Quatro dias
Tempo de permanência de hospitalização além do da Unidade de Emergência/UTI	30 dias em unidade psiquiátrica de hospital geral	20 dias em unidade de hospital geral	30 dias em unidade psiquiátrica de hospital geral	30 dias em clínica psiquiátrica particular	30 dias em unidade psiquiátrica de hospital geral
Evento associado à tentativa de suicídio atual	Morte do pai	Perda financeira	Dificuldades na relação com os pais	Dificuldades de relacionamento com os pais	Morte do pai e do irmão, dificuldades com os filhos
Local de ocorrência da atual tentativa	Residência	Rua	Residência	Residência	Residência

**Tabela 3.** Características clínicas dos participantes tentadores de suicídio (n = 5)

	Participantes				
	Ana	Antônio	Gerusa	Pedro	Teresa
<b>Diagnósticos atuais*</b>	- Episódio Depressivo Maior com características melancólicas	- Episódio Depressivo Maior com características melancólicas	- Agorafobia sem Histórico de Transtorno de Pânico	- Episódio Depressivo Maior	- Episódio Depressivo Maior
	- Bulimia nervosa	- Transtorno de Ansiedade Generalizada	- Fobia Social	- Transtorno de Ansiedade Generalizada	- Agorafobia sem Histórico de Transtorno de Pânico
	- Transtorno de Ansiedade Generalizada		- Transtorno de Ansiedade Generalizada	- Fobia Social	- Transtorno de Ansiedade Generalizada
	- Dependência de álcool			- Dependência de álcool	- Transtorno de Ansiedade Generalizada
	- Abuso de substância ( <i>Cannabis</i> )			- Dependência de substância ( <i>Cannabis</i> )	

\*Todos os participantes apresentavam Risco de Suicídio Alto.

Assim, após serem identificados o diagnóstico atual e a situação emocional dos participantes, foi definido que todos tinham condições de participar da série de quatro entrevistas que compunham a segunda etapa da investigação. Considerando a singularidade de cada situação dos participantes, durante a realização das primeiras entrevistas, Ana e Gerusa foram encaminhadas para iniciarem atendimentos terapêuticos sistemáticos nos locais conveniados quando da organização do projeto pela doutoranda. Com Antônio e Teresa, nas entrevistas finais, foi reforçada a necessidade de retomarem os atendimentos que realizavam antes da tentativa atual de suicídio, os quais, porém, haviam sido interrompidos há algum tempo. No caso de Pedro, enfatizou-se a necessidade da manutenção da psicoterapia individual que vinha realizando numa frequência de três sessões semanais, assim como a permanência no atendimento familiar de uma vez na semana. Com todos os participantes foi realizado um contato telefônico, após 30 dias da finalização da participação no estudo, a fim de obter notícias sobre seu estado emocional e também para saber da efetiva procura ou manutenção da ajuda psicoterápica e/ou

medicamentosa. Em princípio, todos manifestaram a permanência nos atendimentos especializados.

Com base na operacionalização do projeto de tese, no estudo de material bibliográfico e na análise dos dados das entrevistas realizadas, foi possível organizar, para finalizar a tese de doutorado, quatro artigos (dois teóricos e dois empíricos). A organização da tese sob o formato de artigos segue as orientações da Resolução nº 002/2004 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

O primeiro artigo teórico intitula-se *Uma leitura psicanalítica sobre o trauma e a violência*. Nele são abordadas as proposições de Sigmund Freud a respeito da sua teoria do trauma e, também, as contribuições dos psicanalistas Sándor Ferenczi e Piera Aulagnier, nas interfaces entre os conceitos do traumático e de violência. O objetivo desse artigo foi elaborar um texto teórico a respeito do trauma e suas relações com o tema da dor e o ato, realizando-se um entrelaçamento a respeito da ocorrência do traumático e suas repercussões intrapsíquicas e intersubjetivas. Com esta produção acredita-se ter sido possível sustentar a afirmativa de ser a vivência do traumático um importante fator a ser considerado frente à ocorrência de uma tentativa de suicídio. Pretende-se encaminhar este manuscrito para a revista *Aletheia*, periódico semestral editado pelo curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), classificada no Qualis/CAPES na área da Psicologia como Nacional A e na área da Saúde Coletiva como Nacional B. As fontes de indexação deste periódico são: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) e BISS (Bibliografia Internacional de Ciências Sociais).

O segundo artigo teórico *Vorstellung: a questão da representabilidade* explora a temática da representabilidade e da irrepresentabilidade dos conteúdos psíquicos. Aborda-se nesse texto a importância do trabalho analítico com conteúdos que escapam ao mundo representacional do sujeito sendo a vivência do traumático um exemplo desta situação de domínio do irrepresentável no campo psíquico. O artigo será encaminhado para o *The*

*International Journal of Psychoanalysis*. Essa revista foi fundada em 1920 por Ernest Jones, mantendo atualmente reconhecimento e valorização no meio psicanalítico. Sua classificação no Qualis/CAPES na área da Psicologia é Internacional C.

O primeiro artigo empírico, intitulado *Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor*, responde ao Projeto de Tese. Esse artigo retrata um estudo de cunho qualitativo em que os participantes foram tentadores de suicídio, e o principal instrumento para coletar os dados foi uma série de quatro entrevistas elaborada com o objetivo de permitir a contextualização e a busca de significado da experiência autolesiva. Os resultados, analisados pelo método de “análise interpretativa” de Frederick Erickson e interpretados a partir da teoria psicanalítica, permitiram sustentar a compreensão da tentativa de suicídio como um ato-dor resultante da vivência de situações traumáticas. A expressão ato-dor foi cunhada a partir da proposição de compreender a tentativa de suicídio como decorrente da vivência do traumático, gerando assim uma intensa dor psíquica que tem como efeito a produção do ato de buscar acabar com a própria vida. Não se pretende com esta proposição sugerir uma única explicação à diversidade de modalidades de tentativas de suicídio. Propõe-se apenas ser a dinâmica entre excesso, dor e ato nomeada como um ato-dor, que possibilita a compreensão do interjogo existente entre as vivências no campo intersubjetivo e os efeitos intrapsíquicos dessas, uma forma de compreensão da tentativa de suicídio. Mantêm-se a consideração e o respeito à singularidade de outras formas de tentativas de suicídio, uma vez que são evidentes a complexidade do psiquismo e, também, a diversidade dos fatores que motivam a conduta humana. Enfatizar a dinâmica presente na descrição da tentativa de suicídio como um ato-dor é apenas a proposição de uma leitura do que pode estar dinamicamente em cena nesse ato. Este artigo será submetido à revista *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, publicação quadrimestral do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, com indexação no CLASE (Citas Latinoamericanas em Ciencias Sociales y Humanidades/ México), DARE-UNESCO (Social and Human Sciences

Documentation Centre/ França), Index Psi (Conselho Federal de Psicologia), Latindex (Índice Latinoamericano de Publicaciones Científicas Seriadadas), LILACS/BIREME (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), PsycINFO (American Psychological Association), Ulrich's International Periodicals Directory e SciELO Brasil (*Scientific Electronic Library Online*). A classificação no Qualis/CAPES nas áreas da Psicologia, Filosofia e Multidisciplinar é Nacional A, sendo ainda, classificada na área da Saúde Coletiva como Internacional C e, na área da Educação, como Internacional A.

O último e quarto artigo empírico – *Trauma, dor e ato: um olhar da Psicanálise sobre a tentativa de suicídio* – é constituído pelo Estudo de Caso de uma participante que tentou suicídio. Nesta produção se exploram a dimensão do traumático e a conseqüente dor psíquica que motivaram o ato da tentativa de suicídio. Para tal, apresentam-se vinhetas do material clínico que, ao serem trabalhadas sob os pressupostos teóricos da Psicanálise, dão ao leitor a possibilidade de acessar a uma história de vida marcada pela dor. O artigo será encaminhado para apreciação sobre sua viabilidade de publicação para a revista *Ágora*, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Essa revista tem classificação Nacional A no Qualis/CAPES na área da Psicologia e está indexada nas bases: PsycINFO (American Psychological Association), LILACS/BIREME (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) e Index PsiRevistas (Conselho Federal de Psicologia).

Os quatro artigos procuram retratar o percorrido teórico e empírico realizado neste trabalho de tese, assim como as atividades desenvolvidas no grupo de pesquisa em que está inserido este estudo. A proximidade com o “comportamento suicida” e, principalmente, o contato com os cinco participantes que aceitaram compartilhar suas histórias e suas dores com a doutoranda, deram uma dimensão singular a este trabalho de tese, permitindo que se confirmasse a relevância de estudar esse fenômeno, reforçando também a necessidade de

dedicar especial atenção aos recursos de prevenção a tal situação. Poder-se-ão encontrar nas linhas que seguem no formato de artigos, protegidos pelo anonimato, intensos relatos de descuidos, maus-tratos e desamparo. Todos os participantes, a partir da generosidade em permitir que se adentrasse no território do privado e se visualizasse a intensa dor psíquica que acompanhou a radical decisão de buscar a própria morte, deixaram para quem esteve frente a eles e os escutou a missão de retratar o efeito dessa dor em seus atos de desespero.

Espera-se, portanto, poder-se explicitar por meio desses quatro artigos, além de um texto científico e acadêmico, a vivência singular que é a realização de um doutorado. A aprendizagem se faz sempre presente neste percorrido, com múltiplas formas de diversas intensidades. O encontro com os sujeitos do estudo, sem dúvida, possibilitou reafirmar a importância da missão da Universidade como espaço de produção de conhecimento, assim como para constatar a necessidade do profissional de saúde que atua na área clínica de se comprometer com a investigação de tão grave problema. Tal fenômeno traz importantes conseqüências para aquele que fracassa no ato de matar-se assim como para os que o rodeiam. Torna-se, portanto, imprescindível a disponibilidade para abordar temáticas que fazem com que o clínico/pesquisador se depare com desafios à sua capacidade de compreensão dos fenômenos e a enfrentamentos de seus possíveis “pré-conceitos”. A pesquisa empírica rompe com uma possível distância entre a academia e a sociedade. Uma investigação pode e deve funcionar como um rico campo de troca e retroalimentação entre ambas.

Investigar sobre a dinâmica psíquica que se faz presente em uma tentativa de suicídio foi a força de impulsão para, posteriormente, constatar a importância de buscar cada vez mais eficazes estratégias de prevenção e intervenção ao suicídio. Dados alarmantes de aumento nos índices do comportamento suicida, informações e constatações clínicas de que alto percentual de pessoas que tentam o suicídio não buscam ajuda e não

procuram um serviço de atendimento psicológico, mostram a complexidade da situação e exigem a promoção de ações que alterem os dados já existentes. Percebe-se, pela literatura especializada no tema do suicídio, assim como por meio das entrevistas realizadas com os participantes, que a tentativa fracassada pode impulsionar novo ato de buscar matar-se. Um julgamento moral seguido de rápida condenação por parte daqueles que estão próximos ao tentador de suicídio incrementa as dificuldades fechando ainda mais o cerco para a falta de alternativas no campo da vida. Poder falar da vontade de morrer e ser escutado por outra pessoa que o acolhe pode ser uma forma de abrir espaço para algo diverso do mortífero na história de vida dessa pessoa.

Acredita-se, portanto, que escutar (por meio de uma estratégia organizada para este tipo de situação) o que foi experienciado, ao longo da vida e no ato concreto de buscar a própria morte por parte dessas cinco pessoas, permitiu à doutoranda avaliar como relevante a contribuição da ação desenvolvida neste estudo. Isso ocorreu não só pela modesta construção de uma possibilidade de compreensão teórica do fenômeno da tentativa de suicídio, mas, principalmente, pela possibilidade de contribuir com uma proposta de ação preventiva que parece ter colaborado para que cada uma dessas cinco pessoas, a seu modo, esboçasse um sentimento de esperança no fato de permanecerem vivas. A experiência de escutá-las e a busca em construir junto com cada uma delas sentidos para o que os faziam experimentar intensa dor psíquica validam a crença na importância da acolhida e da escuta.

Nesse sentido, cabe destacar a importância do papel dos profissionais da saúde mental quando se aborda uma temática tão complexa quanto a tentativa de suicídio e sua relação com a capacidade de escuta terapêutica. Eles sabem da inegável força de autodestruição que habita cada ser humano e podem comprovar diariamente em seus atendimentos o dramático efeito desencadeado quando o trauma arromba o espaço psíquico e Eros abandona a luta por investimentos de vida.



## **I Projeto de Tese**

*Tentativa de suicídio: o traumática via patologia do ato*

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

*Tentativa de suicídio: o traumático via patologia do ato*

Projeto de Tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS para exame de qualificação e como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Mônica Medeiros Kother Macedo

Orientadora: Profa. Dra. Blanca Susana Guevara Werlang

Porto Alegre, março de 2005.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	28
I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	32
1.1. A morte: considerações iniciais .....	32
1.2. A morte no comportamento suicida .....	35
1.3. Contribuições teóricas à compreensão do suicídio .....	39
II. TEMA CENTRAL DE PESQUISA .....	51
III. OBJETIVOS .....	54
3.1. Objetivo geral .....	54
3.2. Objetivos específicos .....	54
IV. MÉTODO .....	55
4.1. Opção metodológica .....	55
4.2. Participantes .....	56
4.3. Instrumento para coleta de dados .....	57
4.4. Procedimentos para coleta de dados .....	61
4.5. Procedimentos para análise de dados .....	63
4.6. Estudo Piloto .....	66
4.6.1. Resumo de alguns aspectos da vida da participante .....	68
4.6.2. Análise dos dados do Estudo de Caso da participante .....	69
4.6.2.1. Apresentação das asserções .....	69
4.7. Considerações éticas .....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	90
Anexo A1 Carta Instituição Núcleo de Estudos Sigmund Freud .....	101
Anexo A2 Carta Instituição Fundação Universitária Mário Martins .....	102
Anexo B Carta Apresentação Pesquisa nos Locais .....	103

Anexo C Carta Autorização Serviço de Atendimento Psicológico – SAP .....	104
Anexo D Consentimento Livre e Esclarecido 1ª Etapa Pesquisa .....	105
Anexo E Consentimento Livre e Esclarecido 2ª Etapa Pesquisa .....	106
Anexo F Ofício Aprovação Comitê de Ética da PUCRS .....	107

## INTRODUÇÃO

A morte é um tema cujo processo de investigação envolve, por si só, muita complexidade. Desenvolver estudos com comportamentos suicidas faz o investigador deparar-se com uma situação em que o ser humano busca uma ruptura radical para se livrar de uma situação de dor psíquica insuportável. O comportamento suicida refere-se, segundo Werlang e Botega (2004), a “todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato” (p. 17).

Com base em dados da Organização Mundial da Saúde Botega, Mauro e Cais (2004) alertam para o fato de que, nos últimos 45 anos, a mortalidade devido ao suicídio, cresceu, em termos globais, 60%. Além disso, nesse mesmo período, os maiores coeficientes, em termos de faixa etária, de ocorrência de morte por suicídio mudaram do grupo de idosos para grupos de indivíduos entre 35 e 45 anos e, até mesmo, em alguns países, para grupos de 15 a 25 anos de idade. Considerando a ocorrência de tentativa de suicídio, os autores relatam outro dado importante: 15 a 25% das pessoas que, tentam o suicídio, tentarão se matar no ano seguinte, e 10% das pessoas, que tentam o suicídio, conseguem, efetivamente, matar-se nos próximos dez anos. Segundo Botega, Rapeli e Freitas (2004), o Brasil, quando comparado com países líderes, ocupa o nono lugar em termos de total de mortes por suicídio, sendo que a região sul do país apresenta o maior coeficiente (8,2) de mortalidade por este tipo de morte, em relação às demais regiões.

Mesmo frente à dramaticidade de tal situação, Botega, Mauro e Cais (2004) consideram que alguns ganhos têm sido possíveis de serem alcançados, principalmente em termos de saúde mental, decorrentes de intervenções terapêuticas na atenção primária. Assim sendo, é inquestionável a relevância de estudos referentes a essa temática e, em especial, à ocorrência de tentativas de suicídio. Por isso, escolher por investigar tema tão complexo e impactante também requer buscar apoio consistente em teorias que permitam

um ingresso respeitoso em uma situação inegável de sofrimento, de forma a contribuir na compreensão e na ação preventiva do fenômeno.

A escolha do pesquisador por um tema de investigação em uma tese de Doutorado não está, absolutamente, desvinculada da trajetória profissional que antecede este momento de decisão. Nesse sentido, ao buscar compreender a dinâmica presente em uma tentativa de suicídio a Psicanálise (como corpo teórico) apresenta-se como um elemento fundamental. Esta teoria, ao ter o inconsciente como objeto de estudo, explora a dimensão humana no que há de mais íntimo e singular. Mesmo que o ponto de partida possa estar associado a uma idéia de cura, ainda relativa a um modelo médico, a evolução do pensamento freudiano descortina uma ampliação de seu campo de ação. Desde seu texto *Projeto para uma Psicologia Científica* de 1895, Freud (1895/1987) manifestou o desejo de encontrar formulações que dessem conta do funcionamento psíquico normal e patológico. Nesse sentido, Freud não desejava deixar o psíquico à margem do contexto científico visando, pelo menos, possibilitar uma compreensão metapsicológica para os fenômenos dos quais se ocupava. A Psicanálise, sem dúvida, segue vigente e atual como recurso de compreensão das dores que acometem o ser humano (Fischbein, 1999; Berlinck, 2000; Flechner, 2000).

Dessa forma, busca-se, nos textos freudianos, assim como, nas contribuições de autores pós-freudianos, aportes que permitam uma compreensão aprofundada de uma situação específica: a tentativa de suicídio. Esta pesquisa tem como objetivo, então, buscar uma compreensão da tentativa de suicídio como uma situação que expressa uma patologia do ato, resultante da intensidade de situações traumáticas vivenciadas pelo sujeito.

Tomando como ponto de partida a proposição de que, na tentativa de suicídio, o ser humano depara-se com os efeitos de uma **situação extrema de dor psíquica (vigência do traumático)** e de **ausência de capacidade de dar figurabilidade à dor psíquica (excesso como feito do traumático)**, parece pertinente investigar a **tentativa de suicídio** compreendendo-a como uma **patologia do ato**. A patologia do ato diz respeito a uma

situação, no caso deste estudo, à tentativa de suicídio, na qual o sujeito busca uma eliminação radical da dor. Na patologia do ato, devido à incapacidade de metabolização psíquica, o sujeito se vê invadido por uma quantidade intolerável de excitação. O excesso, irrepresentável psiquicamente, leva-o a buscar, na tentativa de suicídio, uma forma primitiva de descarga.

Nesse contexto, encontra-se sustentação teórica a tais proposições nas contribuições freudianas a respeito de trauma e de suas repercussões no psiquismo. Busca-se compreender a tentativa de suicídio como um efeito do traumático, ou seja, como uma patologia do ato. Frente ao incremento psíquico provocado pela ação do traumático, a tentativa de suicídio põe em evidência um ato decorrente de intensa dor psíquica. Em seu texto *Tratamento psíquico (ou mental)* de 1905, Freud (1905/1972b) já destacava a importância da dor psíquica afirmando que “é em geral verdadeiro que ao formarmos um julgamento das dores (que são normalmente consideradas fenômenos físicos) devemos ter em mente sua inequívoca dependência em relação a determinantes mentais”. Os leigos, segundo Freud, preferem rotular as influências mentais dessa espécie como “imaginação”, mostrando uma certa indiferença por esse tipo de dores em contraste com as causadas por ferimento ou doença. Mas isso, afirma o autor, “é claramente injusto. Como quer que as dores sejam causadas – mesmo pela imaginação - elas próprias não são menos reais nem menos violentas por isto” (p. 302).

Pode-se considerar que, na situação de tentativa de suicídio, ou seja, na compreensão desta como uma expressão da força do traumático via patologia do ato é evidente o caráter de violência provocada pela dor psíquica. A temática complexa de tentar pôr fim à própria vida encontra, via aportes da Psicanálise, uma possibilidade de compreensão da busca em ausentar-se da vida. O tema do trauma e de seu impacto na vida psíquica está presente desde os escritos iniciais de Freud (1888/1987; 1893/1987; 1894/1987) sobre a histeria, assim como em seus textos após a Primeira Guerra Mundial

(Freud, 1915/1974; 1920/1976; 1923/1976; 1939/1975). A preocupação em lançar luz à intrincada dinâmica relativa à dor psíquica motivou Freud (1905/1972; 1939/1975) a conhecer a intersubjetividade a partir de um olhar respeitoso e de consideração à singularidade de uma história de vida.

Dessa maneira, ao viabilizar um espaço de interlocução e de verbalização aos participantes deste estudo a respeito de sua extrema experiência de buscar pôr fim à vida, esta pesquisa tem, como objetivo maior, não esgotar ou reduzir tão complexa temática mas, ao contrário, produzir a elaboração de uma forma específica de compreensão, via aportes psicanalíticos, da tentativa de suicídio.

O comportamento suicida é um fenômeno sobre o qual um profissional da área da saúde não pode deixar de dedicar atenção. Pesquisas e estudos se fazem necessários na busca de maior compreensão dessa situação, assim como para a proposição de alternativas adequadas de prevenção. Portanto este estudo, inserido no Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-clínicos do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, visa aprofundar uma temática vinculada a comportamentos violentos e autodestrutivos: a tentativa de suicídio. Para Botega e Werlang (2004), “mesmo cientes das limitações próprias de toda profissão, os clínicos que trabalham com indivíduos com comportamento suicida devem acreditar na sua qualificação humana e técnica para semear o valor de preservar a vida humana” (p. 139).

Dessa forma, torna-se evidente a importância e relevância de estudos sobre o suicídio, pois, como bem destacam Werlang, Macedo e Kruger (2004), o comportamento suicida contempla, independente do ponto de vista pelo qual é analisado, uma dimensão central relacionada ao sofrimento. Pode-se pensar no sofrimento que leva o indivíduo ao ato suicida, no sofrimento resultante do enfrentamento familiar frente ao suicídio de um de seus membros, assim como nas conseqüências sociais que tal ato provoca. Nessa mesma



direção o Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde publicado pela Organização Panamericana da Saúde (OPS) alerta para o fato de que cada pessoa que tenta efetivamente se suicidar “deixa atrás de si muitas outras - familiares e amigos- cujas vidas resultam profundamente afetadas desde o ponto de vista emocional, social e econômico” (De Leo, Bertolote & Lester, 2003, p. 201).

## I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### □□ A morte: considerações iniciais

Na parte inicial de seu livro sobre *A psicanálise do fogo* Bachelard (1999), faz uma afirmação: “basta falarmos de um objeto para nos acreditarmos objetivos” (p. 1). À medida que segue o curso de seu pensamento, o autor afirma que a objetividade científica exige que se abra mão de convicções iniciais que podem resultar em uma falsa impressão de saber. As crenças e convicções a respeito da morte parecem seguir o arriscado processo de se tomar a primeira evidência como verdade. Repete-se, com frequência, um dito popular de que “o que há de mais certo na vida é a morte” podendo-se, dessa forma, erroneamente, acreditar na facilidade e naturalidade de o ser humano deparar-se com ela.

Entretanto, se atribuirmos à escrita científica a real tarefa de nomear os fenômenos da vida, ver-se-á que inserir nesta o tema da morte não é uma situação tão inquestionável, simples ou tranqüila. À idéia da morte associa-se a idéia de finitude, assim como alude à incapacidade do homem manter uma fantasia de imortalidade. A morte, dessa maneira, traz em si a idéia de imprevisibilidade, de ausência de decisão ou de domínio da vontade sobre ela; portanto fica associada a idéias de desamparo e de impotência. Fala-se aqui da morte como um fenômeno natural. A morte natural e inevitável faz frente ao que Amaro (2003) descreve como sendo uma função de onipotência existente em todo ser humano. A onipotência “nos leva a buscar o infinito, o interminável, o perfeito, estimulando a crença e a necessidade da permanência da vida, sine die” (p. 112).

Para compreender a temática, parece imprescindível nomear as diferentes mortes, ou melhor, a diversidade de modalidades que a morte pode adquirir como forma de interrupção da vida. Pode-se, assim, falar da morte como “final” da vida, mas de que morte afinal falamos? De um final resultante do declínio natural das funções vitais, da morte por doença, da morte cerebral, da morte devido a acidentes, a assassinatos, a situações imprevistas, de mortes anunciadas? E quando é possível falar sobre mortes “voluntárias”? Pode-se, inclusive, falar de mortes simbólicas, ou seja, de morte em vida. Com certeza, em todas essas modalidades, encontram-se diferenças, mas, também, pontos comuns. Os pontos comuns dizem respeito, principalmente, a dois aspectos: um deles é que a morte é considerada um fato universal, o outro é que, paradoxalmente, ela é vivida sempre de forma única e singular, convocando aos demais que rodeiam o sujeito que morre, a buscar em si formas distintas de processar fenômeno tão natural quanto intrigante. Enquanto certeza da vida, a morte é universal, mas seu efeito exige recursos singulares para processá-lo.

Kovács (1992) lembra que desde sempre o homem tenta vencer a morte, sendo que aos heróis normalmente atribui-se a capacidade de vencê-la nas mais diversas formas que assuma, seja como dragões, monstros, etc. Já o homem comum, o simples mortal, não encontra tamanha facilidade em seus desafios. Ele é consciente de sua finitude e aí reside muitas vezes o início de um intenso processo de negação da morte.

A sociedade encontra formas diversas de atribuição de sentido à morte. Assim, foram instituídas algumas crenças que facilitam o processo de compreensão e aceitação da morte enquanto que outras crenças o dificultam, resultando, até mesmo, na incapacidade de nomeá-la ou pensar sobre ela. Nos tempos atuais, um fenômeno ganha força e dificulta o gerenciamento da concepção de morte: a violência. Esta adentra nos diversos espaços com força e crueza. Fala-se agora não mais apenas da morte por violência dos tempos de guerra, por combates políticos, por doenças terminais, por epidemias, mas, sim, da violência do

dia-a-dia. No *Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde* publicado pela Organização Panamericana da Saúde (OPS), Nelson Mandela (2003) afirma que “o século XX será lembrado como um século marcado pela violência” (p. xiii). Ao assinalar a relação existente entre violência e ausência de democracia, ele destaca a necessidade de se pensar sobre fatores que conduzem à violência, assim como refletir sobre os diversos rostos que esta pode assumir. Ainda, Brundtland (2003), diretora geral da Organização Mundial da Saúde, menciona que os dados que constam no informe, anteriormente mencionado, não apenas são uma contribuição humana frente à força da violência como, também, uma explicitação do fato de que “onde a violência persiste, a saúde corre grave perigo” (p. xiii). Assim, a morte vinculada a uma situação de violência traz uma dupla dificuldade: a imposição da finitude da vida, mas uma finitude antecipada pela força de um ato que não condiz com a idéia de morte como decorrência natural da vida. Então, o enlace entre violência e morte é evidente. Para Fagundes (2003), essa associação coloca a violência como uma situação traumática, como uma “expressão da destrutividade do sujeito contra o outro ou si mesmo, ou tendo uma representação psíquica ou social” (p. 721). O comportamento suicida dá conta da porção de violência dirigida contra o próprio sujeito. Na busca da ‘morte voluntária’, a violência auto-infligida visa acabar com a própria vida. Daí a constatação do possível continuum que permeia o comportamento suicida, o qual pode ter origem no pensamento de autodestruição, passar por ameaças, gestos, tentativas de suicídio até chegar finalmente ao suicídio (Werlang & Botega, 2004).

Nesse sentido, seja associada a outras questões específicas, científicas ou não, o tema da morte impõe sua presença ao sujeito. Em diferentes campos (político, religioso, médico ou econômico) a morte, mesmo na recusa a pensá-la, faz-se presente. A chegada dela devido à imposição da ação de um outro, ou melhor, a morte, associada a qualquer espécie de violência, implementa a condição de sofrimento e de adversidade em sua aceitação ou compreensão. Assim, a associação evidente entre morte e violência não

poderia ficar ausente dos textos psicanalíticos uma vez que a Psicanálise se dispõe a pensar o humano em sua vasta extensão, desde a normalidade até a patologia.

Sigmund Freud (1915/1974) escreve, seis meses depois do início da Primeira Guerra Mundial, o texto *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, composto por dois ensaios: o primeiro, intitulado *A desilusão da Guerra*, e o segundo, *Nossa Atitude para com a Morte*. Neste último, observa-se uma importante afirmativa: “é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores” (p. 327). Acompanhando o movimento humano, ao se deparar com a finitude expressa na morte, Freud (1915/1974) salienta que, “ao lado do corpo sem vida do ente amado, passou a existir, não só na doutrina da alma, a crença na imortalidade e uma poderosa fonte de sentimento de culpa no homem, mas também os primeiros mandamentos éticos” (p. 334). A perda de um ente amado impõe, então, a necessidade de se pensar na irreversibilidade da morte e na fragilidade da vida ao mesmo tempo em que obriga um olhar ético em defesa da vida.

## □2. A morte no comportamento suicida

Pensar e ocupar-se da morte como consequência natural da vida implica algum grau de dificuldade; encontra-se, porém, tal situação ampliada quando o tema é o comportamento suicida. No comportamento suicida, é acrescido ao tema da morte o aspecto da vontade humana. Salienta Amaro (2003) que “se, de um lado, o homem resiste à impermanência da vida, de outro, lado há homens que querem acelerar o processo de morte, pondo fim à vida por meio do suicídio” (p. 112). Trata-se aí, portanto, da necessidade de pensar e se ocupar de uma situação na qual o sujeito decide acabar com a própria vida. A conduta suicida provoca muitos questionamentos a respeito da transgressão do valor essencial da vida humana. Sem dúvida, a morte é um componente inevitável de nosso futuro, mas ela é tida como desconhecida quanto ao tempo e modo como ocorrerá

(Casullo, 2003). A morte, então, é uma certeza cercada de incertezas, o que nos possibilita mantê-la a uma certa distância.

O suicídio, porém, faz com que se torne realidade uma morte decidida e programada, sendo, portanto, segundo Casullo, Bonaldi e Liporade (2000), uma conduta elegida que tem como meta provocar a própria morte em curto prazo. O caráter de escolha pela própria morte encontra, no decorrer da história da humanidade, efeitos evidentes da complexidade e das dificuldades que o aspecto da intencionalidade do ato provoca. Inerente à situação de suicídio, encontra-se um certo desconcerto imposto pela violência do ato de se matar. É um ato auto-infligido, reflexivo, que tem como alvo o próprio agente, sendo assim é um ato que gera repercussões importantes em todos que o rodeiam, desde o contexto familiar até o amplo contexto social.

O médico e filósofo inglês Thomas Browne foi quem cunhou a palavra “suicídio”, em 1642, ao publicar sua obra *Religio Medici*. A palavra está baseada no termo latino *sui* (si mesmo) e *caede* (matar). A criação do termo suicídio tinha por objetivo diferenciar o homicídio de si mesmo e o fato de matar a uma outra pessoa (De Leo, Bertolote & Lester, 2003). Em 1734, o termo *suicídio* foi utilizado pela primeira vez em francês, pelos abades Prévost e Desfontaines, no periódico *Contre* destinado a divulgar aos franceses as novidades oriundas da Inglaterra (Veneu, 1992).

O suicídio, subentendida a intencionalidade, é um fenômeno exclusivamente humano (Maltsberger, 1999), que ocorre em todas as culturas, podendo-se até afirmar, segundo Retterstol (1993), que um grande número de pessoas, em momentos difíceis e intoleráveis de suas vidas, pensam na idéia de que poderia ser melhor “acabar com tudo”.

Nos dias de hoje, um fato é inegável: o reconhecimento da multidimensionalidade intrínseca ao suicídio. Assim, De Leo, Bertolote e Lester (2003) consideram que, no suicídio e na tentativa de suicídio, fazem-se presentes complexidades por serem estes resultantes da ação recíproca entre fatores biológicos, psicológicos, psiquiátricos e sociais.

O comportamento suicida, conforme mencionado anteriormente, aponta para uma situação na qual a morte ocupa um lugar prioritário em relação à vida, apresentando variações que incluem a ideação suicida, na qual predominam idéias de morte como uma alternativa a ser considerada, podendo ocorrer depois a tentativa de suicídio. Essa já implica uma passagem ao ato de dar fim à própria vida e, por último, o suicídio propriamente dito.

A presença de ideação suicida é considerada um indicativo importante de risco possível de suicídio, pois pode levar à tentativa de suicídio. Nas pessoas com história de tentativa, o risco de nova tentativa ocorrer não pode ser descartado. Este tipo de ação autodestrutiva nem sempre resulta numa situação de morte, mas já indica uma passagem ao ato que deve ser avaliada cuidadosamente. A Organização Mundial da Saúde (WHR, 2001) define tentativa de suicídio como um ato com resultados não-fatais, por meio do qual o indivíduo intencionalmente inicia um comportamento não-habitual, com a finalidade de provocar mudanças em decorrência das conseqüências físicas ocorridas ou esperadas.

Sem dúvida, o comportamento suicida é um fenômeno impactante e trágico que nos pode colocar frente a uma situação sem ponto de retorno. Conforme Flechner (2000), este fenômeno “nos submerge no mistério da vida e da morte, da origem e do fim” (p. 64). De Leo (2004) alerta para o fato de haver uma estimativa de que, no ano de 2000, aproximadamente 815.000 pessoas no mundo cometeriam suicídio. Nessa perspectiva, estima-se uma morte a cada 40 segundos. Esses dados são por si só preocupantes, porém a eles se somam as previsões da Organização Mundial da Saúde de que no ano de 2020 mais de um milhão e meio de pessoas no mundo todo morrerão devido ao suicídio. Considera-se, ainda, que 10 a 20 vezes mais pessoas tentarão o suicídio. Tais dados apontam para uma previsão que representa a ocorrência de uma morte a cada 20 segundos e uma tentativa a cada 1 ou 2 segundos (Bertolote & Fleischmann, 2004).

O suicídio, portanto, é considerado um problema de saúde pública, é uma das dez primeiras causas de morte, no mundo, para todas as idades (WHR, 2001; Krug, Dahlberg,

Zwi & Lozano, 2003). Mas o pior é que se deve destacar ser o número de pessoas mortas por suicídio apenas uma parte de um grave problema. Nesse sentido, De Leo, Bertolote e Lester (2003) alertam, ainda, para o fato de que, além dos que morrem, muitos outros que tentam o suicídio passam a, também, necessitar de cuidados médicos, devido à gravidade de seus atos.

O Brasil, comparado ao número de suicídios no mundo, apresenta taxas menores de morte por suicídio, mas, no período compreendido entre 1980 e 1995, elevou sua taxa em 24,24 pontos percentuais (Barros, Oliveira & Marin-Leão, 2004). Um dado de extrema gravidade em relação à ocorrência de tentativas de suicídio no Brasil se refere ao fato de que 53,3% das pessoas que tentam o suicídio não entram em contato com serviços de saúde após sua primeira tentativa. Tal dado é preocupante uma vez que a situação da tentativa de suicídio fica mais grave quanto menos atenção ela recebe. Segundo Botega e Werlang (2004) o fato de a pessoa já ter tentado o suicídio é um forte preditor de suicídio. Referem os autores que 20 a 50% das pessoas que acabam se matando já haviam tentado o suicídio anteriormente.

Em relação à ocorrência de suicídio entre pessoas jovens, Bertolote e Fleischman (2004) destacam outro fenômeno recente e dramático: o aumento das taxas de suicídio vem sendo inversamente proporcional à idade. Segundo os autores, em termos globais, atualmente morrem mais pessoas jovens do que idosos, devido ao suicídio, mesmo considerando que entre os idosos a taxa de suicídio possa ser oito vezes mais elevada do que entre jovens. Sem dúvida, o aumento de incidência de suicídio no intervalo entre 15 e 44 anos é de preocupação significativa para qualquer nação já que compromete diretamente o futuro econômico e emocional da população. Em termos de Brasil, o estado do Rio Grande do Sul é um dos que apresenta índice de suicídio acima da média nacional. Ainda, Porto Alegre e Curitiba têm sido consideradas como as duas capitais com maior índice de suicídio de adolescentes e adultos jovens quando comparadas com outras nove capitais brasileiras (Santana, Souza, Minayo, Malaquias & Reis, 2002).

Considerando os dados já mencionados e a afirmativa de Casullo, Bonaldi e Liporade (2000) de que, por razões psicossociais diversas, muitos comportamentos suicidas não são reconhecidos como tal, devendo-se ter presente o fato de que os dados estatísticos conhecidos, e já preocupantes, são ainda, muitas vezes, subestimados e subnotificados, justifica-se a pertinência de mais estudos sobre este complexo fenômeno.

Outro aspecto a ser destacado, considerando o comportamento suicida e mais especificamente a ocorrência da tentativa de suicídio, é o modo como as equipes de saúde encaram estes pacientes. Conforme Botega e Rapeli (2002), é muito freqüente que a equipe de saúde, mobilizada pelo impacto emocional do comportamento suicida, apresente sentimentos de franca hostilidade e rejeição. Dessa forma, seria desconsiderada toda a história de sofrimento e, portanto, a existência de dor psíquica presente no ato de tentar dar fim à própria vida. O que se busca destacar neste estudo, ao propor a tentativa de suicídio como uma patologia do ato, é exatamente a noção de doença psíquica frente à ação do traumático. A tentativa de suicídio nomeada neste projeto como uma forma de patologia do ato refere-se ao fato de que o agente deste ato, tomado pelo excesso derivado da dor psíquica, busca a própria morte como forma de erradicação radical desta dor. A proposição do ato suicida como um ato de dor pode facilitar o que propõem Botega e Rapeli (2002) no sentido de encarar a tentativa de suicídio como “um possível marco numa trajetória pessoal acidentada, a partir do qual podem-se mobilizar forças para uma mudança de vida” (p. 367). Daí a importância da compreensão da singularidade da situação de dor psíquica que a tentativa de suicídio contempla.

### **□3. Contribuições teóricas à compreensão do comportamento suicida**

Os históricos clínicos de Freud (1905/1972a; 1909/1969; 1911/1969; 1920/1976) mostram situações em que a morte se impôs como tema de reflexão e pesquisa. Seus estudos a respeito do processo de luto assim como as contribuições importantes no que diz



respeito à segunda teoria do dualismo pulsional – pulsão de vida x pulsão de morte – são aportes indispensáveis quando o tema em questão diz respeito à morte e aos processos de perda.

Em seu clássico texto sobre o processo do luto e a melancolia, Freud (1917/1974) descreve como, frente à vivência de perda do objeto amado, pode se desencadear um processo melancólico. Ao trabalhar as diferenças entre o luto normal e o luto patológico, Freud vai tecendo importantes conclusões quanto à qualidade da relação estabelecida entre o Eu e o objeto. Nesse sentido lembram Werlang, Macedo e Kruger (2004) que na melancolia “o investimento erótico do melancólico, no tocante a seu objeto, sofre uma dupla vicissitude: parte dele retrocede à identificação, e outra parte é levada de volta a etapas de sadismo, sendo este sadismo o que soluciona o enigma da tendência ao suicídio” (p. 76). Dessa forma percebe-se na situação do luto patológico o Eu identificado com o objeto perdido e, portanto, alvo de investimentos que visam à sua destruição. O ódio pelo objeto perdido pode levar à destruição do eu. Assim, ao atender uma jovem que desejava se suicidar frente à proibição de realizar seus anseios amorosos, Freud (1920/1976) postula que o desejo de matar-se foi antecedido pelo desejo de matar outrem.

Frente ao acontecimento da Primeira Grande Guerra, o interesse de Freud mais do que nunca direcionou-se ao tema da agressividade humana. A temática do novo dualismo pulsional produz importantes modificações e ampliações teóricas e técnicas. O conceito de pulsão de morte como uma constante força que tende à ausência de tensões, ou seja, à morte, faz com que outros tópicos adentrem o campo da Psicanálise. Assim, seus estudos e desenvolvimentos a respeito do superego como instância responsável pela consciência moral, auto-observação e autocrítica levam a um aprofundamento nos temas do sadismo, da culpa e dos mecanismos de auto-acusação. O suicídio passa a ser pensado como uma das formas de expressão da intensa tensão existente entre as instâncias intrapsíquicas, tensão na qual o superego tem papel determinante.

Autores psicanalíticos como Garma (1960) e Menninger (1970) são referências também importantes para a temática do suicídio. Garma (1960), por exemplo, desenvolveu suas contribuições a partir da visão de que o suicida identificado com o objeto perdido deseja desaparecer da vida, da mesma forma que, para ele, desapareceu o seu objeto libidinoso. Dirige sua agressividade contra si mesmo, mas, na realidade, quer atacar um objeto exterior que está introjetado no seu ego. O suicídio é, então, uma agressão ao exterior que, secundariamente, por motivos diversos, volta-se contra o ego. É um procedimento para satisfazer a agressão que o ambiente ocasiona, assim como um meio de recuperar o objeto libidinoso perdido. Matando-se, consegue anular psicologicamente a perda do objeto e vingá-se do ambiente (provocando reações afetivas nos outros) que originou seu desespero. Por último, para o autor, assim como na formação das neuroses, intervêm conflitos infantis e atuais, na psicogênese do suicídio, há motivos atuais que estimulam o indivíduo a vivenciar a vida como desagradável e motivos infantis que ocasionaram uma formação masoquista da personalidade.

Por outro lado, Menninger (1970), tomando como ponto de partida a teoria clássica da depressão proposta por Freud, descreve a existência de, pelo menos, três desejos na estruturação do ato suicida: o desejo de morrer, o desejo de matar e o desejo de ser morto. No desejo de morrer encontra-se a referência ao alívio de tensões uma vez que o sujeito parece manifestar uma espécie de “fraqueza” da pulsão de vida e também falhas na capacidade de desenvolver amor. Assim evidencia-se a relação entre pulsão de morte, desejo de morrer e suicídio. Já em relação ao desejo de matar, o autor assinala que todo suicídio é antes de tudo um homicídio. Retrata-se, dessa forma, na situação de suicídio, uma morte na qual estão reunidos numa só pessoa o assassino e o assassinado. No desejo de matar, há a expressão de destrutividade a qual, depreendida dos objetos investidos externos passa a ser dirigida contra a própria pessoa. O último desejo, o de ser morto, oposto do desejo de matar, explicita uma forma extrema de submissão via compreensão do efeito da tensão insuportável no ego frente às pressões superegóicas.

Pelo exposto, no contexto psicanalítico, pode-se perceber, com clareza, o cuidado dispensado a uma forma singular e distinta de compreensão do suicídio - forma que se afastava de qualquer juízo moral ou de condenação. A Psicanálise põe em evidência o sujeito do inconsciente e a magnitude de seus conflitos psíquicos.

Assim, longe de desconsiderar as proposições a respeito do suicídio apresentadas por Freud e os demais autores pós-freudianos citados, este trabalho de pesquisa busca outro eixo freudiano para compreender a tentativa de suicídio. O eixo escolhido diz respeito aos estudos de Freud sobre o trauma e suas conseqüências psíquicas. Segundo Laplanche e Pontalis (1983) o trauma pode ser entendido como “acontecimento da vida do indivíduo que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se acha o indivíduo de lhe responder de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica” (p. 678).

Assim, a teoria do trauma, que ganha destaque na proposta de pensar a tentativa de suicídio como sendo expressão do traumático via patologia do ato, encontra seu início esboçado nos textos freudianos iniciais, sendo reformulada e, posteriormente, apresentada com toda sua importância na década de 1920. A teoria do trauma sofreu reformulações importantes, mas marcou presença no pensamento de Freud. A teoria do trauma dá subsídios para que se perceba o quanto, na vigência do irrepresentável, o psiquismo não consegue transformar dor em sofrimento. Ou seja, o trauma alude a uma dor irrepresentável que tem como conseqüência o ato, ocorrendo ele sem mediação e sem o adiamento da fantasia, daí seu caráter violento. Dessa maneira, o que irrompe no psiquismo buscará uma forma de descarga. Na situação da tentativa de suicídio, o “violento” dirige-se contra a própria pessoa, assim como, por exemplo, um homicídio pode exemplificar a tomada do outro como destinatário da violência.

Considerando a temática deste trabalho, é importante destacar o que escreve Freud (1895/1987), já em 1895, em seu texto *Projeto para uma Psicologia Científica*, sobre o

problema da quantidade e da dor. Para ele, o sistema neuronal teria como objetivo evitar todo investimento excessivo da tensão, ou seja, tenderia a evitar a dor. Dor, portanto, passa a ser entendida em associação com a idéia de *excesso* ou de irrupção de grandes quantidades que invadem o aparelho e desafiam a capacidade de resistência das barreiras entre os neurônios. À medida que avança em sua escrita no texto, percebe-se que Freud vai descrevendo, cada vez mais, o processo de complexização do funcionamento do aparelho psíquico. Fala não só em quantidade, mas em “qualidade”. Dessa forma, o aparelho encontrará na percepção um recurso fundamental na relação com a consciência.

Frente a um incremento da tensão há uma exigência de descarga. A urgência em livrar-se da tensão ocasionada pelo excesso de excitação coloca o sujeito em uma condição de desamparo. O ser humano é, no início da vida, incapaz de por si mesmo dar fim a esta situação de exigência de descarga, ou melhor, não pode executar uma ação específica que dê fim à tensão provocada por estímulos endógenos. Torna-se necessário que uma ação específica seja executada pelo outro humano. A ação deste objeto real do mundo exterior leva ao registro da satisfação. A ação do Ego como facilitador de um movimento energético, ou seja, um “processo de ligação” impede a descarga massiva e imediata das excitações desencontradas da capacidade lógica ou de temporalidade (processo primário) e vai permitindo ao aparelho psíquico dispor de uma função secundária. No processo secundário, com sua capacidade de retardar e modificar a descarga, encontram-se formas de investimento e de circulação de energia mais estáveis que possibilitam, via existência e eficácia das barreiras de contato, experiências mentais distintas de uma descarga imediata. O pensamento, assim, pode ser considerado o paradigma do funcionamento desta energia ligada, abrindo-se novas e mais complexas vias de deslocamento das cargas de energia. Destaca-se, na releitura do *Projeto*, a definição que Freud (1895/1987) faz da vivência de dor. Refere-se à dor, usando expressões como “aumento da quantidade” (p. 326) e “irrupção de Qs excessivamente grande em psi” (p. 326).

O tema da dor é retomado no trabalho de 1920, *Além do princípio do prazer*. Neste texto, Freud (1920/1976) aborda a dor associada à capacidade ligadora do Ego e a chama de *traumatismo psíquico*, diferenciando-a de dor física. Entre o Projeto e o texto de 1920, Freud escreve em 1917 uma conferência na qual se detém na temática do trauma sob o título *Fixação em traumas – o Inconsciente*. Nesse momento, Freud (1917/1976) reafirma o “sentido econômico” do termo “traumático”. Escreve ele: “aplicamo-lo a uma experiência que, em curto período de tempo, aporta à mente um acréscimo de estímulo excessivamente poderoso para ser manejado ou elaborado de maneira normal, e isto só pode resultar em perturbações permanentes da forma em que essa energia opera” (p. 325).

Seguindo seu pensamento, Freud demonstra por que abandonou a idéia da ocorrência de uma situação real de sedução na etiologia da histeria, mas, ao mesmo tempo, adverte que isso não significa tornar errônea a linha de compreensão da abordagem traumática na etiologia das patologias. A famosa carta a Fliess, de 21 de setembro de 1896, traduz um abandono (teoria da sedução), mas, também, sugere uma possibilidade de acesso à complexidade da realidade psíquica e seus enigmas. O fato real da sedução é abandonado frente à imposição da realidade psíquica constituída de fantasmas e desejos. Cabe destacar que a realidade psíquica não invalida a necessidade de “processamento do sexual”, não descaracteriza a força da *Trieb* e sua “exigência” de trabalho psíquico. A teoria da sedução, ao ser abandonada, faz com que a idéia de traumatismo seja associada à fantasia e à intensidade das “representações” que povoam a realidade psíquica.

Em *Além do princípio do prazer*, ocupado novamente com o conceito de trauma, Freud (1920/1976) discorre sobre a dinâmica do princípio do prazer e as transformações neste provocadas pela compulsão à repetição. A Primeira Guerra Mundial coloca em evidência a concepção econômica de trauma. Freud ocupa-se neste texto do traumatismo causado pela efração das pára-excitações. Utilizando como metáfora o modelo da vesícula viva como um modelo do dispositivo protetor das excitações, Freud (1920/1976) vai

reformulando sua teoria do trauma. Descrevendo as excitações traumáticas como sendo aquelas que “sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor” (p. 45), Freud articula a idéia de ruptura de barreiras e distúrbio no funcionamento psíquico e alerta que: “outro problema surge, o problema de dominar as quantidades de estímulo que irromperam e de vinculá-las, no sentido psíquico, a fim de que delas se possa então desvencilhar” (p. 45).

A idéia de trauma então, corresponde à passagem por uma situação que não pode ser processada psiquicamente pelo sujeito. Ou seja, considerando o modelo da vesícula, o trauma é entendido como a destruição do dispositivo protetor devido ao afluxo de excitações. Quando ocorre o traumatismo, o aparelho psíquico não consegue mobilizar suas energias e estabelecer o recurso de contra-vestimento. Torna-se, então, inoperante a capacidade de ligação das quantidades que ingressam no psiquismo. Passa a ser realizado um trabalho de repetição com o intuito de dar conta do excesso de excitação que inundou o aparelho. A tarefa de ligação exigida está *além do princípio do prazer*; ou seja, não se observa mais o predomínio do princípio do prazer que visava descarregar o excesso de tensão. Tal princípio foi agora abalado pela violência e pelo caráter repentino do trauma. O aparelho psíquico tenta livrar-se do excesso pela via da repetição- a repetição que passa a imperar num agir repetitivo, apresentado sob a forma de uma compulsão (Knobloch, 1998). Nesse sentido, a repetição indica uma “incapacidade de domínio”, ou seja, a falta de simbolização afeta a atividade psíquica e coloca o sujeito num jogo de repetição que o aprisiona e atordoa. O intenso afluxo de excitações exige uma espécie de “trabalho de ligação” do aparelho psíquico, fazendo com que a ação do princípio do prazer fique “substituída” por outra que está “além”, ou seja, que busca, via repetição, uma forma de ligar essas quantidades excessivas que invadiram o aparelho anímico. Ao comentar a proposição freudiana de trauma no contexto teórico de 1920, Knobloch (1998) considera que “trauma será entendido como a destruição do dispositivo protetor pelas excitações

afluentes, será a ruptura dos limites do organismo” (p. 41). Segundo essa autora, no texto de 1920, Freud entende o trauma como causador de rompimentos de ligações, sendo necessário um novo trabalho psíquico para ligá-las. Assim, a retomada do trauma nessa concepção econômica põe em evidência o movimento de efração, da violência do afluxo de excitação que invade o aparelho psíquico, deixando-o à mercê do traumático.

Pode-se deduzir, a partir disso, que o trauma corresponde a uma ausência de atribuição de sentido, sendo o ato um testemunho da ausência de sentido, mas presença de intensidades. Acrescenta-se a essa compreensão, a “passividade” do sujeito frente à situação de excesso, o que potencializa sua intensidade e dramaticidade.

Freud cada vez mais entrelaça a noção de trauma com sua concepção da importância de uma história pessoal sempre singular. Ao escrever *Análise Terminável e Interminável*, Freud (1937/1975) afirma que, em uma situação de crise aguda, todo interesse do ego é tomado pela realidade penosa, ficando inviável a utilização do recurso da análise. Considerando-se que, em uma tentativa de suicídio, o eu fica totalmente invadido pela intensidade penosa da situação experienciada, passa-se a considerar a necessidade da compreensão de fatores facilitadores do processo de elaboração de vivências e situações traumáticas. E, em *Moisés e o Monoteísmo* (1939/1975), Freud enfatiza a interação entre o caráter traumático e sua forma de inscrição nas séries complementares, ao considerar que uma vivência pode produzir, em uma constituição, o efeito de um trauma que em outra não teria.

O trauma, considerando-se o contexto teórico-clínico da Psicanálise, foi, também, um dos temas que marcou muitas das discussões entre Freud e seus colegas. O psicanalista húngaro Ferenczi, lembra Knobloch (1998) “era um interlocutor privilegiado de Freud, que lhe comunicava suas reflexões e as submetia à sua apreciação, acatando suas sugestões, antes de apresentá-las publicamente” (p. 27). Assim, as proposições ferenczianas a respeito do trauma seguem as contribuições de Freud datadas de 1920, mas também apresentam

descobertas próprias deste autor. Para Ferenczi (1932/1997), então, o traumático é aquilo que não pode ser inscrito psiquicamente. Ele destacava o fator real do traumatismo, ou seja, defendia a idéia de que o trauma correspondia à força traumática de um evento externo e real. A angústia era considerada, por este psicanalista, como sendo a consequência imediata do traumatismo, sendo definida por ele como um sentimento de incapacidade para adaptar-se à situação de desprazer gerada pelo trauma (Ferenczi, 1933/1992).

O trauma para Ferenczi pressupõe a existência de dois fatores: de um lado o ataque, a violência que irrompe; de outro lado, a atitude do adulto para com a criança, descrita como condição importante na constituição do trauma. Frente a uma situação de violência sofrida pela criança, esta encontraria no adulto, de quem depende emocionalmente, uma atitude descrita como *desmentido* por Ferenczi (1933/1992). O desmentido consistiria numa situação de valor traumático, pois incorre numa incompatibilidade simbólica.

Ao referir a importância do desmentido na concepção de Ferenczi, Uchitel (2001) nomeia que este “impede a representação do acontecido, é a causa primordial para que o trauma se torne desestruturante, atente contra o eu do sujeito colocando em questão o jogo das identificações” (p. 81). Frente ao relato da criança sobre uma situação vivenciada por ela, o adulto responderia com dúvida ou descrença em relação ao que foi relatado. A situação do desmentido passa a ter um valor traumático na medida em que incorre numa incompatibilidade simbólica. O que está em jogo nessa situação é a negativa do adulto ao direito da criança atribuir o estatuto de verdade aos sentimentos por ela experienciados. Por meio do desmentido, o adulto tenta forjar e impor outra versão da história. Para Ferenczi (1933a/1992) é evidente ser a incompreensão, provocada pela confusão de língua entre o adulto e a criança, a força responsável pela violência do choque. No contexto dessa confusão, o recurso da criança é a identificação com o agressor, ao custo de uma clivagem psíquica. Afirma Ferenczi (1933a/1992) que, ao introjetar a culpa do agressor, a clivagem opera no eu, tornando-o ao mesmo tempo culpado e inocente.



Como salienta Maia (2003), para Ferenczi, há uma diferença entre os que se encontram “loucos de dor” e aqueles que sofrem. O sentimento de ruptura do eu dá conta do excesso que invade e que beira o insuportável. Para este autor, segundo Maia (2003), a dor psíquica corresponde ao sentimento de desagregação de si, aproximando-se da vivência de morte. Considerando o tema desta pesquisa, encontram-se nas proposições de Ferenczi importantes assinalamentos da relação existente entre a vida e a morte. Para este autor, à medida que as tentativas de lidar com o trauma fracassam e aumenta a sensação de desagregação, medidas psíquicas drásticas precisam ser acionadas. Uma destas medidas psíquicas é a clivagem. Assim, como bem descreve Maia (2003) nesta situação, de acordo com o relato de Ferenczi, “a saída possível para a vida parece ser a autodestruição, na medida em que põe fim à angústia avassaladora (é interessante assinalar aqui esta estranha solidariedade entre vida e morte)” (p. 149).

Dessa forma as contribuições de Ferenczi a respeito do trauma permitem que se pense em uma determinada seqüência de acontecimentos: inicialmente, a ocorrência de algo da ordem do excesso, do inimaginável; posteriormente, a ocorrência da clivagem devido a essa dor inassimilável. Como assinala Maia (2003), “a experiência não pode se tornar um fato, porque houve um processo de recusa, primeiro do meio, através do desmentido ou da não-autorização, e depois do eu, por ocasião da clivagem” (p. 169).

No contexto teórico do trauma, o mecanismo de autotomia é descrito por Ferenczi como um recurso psíquico utilizado pelo sujeito quando, ao abrir mão de partes de si, protege o que teria possibilidade de sobrevivência. Segundo Figueiredo (2003), “a autotomia seria um processo já presente nas formas mais elementares de vida e mediante o qual uma parte lesada do organismo desprende-se do resto para permitir que o conjunto sobreviva” (p. 21). O autor considera que para Ferenczi a autotomia seria uma espécie de modelo biológico do recalçamento, mas acredita que seria mais preciso considerar a autotomia como uma forma prototípica e radical do movimento da cisão. A autotomia,

então, é uma cisão com função defensiva evidente. Pode-se perceber o quanto as contribuições de Ferenczi a respeito do trauma ampliam e até mesmo tomam rumos diferentes do que era proposto por Freud. Considerar a tentativa de suicídio como efeito do traumático exige a revisita, também, às proposições ferenczianas de trauma.

A psicanalista francesa, Piera Aulagnier (1923-1990), também contribui para a compreensão do efeito psíquico danoso frente ao excesso, considerando por excelência o aspecto referente às relações intersubjetivas. Aulagnier (1988) entende que o Eu é produto de sucessivas experiências de impotência nas quais foi modelado pelo outro. O Eu constrói imagens de si tendo como referência sua própria imagem, mas também a oferecida a ele pelos outros (Hornstein, 1991). Nos tempos iniciais do encontro entre a mãe e a criança situa-se, para Aulagnier (1988), a fase inaugural da atividade psíquica, ocorrendo um momento nomeado como violência primária. A violência primária é, segundo a autora, “uma ação necessária da qual o eu do outro é o agente, tributo que a atividade psíquica paga para preparar o acesso a um modo de organização que se realizará às expensas do prazer e em benefício da constituição futura da instância chamada Eu” (p. 34). Desse modo, a violência primária tem um caráter de necessidade na medida em que a mãe é a porta-voz do mundo à criança. É um tempo necessário para a estruturação do aparelho psíquico. A mãe antecipa a seu filho, via enunciados identificatórios, o que depois ele próprio terá que se apropriar como construtor da própria história. A violência primária, portanto, é uma experiência limitada no tempo.

Aquilo que extrapola o caráter de necessidade da violência primária é nomeado por Aulagnier (1988) como violência secundária. Trata-se da recusa por parte da mãe de renunciar a crença de ser ela a doadora e provedora de tudo que a criança necessita. Na violência secundária o objetivo é despojar a criança de todo pensamento autônomo a fim de assegurar, com satisfação, o desejo de não-mudança. Para Aulagnier (1991) a consequência de tal violência é a condução à uma mutilação da atividade do pensamento.

Portanto, mesmo que não tenha se dedicado especificamente ao tema da tentativa de suicídio ou ao trauma, como vem sendo apresentado neste tópico, a autora contribui de forma especial à compreensão dos efeitos traumáticos decorrentes da intersubjetividade, os quais, certamente, agregam importantes aspectos no processo de compreensão da complexidade deste ato que visa à própria morte.

No contexto científico do século XX, um dos grandes estudiosos do suicídio é o psicólogo americano Erwin Shneidman. Analisando casos de suicídio, Shneidman (1993, 1998, 1999, 2001, 2002) destaca que este ato auto-infligido é causado por uma dor psicológica – em inglês, *psychache* – insuportável. Dor psicológica se refere à dor, à angústia, dor na psique, na mente. É uma dor associada ao sentimento excessivo de culpa, vergonha, humilhação, solidão ou medo. É uma experiência introspectiva de emoções negativas. Essa é uma dor inegável e insuportável, que dirige o indivíduo para o suicídio. Mesmo não sendo a solução mais adequada para resolver os problemas, nesse contexto a morte parece ser a saída que o indivíduo encontra para deter o fluxo da dor insuportável. As necessidades psicológicas não satisfeitas são a fonte desta dor intensa, por serem consideradas pela pessoa como vitais e indispensáveis para continuar a viver.

Ainda este autor salienta o fato de serem diferentes as necessidades das pessoas, portanto, há a produção de dores psicológicas diferentes. Dessa maneira, percebe-se que a configuração de necessidades vitais de determinada pessoa faz com que ela seja capaz de morrer por elas, caso não sejam devidamente satisfeitas. O suicídio é, então, compreendido como uma maneira de fugir de uma emoção insuportável, e não como um movimento em direção à morte (Shneidman, 2001). Nesta direção, Cassorla (1998) propõe que o suicida tenta fugir de um sofrimento indescritível, de tão intolerável, sendo a morte buscada não porque se deseja morrer, mas porque a vida se torna insuportável. Assim sendo, Shneidman (1998) considera que “para a pessoa suicida, essa dor psicológica tem uma intensidade quantitativa que a induz [a pessoa] a um estado qualitativo especial; é julgada [a dor] como

insuportável, intolerável, inaceitável; ela [a dor] cruzou uma determinada linha crítica, em algum lugar na mente” (p. 247). Para que o suicídio não aconteça, é preciso reduzir a pressão da dor psicológica interna insuportável, a fim de que a necessidade de se manter vivo seja redefinida e o indivíduo possa escolher viver (Shneidman, 2001).

Cabe destacar ainda, a importância dos fatores culturais no comportamento suicida, evidenciando-se a necessidade de retratar as singularidades não só no que diz respeito à subjetividade humana, mas também, às especificidades de uma determinada sociedade. De Leo, Bertolote e Lester (2003) destacam: “o que tem um efeito positivo para prevenir o suicídio em um lugar talvez seja ineficaz ou contraproducente em outro âmbito cultural” (p. 225). Portanto a situação de morte, seja ela vista como uma decorrência natural da vida, como antecipada pela violência externa ou como um ato auto-infligido, vem evocar a necessidade de um olhar sempre singular às dores humanas. Tal singularidade do olhar terá uma efetiva contribuição considerando-se, principalmente, um contexto que viabilize diversos olhares sobre fenômenos tão impactantes no campo humano como o das ações violentas e seus efeitos. Neste sentido, destacam Minayo e Souza (1998) que a reflexão sobre a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade no campo da práxis da saúde não é uma imposição externa e, sim, uma exigência epistemológica intrínseca e essencial. Julgam as autoras ser importante que o princípio da cooperação seja central, devendo prevalecer sobre a hierarquia das disciplinas, da competição institucional e da oposição entre teoria e prática. Ao se lidar com o tema do suicídio e de outras ações violentas, só será possível alcançar legitimidade através da “argumentação num coro polifônico e dialógico” (p. 11).

## II. TEMA CENTRAL DA PESQUISA

A palavra patologia deriva da palavra grega *pathos* que significa sofrimento, e da qual também se derivam as palavras paixão e passividade (Berlinck, 2000). A inter-relação entre os três sentidos da palavra *pathos* parece destacar-se na situação de uma tentativa de

suicídio. Ao considerar-se a tentativa de suicídio como uma situação decorrente da força do traumático que resulta na incapacidade de dar figurabilidade à dor psíquica, resultando em uma patologia do, ato busca-se enfatizar a relação entre sofrimento, paixão (excesso) e passividade. Propõe-se, então, como tema central deste estudo, a compreensão da situação na qual, frente à ação do traumático, o predomínio do irrepresentável leva a um ato de dar fim à própria vida.

Conforme Berlinck (2000), quando *pathos* acontece, “algo da ordem do excesso, da desmesura se põe em marcha sem que o eu possa se assenhorear desse acontecimento, a não ser como paciente, como ator” (p. 18). Nesse sentido, pensa-se “patologia” como um processo que envolve sempre a noção de temporalidade na medida em que alude ao ocorrido antes, remete à sucessão de fatos e a acontecimentos importantes na vida da pessoa. A partir desses fatos, dessa linha de temporalidade, dão-se as diferentes formas de processamento das possíveis situações de conflito psíquico (Fischbein, 1999).

Tomando as definições freudianas já apresentadas a respeito do trauma e suas considerações a respeito do aspecto econômico do funcionamento psíquico, considera-se ser a capacidade psíquica de dar ou não conta do processamento de cargas afetivas, decisiva na viabilidade das diferentes formas de expressões do funcionamento psíquico.

Pode-se encontrar dois eixos de funcionamento psíquico: um relativo a funcionamentos mais “progressivos” frente a possibilidades simbólicas de representação de conflitos e outro eixo mais “regressivo” no qual se observam funcionamentos que tendem à descarga (passagem ao ato) frente a situações de tensão (trauma/excesso) (Fischbein, 1999). O ato aqui, expressa a impossibilidade de contenção do traumático via representação simbólica. O excesso (traumático) continua impondo ao psiquismo uma demanda de trabalho para o qual não encontra recursos de mediação. O ato suicida explicita este fracasso no processamento psíquico de intensas cargas afetivas (Knobloch, 1998; Fischbein, 1999; Gerez-Ambertin, 2003).

Os elementos centrais evidentes nessa forma de funcionamento psíquico se apóiam na descarga e na passagem ao ato, constituindo o que se denomina de **patologia do ato**. Nesse sentido, enfatiza-se a ausência de recursos psíquicos a fim de dar figurabilidade e contenção à dor psíquica, sendo a expressão **patologia do ato** utilizada para enfatizar que, na tentativa de suicídio, expressa-se o sofrimento, o traumático e a passividade do Eu via ato. É um ato da patologia que anula qualquer recurso de atividade e de investimentos de vida, pois visa, como “saída” da situação de dor psíquica, dar fim a própria vida.

Destaca Moffat (1983) que “se a intensidade da perturbação, seja uma crise de crescimento (evolutiva) ou a conseqüência de uma mudança imprevista (traumática), aumenta, começamos a nos perceber como ‘outro’, isto é, temos uma experiência de despersonalização” (p. 13). O autor descreve as conseqüências deste traumatismo para o psiquismo:

o que adoece, pois, no estado de crise é o processo de viver, a história fica descontínua e, portanto, o eu não pode se perceber como sucessão inteligível e se fragmenta sem atinar como conceber sua nova situação (como codificá-la) e sem saber como atuar, pois as estratégias com que contava já não se adaptam às novas circunstâncias (p. 14).

É necessário considerar que diversos autores (Marcelli & Braconier, 1989; Knobloch, 1998; Laufer, 1998; Flechner, 2000) na Psicanálise salientam que a tentativa de suicídio deve ser sempre entendida como indício de uma perturbação importante nos arranjos pulsionais e recursos defensivos. Especificamente Marcelli e Braconnier (1989) salientam que “embora efetivamente haja urgência de escutar o suicida, nem sempre há urgência de agir, de ‘fazer alguma coisa’. Em matéria de tentativa de suicídio, a única urgência é a urgência da escuta” (p. 112). A necessidade de escutar e de buscar formas de processar psiquicamente o que provoca dor psíquica apóia-se na proposição de que, na tentativa de suicídio, o sujeito está frente à força do traumático. Knobloch (1998) descreve

como sendo da ordem do traumático “aquilo que rompe com os sistemas de representação, ou seja, o irrepresentável” (p. 22) Segundo Flechner (2000), “parece fundamental esclarecer que a tentativa de suicídio ou o suicídio, se converterá em um momento no qual uma quebra entre pensamento e ato deverá fazer-se presente” (p. 57).

Nesse sentido, esta pesquisa tem como tema central a compreensão da tentativa de suicídio, nomeada como um exemplo de **patologia do ato**. Considera-se que, na tentativa de suicídio, encontra-se uma forma de explicitação da intensidade do traumático, configurando-se, assim, uma vivência extrema de dor psíquica. O tenta(dor) de suicídio mostra com seu ato de dar fim à própria vida a força deste traumático que o atordoa e o deixa sem saída fora da morte. Na tentativa de suicídio explicita-se a radicalidade de uma situação de dor psíquica. A ruptura de investimentos na vida, frente à força do traumático, encontra seu ponto máximo. Alguém pode pensar que, na busca em pôr fim à própria vida, uma pessoa não esteja expressando, por meio de seu ato, a violência da dor que a atordoa?

### III. OBJETIVOS

#### 3.□ Objetivo geral

Compreender a tentativa de suicídio como uma **patologia do ato** frente à força do traumático.

#### 3.2. Objetivos específicos

Identificar acontecimentos significativos que o participante reconheça como produtores de dor psíquica na sua história de vida.

Identificar a presença ou ausência de recursos psicológicos frente a conflitos psíquicos.

Conhecer a dinâmica intrapsíquica que resultou no ato da tentativa de suicídio.

Compreender a dinâmica intersubjetiva visando interpretar a tentativa de suicídio no contexto de uma dinâmica psíquica atual.

## IV. MÉTODO

### 4. □ Opção metodológica

O método nos indica um caminho a ser seguido. Se há necessidade de uma indicação pode-se pensar que existem opções diversas. Caracteriza-se, dessa forma, uma situação de escolha, de opção. Assim, o caminho a seguir no processo investigativo está intimamente vinculado com a motivação que leva alguém a iniciá-lo. Ou seja, o que impulsiona e move um pesquisador, no sentido de alimentar sua curiosidade em relação a algo, terá muita importância no processo de pesquisar, assim como o lugar que ele ocupa antes dessa caminhada. É pelo desejo de conhecer algo que se inicia o percurso investigativo, mas, com certeza, esse desejo traz em si muito de escolhas anteriores, marcando a forma de posicionar-se frente ao objeto de estudo.

Tomando como ponto de partida as indagações sobre um dado fenômeno, o pesquisador passa a construir seu modo de aproximação a ele, tendo o objetivo de confirmar, refutar ou até mesmo modificar seus conhecimentos prévios referentes a tal objeto de estudo. O método diz respeito ao processo de traçar um caminho, no objetivo de chegar a um conhecimento mais aprofundado de algo. Nessa perspectiva, Minayo (2002) afirma que o pesquisador vai, assim, construindo o que denomina caminhos de aproximação. Nesses caminhos vão se estabelecendo o método uma vez que, para a autora, “não é possível fazer ciência sem método” (p. 17). Assim, ao propor a existência de uma ligação entre método e teoria, Minayo (2002) salienta que, quando o pesquisador se move da teoria que o fundamenta para a seleção de um método investigativo, ele passa a trabalhar na atividade propriamente dita de pesquisa, delineando, então, as técnicas e os



instrumentos operacionais que possam contribuir para a construção e a validação do conhecimento.

Dessa maneira, a opção metodológica se dá levando em conta um determinado contexto, que transcende a estéril oposição entre metodologias qualitativas e quantitativas. Exige que o pesquisador dirija seu olhar muito além dessa questão. Nesse sentido ressalta-se a pertinência da afirmação de Cassorla (2003) de que os métodos precisam ser desidealizados uma vez que o principal é o pesquisador considerar qual método-caminho aborda mais adequadamente seu objeto de estudo.

Optou-se neste estudo pelo pressuposto metodológico qualitativo em que, como expressa Campos (2001), os dados serão coletados numa interação interpessoal tomando como ponto de partida os significados que o sujeito e/ou pesquisador atribuem ao fato. A coleta de dados realizar-se-á por meio de entrevistas que em seu conjunto constituirão um Estudo de Caso que será trabalhado por meio do método de Análise Interpretativa, proposto por Frederick Erickson (1997). Frente à proposição de investigação da impactante situação expressa em uma tentativa de suicídio, a Psicanálise, via seus aportes teóricos, apresenta-se como um recurso de aprofundamento e compreensão desse ato. Desta maneira, o material que integra o Estudo de Caso, analisado com o método proposto por Erickson (1997), será trabalhado com os aportes teóricos da Psicanálise. Acredita-se que o referencial psicanalítico possibilite a compreensão aprofundada da complexidade e singularidade presentes em situações tão extremas de dor psíquica como a tentativa de suicídio.

#### **4.2. Participantes**

Serão participantes deste estudo indivíduos maiores de 18 anos (localizados por conveniência), do sexo masculino e do sexo feminino, independente de raça, nível socioeconômico ou de escolaridade, que tenham ingressado no período de novembro de

2004 a setembro de 2005, por tentativa de suicídio, em um Pronto Socorro ou em uma unidade de emergência de Hospital Geral de Porto Alegre, e que tenham necessitado manter-se internados por, no mínimo, vinte e quatro horas. O número de participantes, num primeiro momento, para desenvolver o Estudo Piloto, será de, pelo menos, um. Para a pesquisa propriamente dita, participarão, no mínimo, cinco pessoas, seguindo o critério de saturação de dados, conforme proposto por Bodgan e Biklen (1994). Ou seja, a coleta de informações será interrompida no momento em que as informações se tornarem repetitivas e não ocorrerem novas compreensões acerca do fenômeno.

Não serão participantes desta pesquisa os indivíduos que apresentem transtorno psicótico, retardo mental e/ou que estejam fazendo uso de medicação com propriedades que possam alterar sua capacidade lógica e de raciocínio.

#### **4.3. Instrumento para coleta de dados**

A fim de obter dados que caracterizem os participantes do estudo será utilizada uma ficha de dados pessoais e sociodemográficos, elaborada para uso específico do grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-Clínicos do Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Será administrada, também, a entrevista estruturada *Mini International Neuropsychiatric Interview* - MINI, na versão traduzida para o português por Patricia Amorim. O objetivo de utilizar este instrumento é estabelecer o diagnóstico do participante, identificando a presença ou ausência de características psicopatológicas e os critérios de exclusão destacados no item 4.2. A MINI foi organizada por Sheehan e colaboradores em 1992, e vários estudos têm mostrado a sua aplicabilidade clínica (Lecrubier et al., 1997; Sheehan, et al., 1997; Sheehan, et al., 1998; Amorim, Lecrubier, Weiller, Hergueta, & Sheehan, 1998).

Ainda, será utilizado uma série de quatro entrevistas, semidirigidas, que irão compor, junto com os dois instrumentos anteriormente mencionados, o Estudo de Caso de cada participante. Essa série de quatro entrevistas foi elaborada a partir das referências de Schuman (1982) e Seidman (1991). O objetivo é que elas permitam ao entrevistador e ao participante a investigação, a contextualização e a busca de significado da experiência de tentativa de suicídio.

Cada uma das entrevistas da série de quatro seguirá o modelo de uma entrevista semi-estruturada de questões abertas. Segundo Turato (2003), esse tipo de entrevista é de extrema utilidade porque garante que o pesquisador obtenha todas as informações previstas, possibilitando ao participante liberdade para responder e seguir de forma espontânea a linha de seu pensamento e mantendo aberto o espaço para que o pesquisador apresente novos questionamentos a partir da fala do entrevistado.

A série de quatro entrevistas terá o seguinte roteiro:

a) na primeira, o objetivo central será conhecer a história de vida do participante. A partir da questão aberta proposta pela pesquisadora “Como foi sua vida desde a infância até os dias de hoje?”, o participante será, então, convidado a relatar os fatos que julgar mais significativos no decorrer de sua história de vida, que estejam associados a eventos e sentimentos que considere marcantes. O ordenamento seqüencial e temporal seguido pelo(a) entrevistado(a) será respeitado, cabendo à entrevistadora retomar ou aprofundar aspectos relacionadas ao objetivo deste estudo e, principalmente, ao propósito da entrevista.

b) na segunda, o entrevistado(a) será solicitado, através da questão aberta “O que o levou a tentar o suicídio?”, a concentrar-se na sua tentativa de suicídio. A pesquisadora pedir-lhe-á não somente que relate os fatos (passados e/ou atuais) que ele(a) julgue terem levado-o(a) a tomar tal atitude assim como também narre o que se passou com ele(a) nos momentos que antecederam e sucederam sua tentativa de suicídio.

c) na terceira, o objetivo principal é solicitar ao participante que reflita sobre o significado de sua experiência de tentativa de suicídio. Nesse convite será formulado a ele(a) a questão aberta: “Após sua tentativa de suicídio, na primeira hora, nos primeiros dias e hoje, o que você pensou sobre o ocorrido?” Procurar-se-á possibilitar que ele(a) busque sentidos e significados visando ajudá-lo(la) a refletir sobre os fatores de sua vida que interagiram nesta vivência. Requer que pense em tal experiência com detalhe contextualizando-a e procurando uma atribuição de sentido a seu ato. Procurar-se-á explorar junto ao participante reflexões que julgue importantes sobre os motivos que o(a) levaram a tentar o suicídio, bem como as idéias associadas ao que aconteceria frente a sua morte.

d) no quarto e último encontro da série de quatro entrevistas, abre-se no início da mesma um espaço para que o(a) participante fale sobre o que quiser e achar que não foi suficientemente abordado nos encontros anteriores. Depois, passa-se a um segundo momento, o qual consistirá na devolução ao(a) entrevistado(a) do que foi compreendido pela entrevistadora a respeito das questões abordadas até então. O principal objetivo deste momento é auxiliá-lo(a) na construção e/ou fortalecimento de recursos intrapsíquicos para enfrentamento de situações conflituosas, assim como viabilizar a efetiva procura por parte do(da) entrevistado(a) de um processo psicoterapêutico (ou a permanência neste, caso já estiver realizando uma psicoterapia) que o ajude a não reincidir na tentativa de dar fim à própria vida. Para a procura psicoterápica, ser-lhe-á fornecido o nome, o endereço e a forma de estabelecer contato com a instituição para onde será encaminhado a fim de iniciar prontamente um acompanhamento terapêutico. Esta instituição compromete-se com a doutoranda (ver Anexos A1 e A2) a atender os pacientes encaminhados por ela conforme suas condições socioeconômicas.

Após esse momento, fecha-se o processo de participação do entrevistado na pesquisa. No decorrer de todos os encontros com o participante, dedicar-se-á cuidado e

atenção imprescindíveis a seu estado emocional atual. Assim, no decorrer do trabalho será considerada a necessidade de abrir espaços de orientação para o próprio participante e/ou seus familiares. Cabe ressaltar que, durante a quarta entrevista da série de quatro, se a pesquisadora identificar questões que não tenham ficado esclarecidas ou trabalhadas, para o(a) participante, será oferecido mais um encontro com o objetivo de alcançar todos os aspectos necessários a fim de concluir a sua participação no estudo de forma satisfatória.

As entrevistas terão a duração de uma hora e serão realizadas na frequência de dois encontros semanais com intervalo de dois ou três dias entre elas. Serão gravadas e, posteriormente, transcritas. No decorrer das mesmas serão sempre propostas intervenções facilitadoras e compreensivas frente à dimensão de dor psíquica inerente à situação experienciada. Caberá à pesquisadora, utilizando sua experiência clínica, uma postura de acolhimento, continência e respeito frente ao relato do(a) entrevistado(a). A experiência clínica da doutoranda lhe permitirá utilizar como recursos auxiliares para compreensão do material da participante sua escuta clínica, assim como a atenção aos fenômenos transferenciais e contratransferências decorrentes das entrevistas.

Todas as atividades que compõem este estudo e realizadas até então - ficha demográfica, entrevista MINI, série de quatro entrevista -, constituirão o Estudo de Caso de cada participante. O estudo de caso, segundo Yin (2001), é uma forma de organizar os dados dos participantes, escolhida quando o pesquisador se coloca questões do tipo “como” e “por que”, ou seja, no momento em que o pesquisador tem pouco controle sobre o objeto a ser estudado estando este relacionado a “fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real” (p. 19). Por outro lado, Lüdke e André (1986) consideram que, ao utilizar o estudo de caso, “o pesquisador procura revelar a multiplicidade de dimensões presentes em uma determinada situação ou problema, focalizando-o como um todo. Este tipo de abordagem enfatiza a complexidade natural das situações, evidenciando a inter-relação de seus componentes” (p. 19).

#### **4.4. Procedimentos para coleta dos dados**

O primeiro passo deste estudo consiste em realizar contatos prévios com autoridades competentes de instituições que atendem pessoas por tentativa de suicídio como Emergências de Hospitais Gerais ou Hospital de Pronto Socorro da cidade de Porto Alegre. Esse contato visa obter a autorização necessária para contatar com as equipes responsáveis pelo atendimento de pacientes com tais características. Após ser obtida a autorização, serão, então, contatadas as equipes para expor os objetivos da pesquisa e definir o procedimento de encaminhamento dos pacientes.

A doutoranda responsável por este estudo deixará, com a equipe médica das instituições contatadas, uma carta de apresentação da proposta do trabalho de pesquisa (ver Anexo B). A carta deverá ser fornecida aos possíveis participantes, nela constará, além das informações, o nome da pesquisadora e o número de telefone para realizar contato e marcar o primeiro encontro.

O conjunto de entrevistas que comporá o estudo de caso, mencionado no item 3.3., será realizado no Serviço de Atendimento Psicológico (SAP), da Faculdade de Psicologia da PUCRS (ver autorização no Anexo C). Marcado o primeiro encontro, neste o participante será recebido pela doutoranda que apresentará de forma detalhada o objetivo do estudo e exporá os passos que farão parte da primeira e segunda etapa. Após a concordância da pessoa em participar da primeira etapa da pesquisa, ser-lhe-á entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D), o qual deverá ser assinado em duas vias, uma cópia permanecerá com o participante e outra, com a pesquisadora.

De posse desse consentimento, nesse primeiro encontro, serão administradas a entrevista MINI e a ficha de dados sociodemográfica. A MINI será realizada por um médico psiquiatra integrante do grupo de pesquisa no qual está inserida a doutoranda. Após esse procedimento, a doutoranda (psicóloga clínica) junto com o médico psiquiatra

discutirá o diagnóstico e a situação emocional atual do participante, definindo a sua continuidade ou não no estudo, assim como a necessidade ou não de iniciar um procedimento clínico medicamentoso. Enquanto isto acontece, outra integrante do grupo de pesquisa (também psicóloga clínica) ficará com o participante preenchendo a ficha sociodemográfica. Caso o médico psiquiatra avalie como necessário iniciar um procedimento medicamentoso, o participante e sua família receberão orientação e o encaminhamento necessário (ver Anexo E). A inclusão ou não da pessoa no estudo, dependerá de seu estado psíquico e do diagnóstico obtido por meio da MINI. No caso de a doutoranda e o colega psiquiatra julgarem que o participante não deve continuar na segunda etapa da pesquisa, este, assim como sua família (independente da idade do participante), receberá a orientação e o encaminhamento procedente.

Em caso de inclusão do participante no estudo, parte-se para a segunda etapa da pesquisa marcando-se as próximas quatro entrevistas. No primeiro encontro do conjunto de quatro entrevistas, a doutoranda explicará os objetivos e o procedimento desta fase do estudo sendo, então, entregue ao participante, um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo F), o qual deverá ser, também, assinado em duas vias; uma cópia permanecerá com o participante e outra, com a pesquisadora. De posse disso, será desenvolvida a atividade (série de quatro entrevistas) conforme descrito anteriormente no item 3.3. No decorrer dos encontros, o trabalho poderá ser suspenso se forem observados sintomas que denunciem mobilização afetiva excessiva que possa comprometer o andamento das entrevistas e, principalmente, o bem-estar psicológico do participante. Frente a isso será realizada a orientação adequada tanto para o participante bem como para a família e se tomarão as providências necessárias. Todas as entrevistas da série de quatro serão gravadas em áudio após a devida autorização do participante e, posteriormente, transcritas.

#### 4.5. Procedimentos para análise dos dados

Para análise dos dados obtidos neste estudo e que compõem o Estudo de Caso de cada participante, será utilizado o método proposto por Frederick Erickson (1997) denominado “análise interpretativa”. Nessa proposta, para Erickson (1997), a tarefa do pesquisador é descobrir os diferentes estratos de universalidade e particularidades presentes no caso específico estudado, ou seja, quais aspectos são amplamente universais, quais podem generalizar-se a outras situações similares, quais são exclusivos do caso em questão. Segundo o autor, isso somente pode realizar-se, levando em conta os detalhes do caso concreto que se estuda. Assim, o principal interesse do pesquisador, que usa o método interpretativo, é a generalização lógica e não estatística. O pesquisador poderá buscar fatores universais concretos aos quais chega estudando um caso específico de forma detalhada. Os fatores universais se descobrem segundo se manifestam de forma concreta e específica nas experiências das pessoas, não em abstração e em generalização estatística de uma amostra a uma população inteira (Erickson, 1997).

O método de análise de dados proposto por Erickson (1997) pode ser resumido nas seguintes etapas:

1<sup>a</sup>. Apresentação e verificação de asserções: formulação de asserções de alcances diversos e diferentes níveis de inferência são elaboradas e apresentadas a partir do trabalho com o material coletado. Estas asserções são formuladas principalmente através da indução.

2<sup>a</sup>. Revisão do *corpus* de dados para testar e retestar as asserções em face da evidência das afirmações: o investigador realiza um cuidadoso e profundo estudo do *corpus* dos dados obtidos a fim de encontrar provas a favor ou contra a sustentação da assertiva apresentada visando ao que Erickson (1986, p. 146) denomina “*evidentiary warrant*” (garantia de evidência das asserções). Esta etapa visa confirmar ou negar as asserções de modo a checar sua validade.



3ª. Reformulação das afirmativas quando necessário: sempre que o pesquisador encontrar discrepâncias nas afirmativas ou que estas exigirem maiores níveis de inferências, torna-se necessário voltar a explorar os dados obtidos na pesquisa. O trabalho de busca deliberada de negação das asserções é tão essencial quanto a deliberada formulação de asserções a serem testadas no *corpus* de dados. Segundo Erickson (1986), o tempo despendido na análise e em sua redação deve ser tanto quanto o que se despendeu no próprio trabalho de campo.

Ao gerar e testar as asserções, pode-se encontrar ligações-chave entre os itens de dados. A ligação-chave interliga vários itens de dados, sendo circunstâncias análogas ao mesmo fenômeno. O pesquisador, ao procurar por ligações-chave, está procurando, de fato, padrões de generalizações, não de um para outro caso, como ocorre na pesquisa quantitativa, mas padrões de generalizações dentro do caso em estudo (Erickson, 1997).

O passo seguinte é denominado por Erickson (1997) de *redação da análise* e terá como elementos essenciais os mesmos da análise de dados propriamente dita. Na redação da análise, os tópicos de entrevistas serão relatados e acrescidos de comentários interpretativos que acompanham as partes das narrativas analíticas apresentadas. Três tipos de descrições são essenciais neste relatório: descrição particular, descrição geral e comentário interpretativo.

A *descrição particular* é o âmago do relatório de pesquisa e se constitui na apresentação das vinhetas narrativas, de forma a apresentar um retrato vívido de como se deu o acontecimento na vida real. Essa descrição assegura e garante as asserções formuladas. Segundo Erickson (1997), ao escrever seu relatório, o pesquisador deve apresentar as citações diretas dos participantes de modo a explicitar ao leitor as “provas nas quais se baseiam suas afirmações” (p. 272).

A *descrição geral* estabelece a possibilidade de generalização dos achados. A função principal do informe de dados descritivos gerais para Erickson (1997) é

“estabelecer a possibilidade de generalizar pautas expostas na descrição particular através de retratos narrativos analíticos e de citações diretas” (p. 277). Na descrição geral, após ser apresentada uma circunstância particular, o pesquisador procura evidenciar o quanto típica ou atípica ela é, considerando como ela se situa na distribuição global dos conteúdos no corpus de dados (Erickson, 1997). A omissão em demonstrar tais pautas de distribuição constitui para Erickson (1997) o defeito mais grave de muitos relatórios de pesquisas. Para evidenciar a validade das asserções referentes à significância de um dado encontrado, é necessário, segundo Erickson (1986) apresentar situações análogas (ligando os elementos-chaves a outros como ele ou diferentes dele), relatar as situações interligadas sob forma de vinhetas e mostrar em forma resumida a distribuição geral dessas situações no *corpus* de dados.

Já o *comentário interpretativo* inclui e demarca a apresentação da descrição particular e da descrição geral e, segundo Erickson (1997), apresentar-se-á de três formas: uma interpretação que precede e segue cada descrição particular no texto; uma discussão teórica (a qual, neste estudo será feita a partir da teoria psicanalítica) que indica a significação mais geral nos padrões identificados nos eventos relatados e uma narração das mudanças ocorridas no ponto de vista do pesquisador durante o transcurso da investigação (Erickson, 1997, Kude, 1995). Não basta identificar e redigir uma vinheta fundamental, o mais importante e difícil é, conforme afirma Erickson (1997), “explorar analiticamente o significado dos detalhes concretos informados, e das diversas camadas de significado contidas na narrativa” (p. 279). Nesse sentido, para Erickson, a busca pela alternância entre a especificidade de uma vinheta com a generalidade do comentário interpretativo será uma tarefa bastante complexa na redação de um relatório de pesquisa, visando ao equilíbrio entre “ser descritivamente muito específico e interpretativamente muito geral” (p. 279). O comentário interpretativo permite que o leitor seja guiado, no sentido de acompanhar o pesquisador no processo de perceber quais são os detalhes, dentre os vários sentidos

semânticos das falas dos participantes, que este considerou proeminentes e as interpretações que lhes atribuiu.

A possibilidade do pesquisador demonstrar que seu modo de pensar realmente mudou no decorrer da pesquisa é considerado por Erickson (1997) o fato relevante da interpretação final. Nesse sentido, Kude (1997) salienta que tal autor considera que a pesquisa é uma busca de falsificação, cabendo a quem a redige documentar esse processo de maneira que o leitor perceba a abertura do pesquisador à percepção e ao registro de evidências que neguem suas idéias pré-concebidas assim como sua capacidade de refletir sobre elas; cabe também ao pesquisador ser capaz de apresentar as formas específicas pelas quais sua perspectiva mudou.

A proposição do método de análise de Erickson (1997) é viabilizar ao pesquisador interpretativo a possibilidade de aprofundar a interpretação de uma experiência singular e, dessa forma, pôr em questão o que se julga saber a respeito de um dado fenômeno. Esse interesse encontra eco na proposta de Freud de manter sempre viva a curiosidade e o espírito investigativo. Assim, o método de análise dos dados e o referencial teórico psicanalítico para propor a discussão dos achados, têm como objetivo maior a exploração, a investigação e não uma restrita busca de explicação. Em ambos encontra-se espaço para a complexidade dos fenômenos humanos.

#### **4.6. Estudo Piloto**

O relato deste estudo piloto tem como objetivo verificar se os procedimentos descritos no item 4.4. são possíveis de serem executados assim como se os procedimentos de análise dos dados, previstos no item 4.5., possibilitam uma compreensão aprofundada da tentativa de suicídio e auxiliam nas respostas aos objetivos deste projeto conforme itens 3.1 e 3.2.

Em janeiro de 2005, a equipe médica de um hospital geral da cidade de Porto Alegre encaminhou para participar da pesquisa, uma paciente de 22 anos, que será

identificada neste estudo piloto como Ana. Esta equipe havia sido anteriormente contata pela doutoranda conforme consta no item 4.4.

Ana estava internada no Setor de Psiquiatria desse hospital por ter cometido, segundo a equipe médica, uma grave tentativa de suicídio. Essa foi sua segunda tentativa no intervalo de dois dias. O primeiro contato com a participante ocorreu ainda na Internação Psiquiátrica do hospital, quando se apresentou a ela o estudo em questão a fim de verificar sua disponibilidade em participar. Frente a seu consentimento de participação na pesquisa, a primeira etapa da mesma foi marcada para ocorrer no Serviço de Atendimento Psicológico – SAP- da Faculdade de Psicologia da PUCRS.

Nessa ocasião, Ana compareceu ao SAP acompanhada por sua mãe, conforme fora solicitado pela doutoranda. Depois de um primeiro contato no qual novamente lhe foram explicados os objetivos e as etapas da pesquisa, e após assinar o Consentimento Livre e Esclarecido da 1ª. Etapa do estudo, Ana passou a responder à *Mini International Neuropsychiatric Interview* – MINI, conforme explicitado no item 4.3. Na entrevista MINI, Ana preencheu os critérios (segundo DSM-IV) para diagnóstico de: Episódio Depressivo Maior com características Melancólicas, Dependência de Álcool, Abuso de Substância (*cannabis*), Bulimia Nervosa, Transtorno de Ansiedade Generalizada e alto risco de suicídio. Ana respondeu, também, a uma ficha de dados sociodemográficos. Frente à constatação dos diagnósticos apresentados e do alto risco de suicídio, a paciente foi orientada e encaminhada para tratamento clínico e psiquiátrico em uma instituição conveniada para este estudo conforme consta no item 4.4. Não tendo sido observados critérios de exclusão conforme mencionado no item 4.2., a participante foi convidada e concordou em prosseguir nas etapas do estudo.

As orientações e o encaminhamento para atendimento foram feitas também em entrevista com a mãe da participante, sendo esta informada e orientada quanto ao alto risco de suicídio apresentado por Ana. Após a concordância da continuidade, foram explicadas

todas as etapas seguintes do estudo, assim como se combinou a necessidade da presença da mãe em todas as entrevistas marcadas com Ana.

No próximo encontro, foi apresentado e lido para a participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido referente à segunda etapa deste estudo, e deu-se início a série de quatro entrevistas conforme descrito no item 4.3. Finalizadas, as entrevistas foram transcritas e anexadas aos demais instrumentos já mencionados, compondo o Estudo de Caso da participante.

#### **4.6. □ Resumo de alguns aspectos da vida da participante**

Ana é a segunda filha de uma prole de dois. Tem um irmão cinco anos mais velho. Ana perdeu o pai aos oito anos de idade em consequência de um infarto fulminante quando este tinha 42 anos. A morte do pai provocou transformações importantes na dinâmica familiar. O irmão, na época com treze anos, e a mãe passaram a buscar trabalho a fim de sustentar a casa. Deste período em diante, Ana passou a ingerir alimentos em quantidades exageradas e começou a apresentar uma voracidade que culminou em um aumento de peso significativo, chegando a pesar 115 quilos na adolescência. Ana refere ter sentido muita solidão desde a morte do pai. Passou a apresentar problemas na escola e a ter pouquíssimos amigos. Terminou o segundo grau com dificuldade, concluindo também um curso de inglês. Descreve sua adolescência como uma fase conturbada, tendo passado a fazer uso de maconha e de bebidas com bastante frequência. O álcool é, segundo Ana, uma condição indispensável para que se sinta melhor. Descreve-se como sendo “bissexual” tendo tido alguns envolvimento amorosos frustrados tanto com mulheres como com homens. Em decorrência de um desses envolvimento, desenvolveu um quadro de bulimia, devidamente diagnosticada, que a acompanha até hoje. Ana já teve, desde o início de 2004, cinco internações hospitalares devido a esse diagnóstico. No início de 2005, corta seus pulsos sendo levada à emergência de um Pronto Socorro da cidade. Após ser atendida e liberada,

é enviada de volta para casa sob responsabilidade de seus familiares, sendo que dois dias depois tenta o suicídio novamente. Ingere, nesta vez, um número elevado de comprimidos. Foi atendida na emergência de um hospital de Porto Alegre ficando internada no setor de psiquiatria do mesmo hospital.

#### **4.6.2. Análise dos dados do Estudo de Caso da participante**

##### **4.6.2. □ Apresentação das asserções**

Cinco asserções foram obtidas do material colhido pelos instrumentos descritos no item 4.3. Na exposição das asserções, são ilustradas as descrições gerais com vinhetas das entrevistas (descrição particular) segundo a proposta de análise interpretativa de Erickson (1997).

##### ***Primeira Asserção***

**Há na história de vida do tentador de suicídio importantes efeitos psíquicos frente à vivência de uma situação traumática.**

Ana descreve sua vida como dividida em dois momentos: antes e depois da morte do pai. Descreve-se como “uma criança feliz” até perder o pai. A morte dele deixa-a imersa em uma situação de dor que se torna cada vez mais traumática pelo incremento do desamparo. A situação de morte do pai dá conta de uma real situação de dificuldade, mas o elemento que a potencializa como traumática diz respeito ao intenso sentimento de desamparo instaurado. Conta Ana:

*Eu fui para a escola e quando voltei não tinha mais pai. Eu fiquei totalmente perdida, não sabia o que fazer. Até hoje eu não sei o que fazer.(...) Fiquei atônita, não sabia, achei que era brincadeira. Tinha a minha família inteira na sala e a minha mãe me chamou no quarto e disse: Ana, teu pai faleceu, ele teve um infarto. E eu: não, não, isso não pode ter acontecido. Fiquei esperando durante dias meu pai voltar do trabalho, não acreditava que ele podia ter morrido. Não fui no*

*enterro dele, não vou a enterros. (...) Fui uma criança feliz até a morte do meu pai, e quando meu pai faleceu, minha mãe, que não trabalhava, não fazia nada da vida, nem meu irmão, tiveram que sair em busca de um sustento para o lar. E eu que tinha sete anos fiquei em casa sozinha. Sozinha, por mim, sem ninguém para cuidar de mim. Eu ia para o colégio sozinha, eu fazia minhas coisas sozinha, eu comecei a me sentir cada vez mais solitária.(...). Ninguém se tocou muito no que eu estava sentido. Ninguém viu as conseqüências que aquilo podia causar.*

No decorrer das entrevistas, Ana associa a solidão ao início de sua compulsão para comer. O ato de comer compulsivamente é descrito por ela como uma conseqüência direta do vazio que passou a sentir após a morte do pai. Ao não ter percebidas suas necessidades psíquicas, Ana passa a ter na compulsão para comer uma falsa alternativa de preenchimento do vazio.

*Então eu disparei a comer, comer, comer, comer, comer, pois era a única coisa que eu tinha para fazer. Era uma coisa que fazia eu me sentir bem, e era uma coisa assim, para tapar o buraco, o vazio que meu pai tinha deixado. Sei lá porque eu comia feito um animal.*

Ao nomear seu ato de comer como “disparada” e associá-lo com o fato de se sentir um animal comendo, Ana, despersonalizada em si mesma, explicita a intensidade do traumático que a invade e deixa-a à mercê de seu efeito.

*Me senti muito sozinha, tão sozinha quanto me sinto hoje e me senti a vida inteira. Depois que meu pai morreu, eu comecei a me sentir o ser humano mais sozinho da face da terra. Não sei, é como se fosse um poço, incapaz de tapar. Eu continuei comendo, comendo até que eu atingi os 115 quilos.*

O tema do ingresso de quantidades no aparelho psíquico ocupava Freud ao escrever em 1895 seu texto *Projeto para uma psicologia científica*. Nesse texto, Freud (1895/1987) menciona como objetivo do sistema neuronal a evitação de todo investimento excessivo da

tensão. A noção de dor psíquica está associada a esta magnitude de excitação incapaz de ser processada psiquicamente. A definição de trauma é apresentada por Freud (1893/1987) em um texto escrito originalmente em francês e que nasceu do intercâmbio com Charcot. O texto chamado *Algumas considerações para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*, Freud (1893/1987) escreve “todo evento, toda impressão psíquica é revestida de uma determinada carga de afeto (*Affektbetrag*) da qual o ego se desfaz, seja por meio de uma reação motora, seja pela atividade psíquica associativa”. Segundo Freud (1893/1987) frente à incapacidade da pessoa em eliminar esse afeto excedente ou quando “se mostra relutante em fazê-lo, a lembrança da impressão passa a ter importância de um trama e se torna causa de sintomas histéricos permanentes” (p191). Por mais que a atenção de Freud nesse texto esteja voltada à compreensão da patologia histérica, cabe destacar a relação já explicitada entre o excesso que ingressa no aparelho anímico e a incapacidade psíquica de processá-lo adequadamente. Pode-se destacar o valor dado à ocorrência de um acontecimento cujo valor afetivo resulta numa quantidade (excesso) que fica à mercê das condições psíquicas do sujeito de processá-la.

Nos textos de Freud, entre os anos de 1895 até 1897, observa-se a formulação da teoria do trauma associada à ocorrência de um fato real de sedução, sendo que a reformulação desta proposição inicial abre novas vias de compreensão dos padecimentos humanos. O conceito de fantasia retira o trauma da condição de uma sedução real e passa a dar condições de inserção deste via compreensão do aspecto econômico no funcionamento psíquico nos textos freudianos da virada de 1920. Além do abandono da idéia da ocorrência de um fato real de sedução, Freud também renuncia a linearidade na compreensão da patologia. Nesse contexto teórico pode-se afirmar, conforme escreve Uchitel (2001), que o motivo da enfermidade psíquica passa a ser, a partir de 1897, a significação e a representação que o sujeito atribui ao evento, assim como o fracasso da defesa. Ou seja, se, por um lado, o abandono da teoria do trauma real remete ao conceito



de fantasia, esta, por outro lado, leva a noção de realidade do trauma para o psiquismo. Assim, para entender o efeito do traumático na história de Ana, precisa-se inscrever a realidade de seu trauma na singularidade de seu psiquismo.

A morte do pai é vivida com um incremento de desamparo que torna o ocorrido não mais possível de ter a vigência de um processo de luto. Este sentido do aspecto econômico do traumático é evidenciado por Freud (1917/1976): “aplicamo-lo a uma experiência que, em curto período de tempo, aporta à mente um acréscimo de estímulo excessivamente poderoso para ser manejado ou elaborado de maneira normal, e isto só pode resultar em perturbações permanentes da forma em que essa energia opera” (p. 325). Assim, observa-se, na história de Ana, não o conseqüente trabalho de luto frente à perda de um ente querido, mas, sim, a invasão de uma quantidade psíquica que tenta encontrar na compulsão a comer uma via de descarga. Como bem descreve Ana, era assim que tentava preencher o vazio deixado pelo pai, na verdade preencher sua condição de desamparo depois disso. Para Fischbein (1999), “para o psiquismo o oposto ao trauma é o trabalho de luto. O trabalho de luto implica transformação, gera novos investimentos e representações de objeto que a nível mental complexizam a estrutura psíquica” (p. 265).

Ainda, segundo Maia (2003), “o transbordamento pulsional, próprio das experiências traumáticas, fará com que o sujeito busque soluções psíquicas possíveis: o traumático dói e angustia, e o sujeito terá que procurar formas para dar uma contenção a essa dor” (p. 22). Na situação de Ana percebe-se o alto custo da solução encontrada. Ao deformar seu corpo comendo compulsivamente, dá mostras do poder destrutivo da compulsão à repetição. Segundo afirma Fischbein (1999), a vivência de desamparo é caracterizada pelo risco de perda da representação marcando a falta de defesa por ausência do que investir. Assim, para o autor, “a falta de representação provoca um vazio que precipita as percepções persecutórias de aniquilamento do ser” (p. 265).

A chegada da adolescência, período por si só de incremento de muitas problemáticas, abre espaço para outras compulsões.

*Eu aos quinze anos comecei a ficar meio rebeldezinha. Chegava em casa a hora que quisesse, comecei a beber todas, a usar maconha. Foi uma coisa libertadora, porque eu me sentia independente, não preciso da minha mãe, não preciso de ninguém. A bebida segue até hoje, é um inferno se não bebo. É um inferno não beber, eu só tenho auto-estima quando estou bêbada.*

Dessa forma, o desamparo primeiro vai se atualizando na história de Ana. A necessidade de beber, para “ter auto-estima”, mostra o quanto Ana se encontra sob o efeito deste excesso. A capacidade representacional funciona como uma espécie de dique que protege o psiquismo de novos impactos traumáticos do real, sejam esses originários da vertente somática (pulsional), como também advindos do mundo externo (Fischbein, 1999). No caso de Ana, a construção deste dique está prejudicada, deixando-a à mercê de novas situações traumáticas.

Após desenvolver sua compulsão por comer e beber, Ana conhece um homem pelo qual se apaixona e que lhe conta ser *gay*. Frente à impossibilidade de ter um relacionamento com ele, Ana fica muito deprimida.

*Me apaixonei pela pessoa errada, entrei em depressão profunda e não conseguia mais comer. Virei um caso de anorexia, não conseguia comer mais nada. Eu perdi 60 quilos em setes meses, por isso que hoje em dia eu sou flácida, ainda tem pele sobrando, mas continuo me achando enorme de gorda, continuo querendo emagrecer dez, quinze quilos e sendo muito infeliz comigo mesma. Acontece que o físico acaba atingindo meu psicológico.*

Mesmo na inversão dos fatos, Ana estabelece uma importante relação entre o psíquico e o físico. Seu corpo, na intensidade em que engorda ou emagrece, dá conta de seus ineficientes recursos psíquicos para metabolizar a dor e a angústia. Segundo Knobloch

(1988) nas relações existentes entre trauma e memória, Ferenczi faz uma importante contribuição. Para este autor, a memória encontra-se no corpo. Em 1932, Ferenczi escreve uma nota na qual afirma que “a lembrança permanece imobilizada no corpo e é, somente aí, que ela pode ser acordada” (p. 268). Em seu Diário Clínico, Ferenczi (1932/1997) considera que uma grande dor tem um poder de anestésico, é uma dor inacessível à consciência por carecer de representação. O que Ferenczi está propondo com a idéia é que o processo terapêutico precisa acessar não só o conteúdo da consciência, mas também o que se apresenta de outra forma. Segundo Knobloch (1988), é dessa maneira que o paciente encenaria sua dor diante do analista, por meio de manifestações no corpo. Essa espécie de memória do corpo não se equivale aos sintomas histéricos uma vez que seriam não conversões somáticas, mas, sim, uma memória do corpo (Knobloch, 1988).

Pode-se pensar o quanto Ana tem expressado, por meio das transformações de seu corpo, o que Ferenczi traduzia como sendo a memória do corpo. A compulsão por comer, a sensação de vazio, dão conta dessa espécie de oco psíquico que a caracteriza. A representação plástica de um corpo esfomeado permite uma alusão à condição de desamparo instaurada após a perda da pessoa com quem tinha, aparentemente, mais afinidade na família.

A respeito da afinidade que sentia com o pai, conta Ana:

*Eles eram mais parecidos, minha mãe e meu irmão, eles tinham mais coisas em comum. Eles eram mais calmos e até fisicamente falando são mais parecidos. E eu e o meu pai era aquela coisa, cara de um focinho do outro.*

A relação com a mãe é sempre nomeada por Ana como sendo difícil.

*Lembro dela na minha infância como uma pessoa que estava lá, simplesmente estava lá, não dava carinho não dava muita atenção. Fazia comida, brincava de vez em quando comigo. Eu e a minha mãe, a gente nunca foi muito ligadas. A gente sempre brigava, sempre discutia e acabou que a gente resolveu se*

*afastar, ao invés de lutar contra isso, até que o destino impôs que a gente tivesse que se juntar, mas mesmo assim meu relacionamento com ela é bem difícil.*

Assim a perda do pai deixa Ana nessa difícil relação na qual se sente “diferente”. A condição de desamparo incrementada por uma perda real atualiza um desamparo infantil dessa vez sem a mediação paterna. Inscrita no corpo de Ana, está uma “fome” de amparo e de atenção.

### ***Segunda Asserção***

#### **Precariedade e fragilidade de recursos psíquicos do tentador de suicídio para lidar com conflitos no decorrer da vida.**

Pode-se encontrar na história de vida de Ana inúmeras situações nas quais, frente a conflitos, evidencia-se a singularidade das resoluções encontradas.

*A partir da anorexia eu nunca mais tive um regramento no comer. Ou eu não comia nada ou eu comia tudo e vomitava ou me atolava de laxantes. O vomitar e os laxantes começaram principalmente com o namorado que fiquei dois anos. Ele era muito magro e ele comia muito, e eu não conseguia ficar ao lado dele sem comer, olhando ele comer e não comendo. E então eu comia junto com ele, ia para o banheiro e vomitava. Já estava numa coisa de três vezes por dia provocar vômito.*

Assim Ana vai de extremos em extremos comer nada ou comer tudo. Nesse jogo dramático, muitas perdas vão se repetindo e atualizando a perda primeira.

Frente a uma tentativa de se preparar a fim de fazer um novo vestibular, pois abandonara a faculdade que cursava, Ana se matriculou em um cursinho pré-vestibular. Sobre sua vontade de fazer outro curso, diz:

*É como se eu quisesse entrar num passe de mágicas. Não tem o menor esforço para entrar. Eu já tentei fazer cursinho, eu não consegui. Eu saí no primeiro dia de aula, chorando, aos prantos. Eu não tenho mais capacidade para fazer esse tipo de coisa. Eu fico vendo todo mundo estudando e eu lá sem saber*

*nada e aquilo me dá uma depressão desgraçada e eu só tenho vontade de fugir daquele lugar.*

Ana era professora de língua estrangeira em um curso particular de línguas. Frente à ocorrência de dificuldades, acaba desistindo e abandonando o emprego.

*Começou a ficar puxado para mim e acabei desistindo. Os meus alunos começaram a me encher mesmo. Sabe, olhar para a cara deles o tempo inteiro, aquela conversa o tempo todo. Gente, vamos ficar quietos, vamos ficar quietos e ninguém parava quieto. Aquilo me stressava pra caramba. Trabalhava com todas as faixas etárias, principalmente com adolescentes. Eu chegava em casa uma pilha de nervos. Aquilo foi me fazendo mal.*

Nas desistências que se repetem, Ana nomeia o fato de não suportar algo, não agüentar mais tal situação. Dessa maneira, pode-se perceber, nos atos de desistência de Ana, o que descreve Fischbein (1999): “é no caso da passagem ao ato onde podemos pesquisar a detenção e a rendição do aparelho psíquico frente ao embate da quantidade de excitação. Esta excitação, vivenciada como tensão, manifesta seu caráter pulsional pelo acionar repetitivo” (p. 261).

Dessa maneira, em razão do fracasso dos sistemas de processamento destas cargas excitatórias, resulta a evacuação da tensão na passagem ao ato. Devido ao predomínio de ausência de capacidade representacional, o psiquismo pode ficar inundado pela angústia automática, a qual é “expressão da quantidade não representável” (Fischbein, 1999, p. 265).

Encontram-se importantes diferenças nas modalidades de processamento dos conflitos, considerando-se as representações patógenas, ou seja, aquelas associadas ao acontecimento traumático. Nas vicissitudes que permitem a representação simbólica do conflito, é possível o trabalho psíquico de ligação das cargas afetivas e a manutenção de um certo equilíbrio no funcionamento psíquico. Já frente a um funcionamento, definido por

Fischbein (1999) como um funcionamento desde a modalidade do mais arcaico, ocorre outra dinâmica. Nessa modalidade impõe-se um funcionamento psíquico que tende à descarga, no qual a tensão se presentifica via passagem ao ato. Para o autor “a tendência à descarga e ao ato são os elementos básicos que observamos naqueles estados nos quais o sujeito repudia a dor de reconhecer seus limites e carências. São estados de repúdio das representações que dão figurabilidade à dor psíquica” (p. 266).

Ana nomeia a duplicidade que encontra em si mesma:

*Eu acho que tem uma parte de mim que diz que tenho que me mexer, fazer alguma coisa da minha vida. Mas tem outra parte minha que quer morrer e não deixa eu fazer.*

Ao trabalhar as proposições de Freud a respeito da cisão do eu (*Ichspaltung*) e da defesa denominada por Freud de desmentido (*Verleugnung*), Figueiredo (2003) traz uma importante contribuição. O autor propõe que *Verleugnung* seja nomeada como desautorização. A desautorização, para Figueiredo (2003), nega a autorização para que um episódio de ruptura se inscreva no campo da experiência do sujeito e que este sujeito se converta em autor desta experiência. No processo de desautorização “o que se recusa não é uma dada percepção, mas o que vem ou viria depois dela, seja como uma percepção que a primeira torna possível, uma possibilidade de simbolização, uma conclusão lógica aparentemente necessária ou uma lembrança que a percepção pode ativar”. Trata-se, então, de impedir, via desautorização, “que o que se vê leve o psiquismo ao que poderia inferir daquilo que foi visto” (p. 60).

As conseqüências psíquicas da desautorização se fazem notar via “permanência do episódio em uma condição de enclave psíquico” como, também, resulta na impossibilidade de tramitação psíquica do acontecimento traumático a fim de metabolizá-lo e metaforizá-lo. Cabe destacar que, dessa maneira, via desautorização, o episódio traumático tende a

persistir “em uma área separada, paralela e incomunicável, ele também intacto e inacessível” (Figueiredo, 2003, p. 20).

O processo apresentado e descrito por Ferenczi como autotomia é, ainda, considerado por Figueiredo (2003) como uma forma prototípica e radical de cisão. Assim, a cisão instalada no cerne do eu daria conta do processo de manutenção e ao mesmo tempo desautorização da situação traumática. Na autotomia narcísica, segundo Figueiredo (1999), “ocorre uma defesa contra a dor, contra o trauma, contra a catástrofe na qual se deixa algo morrer para preservar a vida” (p. 135).

Para Ferenczi (1932/1997), a situação traumática sempre implica o processo de clivagem do eu. A vantagem que a clivagem oferece ao sujeito é a economia do conflito subjetivo. No intuito de sobreviver psiquicamente, o sujeito abriria mão de parte do si mesmo. Para o autor, a tarefa da análise seria eliminar esta clivagem. Segundo Knobloch (1998), “a análise, por intermédio da pessoa do analista, deveria dar condições ao analisando de reviver os fragmentos mortos, isto é, curá-los, para, depois, então, lembrar disto; o analista funcionaria como o agente curativo, como o que liga, cimenta, os fragmentos do sujeito” (p. 72).

Ana conta que não vai a enterros, podendo-se pensar, a partir disso, o quanto suas tentativas de suicídio dão conta do que não está “enterrado” dentro dela. Ou seja, o irrepresentável que não pode ser enterrado passa a buscar vias de descarga que jogam Ana num circuito de dor e de atos repetidos.

Nessa direção, Fischbein (1999), considera que “ali onde faltam as palavras aparecem as patologias do ato, e é nelas que o sujeito é atualizado por aquilo que lhe passa e não chega a controlar” (p. 266). Ana refere o quanto a vivência da morte do pai ficou desprovida de palavras. Ao ser perguntada pela pesquisadora sobre as formas como a mãe, o irmão e ela lidaram com o ocorrido e o quanto falaram sobre o que sentiam, Ana responde:

*Não conversamos sobre isso, não que eu me lembre. Acho que cada um seguiu a sua vida, preocupados em achar trabalho. (...) Me mandaram para casa de uma amiga minha, para cuidarem de mim porque eu não tinha condições de ficar em casa lembrando dele, de todas as coisas. Fugi um pouco da realidade. Foi muito difícil para mim, muito difícil. A perda do meu pai é uma coisa que eu não supero até hoje, faz um tempo que eu tento.*

### **Terceira asserção**

**A tentativa de suicídio dá conta da certeza, por parte do tentador de suicídio de ser a morte a única possibilidade de resolução de intensos conflitos.**

Ana tentou o suicídio por duas vezes num intervalo de dois dias.

*Eu estava em casa me olhando no espelho, foi um surto que eu entrei. Eu estava me olhando no espelho até que não agüentei mais. Minha mãe estava no quarto dela. Aí eu fui até a cozinha e chorei, chorei, chorei. Abracei a minha mãe e ela estranhou aquilo, aí ela foi no banheiro, e eu fui para o quarto. Ela estava no banheiro e quando eu voltei e fui no banheiro vi que ela tinha passado super bonder na fechadura do banheiro para eu não trancar, por medo, por ela sentir que alguma coisa eu ia fazer. Eu falei que ia tomar banho e antes de tomar banho eu destruí uma gilete, daquelas de se depilar. Eu peguei a gilete, o cortante mesmo, para cortar os pulsos. Aí eu fechei a porta do banheiro assim mesmo, porque ela nunca entra no banheiro enquanto eu estou usando e cortei um pulso bem fundo assim, dava para ver as veias, dava para ver tudo. Cortei os dois pulsos. Um horror, toda ensangüentada e a minha mãe entrou no banheiro. Aí ela gritou: o que tu está fazendo, sua louca! Ela saiu correndo, pegou dois pedaços de pano e amarrou meus pulsos. A gente foi para a emergência do hospital. Lá o cara deu os pontos e tal, e eu ria, estava achando super engraçado na realidade porque eu sabia que não ia ser a minha última tentativa. Eu sabia que aquilo foi a minha*



*primeira tentativa de uma série. E ela falava: de que tu está rindo? E eu: mãe, eu não vou desistir. Não é aqui que eu vou desistir, não é porque não deu certo, que tu conseguiu parar dessa vez que eu vou desistir.*

Conforme anunciara, Ana tenta novamente o suicídio.

*Dois dias depois eu fiz de novo, foi a mais grave. A minha mãe estava em outra cidade próxima de Porto Alegre e aí tinha uns remédios para dormir. Liguei para ela e falei: onde estão os remédios, onde está o Neosine que eu quero dormir e não consigo. E ela falou: tu vais tomar um só? E eu falei: vou e ela falou: Tu jura para a mãe? E eu, juro mãe, não vou tomar mais de um. E ela: está lá naquela caixa embrulhada, dentro de uma outra caixa lá no armário. Daí eu abri aquela caixa e vi aquele monte de remédio de tarja preta. Eram os remédios que eu tomava, só que ela me dava aos poucos. E quando eu vi aquilo, aquele monte de remédios de tarja preta eu fale é hoje, é hoje que eu me mato. Aí peguei e tomei 80, tomei 80 comprimidos. Antes sai e fui na farmácia e comprei mais Nitrogin. Eu sabia que Nitrogin dava overdose. E aí eu tomei e... só que meu erro foi que eu estava na Internet conversando com um amigo meu, e – aí, o que tu tá fazendo?; aí comecei a rir e falei assim: □ah! eu tomei um monte de comprimidos para dormir agora e desliguei. Aí ele levou a sério e ligou urgente para a minha mãe. Ele ligou para a minha mãe apavorado, □a Ana tentou se matar, tomou um monte de comprimidos para dormir. E o meu irmão foi lá em casa, o meu irmão trabalha lá perto... Era de dia, era umas duas ou três horas da tarde. Eu falei eu não vou embora daqui, quero morrer, quero que saiam daqui, quero morrer em paz, lembro que eu ainda falei. Meu irmão saiu e voltou com a minha tia. (...) O remédio já tinha começado a fazer efeito, eu estava super grogue. Eu fiquei uns 4 ou 5 dias na UTI fazendo lavagem, e foi isso depois eu subi pra ala psiquiátrica, por tentativa de suicídio. Eu fiquei lá mais 5 dias, pela quinta vez.*

Ana mostra-se inconformada por não ter conseguido morrer. Recusou-se durante a internação no hospital a receber seus familiares.

*Não queria ver as pessoas, porque na minha cabeça aquelas pessoas que estavam ali, iam me visitar, eram as pessoas que me tiraram a oportunidade de morrer, sabe? Estava e ainda tenho raiva, e ainda guardo essa raiva dentro de mim, eu nem falei isso para a minha mãe ainda. Eu poderia estar morta agora, eles não deixaram, eles me tiraram a minha única solução. Pode ser uma solução ruim, mas foi a única solução que eu achei, e eu estava feliz com ela, eu estava satisfeita com ela, e não deixaram eu tomar.*

A raiva à qual Ana se refere parece ser anterior a esse fato. A condição de desamparo instaura-se quando, aos oito anos de idade, sentiu-se sozinha e incapaz de lidar com o excesso do luto. Ana, frente à morte do pai, ocorrida num momento em que o sentia como mais próximo a ela do que qualquer outra pessoa da família, também inaugura em Ana sentimentos de raiva e culpa. A busca pelo excesso na comida denunciava o excesso de desamparo. O contraste entre sua relação com o pai e sua relação com a mãe é evidente.

*Meu pai era uma pessoa excepcional. Todo mundo fala muito bem dele até hoje. (...) Meu pai era tudo na minha vida. Domingo de manhã assistia Fórmula Um comigo na sala enquanto minha mãe fazia o almoço, me fazia carinho no cabelo antes de eu dormir. (...) Eu e o meu pai era aquilo de cara de um, focinho do outro. Ele sempre tinha aquela coisa de minha filhota, minha filhinha, vem com o papai. (...) Minha mãe é bem fechada. A mãe também é bem deprimida. Ela fica em casa, sem fazer nada, comendo também. (...) Ela se acha muito feia, se acha gorda, a mesma coisa que eu. (...) A lembrança que tenho da minha mãe na infância é de uma pessoa que simplesmente estava lá. Fazia comida, brincava de vez em quando comigo, nada de mais. Eu e a minha mãe, a gente nunca foi muito ligadas.*

Ao ser internada em 2004, devido à bulimia, Ana já dava sinais de que algo não estava bem com ela. Desde seus quinze anos, passou a ter comportamentos de risco explícitos no uso de álcool, no uso de maconha, no sexo sem proteção assim como nos episódios de voltar de madrugada sozinha a pé para casa. Ao descuidar-se, testava o que ela mesmo chamava de “*coisa de adolescente de sentir que nada vai dar errado, como se tivesse o corpo fechado*”. O descuido com o corpo era evidente. Tomava laxantes em grande quantidade, vomitava várias vezes ao dia.

*Fazia isso em casa. Minha mãe não via. O pior cego é aquele que não quer ver. Eu comia e ia direto para o banheiro, comia, comia, comia e ia direto para o banheiro. Depois saia bem feliz do banheiro. Vomitava tudo e a minha mãe não via e não ouvia. É bem isso o pior cego é aquele que não quer ver. Assim como ela não vê que eu sou lésbica, ela não vê que eu sou bulímica.*

No espaço intersubjetivo, a cegueira se atualiza incrementando o desamparo. À dor de Ana, não percebida na ocasião da morte do pai, somam-se episódios nos quais o não-visto e não-nomeado ganha impulso para repetições. Como escreve Aulagnier (1988), o Eu é produto de sucessivas experiências de impotência nas quais foi modelado pelo outro. No caso de Ana, a ausência de reconhecimento de sua dor também vai moldando suas adições. O traumático estabelece, via precariedade das relações intersubjetivas, o predomínio de uma dor insuportável que busca descarga em atos de desespero.

Com o passar do tempo, após cinco internações no ano de 2004, devido à bulimia, em janeiro de 2005, o suicídio surge para Ana como forma de resolver o insuportável dentro dela.

*Eu estava extremamente deprimida, extremamente solitária, liguei para o meu amigo, ele não atendeu o celular. Liguei para outro amigo meu e ele também não atendeu o celular. Estou sozinha no mundo. Não tenho ninguém para falar, ninguém para conversar. E aí fui para frente do espelho para conversar comigo*

*mesma e vi aquela imagem horrível que eu sempre vejo quando eu me olho. E aquilo me impulsionou de uma maneira tão forte para me matar que eu falei tem que ser agora, eu não agüento mais conviver com isso. Isso de solidão misturada com a minha imagem.*

Na fala de Ana o tema da morte está sempre presente. Ela considera que a única forma de aplacar sua dor é estando morta. Mostra-se desanimada e sem vontade de lutar por seus sonhos.

*Não sei se quero essas coisas tanto assim. Tem que lutar tanto para conseguir que não sei se vale a pena.*

Nas contribuições de Ferenczi sobre o trauma, evidencia-se o efeito de quantidades que paralisam e impedem o sujeito de viver como uma unidade psíquica. O trauma passa a determinar o destino da pulsão. O impacto do trauma deixa o sujeito à mercê do irrepresentável e, mediante a repetição de atos, mostra a força do não-nomeado impondo um circuito de dor incessante na repetição. Ao falarmos sobre possibilidades de dar novo sentido a sua vida, Ana refere sempre uma dificuldade para que isto aconteça. A cada possibilidade de mudança, surge um impedimento. O sentimento predominante é de desesperança.

Na história de Ana, há o predomínio inegável de dor psíquica. Neste estudo utiliza-se a expressão dor psíquica a qual, segundo Maia (2003), enfatiza “uma vivência de dor que se dá no limite do insuportável. À dor psíquica se associa a ameaça de aniquilamento do eu” (p. 90). A autora destaca que, muitas vezes, na busca de formas para sanar a dor psíquica surgem as adições, as somatizações, a paralisia do fluxo desejante, as anorexias, as bulimias. Essas formas conciliatórias defensivas, segundo Maia (2003), “nem sempre sedam tais estados afetivos que obedecem a uma economia de dor” (p. 69). Nesse sentido, a morte é buscada por Ana como forma de aplacar o insuportável que a habita.

*Ter a tua gilete e pensar assim, sem faculdade, sem viagens, sem nada. Isso acaba aqui, foi muito difícil para mim, mas, a vontade de morrer era bem mais forte.(...) Eu poderia estar morta agora, eles não deixaram, eles me tiraram a minha única solução. Pode ser uma solução ruim, mas foi a única solução que eu achei e eu estava feliz com ela. Eu estava satisfeita com ela e não me deixaram. (...) Essas pessoas não sabem nada, elas não sabem de nada. Não tem mais saídas, eu quebro a minha cabeça pensando, eu não tenho forças para mais nada.*

A vontade de morrer é associada a uma sensação de paz, de resolução de problemas. Ana pensa em outras formas de cometer suicídio. Mostra que esta segue sendo uma motivação vigente.

*O suicídio é uma forma de resolver os meus problemas. Eu não ia ter que pensar mais nisso, eu não ia ter que sofrer mais, não ia ter que ficar me preocupando com comida mais, ou com solidão mais. As coisas iam acabar, eu iria ter paz.(..) Hoje penso em me atirar de lugares altos, tomar mais remédios, mas a minha mãe esconde os remédios agora.(...) Pensar em suicídio me acalma, é uma coisa assim de ser a única solução.*

#### ***Quarta asserção***

**Há no tentador de suicídio precariedade e predomínio de características narcísicas nos vínculos afetivos.**

Segundo Laufer (1998), a conduta e o desenvolvimento de uma pessoa não são acidentais. Quando há impossibilidade de explicação de terminadas formas de comportamento, sabe-se que “todo comportamento e desenvolvimento são reflexos da história desta pessoa, incluindo o que ocorreu entre ela e as pessoas mais importantes da sua vida – seus pais ou aqueles adultos que assumiram a responsabilidade de seu cuidado” (p. 20).

A história de Ana é marcada pelo temor à solidão, assim como um desejo de receber uma atenção absoluta por parte dos amigos. Seus vínculos seguem a lógica do tudo ou nada. Numa ocasião em que recebe a visita de sua ex-namorada e de um amigo, Ana fica muito deprimida quando estes, após estarem duas horas com ela, precisam sair para atender compromissos pessoais. Do mesmo modo com que lida com a comida, Ana investe em seus objetos. Eles precisam ser ingeridos, mastigados e, frente a algo que a desagrade, bruscamente vomitados. Ou seja, o que Ana busca de forma compulsiva em seus vínculos amorosos ou de amizade é uma forma de aplacar o vazio que a angustia. Como bem descreve Maia (2003) a respeito das adições, “a repetição do uso da droga na evitação da angústia se tornará compulsiva, e o adicto perderá o controle das situações” (p. 79).

Maia (2003) descreve o narcisismo, em sua forma positiva, como sendo “aquilo que garante às individualidades o sentimento de si” (p. 68). Assim, as ditas patologias do narcisismo apresentam, no terreno do investimento em si e nos objetos, sua mais crucial conflitiva. As patologias do narcisismo encontram sua etiologia nas referências à dor psíquica e à ameaça de morte. Assim, “as intensidades vividas são de tal ordem que o aparato psíquico se vê inundado, precisando de recursos ‘urgentes’ para sanar a dor” (p. 69). Então, o fracasso das soluções encontradas faz com que o psiquismo seja regido por esta economia de dor.

As palavras de Ana explicitam como se dá a escolha por um relacionamento amoroso.

*Eu odeio pessoas sem iniciativa. Eu gosto de pessoas firmes e fortes que estejam lá sempre para mim e quando isso não acontece eu me sinto muito mal.*

Ana fala sobre suas amizades assim como da expectativa de encontrar alguém e ser feliz.

*Eu fico muito na Internet. Meus amigos me ligam. Mas eu não sei fazer novas amizades, só pela Internet. Não sei encontrar uma pessoa num bar e começar a*

*conversar.(...) Eu sinto que não tem ninguém para mim lá fora, Todo mundo tem uma alma gêmea menos eu. (...) A noite quando estou sozinha deitada, com a porta fechada eu penso muito em morrer. Eu não quero mais viver porque as maneiras que eu tenho de ser feliz são sempre cortáveis. Eu encontro uma brecha de felicidade e me tiram. Parece que tem sempre uma que as pessoas apagam e é sempre assim, eu tenho que estar sempre lutando para conseguir essa luzinha. Mas eu não quero só essa luzinha, eu quero mais do que isso. E se eu não conseguir uma luzinha para mim eu não vou conseguir o resto, porque eu não consegui nada. E assim eu vou ficar sempre nesse vínculo emocional, esperando alguma coisa acontecer.*

#### ***Quinta Asserção***

**O espaço de escuta, ao dar sentido ao traumático, pode funcionar como uma importante ajuda ao tentador de suicídio.**

Nas entrevistas realizadas com Ana, um dos poucos momentos em que referia algo que a ajudava dizia respeito à possibilidade de falar com a pesquisadora sobre as coisas que a angustiavam. Mesmo que a relação estabelecida com a participante não fosse uma relação de processo terapêutico, pode-se perceber o potencial de ajuda que um profissional de saúde mental tem frente a um paciente com histórico de tentativa de suicídio.

No campo transferencial, o paciente, via repetições e atualizações, abre um importante canal de acesso à compreensão do que este ato denuncia. No caso de Ana, pode-se perceber uma “*repetição do idêntico*” conforme refere Fischbein (1999). Para o autor, esse tipo de repetição denuncia um aparelho psíquico arrasado em sua forma precoce pelo trauma, sendo que na repetição do idêntico não ocorre uma possibilidade de elaboração. Ainda para Fischbein (1999), na repetição do idêntico, “o curso de acontecimentos que marcam a vida parece imutável e foram fixados muito tempo antes.

Esta forma de repetição marca a presença do pulsional que arrasa com a funcionalidade da estrutura e se manifesta em seu caráter repetitivo” (p. 273).

Na proposta ferencziana, a conseqüência de um processo de autodilaceração pode transformar bruscamente a qualidade de relações de objeto. Por meio de um exemplo relativo a pacientes com impulsos suicidas, Ferenczi (1932/1997) descreveu o modo como um terapeuta pode convocar o paciente a falar sobre a situação traumática, mas, agora em outro contexto. Para o autor, é favorável mostrar-se ao paciente que ele não está inteiramente só. Escreve Ferenczi (1933b/19927) sobre esta situação que

talvez não lhe possamos oferecer tudo o que caberia em sua infância, mas só o fato de que possamos vir em sua ajuda já proporciona o impulso para uma nova vida, na qual se fecha o dossiê de tudo o que se perdeu sem retorno e, além disso, efetuando o primeiro passo, é permitido contentar-se com o que a vida oferece, apesar de tudo. Não rejeitar em bloco, mas vitalizar o que ainda pode ser utilizável (p. 117).

Nesse sentido, o espaço terapêutico (na pesquisa um espaço de acolhimento), via qualificação da escuta do condutor do processo, pode oferecer ao paciente a possibilidade de metabolização do traumático. Nos encontros com Ana, em alguns momentos ela pode expressar o quanto a ajudava ser escutada, assim como poder falar sobre o que a afligia.

*Foi bom conversar aqui pois fazia tempo que eu não conversava com alguém. Poder me abrir totalmente com alguém, fazia tempo que eu não sentia isso com alguém, foi bom.(...) Foi bom eu me senti melhor. Eu consegui me abrir, eu estava precisando conversar essas coisas com alguém. Já que não posso conversar com a minha mãe. Ela nunca vai me entender. Então pelo menos eu pude me abrir um pouco.*

Por mais que se mostrasse sem esperanças em relação a seu futuro, aparentando muito desânimo e falando com voz extremamente baixa e sem entonação, Ana compareceu a todas as entrevistas marcadas, assim como procurou atendimento na Instituição para a



qual foi encaminhada. Mesmo que isso não signifique *a priori* que Ana não tentará se matar novamente, pelo menos não está mais tão sozinha como referira no início dos encontros com a pesquisadora.

O espaço terapêutico é um aliado essencial neste processo de ajuda à Ana no que diz respeito à instauração de condições para realizar um trabalho psíquico em relação a sua história. A idéia de trabalho psíquico está presente ao longo da obra de Freud sendo entendido, conforme escreve Fischbein (1999), como “uma atividade do sujeito, ainda sem que este tenha consciência dela, tendente a ligar as impressões traumatizantes” (p. 274).

Dessa maneira com o encaminhamento feito a Ana, busca-se ajudá-la neste importante trabalho de simbolização. A operação de simbolização, segundo Fischbein (1999), possibilita:

a formação de complexos representacionais que aludem ao real, mas transformando-o no interior do sujeito de modo que lhe permita sua funcionalidade, processando a excitação que lhe vem desde sua exterioridade: o soma e a realidade objetiva, prestando-lhe suporte representacional a suas cargas. Para proteger-se do impacto dos estímulos, apela a sua bagagem representacional como escudo protetor (p. 275).

A respeito da possibilidade de elaboração das experiências traumáticas, Maia (2003) considera que “é preciso fazer surgir no setting afetos que, por sua dimensão traumática, provocam cisões patológicas para o sujeito. Entendo que o sujeito que tem sua vida psíquica em parte devassada por aspectos traumáticos age a dor, sendo incapaz de significá-la” (p. 238). Nesse sentido, para a autora, muitas vezes no espaço transferencial a compulsão à repetição se apresentará como “uma oportunidade, às vezes única, de fazer mover essa engrenagem tão delicada que se monta a partir das vivências traumáticas patológicas” (p. 239). Ao marcar a diferença entre agir a dor e expressar a dor, a autora

considera que a repetição dos afetos nesse espaço possibilita que se retire as experiências traumáticas da clandestinidade e do estado de dissociação.

Nesse sentido, este estudo piloto tem como objetivos, conforme citado no item 4.6., além de conhecer a pessoa que tentou o suicídio e possibilitar uma situação de escuta compartilhada de seu sofrimento, também oferecer-lhe um encaminhamento para pronto atendimento em uma instituição psicanalítica. Ou seja, sabe-se da urgência de uma escuta qualificada frente à demanda de uma pessoa que, sob ação do traumático, mostra, via uma patologia do ato, ter de, como única forma de resolução de seus conflitos, atentar contra a própria vida.

O estudo piloto possibilitou observar que os procedimentos previstos no projeto são possíveis de serem executados, assim como demonstrou que a coleta de dados (ficha sociodemográfica, entrevista MINI e a série de quatro entrevistas) permitem obter um material consistente, que, ao ser analisado pela proposta de Erickson (1997) e interpretado com base na teoria psicanalítica, consegue atingir os objetivos descritos nos itens 3.1. e 3.2.

#### **4.7. Considerações éticas**

A preocupação com a adequação da forma de abordagem, o respeito e o reconhecimento da seriedade e gravidade do ato que cometeu o participante, assim como a existência de intenso sofrimento psíquico por parte dele, são aspectos relevantes na proposição deste estudo. O objetivo nas entrevistas com os participantes do estudo não é unicamente a coleta de dados. Considera-se que a qualidade da escuta numa situação como esta não pode ser unicamente de quem busca “informações”. Sabe-se que, na proposta deste estudo, a doutoranda estará diante de pessoas que vivenciaram uma experiência que traduz por si só sua fragilidade emocional. Pensa-se, outrossim, que a situação de entrevista – encontro –, viabilizada por meio deste estudo, deve necessariamente contemplar um aspecto que parece fundamental: a possibilidade de oferecer ao participante

uma condição de escuta clínica (profissional) e de absoluto respeito em relação ao que se passou com ele.

Na medida em que se entende ser a tentativa de suicídio a resultante de intensas dificuldades vivenciadas pela pessoa e frente as quais o suicídio lhes pareceu a única “solução” possível, acredita-se que a oferta de um espaço no qual possa ser convidada a pensar no significado do que lhe ocorreu resulta em algo por si só terapêutico. Ao viabilizar a expressão da dor em palavras, o pesquisador abre, junto com o participante, outra via de expressão de seu sofrimento. Rompe-se, desse modo, a possível crença de que só um ato que visa à própria morte possa dar vazão a seu sofrimento. As entrevistas com os participantes terão assim, além dos objetivos citados no item 3.2., três objetivos interligados: conhecer a pessoa que tentou suicídio, possibilitar-lhe uma situação de escuta compartilhada de seu sofrimento e oferecer-lhe um encaminhamento a uma instituição psicanalítica na qual terá assegurada sua condição de paciente. Os participantes deste estudo assim como sua família não terão gastos decorrentes das entrevistas a serem agendadas com a doutoranda.

Este projeto de pesquisa foi encaminhado à Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS para suas devidas considerações, sendo, posteriormente, submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Anexo G).

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Amaro, J. W. F. (2003). Temas essenciais. São Paulo: Lemos.

Amorim, P., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T. & Sheehan D. (1998). DSM-III-R Psychotic disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. European Psychiatry, 13, 26-34.

- Aulagnier, P. (1988). La violencia de la interpretación. Buenos Aires: Amorrortu.
- Aulagnier, P. (1991) Los principios del funcionamiento identificador: permanencia y cambio. In L Hornstein, P. Aulagnier, M. L. Pelento, A. Green, M. C. Rother de Hornstein, H. Bianchi, M. Dayan & E.F. Bosoer. Cuerpo historia, interpretacion. Piera Aulagnier: de lo originario al proyecto identificador. Buenos Aires: Paidós.
- Bachelard, G. (1999). A psicanálise do fogo. São Paulo: Martins Fontes.
- Barros M. B. A., Oliveira, H. B. & Matín-León, L. (2004). Epidemiologia no Brasil. In B. G. Werlang & J. N. Botega (org). Comportamento suicida (pp. 45-58). Porto Alegre: Artmed.
- Bauer, M. W. & Gaskell, G. (2002). Pesquisa qualitativa com texto, som e imagem. Petrópolis: Vozes.
- Berlinck, M. T. (2000). Psicopatologia fundamental. São Paulo: Escuta.
- Bertolote, J. M. & Fleischmann, A. (2004). Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In B. G. Werlang & J. N. Botega (Org). Comportamento suicida (pp. 35-44). Porto Alegre: Artmed.
- Blos, P. (1985). Adolescência: uma interpretação psicanalítica. São Paulo: Martins Fontes.
- Blos, P. (1996). Transição adolescente: questões desenvolvimentais. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto.
- Botega, N. J. (2000). Suicídio e tentativa de suicídio. In B. Lafer, O. P. Almeida, R. Fráguas Jr. & E. C. Miguel (Eds.). Depressão no ciclo da vida (pp. 156-165). Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J. & Rapeli, C.B. (2002) Tentativa de suicídio. In Botega, N. J. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. (p. 365-377). Porto Alegre: Artmed.

- Botega, N. J., Mauro, M. L. & Cais, C. F. S. (2004). Estudo Multicêntrico de intervenção no comportamento suicida - Supre-Miss - Organização Mundial da Saúde. In B. Werlang & J. N. Botega (org). Comportamento suicida (pp. 177-182). Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J. & Werlang, B. S. Avaliação e manejo do paciente. In B. Werlang & J. N. Botega (org). Comportamento suicida (pp. 123-140). Porto Alegre: Artmed.
- Brundtland, G. H. (2003). Prefácio. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy A. B. Zwi & R. Lozano. Informe Mundial sobre violencia y Salud. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Campos, L. F. de Lara. (2001). Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia. Campinas: Alínea.
- Cassorla R. M. S. (2003). Prefácio. In. Turato, E. R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis:Vozes.
- Cassorla R. M. S. (2004). Suicídio e autodestruição humana. In B. G. Werlang & J. N. Botega (org). Comportamento suicida (pp. 21-33). Porto Alegre: Artmed.
- Cassorla, R. M. S. (1998). Considerações sobre o suicídio (reflexões suscitadas na apresentação deste livro). In R. M. S. Cassorla (Coord.). Do Suicídio: estudos brasileiros (2ª ed., pp. 17-26). Campinas: Papirus.
- Cassorla, R. M. S. (1991) Do suicídio: estudos brasileiros. Campinas: Papirus.
- Cassulo, M. M., Bonaldi, P. D., Liporade, M. F. (2000). Comportamento suicidas em la adolescencia: morir antes de la muerte. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Casullo, M. M. (2003). Adolescentes em riesgo: identificación y orientación psicológica. Buenos Aires: Paidós.

- Conte, B. (2004). Reflexões sobre o método e a metodologia em psicanálise. Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, 1(3), 6-15.
- De Leo, D. (2004). Prefácio. In B. G. Werlang & J. N. Botega (Orgs). Comportamento suicida (pp. 13-16). Porto Alegre: Artmed.
- De Leo, D., Bertolote, J. & Lester, D. (2004). La violencia autoinfligida. In Informe Mundial sobre la violencia y la Salud (pp. 199-232). Organización Panamericana da Saúde - OPS.
- Deslades, S. F. & Assis, S. G. (2002). Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o dialogo das diferenças. In M. C. S. Minayo (Orgs). Caminhos do pensamento: epistemologia e método (pp. 195-223) Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Dias, M. L. (1991). Suicídio: testemunhos de adeus. São Paulo: Brasiliense.
- Dutra, E. (2002). Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In C. S. Hutz (Org.). Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção (pp. 55-87). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Erickson, F. (1986) Qualitative methods in research on teaching. In M. Wittrock. Handbook of research on teaching (pp. 119-161). New York: MacMillan Publishing.
- Erickson, F. (1997). Metodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. In M. Wittrock (Org.). La investigación de la enseñanza (pp. 195-301). Barcelona: Paidós.
- Fagundes, J. O. (2003). A psicanálise diante da violência. Revista Brasileira de Psicanálise, 37(2/3), 721-736.
- Farberow, N. & Shneidman, E. (1969). Necesito ayuda: un estudio sobre el suicidio y su prevención. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Ferenczi, S. (1997/1032). Sándor Ferenczi: sin simpatía no hay curación. El Diario Clínico de 1932. Buenos Aires: Amorrortu.

- Ferenczi, S. (1922/1992). O sonho do bebê sábio. In. Obras Completas de Sándor Ferenczi (Vol. III, pp. 207) São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S.(1933a/1992) Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In Obras Completas de Sándor Ferenczi (Vol. IV, pp. 97-101). São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S.(1933b/1992) Reflexões sobre o trauma In Obras Completas de Sándor Ferenczi. (Vol. IV, pp. 109-117). São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1992). Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes.
- Figueiredo L. C. (1999). Palavras cruzadas entre Freud e Ferenczi. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L.C. (2003). Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea. São Paulo: Escuta.
- Fischbein, J. E. (1999). Más allá de la representación: el acto. Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina- APA, 6(2), 261-280.
- Flechner, S. (2000). Acerca de los intentos de autoeliminación y suicidios en la adolescencia. Publicación Primero Congreso de Psicoanálisis y 11as. Jornadas científicas de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Tomo II, (pp. 53-65).
- Freud, S. (1969). A psicogênese de um caso de homossexualismo feminino. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol.18, pp. 185-212). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1920).
- Freud, S. (1969). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 15-115). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1911).
- Freud, S. (1969). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 10, pp. 159-320). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1909).

- Freud, S. (1972a). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 7, pp. 5-119). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1905).
- Freud, S. (1972b). Tratamento psíquico ou mental. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol.7, pp. 297-316). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1905).
- Freud, S. (1974). Luto e melancolia. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 275-291). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1917).
- Freud, S. (1974). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol.14, pp. 311-341). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1915).
- Freud, S. (1975). Análise terminável e interminável. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol.23, pp. 247-287). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1936).
- Freud, S. (1975). Moisés e o monoteísmo. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol.23, pp. 16-161). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1939).
- Freud, S. (1976). Além do princípio do prazer. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol.17, pp. 17-85). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1920).
- Freud, S. (1976a). Dois verbetes de enciclopédia. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 18, pp. 285-312). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1923).



- Freud, S. (1976). Fixação em traumas- O Inconsciente. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol.16, pp. 323-336). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1917).
- Freud, S. (1976b). O Ego e o Id. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol.19, pp. 23-83). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1923).
- Freud, S. (1987). A psicoterapia da histeria. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 2, pp. 253-296). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1893).
- Freud, S. (1987). Histeria. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 1, pp. 63-83). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1888).
- Freud, S. (1987). Projeto para uma Psicologia Científica. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 381-409). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1895).
- Freud, S. (1987). Rascunho D. Sobre a Etiologia e a Teoria das Principais neuroses. In J. Strachey (Ed. e Trad.), Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 1, pp. 208-211). Rio de Janeiro: Imago. (Obra Original publicada em 1894).
- Garma, A. (1960). Sadismo y masoquismo en la conducta humana. Buenos Aires: Nova.
- Gerez-Ambertin, M. (2003). Entre el pasage al acto e acting out. Pulsional Revista de Psicanálise, 16 (169), 09-17.
- Hornstein L., Aulagnier P., Pelento M. L., Green A., Rother de Hornstein, M.C., Bianchi, H. Dayan, M. & Bosoer, E.F.(1991). Cuerpo historia, interpretacion- Piera Aulagnier: de lo originario al proyecto identificador. Buenos Aires: Paidós.
- Knobloch, F. (1998). O tempo do traumático. São Paulo: EDUC.

- Kovács, M. J. (1992). Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Krug, E. T., Dahlberg, J., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2003). Informe Mundial sobre violencia y Salud - OPS. Washington: Publicación Científica y Técnica.
- Kude, V. (1995). A qualidade do atendimento na creche: um estudo em duas culturas. Tese de Doutorado não Publicada, Faculdade de Educação, PUCRS.
- Kude, V. (1997). Como se faz a análise de dados na pesquisa qualitativa em psicologia. PSICO 28 (2), 183-202.
- Laplanche J.& Pontalis, J. B. (1983) Vocabulário da Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes.
- Laufer, M. E. (1998). El desarrollo psicologico en la adolescencia: “señales de peligro”. In M. Laufer. El adolescente suicida (pp. 17-36). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Laufer, M. E. (1998). Un estudio de investigación sobre intentos de suicidio en la adolescencia. In M. Laufer. El adolescente suicida (pp. 113-130). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). A construção do saber - manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda;
- Lecrubier Y., Sheehan D., Weiller E., Amorim P., Bonora I., Sheehan K., Janavs J. & Dunbar G. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview: Reliability and validity according to the CIDI. European Psychiatry, 12, 232-241.
- Lüdke, M. & André M. E. D. (1986). Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU.
- Maia, M. S. (2003). Extremos da alma. Rio de Janeiro: Garamond.
- Maltsberger, J. J. (1999). The psychodynamic understanding of suicide. In D. G. Jacobs. The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention (pp. 72-82). San Francisco: Jossey-Bass.

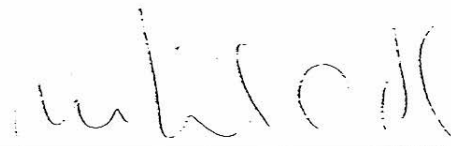
- Mandela, N. (2003). Prólogo. In. E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy A. B. Zwi & R. Lozano, Informe Mundial sobre violencia y Salud. Washington: Organização Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (1989). Manual de psicopatologia do adolescente. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Menninger, K. (1970). Eros e Tanatos: o homem contra si próprio. São Paulo: Ibrasa.
- Minayo, M. C. de S. & Souza, E. R. de (1998). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, IV (3), 513-531.
- Minayo, M. C. S. (2002). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Moffatt, A. (1983). Terapia de crise: teoria atemporal do psiquismo. São Paulo: Cortez.
- Poutois, J-P. & Desmet, H. (1992). Epistemología e instrmentación em ciencias humanas. Barcelona: Editorial Herder.
- Retterstol, N. (1993). Suicide: an european perspective. Cambridge: Cambridge University Press.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Santana, F. C., Souza, E. R., Minayo, M. C. S., Malaquias, J. V. & Reis, A. C. (2002). Evolução Temporal da Mortalidade por Suicídio no Brasil, 1980 a 1999. Cadernos de Saúde Pública, 6, 1-7.
- Schuman, D. (1982). Policy analysis, education, and every life. Lexington: Heath.
- Seidman, I. E. (1991). Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences. New York: Teachers College Press.
- Seidman, I. E. (1991). Interviewing as qualitative research: a guide for reaserachrs in education and the social sciences. New York: Teachrs College Columbia University.

- Serrano, G. P. (1994). Investigación cualitativa retos e interrogantes. Madrid: La Muralla.
- Sheehan D. V., Lecrubier Y., Harnett Sheehan K., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T., Baker R. & Dunbar G. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. Journal of Clinical Psychiatry, *59*, 22-33.
- Sheehan D. V., Lecrubier Y., Harnett Sheehan K., Janavs J., Weiller E., Keskiner A., Schinka J., Knapp E., Sheehan M. F. & Dunbar G. C. (1997). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. European Psychiatry, *12*, 232-241.
- Shneidman, E. S. (1968). Orientation towards death: a vital aspects of the study of lifes. In H. L. D. Resnik (org). Suicidal Behavior (pp. 19-48). Boston: Little Brown.
- Shneidman, E. S. (1975). Suicide. In A. M. Freedman, H. J. Kaplan & B. J. Sadock. Comprehensive Textbook of Psychiatry – II (pp. 1774-1785). Baltimore: The Williams and Wilkins.
- Shneidman, E. S. (1993). Suicide as Psychache. The Journal of Nervous and Mental Disease, *181* (3), 145-147.
- Shneidman, E. S. (1994). Definition of Suicide. New Jersey: Aronson.
- Shneidman, E. S. (1998). Further reflections on suicide and psychache. Suicide and Life-Threatening Behavior, *28* (3), 245-250.
- Shneidman, E. S. (1999). The Psychological Pain Assessment Scale. Suicide and Life-Threatening Behavior, *29* (4), 287-294.
- Shneidman, E. S. (2001). This I Believe. In Comprehending Suicide: Landmarks in 20<sup>th</sup> Century Suicidology (pp. 199-203). Washington: American Psychological Association Books.
- Shneidman, E. S. (2002). Glossary for a Contemporary Suicidology. (Manuscrito não publicado).

- Stengel, E. (1968). Attempted suicides. In H. L. P. Resnik (org). Suicidal behaviors (pp. 171-189). Boston: Little Brown.
- Turato, E. R. (2003). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes.
- Uchitel, M. (2001) Neurose traumática: uma revisão do conceito de trauma. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Veneu, M. G. (1992). Ou não ser: um estudo sobre a discriminação do suicídio no Ocidente. Dissertação de Mestrado Não Publicada, Rio de Janeiro: URJJ.
- Werlang, B. G. & Botega, J. N. (2004). Comportamento Suicida. Porto Alegre: Artmed.
- Werlang, B. G., Macedo, M. M. K. & Kruger, L. L. (2004). Perspectiva psicológica. In B. G. Werlang, & J. N. Botega (org). Comportamento Suicida. (pp. 75-91). Porto Alegre: Artmed.
- WHO (World Health Organization, 2000). Preventing Suicide a Resource for Primary Health Care Workers. [On-line]. Disponível: <[www.who.int/mental\\_health/topic\\_Suicide1.html](http://www.who.int/mental_health/topic_Suicide1.html)>
- WHR (World Health Report, 2001). Suicide Prevention. In WHO (World Health Organization, 2001). [On-line]. Disponível: <[www.who.int/whr/2001](http://www.who.int/whr/2001)>
- Yin, R. K. (2001). Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman.
- Zoroglu, S. S. (2003). Suicide Attempt and Self Mutilation among Turkish High School Students in Relation with Abuse, Neglect and Dissociation. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57, 119-126.

Porto Alegre, 21 de outubro de 2004

Eu, Dra. Sissi Vigil Castiel, presidente do Núcleo de Estudos Sigmund Freud, tenho conhecimento do projeto de tese de doutorado "Tentativa de Suicídio: o Traumático via Patologia do Ato", desenvolvido pela psicóloga Mônica Medeiros Kother Macedo. Esta pesquisa desenvolve-se sob a orientação da professora Dra. Blanca Susana Guevara Werlang, coordenadora, no programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS, do grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-Clínicos. O Núcleo de Estudos Sigmund Freud compromete-se a receber para atendimento psicoterápico, em seu ambulatório, os participantes deste estudo, encaminhados pela referida doutoranda.



Dra. Sissi Vigil Castiel

CRP 07/02918

## DECLARAÇÃO

*Eu, Dra. Sandra de Lavra Pinto, Coordenadora do Ambulatório da Fundação Universitária Mário Martins, tenho conhecimento do projeto de tese de doutorado "Tentativa de Suicídio: o Traumático via Patologia do Ato", desenvolvido pela psicóloga Mônica Medeiros Kother Macedo. Esta pesquisa desenvolve-se sob a orientação da professora Dra. Blanca Susana Guevara Werlang, coordenadora, no programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS, do grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-Clínicos. A Fundação Universitária Mário Martins compromete-se a receber para atendimento psicoterápico e psicofarmacológico, em seu ambulatório, os participantes deste estudo, encaminhados pela referida doutoranda.*

*Porto Alegre, 26 de outubro de 2004.*



*Dra. Sandra de Lavra Pinto  
CRM 8937*



**ANEXO B**

Porto Alegre, janeiro de 2005.

Prezado(a) Senhor(a)

O meu nome é Mônica Medeiros Kother Macedo, sou psicóloga e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Estou desenvolvendo um projeto de pesquisa, sob a orientação da Prof. Dra. Blanca Guevara Werlang, com o objetivo de compreender o ato da tentativa de suicídio e sua relação com acontecimentos da vida da pessoa. Para isso, torna-se necessário realizar algumas entrevistas com pessoas que tentaram suicídio.

Dirijo-me a você, por meio desta, para propor-lhe a sua participação no mencionado estudo. Mesmo sabendo que, neste momento, você possa não estar motivado a falar sobre o ocorrido, acredito de que poder falar e, principalmente ser escutado, poderá contribuir no seu benefício pessoal como também para o desenvolvimento de um estudo científico.

Como não lhe conheço e não tenho nem seu endereço nem seu número telefônico solicito entrar em contato comigo pelo telefone (51) \_\_\_\_\_ para poder lhe informar mais detalhadamente sobre os objetivos do estudo e/ou sobre outros aspectos que você julgar necessários. No momento em que você quiser marcarmos uma primeira entrevista no Serviço de Atendimento Psicológico da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Você também, pode realizar contato direto com o Serviço de Psicologia através do número (51) 33203561 e marcar um entrevista comigo nos horários disponibilizados para tal..

Agradeço antecipadamente sua atenção e espero pela sua disponibilidade e concordância para participar deste estudo. Ressalto que a sua participação no estudo não terá nenhum tipo de encargos financeiros. Tenha certeza que farei o possível para auxiliá-lo no que for possível.

**Mônica Medeiros Kother Macedo.....**

Pesquisadora/Doutoranda

**.....Blanca Guevara Werlang**

Prof. Orientadora





## ANEXO C

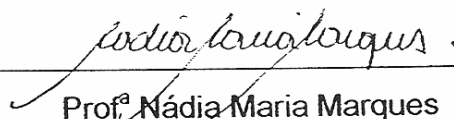
### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Porto Alegre, 25 de janeiro de 2005

Eu, Nádia Maria Marques, coordenadora do Serviço de Atendimento Psicológico (SAP) da Faculdade de Psicologia, conheço o Projeto de Pesquisa "Tentativa de Suicídio: o Traumático Via Patologia do Ato" da Doutoranda Mônica Medeiros Kother Macedo, sob orientação da Prof<sup>o</sup> Dra. Blanca Guevara Werlang.

Informo, por meio desta, que autorizo a coleta de dados, do mencionado projeto, neste serviço, considerando a sua aprovação pelo(s) órgão(s) competentes (Comissões Científicas, Comitê de Ética em Pesquisa).

Atenciosamente,



Prof.<sup>a</sup> Nádia Maria Marques

RG: 5011370243/SSP  
Matrícula: 023349  
Telefone: 3320-3561

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estamos solicitando sua autorização para que você possa participar da presente pesquisa que tem como objetivo principal compreender o ato da tentativa de suicídio e sua relação com acontecimentos da vida da pessoa. Esta pesquisa está relacionada a uma Tese de Doutorado desenvolvida pela doutoranda Mônica Medeiros Kother Macedo, junto ao grupo de pesquisa "Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-Clínicos" coordenado pela Dra Blanca Guevara Werlang, no Programa de Pós-Graduação da PUCRS. Tal estudo prevê a participação de indivíduos com idade acima de 18 anos, do sexo masculino e do sexo feminino. Para tanto, é necessário que você se disponha a participar da primeira etapa deste estudo. Neste momento você participará de uma entrevista com duração aproximada de 60 minutos, quando você responderá a dois instrumentos (entrevista diagnóstica e ficha de dados sócio-demográficos). Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins de publicações científicas mas fica assegurada a preservação do sigilo quanto à identificação dos participantes. O maior desconforto, para você, será o tempo que deverá dispor para participar da entrevista bem como a relembração de aspectos que podem ter sido difíceis. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico, assim como a possibilidade assegurada de receber encaminhamento para atendimento psicológico em uma Instituição qualificada para tal.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do participante) fui informado(a) dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido(a), do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos através do telefone (51) \_\_\_\_\_ da Psicóloga Mônica Macedo. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado(a) de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Mônica M. Kother Macedo CRP: 07/03039

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Blanca Guevara Werlang – CRP: 07/02126

\_\_\_\_\_  
Data

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estamos solicitando sua autorização para que você possa participar da presente pesquisa que tem como objetivo principal compreender o ato da tentativa de suicídio e sua relação com acontecimentos da vida da pessoa. Esta pesquisa está relacionada a uma Tese de Doutorado desenvolvida pela doutoranda Mônica Medeiros Kother Macedo, junto ao grupo de pesquisa "Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-Clínicos" coordenado pela Dra Blanca Guevara Werlang do Programa de Pós-Graduação da PUCRS. Tal estudo prevê a participação de indivíduos com idade acima de 18 anos do sexo masculino e feminino. Para tanto é necessário que você se disponha a participar da segunda etapa deste estudo. Neste momento você participará de uma série de quatro entrevistas, que serão gravadas em áudio e nas quais serão abordados temas relativos a aspectos pessoais, familiares e sociais, com duração aproximada de 60 minutos cada entrevista. Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins de publicações científicas mas fica assegurada a preservação do sigilo quanto à identificação dos participantes. O maior desconforto, para você, será o tempo que deverá dispor para participar das entrevistas, bem como, a relembração de aspectos que podem ter sido difíceis. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico, assim como a possibilidade assegurada de receber encaminhamento para atendimento psicológico em uma Instituição qualificada para tal.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do participante) fui informado(a) dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido(a), do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos através do telefone (51) \_\_\_\_\_ da Psicóloga Mônica Macedo. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado(a) de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Mônica M. Kother Macedo CRP: 07/03039

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Blanca Guevara Werlang – CRP: 07/02126

\_\_\_\_\_  
Data



Ofício nº 038/05-CEP

Porto Alegre, 07 de janeiro de 2005.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "Tentativa de suicídio: o traumático via patologia do ato".

Sua investigação será autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Délio José Kipper  
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)  
Profa Blanca Susana G Werlang e Acad Monica Medeiros K Macedo  
N/Universidade

## **II Ensaio Temático**

*Uma leitura psicanalítica sobre o trauma e a violência*

### III Artigo Teórico □\*

#### *Uma leitura psicanalítica sobre o trauma e a violência*

---

\*O presente artigo será submetido à publicação na Revista Alethéia, periódico semestral do curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil. As margens e espaçamentos sugeridos pelo periódico (ver Anexo B) foram adaptados para apresentação em formato de Tese, sendo devidamente ajustados quando do encaminhamento à revista.

## Uma leitura psicanalítica sobre o trauma e a violência

Mônica Medeiros Kother Macedo\*  
Blanca Susana Guevara Werlang\*\*

### Resumo

Este artigo, a partir dos escritos teóricos de Freud e Ferenczi sobre o trauma, estabelece pontos de contato entre o impacto psíquico provocado pela vivência do excesso e as contribuições de Piera Aulagnier sobre o conceito de violência secundária. Enfatiza-se o importante prejuízo intrapsíquico decorrente de vivências no espaço intersubjetivo. Tomando como ponto de partida as contribuições desses três autores, o artigo explora uma leitura teórica sobre o trauma e a violência considerando seus efeitos na economia psíquica.

**Palavras-chave:** Trauma, Violência, Psicanálise.

### A psychoanalytic view on trauma and violence

### Abstract

Based on Freud's and Ferenczi's theoretical writings on trauma, this article establishes a relationship between psychic impact caused by the "experience of the excess" and Pierra Aulagnier's propositions on the concept of secondary violence. The important intra-psychic damage resulting from the experiences in the inter-subjective field is emphasized. Taking these authors' contributions as a starting point, this article focus on a theoretical reading on trauma and violence, considering their effects on the psychic economy.

**Key words:** Trauma, Violence, Psychoanalysis.

\*Psicóloga, Psicanalista, Mestre em Educação, Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Professora Assistente e Coordenadora do Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia da Faculdade de Psicologia da PUCRS e Membro Pleno da Sociedad Psicoanalítica del Sur de Buenos Aires.

\*\*Psicóloga Clínica, Doutora em Ciências Médicas – Saúde Mental – UNICAMP, Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação e Diretora da Faculdade Psicologia (FAPSI) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Membro do Grupo de Trabalho para implementação de Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio - Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde.

### Endereço para correspondência:

**Mônica Medeiros Kother Macedo**

Faculdade de Psicologia - PUCRS

Avenida Ipiranga, 6681 - 90619-900 - Porto Alegre - RS

Telefone: (0-xx51) 3320-3550

E-mails: monicakm@puers.br e/ou bwerlang@puers.br

#### **IV Artigo Teórico 2\***

##### ***Vorstellung: A Questão da Representabilidade***

---

\*O presente artigo será submetido à publicação no International Journal of Psychoanalysis. As margens e espaçamentos sugeridos pelo periódico (ver Anexo B desta tese) foram adaptados para apresentação em formato de Tese, sendo devidamente ajustados quando do encaminhamento à revista.



***Vorstellung: A questão da representabilidade***

Mônica Medeiros Kother Macedo

Blanca Susana Guevara Werlang

**MÔNICA MEDEIROS KOTHER MACEDO**

Psicóloga, Psicanalista, Mestre em Educação, Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Professora Assistente e Coordenadora do Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia da Faculdade de Psicologia da PUCRS, Membro Pleno da Sociedad Psicoanalítica del Sur de Buenos Aires.

**BLANCA SUSANA GUEVARA WERLANG**

Psicóloga Clínica, Doutora em Ciências Médicas – Saúde Mental – UNICAMP, Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação e Diretora da Faculdade Psicologia (FAPSI) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Membro do Grupo de Trabalho para implementação de Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio - Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde.

**Endereço para correspondência:****Mônica Medeiros Kother Macedo**

Faculdade de Psicologia - PUCRS

Avenida Ipiranga, 6681 - 90619-900 - Porto Alegre - RS

Telefone: (0-xx51) 3320-3550

E-mails: monicakm@pucrs.br e/ou bwerlang@pucrs.br

## **VORSTELLUNG – A QUESTÃO DA REPRESENTABILIDADE**

### **Resumo**

A clínica psicanalítica atual exige que se levem em consideração as patologias que denunciam o predomínio de conteúdos psíquicos que escapam ao universo representacional do sujeito. Por meio de uma reflexão teórica a respeito do conceito de *Vorstellung* e suas implicações na técnica psicanalítica, este artigo aborda a temática da representabilidade e irrepresentabilidade dos conteúdos psíquicos. O analista necessita ir além de seus recursos de interpretação, pois, frente a pacientes com os quais se depara, deve repensar e ampliar os recursos técnicos. Aborda-se o tema da *Vorstellung* em relação à clínica com pacientes que padecem da capacidade de atribuição de sentido ao que lhes atordoa desde dentro.

**Palavras-chave:** técnica psicanalítica, representabilidade, irrepresentabilidade.

### ***Vorstellung: Representability issues***

### **Abstract**

The current psychoanalytic clinic requires one to take into account pathologies that show the prevalence of psychic contents, which do not belong to the representational universe of the subject. Through a theoretical reflection upon *Vorstellung's* concept and its implications on the psychoanalytic technique, this article aims to approach the theme of the representability and the unrepresentability of psychic contents. Thus, it is necessary for the analyst to go beyond his interpretation resources, rethinking and broadening technical resources. *Vorstellung's* theme is approached in relation to the treatment with patients suffering from the lack of skills to attribute meaning to what hurts them from within.

**Key words:** psychoanalytic technique, representability, unrepresentability.

## V Artigo Empírico □\*

### *Tentativa de Suicídio: o Traumático via ato-dor*

---

\*O presente artigo será submetido à publicação na Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, periódico do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. As margens e espaçamentos sugeridos pelo periódico (ver Anexo B desta tese) foram adaptados para apresentação em formato de Tese, sendo devidamente ajustados quando do encaminhamento à revista.

**Tentativa de Suicídio: O Traumático Via Ato-Dor**

**Tentativa de suicídio**

**Attempt of Suicide: The Traumatic Via Pain-Act**

## **Tentativa de Suicídio: O Traumático Via Ato-Dor**

### **Tentativa de suicídio**

#### **Attempt of Suicide: The Traumatic Via Pain-Act**

MÔNICA MEDEIROS KOTHER MACEDO

Psicóloga, Psicanalista, Mestre em Educação, Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Professora Assistente e Coordenadora do Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia da Faculdade de Psicologia da PUCRS, Membro Pleno da Sociedad Psicoanalitica del Sur de Buenos Aires.

BLANCA SUSANA GUEVARA WERLANG

Psicóloga Clínica, Doutora em Ciências Médicas – Saúde Mental – UNICAMP, Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação e Diretora da Faculdade Psicologia (FAPSI) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Membro do Grupo de Trabalho para implementação de Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio - Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde.

#### **Endereço para correspondência:**

**Mônica Medeiros Kother Macedo**

Faculdade de Psicologia - PUCRS

Avenida Ipiranga, 6681 - 90619-900 - Porto Alegre - RS

Telefone: (0-xx51) 3320-3550

E-mails: monicakm@pucrs.br e/ou bwerlang@pucrs.br

**RESUMO** – A ocorrência de uma tentativa de suicídio é forte preditor para que um suicídio venha a acontecer. Neste artigo aborda-se a tentativa de suicídio considerando-a um ato-dor decorrente da vivência de situações traumáticas. A partir da análise de cinco casos de pessoas que tentaram o suicídio, investiga-se a complexidade desta situação por meio de uma metodologia qualitativa. Uma série de quatro entrevistas semidirigidas, elaborada para este estudo, foi o principal instrumento para coletar os dados. Estes foram analisados por meio do método de Análise Interpretativa e com base na teoria psicanalítica. Foram identificadas cinco asserções que permitiram concluir a importância do dano psíquico provocado pelo trauma, assim como evidenciar a relevância do acolhimento e da escuta na situação da tentativa de suicídio.

**Palavras-chave:** tentativa de suicídio; ato-dor; trauma psíquico.

**ABSTRACT** – The suicide attempt occurrence is a strong predictor for the suicide to be occur. The present article sees suicide attempt as a pain-act resulting from traumatic experiences. The complex psychic situation of five individuals who attempted to commit suicide was analyzed through Qualitative Methodology. Four semi-constructed interviews have been carried out, and they were the main instrument for data collecting. The data were analyzed through Interpretative Analysis methodology, based on Psychoanalytic theory. Five assertions have been identified, which allowed us to understand the importance of the psychic damage caused by trauma. These assertions also made evident the relevance of careful listening and acceptance in the process of suicide attempt.

**Key words:** suicide attempt; pain-act; psychic trauma.

## VI Artigo Empírico 2\*

### *Trauma, dor e ato: um olhar da Psicanálise sobre a tentativa de suicídio*

---

\*O presente artigo será submetido à publicação na Revista *Ágora*, periódico da Universidade Federal do Rio de Janeiro. As margens e espaçamentos sugeridos pelo periódico (ver Anexo B desta tese) foram adaptados para apresentação em formato de Tese, sendo devidamente ajustados quando do encaminhamento à revista.



## **Trauma, dor e ato: um olhar da Psicanálise sobre a tentativa de suicídio**

MÔNICA MEDEIROS KOTHER MACEDO

Psicóloga, Psicanalista, Mestre em Educação, Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Professora Assistente e Coordenadora do Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia da Faculdade de Psicologia da PUCRS e Membro Pleno da Sociedad Psicoanalítica del Sur de Buenos Aires.

BLANCA SUSANA GUEVARA WERLANG

Psicóloga Clínica, Doutora em Ciências Médicas – Saúde Mental – UNICAMP, Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação e Diretora da Faculdade Psicologia (FAPSI) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Membro do Grupo de Trabalho para implementação de Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio - Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde.

### **Endereço para correspondência:**

**Mônica Medeiros Kother Macedo**

Faculdade de Psicologia - PUCRS

Avenida Ipiranga, 6681 - 90619-900 - Porto Alegre - RS

Telefone: (0-xx51) 3320-3550

E-mails: monicakm@pucrs.br e/ou bwerlang@pucrs.br

## **Trauma, dor e ato: um olhar da Psicanálise sobre a tentativa de suicídio**

### **RESUMO**

As relações existentes entre trauma, dor psíquica e ato são abordadas por meio da análise do caso clínico de uma pessoa que efetivou uma tentativa de suicídio. Explora-se a inter-relação entre o traumático, a ruptura das barreiras de proteção ao psiquismo e o predomínio do irrepresentável que tem como consequência o ato de tentar tirar a própria vida. A partir da metapsicologia psicanalítica, nomeia-se a tentativa de suicídio como um ato-dor.

**Palavras-chave:** Trauma, dor psíquica, tentativa de suicídio, ato dor, metapsicologia psicanalítica.

## **Trauma, pain and act: a Psychoanalytic look on the attempt of suicide**

### **ABSTRACT**

The existing relations among trauma, psychic pain and act are approached by means of the analysis of the clinical case of a person that has performed an attempt of suicide. The inter-relation among the traumatic, the breaking of the psyche protection barriers and the prevalence of the “irrepresentable” contents predominance that as a consequence produces the act of trying to take one’s own life. Through psychoanalytic metapsychology a suicide attempt is named as a pain-act.

**Keywords:** Trauma, psychic pain, attempt of suicide, pain act, psychoanalytic metapsychology.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comportamento suicida coloca o profissional da saúde mental diante de um instigante fenômeno. Deparar-se com uma situação na qual a própria morte é buscada como objetivo maior faz com que se tenha que disponibilizar um tipo singular de escuta e intervenção terapêuticas. A situação retratada no comportamento suicida pode levar à ocorrência da morte e, portanto, a uma situação na qual nada mais resta a fazer considerando-se o sujeito do ato letal. Assim, estudar o comportamento suicida visando a um conhecimento que possibilite intervenções também preventivas para que um suicídio não venha a ocorrer é de extrema validade e relevância. Para buscar recursos de prevenção a essa situação, é indispensável a investigação minuciosa dos fatores psíquicos que servem como mola propulsora para o ato de acabar com a própria vida.

A pesquisa clínica tem muito a contribuir com os estudos a respeito do comportamento suicida. Entrar em contato estabelecendo uma relação de proximidade com o tentador de suicídio faz com que os números revelados nas estatísticas adquiram contornos ainda mais relevantes. A dinâmica emocional presente no ato da tentativa de suicídio leva a pensar em modelos de intervenção clínica com essas pessoas.

O próprio Ministério da Saúde do governo brasileiro, ao instituir um Grupo de Trabalho, através da Portaria nº 2.542/GM, de 22 de dezembro de 2005, reforça a preocupação com os dados encontrados e alerta para a importância da intervenção nessas situações ao propor a elaboração e implantação de uma Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Este grupo é composto por representantes de instituições governamentais ligadas à saúde, organizações de sociedade civil e Instituições de Ensino Superior, dentre as quais encontra-se a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, na pessoa da professora orientadora desta tese, Dra. Blanca Susana Guevara Werlang.

Ao ter como foco de investigação o ato da tentativa de suicídio, esta tese pode contribuir para efetivas ações de prevenção no sentido da ocorrência de um suicídio, à

medida que se evidencia ser a tentativa um forte preditor da ocorrência de um ato letal fatal. Sem desconsiderar a multifatoriedade do comportamento suicida, o ponto de partida teórico desta tese de doutorado foi a teoria do trauma em Freud. A proposta foi argumentar ser a tentativa de suicídio um ato-dor decorrente da força do traumático. Assim, buscou-se principalmente em Freud, Ferenczi e Aulagnier, como em outros autores exponenciais da Psicanálise, base teórica para desenvolver a relação proposta entre o traumático, a dor psíquica e o ato.

A necessidade de estruturar um trabalho científico exigiu a organização de um projeto de pesquisa com passos metodologicamente viáveis do ponto de vista técnico e ético. Isso permitiu chegar até os participantes deste estudo e deu espaço para o desafio de desvendar, por meio de uma estratégia específica sustentada também na escuta clínica psicanalítica, meios de nomear a dor e propor a necessidade de historizar o ato de buscar a própria morte.

O que iniciou como uma tese de doutorado que investigaria a relação entre o trauma, o ato e a tentativa de suicídio foi ganhando contornos mais nítidos, com rosto, nome, sobrenome, idade e, acima de tudo, evidenciando uma história singular de vida. Delineava-se, portanto, em cada encontro com os participantes, um tema ainda mais complexo do que se anunciava ao início da caminhada.

Os artigos teóricos organizados retratam a maneira de abordar e desenvolver os argumentos que permitiram sustentar teoricamente a compreensão dos dados obtidos junto aos participantes desse estudo. As entrevistas realizadas davam as coordenadas a respeito do caminho a ser trilhado também na teoria.

Os artigos empíricos apresentados, por sua vez, explicitam a outra dimensão que acompanhou este trabalho de tese e que resultou, sem dúvida, num aprendizado ímpar. A exigência de regras de publicação para a organização dos artigos limita em muito a possibilidade de explorar a dimensão mais íntima que está relacionada com a investigação

realizada. Contudo, estamos cientes de que a oportunidade de experienciar tal situação da realização desta tese reverteu em ganhos significativos no que diz respeito à atividade clínica e acadêmica da doutoranda. Com certeza, muito do vivido também adquirirá novas dimensões a partir da dinamicidade presente em qualquer prática de um profissional da saúde mental.

Cabe destacar a importância e relevância do contato estabelecido com os participantes do estudo. À medida que o trabalho empírico foi se operacionalizando, as entrevistas ocorriam e a doutoranda percebia, com maior nitidez, o quanto aquelas pessoas careciam de serem escutadas e compreendidas em seu ato de desespero. As palavras dos participantes, que no início da série de quatro entrevistas surgiam tímidas e receosas, pouco a pouco, davam espaços para relatos de vida que deixavam o interlocutor impactado. Em quase todas as situações, ao falarem do momento no qual decidiram executar o ato já pensado, com lágrimas e voz embargada descreviam a intensa solidão e desesperança que experimentaram. O ato-dor acenava como um alívio, mas com o alto preço de abrir mão da própria vida.

Cada encontro que ocorria era resultante do aceite ao convite para adentrar no espaço psíquico marcado por vivências de excesso e dor, como se rebobinassem, na situação de entrevista, a fita de um tempo de suas vidas que, paradoxalmente, seguia atual. Falavam com palavras que não alcançavam o sentido do que relatavam, exigindo o dispêndio de muita atenção na escuta, pois se tornava presente na entrevista o que ainda não se representava como palavra.

As repetições da história sinalizaram a trajetória da investigação. Ana, Antônio, Geresa, Pedro e Teresa, concordando em participar do estudo, aceitaram o convite de iniciar (por meio das entrevistas) um processo de historizar um ato tido como a única forma de escapar à dor psíquica. Viver esse processo junto aos participantes resultou na certeza da importância de proporcionar espaços de escuta e acolhimento para aquelas

peessoas que convivem diariamente com o que insiste com sua força destrutiva em produzir um ato contra as suas próprias vidas. Frente a um desequilíbrio nas forças que gravitam em torno de uma situação de dor, a vida passa a correr um sério risco. Quando a dor domina o espaço psíquico, busca-se desesperadamente uma forma de evacuar essa tensão.

Se, por um lado, cada participante argumentava que seu ato denunciava a impossibilidade de atribuição de sentido daquilo que é da ordem do trauma psíquico, por outro lado, também, traziam de forma muito nítida as sensações que os acompanhavam no momento derradeiro de buscar a própria morte. Mesmo sem uma atribuição de sentido ao que os atordoa, a sua memória está indelevelmente marcada pela dramaticidade do ato realizado. Faz parte da história de cada um deles o desejo de acabar com tudo, de romper com a vida. Por alguns segundos, o desejo de morrer foi a única possibilidade de investimento.

Foi um grande aprendizado pessoal disponibilizar uma escuta que acolhesse, sem julgamento, o que os participantes contavam. Foram relatos marcados por vivências de excesso, descuido e desamparo, que descortinavam um cenário de carências e fragilidades. O que se destacava em todos os entrevistados era a impactante desesperança em relação à possibilidade de terem forças para dar conta do excesso que irrompera em seu aparelho psíquico. As dores da alma mostravam sua força e capacidade de provocar dano psíquico, explicitando sua abrangência e força de destruição por meio das falas de tais pessoas. Foram todos gentis interlocutores que aceitaram prontamente compartilhar sua história e contar seu desespero. Com certeza, esta dimensão do doutorado vai além do que se pode registrar por meio da escrita. Talvez resida aí um ponto de convergência com a impossibilidade de simbolizarem o que aflige psiquicamente esses indivíduos. Ao mesmo tempo, foi no investimento via escrita que se pôde, no decorrer da caminhada, encontrar formas de metabolizar o que se escutava nas entrevistas. Mas sempre fica algo além da escrita como vigente no território dos sentimentos.

A investigação realizada pode comprovar a condição de desamparo que marca o ser humano e abre vias de dependência em relação à qualidade psíquica de seus cuidadores. O espaço da intersubjetividade ganha destaque nessas situações nas quais a desesperança domina o cenário da vida da pessoa. Aquilo que ficou descuidado nas relações primeiras seguirá seu caminho de “reprise”, até que possa ser historizado e significado. Escutar o ato da tentativa de suicídio, o ato-dor, é escutar o processo de infiltração do excesso que foge às condições de domínio por parte de quem sofre. O que se infiltra em sua estrutura psíquica danifica e restringe sua força, colocando em sério risco seus investimentos na vida.

Nesse interjogo entre a sucessão temporal de fatos de sua história e a atemporalidade do trauma que se repete, o sujeito precisa encontrar vias de tornar passado o vivido a fim de restringi-lo ao patrimônio da memória. Somente assim poderá ingressar na temporalidade da vida e abrir novas vias de investimento no devir. Enquanto aprisionado nessa impossibilidade de deixar o tempo do traumático passar, restringem-se os recursos pulsionais de investimento.

Esta tese abordou, sem deixar de identificar, visualizar e considerar aspectos como sexo, idade, estado civil, ocupação, religião, número de tentativas, método utilizado, diagnóstico clínico, entre outros, uma modalidade de compreensão da tentativa de suicídio. Fica a certeza de não se ter esgotado um tema tão complexo. A natureza humana está enraizada na complexidade e diversidade. Não se pretende restringir a forma de compreensão de uma situação na qual o sujeito busca acabar com a própria vida. Evidencia-se nos cinco casos estudados a singularidade de cada situação.

Por outro lado, a situação de escuta mostra ser um elemento imprescindível no rol de recursos preventivos a situações de suicídios. Como sugestão para futuros estudos, fica a necessidade de qualificar a estratégia de intervenção para poder colaborar com procedimentos de prevenção ao suicídio, capacitando profissionais na área da saúde mental

que trabalham ou têm acesso a pessoas que tentam o suicídio. Entende-se que as situações traumáticas podem ter um destino diverso ao de um ato autoletal fatal quando podem ser escutadas e nomeadas na sua magnitude. Caberá ao profissional da saúde mental, qualificar-se tecnicamente para que, quando estiver frente a uma situação de sofrimento por parte daquele que o procura, possa mobilizar todos os seus recursos de ajuda por meio de uma postura ética de respeito e acolhimento à diversidade e singularidade que podem ter as dores da alma.



## REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO

- Barros M. B. A., Oliveira, H. B., & Matín-León, L. (2004). Epidemiologia no Brasil. In B. G. Werlang & J. N. Botega (Org.), Comportamento Suicida (pp. 45-58). Porto Alegre: Artmed.
- Bertolote, J. M. (2004). Dados da Organização Mundial da Saúde sobre suicídio (comunicação oral). In Simpósio Internacional “Suicídio: Avanços e Atualizações”. São Paulo, 26 e 27 de março.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2004). Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In B. G. Werlang & J. N. Botega (Org.), Comportamento Suicida (pp. 35-44). Porto Alegre: Artmed.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World Psychiatry, I(3), 181-185.
- Botega, N. J., & Werlang, B. S. Avaliação e manejo do paciente. In B. Werlang & J. N. Botega (Org.), Comportamento Suicida (pp. 123-140). Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J., Rapeli, C. B., & Freitas, G. V. S. Perspectiva psiquiátrica. In B. G. Werlang & J. N. Botega (Org.), Comportamento Suicida (pp. 107-121). Porto Alegre: Artmed.
- De Leo, D. (2004). Prefácio. In B. G. Werlang & J. N. Botega (Org.), Comportamento Suicida (pp. 13-16). Porto Alegre: Artmed.
- De Leo, D., Bertolote, J., & Lester, D. (2003). La violencia autoinfligida. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, & P. R. Lozano. Informe Mundial de la Violencia y de la Salud (pp. 200-231). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Krug, E. T., Dahlberg, J., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2003). Informe Mundial de la Violencia y de la Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Santana, F. C., Souza, E. R., Minayo, M. C. S., Malaquias, J. V., & Reis, A. C. (2002). Evolução temporal da mortalidade por suicídio no Brasil, 1980 a 1999. Cadernos de Saúde Pública, 6, 1-7.

Werlang, B. G., Macedo, M. M. K., & Kruger, L. L. (2004). Perspectiva psicológica. In B. G. Werlang, & J. N. Botega (Org.), Comportamento Suicida. (pp. 75-91). Porto Alegre: Artmed.

WHO (World Health Organization) (2000). Preventing Suicide a Resource for Primary Health Care Workers. [On-line]. Disponível: <[www.who.int/mental\\_health/topic\\_Suicide1.html](http://www.who.int/mental_health/topic_Suicide1.html)>  
Consulta em: 05 de março de 2006.

**ANEXO A**

**Ata do Exame de Qualificação**



EXAME DE QUALIFICAÇÃO

Nome da Doutoranda: MÔNICA MEDEIROS KOTHER MACEDO

Título do Projeto de Tese: "TENTATIVA DE SUICÍDIO: O  
TRAUMÁTICO VIA PATOLOGIA DO ATO"

Título do Ensaio Temático: "UMA LEITURA PSICANALÍTICA SOBRE O  
TRAUMA E A VIOLÊNCIA"

Exame de Qualificação: (X) Aprovado / ( ) Não Aprovado

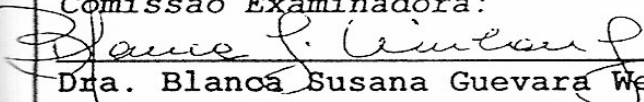
Data da Arguição: 29 de abril de 2005.

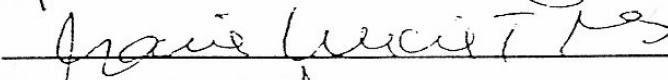
Parecer

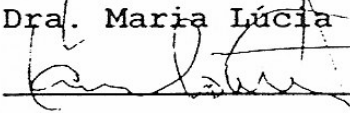
Excelente proposta sustentada de forma  
brilhante do ponto de vista teórico;  
o método é adequado ao objetivo  
e, diante do tema há séria  
cuidado nos procedimentos em fun-  
ção da adequada atitude/ação  
ética.

A banca deve aproveitar a mate-  
rial utilizado no questionário (de  
respostas) para melhor conceitualizar  
"noti-loge do ato". Há a possibilidade  
de que, em seu estudo,  
seja a causa que não se separa  
fazer-se ainda sustentada, melhor  
o conceito de representabilidade/  
irrepresentabilidade.

Comissão Examinadora:

  
Dra. Blanca Susana Guevara Werlang (Orient. Presidente)

  
Dra. Maria Lúcia Tiellet Nunes (PUCRS)

  
Dr. Paulo Luis Rosa Sousa (UCPEL)

**ANEXO B**

**Normas para publicação Revista Aletheia**

## **NORMAS TÉCNICAS PARA PUBLICAÇÕES**

A Aletheia é uma revista semestral editada pelo Curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil, destinada a publicação de trabalhos de professores, alunos e demais profissionais, envolvidos em estudos produzidos na área da Psicologia ou afim. Serão aceitos trabalhos originais que se enquadrem nas categorias de relato de pesquisa, experiência profissional, atualizações e comunicações. A partir de sua 16ª edição, a Revista passa a adotar as normas do Manual de Publicação da *American Psychological Association* APA (5ª edição, 2001).

### **NORMAS EDITORIAIS**

1. Serão aceitos somente trabalhos inéditos.
2. O artigo passa pela apreciação dos Editores.
3. Os Editores encaminharão para apreciação do Conselho Editorial, que poderá fazer uso de consultores *ad hoc*, a seu critério, para análise, recomendando ou rejeitando a publicação.
4. Os pareceres comportam três possibilidades: a) aceitação integral; b) aceitação com reformulações; c) recusa integral. Em qualquer destas situações o autor será devidamente comunicado. Os originais, mesmo quando não aproveitados, não serão devolvidos.
5. Os autores do artigo receberão cópia dos pareceres dos consultores. Serão informados sobre as modificações a serem realizadas.
6. Os Editores e o Conselho Editorial reservam-se o direito de fazer pequenas alterações no texto dos artigos. Modificações substanciais serão solicitadas aos autores com prazo definido.
7. Os artigos serão aceitos em outra língua além do português.
8. Independentemente do número de autores, serão oferecidos dois exemplares por trabalho.
9. As opiniões emitidas nos artigos são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não constituindo sua aceitação motivo para se entender que a Revista Aletheia ou o Curso de Psicologia da ULBRA, compartilham das opiniões ou juízos emitidos pelos autores.
10. A matéria editada pela Aletheia poderá ser impressa total ou parcialmente, desde que obtida a permissão dos editores. Os direitos autorais obtidos pela publicação do artigo não serão repassados para o autor do artigo.

### **FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS**

Os artigos originais deverão ser encaminhados em disquete e em três vias impressas, digitadas em espaço duplo, fonte Times New Roman, tamanho 12, não excedendo 80 caracteres por linha e o número de páginas apropriado à categoria em que o trabalho se insere, paginado desde a folha de rosto personalizada (página 1). A folha deverá ser A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5 cm), esquerda e direita (no mínimo 3 cm).

Todo manuscrito encaminhado à Revista deverá ser acompanhado de uma carta assinada pelo autor principal, onde esteja explícita a intenção de submissão do trabalho à publicação, contendo autorização para reformulação da linguagem, quando necessário. Em caso de trabalho de autoria múltipla, a versão final deverá ter assinatura de todos os autores.

A apresentação dos trabalhos deverá ter as seguintes orientações:

- a) Folha de rosto identificada: título do artigo em língua portuguesa; nome dos autores; resumo em português, de 10 a 12 linhas; palavras-chave, no máximo 6; título do artigo em língua inglesa; resumo (*Abstract*) em inglês, compatível com o texto do Resumo; *key words*; colocar no rodapé o nome completo do(s) autor(es); titulação essencial; nome completo da Instituição onde foi realizada a pesquisa, afiliação institucional; endereço, incluindo CEP, telefone, e-mail; o artigo deverá ter no máximo 25 laudas.
- b) Folha de rosto não identificada: a segunda folha de rosto não conterá dados de identificação dos autores dos artigos ao ser encaminhada aos consultores *ad hoc* ou a dois membros do Conselho Editorial; os demais itens permanecem idênticos à primeira folha; as páginas seguintes devem ser numeradas a partir de três.
- c) Encaminhamento: Toda correspondência deve ser encaminhada à Revista Aletheia, aos cuidados dos Editores; deve entregar o manuscrito em três vias impressas e disquete, tendo as páginas do artigo numeradas, observando ortografia oficial. Anexar também carta de encaminhamento aos Editores, autorizando o processo editorial do artigo incluindo aspectos éticos. Sugere-se que o artigo, em seus passos, apresente a seguinte seqüência: dados de identificação, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão ou considerações finais, referências bibliográficas. Usar as denominações tabelas e figuras (não usar a expressão quadros e gráficos). Os anexos, quando não podem ser evitados, colocá-los após as referências bibliográficas.

## NORMAS PARA CITAÇÕES

Servem para orientar o uso de citações nos artigos e textos:

- As notas não bibliográficas deverão ser colocadas ao pé das páginas, ordenadas por algarismos arábicos que deverão aparecer imediatamente após o segmento de texto ao qual se refere a nota.
- O local sugerido para inserção de figuras e tabelas deverá ser indicado no texto.
- As citações dos autores deverão ser feitas de acordo com as Normas da AP A.
- No caso da citação integral de um texto: deve ser delimitada por aspas e a citação do autor seguida do ano e do número da página citada. Uma citação literal com 40 ou mais palavras deve ser apresentada em bloco próprio em itálico e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 5 espaços da margem, na mesma posição de um novo parágrafo. A fonte deverá como o restante do texto (Times New Roman, 12).
- Referências: ordenadas de acordo com as regras determinadas pelas **Normas de Publicação**.
- Anexos: apenas quando contiverem informação original importante, ou sendo indispensável para a compreensão de alguma parte do trabalho. É recomendado não utilizar anexos.
- Folha contendo títulos de todas as figuras, numeradas conforme indicado no texto.
- Figuras: incluindo legenda, uma por página de papel e por disquete.

- Tabelas: incluindo título e notas, uma por página em papel e por arquivo (consultar Manual da APA).

**Citação de um autor:** autor, sobrenome em letra minúscula, seguida pelo ano da publicação. Exemplo: Silva (2000).

**Citações de dois autores:** cite os dois autores sempre que forem referidos no texto.

**Exemplo:**

(Silva & Santos, 2000) - quando os sobrenomes forem citados entre parênteses: devem estar ligados por "&". Quando forem citados fora do parêntese deve ser ligado pela letra "e". **Citação de três a cinco autores:** citar todos os autores na primeira referência, seguidos da data do artigo entre parênteses. A partir da segunda referência, utilize o sobrenome do primeiro autor, seguido de "e cols". **Exemplo:**

Silva, Foguel, Martins & Pires (2000), a partir da segunda referência, Silva e cols. (2000).

**Artigo de seis ou mais autores:** cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de e cols. data. Nas referências todos os autores deverão ser citados.

**Citação de obras antigas, clássicas e reeditadas:** citar a data da publicação original, seguida da data da edição consultada. **Exemplo:** (Kant 1871/1980).

**Autores com a mesma idéia:** seguir a ordem alfabética de seus sobrenomes e não a ordem cronológica. **Exemplo:** Foguel (2000), Martins (2000), Santos (2000), Silva (2000).

**Publicações com datas diferentes de um mesmo autor:** citar o sobrenome do autor e o ano de publicação em ordem cronológica. **Exemplo:** Fora do parêntese: Silva (1999,2001, 2002). Dentro do parêntese: (Silva, 1999, 2001 & 2002).

**Publicações diferentes com a mesma data.** Acrescentar letras minúsculas, após o ano de publicação. **Exemplo:** Silva, 1997, 2000a, 2000b, 2000c.

**Citações obtidas através de canais informais:** conferências, aulas, comunicações:

- pessoal, e-mail, acrescenta-se a informação entre parênteses após a citação. **Exemplo:**  
- comunicação via e-mail de 2 de janeiro 2001. Utilizar a expressão "citado por".

**Exemplo:**

Silva, 1999 (citado por Martins 2000).

**Citação cuja idéia é extraída de outra ou citação indireta.** Ex. Martins (1999) citado por Pontes (2000).

**Transcrição literal de um texto ou citação direta:** sobrenome do autor, data, página. Exemplo: (Silva, 2000, p.45) ou Silva (2000, p.45).

## NORMAS PARA REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo. Sua disposição deve ser em ordem alfabética do último sobrenome do autor e em minúsculo. Caso o autor tenha mais do que uma obra, as referências devem ser colocadas em ordem cronológica. Todos os autores participantes do artigo devem ser citados.

**Livro de autoria única. Exemplo:**

Mendes, A.P. (1998). *A família com filhos adultos*. Porto Alegre: Artes Médicas. **Capítulo de livro. Exemplo:**

Chaves, G. Família e avós (2000). Em: M.T. Dias. *Ciclo Vitalfamiliar* (pp. 145-158). Porto Alegre: Sulina Editora.



Capítulo ou artigo traduzido para o português de uma série de múltiplos volumes.

Exemplo:

Freud, S. (1969). *Análise tenninável e intenninável* (M.A. Rego. Trad). Em: Salomão (Org.). *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud*. (Vol. 23, pp. 225-270). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1937).

Livro traduzido para o português. Exemplo:

Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. (L.A. Reto & A. Pinheiros, Trad.). São Paulo: Edições 70Livraria. Martins Fontes. (Original publicado em 1977). Artigo de revista científica.

Exemplo: Martins & Silva (2000). Família com filhos pequenos. *Aletheia* 11: 226-35. Artigos consultados em Indexadores Eletrônicos. Exemplo:

Silva, J. & Lima, P. (2000). Indicadores de um bom estudante. *Aletheia* 13, 64-75. Retirado em 10-02-2001, de SciELO (Scientific Eletronic Library Online). Wide Webb:<http://www.scielo.br/prc>

Resumos consultados em indexadores eletrônicos. Exemplo:

Martins, P. (1999). Adolescente e drogas. {Resumo} *Aletheia*<sup>a</sup>. Retirado em 10-05-200, (do Index Psi Periódicos) no World Wide Web: <http://www.psicologia-online.org.br/psiindex.html>.

Livros com um ou mais autores: sobrenome do autor (s), seguido da data de publicação, título sublinhado, local e editora. Exemplos:

Silva, P, L. (2000). *Autoconceito do adolescente, relacionamento familiar e limites*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Silva, P.L., Martins, A. & Foguel, T. (2000). *Adolescente e relacionamento familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Capítulo de livro: autor, ano, título do capítulo, organizador, pp. local, editora. Exemplo:

Brandt, I.,O. (1995). Tornando-se pais: família com filhos pequenos. Em: Carter, B.& McGoldrick, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 206-221.

Artigo de revista científica: autor (s), ano, título, revista, n., pp. Exemplo:

Satir, Y.& Secco, A. (1998). Terapia do grupo familiar. Em: *Aletheia* 6: 28-47.

Artigo de jornal. Exemplo:

Silva, P. (2001, 10 de abril).Orientação ao adolescente. Zero Hora. Caderno de Esporte. Porto Alegre.

Artigo de revista científica no prelo. Indicar, no lugar da data, que o artigo está no prelo. Incluir o nome da revista sublinhado, após o título do artigo. Não referir data e número do volume, fascículo ou páginas até que o artigo seja publicado. No texto citar o artigo, indicando que está no prelo. Exemplo:

Silva, P. (no prelo). A criança e o brinquedo. *Aletheia*.

Trabalho completo e apresentado em congresso, publicado nos anais. Exemplo:

Silva, O. & Dias, M. (1999). Desemprego e suas repercussões na família. Em: *Anais do XY Encontro de Psicologia Social*, pp. 128-137, Gramado, RS.

Trabalho apresentado em congresso, com resumo publicado em anais. Exemplo:

Todorov, I., Souza G., & Bori, C. (1998). Escolha e decisão: A teoria da Maximização momentânea. Em: *Anais do XY Encontro de Psicologia Social*, p.137, Gramado, RS.

Tese ou dissertação publicada. Exemplo:

Silva, A. (2000). *Conhecimento genital e constância sexual em crianças pré-escolares*.

Dissertação de Mestrado ou tese de Doutorado. Programa de Estudos de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS

**Tese ou dissertação não-publicada. Exemplo:**

Silva, A. (2000). *Conhecimento genital e constância sexual em crianças pré-escolares*. Dissertação de Mestrado não-publicada ou tese de Doutorado (não-publicada). Programa de Estudos de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

**Obra antiga e reeditada em data muito posterior. Exemplo:**

Segal, A. (2001). *Alguns aspectos da análise de um esquizofrênico*. Porto Alegre: Universal. (Original publicado em 1950)

**Endereço para contato:**

Revista Aletheia ULBRA-  
Curso de Psicologia  
R. Miguel Tostes, 101 - Bairro São Luís  
CEP: 92420-280 Canoas/RS.  
E-mail: [aletheia@ulbra.br](mailto:aletheia@ulbra.br)

**ANEXO C**

**Normas para publicação The International Journal of Psychoanalysis**

## Notas para los colaboradores

**Published yearly in English (Parts 1 and 4), Italian (Part 2), German (Part 3) Spanish (Part 5) and French (Part 6).**

**Publicato annualmente in inglese (parti 1 e 4), italiano (parte 2), tedesco (parte 3), spagnolo (parte 5) e francese (parte 6)**

**Erscheinen jährlich in Englisch (Heft 1 und 4), Italienisch (Heft 2), Deutsch (Heft 3), Spanisch (Heft 5) und Französisch (Heft 6).**

**Publicada anualmente en inglés (Partes 1 y 4), italiano (Parte 2), alemán (Parte 3), español (Parte 5) y francés (Parte 6).**

**Publiées annuellement en anglais (1<sup>ère</sup> et 4<sup>e</sup> Parties), italien (2<sup>e</sup> partie), allemand (3<sup>e</sup> Partie), espagnol (5<sup>e</sup> Partie) et français (6<sup>e</sup> Partie).**

### Introducción general

Se reciben contribuciones originales (aquellas no publicadas con anterioridad en ningún idioma en un formato diseñado para utilizarse en archivo, sea impreso o de computador), de cualquier experto (sea psicoanalista o no), y que se refieran a cualquier tema psicoanalítico de investigación, o aplicado.

Los artículos aparecidos con anterioridad en un boletín, revista o cualquier otra publicación, editados por una sociedad, federación, asociación o entidad similar, que circulen principalmente entre los miembros de la misma entidad, no se considerarán como publicados con anterioridad. Con tal de que los derechos de autor le pertenezcan al autor (o que el mismo obtenga de la otra publicación el permiso de reproducción), estos artículos son aptos para ser presentados al *IJP*.

Los artículos pueden presentarse en cualquiera de los principales idiomas europeos. Todos los artículos deben llevar un resumen en inglés, escrito en tercera persona o usando la voz pasiva. Se les solicita a los autores darle la debida importancia al resumen, pues éste debe presentar el argumento principal así como la manera como viene fundamentado, y se usará como ayuda en el proceso de evaluación. En consecuencia, es importante que le haga justicia al artículo, y que su traducción sea la mejor posible, sirviéndose de un traductor profesional si resulta necesario. El resumen debe contar entre 150 y 200 palabras, y debe imprimirse en página separada al comienzo del artículo. Cuando se recomiende publicar artículos no escritos en inglés, el Director se encargará de hacerlos traducir, y el *IJP* sufragará el costo.

Todos los artículos recibidos en cualquier idioma se enviarán a colegas para su revisión anónima. La evaluación de los méritos de un manuscrito se realizará, en la medida de lo posible, independientemente de las consideraciones políticas, ideológicas o similares. El factor determinante en el proceso de evaluación de parte de colegas, es la estimación de la calidad del argumento. Se espera de los revisores que motiven claramente sus juicios y sustenten sus puntos de vista. En donde sea posible, los autores recibirán una retroalimentación (*feedback*) detallada, cualquiera que sea la decisión adoptada. Es de uso común solicitar algunas revisiones en los artículos cuya publicación resulte aprobada.

Gracias a las innovaciones técnicas, al hecho de publicar seis números al año y a que casi todos los autores entregan sus textos de manera electrónica, la mayoría de artículos se publica a los pocos meses de tener una versión aceptada en forma final. Nuestro objetivo es concluir el proceso de revisión en tres a cinco meses, aunque éste a veces puede demorar más. La traducción, cuando necesaria, toma unos dos meses. Así, la publicación de los artículos es bastante ágil.

Al enviar un artículo, el autor deberá confirmar: a) que el artículo, o su argumento principal y contenido, no ha sido publicado en ninguna otra parte, ni se está considerando su publicación total o parcial en otra parte; b) que las diversas maneras disponibles de proteger la intimidad del paciente se han tenido en cuenta, especificando además cuál fue la manera elegida; c) que el artículo no contiene nada potencialmente difamatorio; d) que el artículo no implica infracción alguna de los derechos de autor; e) que él o ella está dispuesto a firmar un formulario de transferencia de derechos de autor, en caso de que el artículo sea aceptado.

El proceso de evaluación se facilitaría si el autor puede indicar la sección del Journal a la que va dirigido el artículo: teoría y técnica psicoanalíticas; historia del psicoanálisis; comunicaciones clínicas; metodología; investigación; temas docentes y profesionales; psicoterapia psicoanalítica, o estudios interdisciplinarios. Los artículos para las secciones *los analistas en el trabajo y controversias psicoanalíticas*, se escriben normalmente por invitación. Sin embargo, son bienvenidas las propuestas de los autores para artículos nuevos.

Los artículos en inglés deberán tener una longitud máxima de 8,000 palabras y los escritos en otra lengua europea, de 8,500 palabras. Estas cifras no incluyen el resumen ni las referencias; sin embargo, si su artículo incluye figuras o cuadros, reste 250 palabras al total por cada ítem que ocupe una media página, o 500 palabras si ocupa una página entera.

Sólo en circunstancias muy excepcionales se considerará un artículo que exceda este límite. Se le ruega adjuntar un conteo de palabras al artículo que usted presente.

Se publican resúmenes de todos los artículos en francés, alemán, español e italiano, al final de cada artículo. La versión en inglés no debe contener menos de 150 palabras, ni más de 200. Los colegas versados en más de un idioma deben presentar resúmenes en todos los idiomas posibles.

Como norma general, los datos clínicos de soporte deben provenir de sesiones psicoanalíticas, con una información clara sobre los detalles del marco, la frecuencia de las sesiones de tratamiento y cualesquiera otros arreglos. Como se indicó arriba, los Directores tienen que estar satisfechos de que la intimidad del paciente (y la de cualquier otra persona involucrada) haya sido protegida de manera apropiada. Es probable que los datos clínicos más útiles y concluyentes le exijan del autor dar alguna información sacada del contexto de toma y dacha de las sesiones reales, y acotar y suministrar información de diversos niveles: por ejemplo, lo que el paciente dijo e hizo, lo que el analista sintió, cómo entendió el analista lo que el paciente dijo e hizo en el contexto de lo que el analista sintió, lo que el analista hizo o dijo, cómo entendió el analista lo que él o ella dijo o hizo, lo que entonces hizo o dijo el paciente, cómo se entendió esto, etc. No obstante, los Directores están siempre dispuestos a aceptar artículos cuyos autores decidieron explícitamente no proceder de esta forma.

Escribir sobre los pacientes es esencial para el avance del conocimiento psicoanalítico. Sin embargo, la necesidad de comunicar nuestra experiencia clínica, coloca sin remedio a los analistas en el centro mismo de un conflicto entre las necesidades de la profesión y la intimidad del paciente. Este dilema no tiene solución perfecta. Sin embargo, existen varias maneras, avaladas por el pasado, para obtener un equilibrio entre la integridad científica y el anonimato del paciente. Los autores pueden optar por disfrazar los detalles superficiales de la vida externa del paciente, para que el paciente resulte esencialmente irreconocible para un lector. Algunos analistas pueden solicitar del paciente su consentimiento por escrito, además del hecho de disfrazar. Si uno está escribiendo sobre un síndrome clínico que involucra a un grupo de pacientes, puede ser posible usar material de caso que sea un compuesto de varios pacientes. Cuando un analista desea puntualizar algo sobre el proceso, la teoría o la técnica psicoanalíticas, el 'enfoque de proceso' puede ser útil, en donde el diálogo entre analista y paciente se presenta como si fuera el cuerpo de una obra de teatro, sin los rasgos biográficos del paciente. Por último, algunos analistas han transmitido la experiencia clínica bajo la autoría de un colega, con frecuencia el consultor o supervisor del caso descrito, enmascarando así tanto la identidad del analista, como la del paciente. Una variación de esta estrategia

consiste en publicar material clínico de un grupo de estudio en curso, compuesto de varios colegas, en donde la autoría específica queda sin definirse.

Cada una de estas maneras de abordar se considera ética, pero cada una conlleva su propio conjunto de problemas (véase Gabbard GO. *Int J Psychoanal* 2000;81:1071–86, para una discusión de los puntos específicos). El método para salvaguardar la confidencialidad lo debe escoger el autor con base en las consideraciones clínicas, y en consecuencia debe quedar ajustado al caso individual. Cuando el analista opta por un método, para orientarse debe tener en cuenta varios puntos. Muchos resúmenes clínicos ofrecen más información que la necesaria para llegar a la principal afirmación del artículo. Las viñetas, y no tanto los informes de caso extensos, son con frecuencia suficientes. Cuando los analistas optan por usar disfraces muy completos sin consentimiento, deben considerar cuidadosamente las consecuencias para el campo de estudio. ¿El disfraz, llevará a una información engañosa sobre una entidad clínica, por ejemplo? El disfraz puede ser minimizado si el énfasis primario cae sobre los deseos, las fantasías y los conflictos internos, más que los detalles externos de la vida del paciente. Si se busca el consentimiento del paciente (como adición al disfraz, no como sustituto), el impacto de solicitar el consentimiento del paciente debe analizarse de manera rigurosa, en especial cuando el paciente da su consentimiento inmediato sin discusión ni exploración. Buscar el consentimiento después de la terminación tiene algunas ventajas por cuanto no introduce la agenda de publicación del paciente dentro del proceso analítico. Sin embargo, puede resultar necesario efectuar una serie de consultas para procesar el significado de la solicitud, inclusive años después de terminado el análisis. Además, el disfraz es más difícil de penetrar si el paciente se saca de un grupo grande de anteriores pacientes. Cuando el material clínico proviene de alguien conocido o de alguien del campo de la salud mental, se recomienda con ahínco el consentimiento. En todos los casos de consentimiento, el autor tiene que estar dispuesto a revisar las partes del manuscrito que el paciente objete. Las preocupaciones de orden ético sobre la protección de la intimidad del paciente deben primar sobre la necesidad de un analista de publicar, o de hacer avanzar la profesión.

Como política del *IJP*, queremos instar a los autores a considerar cuidadosamente estas alternativas cuando preparen sus manuscritos. Debe hacerse un juicio sobre qué tan probable es que ese paciente en particular, o un familiar en el caso de pacientes niños o adolescentes, leerá lo que se escribió. En nuestra era actual de acceso a las publicaciones por el ciberespacio, la posibilidad de tener acceso fácil a publicaciones externas al campo del paciente, debe tenerse en cuenta. En todas las presentaciones de artículos, les estamos solicitando a los autores que declaren en su carta de remisión, que han considerado las opciones arriba mencionadas; y que especifiquen cuál método de protección de la intimidad del paciente eligieron, en casos donde el material clínico figura prominentemente en el manuscrito. Reconocemos que tal información debe mantenerse por fuera del artículo publicado mismo, para evitar de dismantelar el disfraz. Cuando se obtiene el consentimiento de uno o varios pacientes, también estamos solicitando que los autores indiquen en la carta de remisión si el consentimiento por escrito se ha conservado, y si está disponible en caso de necesidad. Por lo general, las secciones *Analistas en el trabajo* y *Controversias psicoanalíticas*, las reseñas de libros y los obituarios son encargados (por invitación) por los editores del caso. Solo en circunstancias excepcionales se considerará la publicación de artículos en estas categorías no solicitados.

### **Elaboración del manuscrito**

Se requieren varias copias del manuscrito, como se indica en el apartado ‘Dónde enviar los artículos’, abajo.

Se puede utilizar el inglés americano o el británico, con tal de que los estilos de ortografía y puntuación guarden consistencia interna y estén de acuerdo con cualquier

diccionario de uso común, como el de *Oxford* o las versiones ampliamente aceptadas de *Webster*.

*Para presentaciones por vía electrónica* (por correo electrónico o diskette): en la primera página de cada manuscrito debe figurar únicamente el nombre y la dirección del autor y el título del artículo. El nombre del autor no debe figurar en ninguna otra página. El anonimato del proceso de evaluación por colegas sólo podrá preservarse si el artículo se redacta en una forma que no delate la identidad del autor. Sin embargo, dicha opción queda a discreción del autor. *Por favor advierta que para las presentaciones vía internet*, los detalles del autor y el resumen son cargados separadamente del artículo mismo, que no debe incluir *ninguna* referencia al autor o a los autores.

Se les solicita imprimir en una sola cara de cada hoja y a doble espacio para la totalidad del artículo, incluyendo las citas, notas y referencias, con márgenes de por lo menos 25 mm en los cuatro costados. El número de página debe incluirse en la esquina inferior derecha de cada página.

Las notas deben limitarse estrictamente a las imprescindibles, sin utilizarlas para hacer gala de erudición ni dar referencias bibliográficas. Las notas deben aparecer numeradas consecutivamente. Cuando resulte necesario proporcionar antecedentes extensos, la información puede incluirse como apéndice, ubicando una referencia al apéndice en algún lugar apropiado del texto.

Las gráficas, tablas, fotografías y diagramas deben limitarse al mínimo necesario en aras de la exposición razonada del artículo.

Se debe revisar cuidadosamente que cada cita esté correcta, y se deben indicar los números de página. Toda inserción en un texto citado original debe presentarse entre corchetes, como por ejemplo: ‘él . . . [Freud] considera . . . ’. Las cursivas del original deben respetarse. Cualquier énfasis adicional en un material citado debe señalarse en el manuscrito, añadiendo entre paréntesis la expresión ‘mi cursiva’ después de la cita. Al citar a Freud, en general debe usarse la *Standard Edition*, colocando el número de página apropiado del volumen entre paréntesis en el texto. Los puntos suspensivos deben usarse para indicar una omisión en el texto citado; por ejemplo: ‘Este es . . . siempre el caso’. Si se usan ediciones diferentes a la *Standard Edition*, los autores deben indicar por qué se eligió la alternativa.

Los autores deben referirse sólo a obras que sean estrictamente relevantes y necesarias, sin intentar la compilación de una ‘bibliografía’ extensa.

Las referencias en el texto se indican citando el nombre del autor, seguido del año de publicación entre paréntesis. Por ejemplo: ‘Freud (1918)’ o ‘(Freud, 1918)’. Si se citan dos coautores, se debe mencionar los nombres de ambos; por ejemplo: ‘Marty y de M’Uzan (1963)’ o ‘(Marty y de M’Uzan, 1963)’. Si se citan más de dos coautores, la referencia en el texto deberá figurar en el siguiente formato: Smith et al. (1972) o (Smith et al., 1972). Evite repetir, en la medida de lo posible otros elementos de la referencia, tales como el título del artículo, de la revista o del libro, dentro del texto principal. Estos detalles deben confinarse a la lista de referencias.

Todas las obras citadas en el texto deben figurar con sus detalles en la lista de referencias al final del artículo. Las referencias de dicha lista deben corresponder exactamente a los trabajos citados en el texto, sin añadir obras adicionales. La lista de autores debe aparecer por orden alfabético, y sus obras por el orden cronológico de la fecha de publicación. (Para las obras de Freud, las fechas relevantes figuran entre paréntesis en la *Standard Edition*).

Si aparecen en la lista varias obras de un autor de un mismo año, se debe añadir a, b, c, etc. Cuando un autor aparece como autor único y también (primer) coautor, las referencias a las obras individuales deben anteceder las referencias a las obras conjuntas. Los nombres de los autores se deben repetir cuando resulte necesario.

Los títulos de los libros deben ir en cursiva, con mayúsculas iniciales solamente, con excepción de los nombres propios, y deben darse el sitio de publicación y el nombre de la editorial. Si se hace referencia a una edición que no sea la original, la fecha de la edición citada se indica también al final de la referencia.

En los títulos de artículos, sólo la primera palabra debe ir en mayúscula. Después del título del artículo, se coloca el nombre abreviado de la revista (en cursivas), el número de volumen, y los números de la primera y última página del artículo. De preferencia, use las abreviaciones de nombres de revistas del *Index Medicus*, véase [www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi). Si tiene una duda, dé el nombre completo de la publicación.

En los siguientes ejemplos, le rogamos notar las mayúsculas, la puntuación, los datos requeridos y su secuencia.

### Revistas

Artículo estándar (cite todos los autores hasta 6; si son más, cite esos 6 primeros y añada “et al.”):

Rudden M, Busch FN, Milrod B, Singer M, Aronson A, Roiphe J, et al. (2003). Panic disorder and depression: A psychodynamic exploration of comorbidity. *Int J Psychoanal* **84**:997–1015.

Wallerstein RS (1972). The future of psychoanalytic education. *J Am Psychoanal Assoc* **20**:591–606.

Artículo en idioma distinto al inglés, del cual no se conoce versión en inglés:

Jordan JF (1994). Bilógica da interpretação [Bi-logic of the interpretation]. *Rev Soc Psicanal Porto Alegre* **14**:45–567.

Cuando la fuente principal es una versión en idioma distinto al inglés, esta debe venir precedida por la versión estándar en inglés, y citarse entre corchetes:

Bion WR (1980). *Bion in New York and São Paulo*, Bion F, editor. Strath Tay: Clunie. [(1992). *Bion em Nova Iorque e em São Paulo*. In: *Conversando com Bion* [Conversing with Bion]. Rio de Janeiro: Imago.]

Publicaciones no especializadas, páginas discontinuas:

Phillips DZ (1965). Meaning and belief. *Listener* 14 Oct;**74**:579,582.

Cartas, reseñas:

Bass A (1993). Casement P. *Learning from the patient* [Review]. *Psychoanal Dialog* **3**:151–67.

Información en Internet:

All about chocolate [Internet]. Vienna, VA: National Confectioners Association (NCA); ©1999–2004 [cited 2004 Mar 22]. Available from: <http://www.candyusa.org/>

### Libros

Obras originales (cite todos los autores hasta 6; si son más, cite esos 6 primeros y añada “et al.”):

Ohlsen MM, Horne AM, Lowe CF (1988). *Group counseling*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston. 416 p.

Referencia a un volumen dentro de una obra en varios volúmenes:

Bowlby J (1963). *Attachment and loss*. Vol. 1: *Attachment*. New York, NY: Basic Books.

Referencia a obra colectiva entera (por ejemplo, de trabajos originales o reeditados; si es parte de una serie, incluir los detalles pertinentes):

Hinshelwood RD, editor (2004). *Influential papers from the 1920s*. London: Karnac. 280 p. (Williams P, Gabbard, GO, editors. *International Journal of Psychoanalysis Key Papers Series*.)

Referencia a una colaboración en obra colectiva:



Kernberg OF (1991). The moral dimensions of leadership. In: Tuttmann S, editor. *Psychoanalytic group theory and therapy: Essays in honor of Saul Scheidlinger*, p. 87–112. New York, NY: International Universities Press.

Libro de Freud en la *Standard Edition*:

Freud S (1923). *The ego and the id*. SE **19**.

Artículo de Freud en la *Standard Edition*:

Freud S (1926). Psycho-analysis. SE **20**, p. 263–70.

Traducción al inglés de un libro original en otro idioma:

Kraepelin E (1906). *Lectures on clinical psychiatry* [Einführung in die Psychiatrische Klinik]. Johnstone T, translator, 2nd ed. London: Baillière.

### Generalidades

1. Si no aparece el modelo buscado en la lista antes mencionada, remítase a <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/staff/beck/citations/citations.html#Samplecitati> para mayor información.

2. Se debe hacer referencia a la primera edición en inglés del artículo o libro, salvo cuando haya una razón particular para citar una edición posterior; por ejemplo, una reedición de la obra que contiene un comentario nuevo.

Rogamos a todos los autores presentar sus artículos en un programa de procesamiento de palabras compatible con IBM-PC, o en el sistema Apple. Los trabajos presentados en el sistema Apple deben estar en un formato de texto Word o afín (*Word rich*), si posible. Los discos deben llevar una etiqueta con los detalles del programa de procesamiento de palabras y el sistema operativo usados.

Si el artículo se escribió a máquina, la calidad del ejemplar final presentado deberá permitir su escaneo electrónico; vale decir, debe presentarse un ejemplar teclado en una buena máquina, con cinta fresca o de carbón. Debe ser un original nítido, no una fotocopia, y no debe traer anotación alguna en tinta o lápiz.

Pruebas y cambios

Se les remitirán muy pronto las pruebas de corrección, una vez recibida la versión final del artículo, y deberán devolverlas a la mayor brevedad. Los autores deberán mantenerse en contacto con el coordinador de producción si tienen previsto ausentarse. Normalmente, un artículo aparecerá en el número siguiente o subsiguiente, después de la devolución de las pruebas.

Los Directores no pueden garantizar que los cambios que un autor pueda quererle introducir al texto de un manuscrito aceptado se incluyan, una vez aceptado el artículo para la publicación. Los cambios en la fase de la corrección de pruebas pueden no ser aceptados cuando impliquen, en la opinión del personal de la redacción, un gasto innecesario de tiempo o dinero.

### Dónde presentar los artículos

El método preferido de presentación (también el más fácil para los autores), es vía internet. Sírvase seguir las instrucciones en la pantalla del sitio web de IJP ([www.ijpa.org](http://www.ijpa.org)).

Un modo alternativo de presentación es por correo electrónico. Los autores residentes en Norteamérica y América Latina que escriben en inglés deben enviar un mensaje por correo electrónico a [ggabbard@aol.com](mailto:ggabbard@aol.com) (con copia a [dtrees@bcm.tmc.edu](mailto:dtrees@bcm.tmc.edu)) con su trabajo como *attachment*, de preferencia en formato Word (\*.doc, \*.rtf).

Los demás autores deben enviar sus artículos, en la medida de lo posible, como *attachment* en formato Word a [williams@dial.pipex.com](mailto:williams@dial.pipex.com) (con copia a [edadmin@ijpa.org](mailto:edadmin@ijpa.org)), indicando el nombre del comité editorial al que se le está presentado el artículo, de acuerdo a la línea temática (por ejemplo, Presentación – Comité editorial para América Latina). El mensaje debe incluir también el título del artículo y su dirección, teléfono, fax y dirección electrónica.

Para quienes no presenten electrónicamente, se aplicarán los siguientes procedimientos:

Los autores residentes en Norteamérica y América Latina que escriben en inglés deben enviar cuatro copias de su manuscrito a Glen O. Gabbard, y una copia a Paul Williams (ver direcciones más abajo).

Los autores del resto del mundo que escriban en inglés, deberán enviar cuatro copias de su manuscrito a Paul Williams y una copia adicional a Glen O. Gabbard.

Los autores de América Latina que escriban en español o portugués, deberán enviar cuatro copias de su manuscrito al Director para América Latina, Elías M. da Rocha Barros, Rua Tupi 579, Apto. 161, 01244-001 São Paulo, Brasil, erbarro@terra.com.br, y una copia a Glen O. Gabbard (véase dirección abajo).

Los autores del resto del mundo cuyos artículos estén escritos en algún idioma europeo diferente del inglés, deberán enviar cuatro copias de su manuscrito al Director para Europa, Dr Antonino Ferro, Via Cardano 77, I-27100 Pavia, Italia, hmdfe@tin.it, y una copia a Paul Williams (véase dirección,abajo).

#### **Direcciones**

Glen O. Gabbard, MD, Joint Editor-in-Chief and Editor for North America, Brown Foundation Chair of Psychoanalysis and Professor of Psychiatry, Baylor College of Medicine, 6655 Travis, Suite 500, Houston, TX 77030, USA.

Prof. Paul Williams, Joint Editor-in-Chief and Editor for London, *IJP*, Dept of Psychotherapy, South & East Belfast Health & Social Services Trust, Woodstock Lodge, 1 Woodstock Link, Belfast, BT6 8DD, UK.

**ANEXO D****Normas para publicação Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**

## Roteiro para auxiliar o autor na preparação de manuscrito para publicação em *Psicologia: Teoria e Pesquisa*

Verifique se o seu trabalho contém, nesta ordem, as seguintes partes:

- Folha de rosto despersonalizada (conteúdo cf. as normas)
  - ◆ Título pleno.
  - ◆ Sugestão de título abreviado.
  - ◆ Título pleno em inglês.
- Folha de rosto personalizada (conteúdo cf. as normas)
  - ◆ Título pleno.
  - ◆ Sugestão de título abreviado.
  - ◆ Autor(es) — (Ver princípios para crédito de autoria Vol. 13, n. 2, p. 254).
  - ◆ Afiliação institucional do(s) autor(es).
  - ◆ Título pleno em inglês.
  - ◆ Apenas nesta folha de rosto: Nota de rodapé, com indicação de endereço completo do autor para o qual correspondência deve ser enviada, acrescentando, se quiser, endereço eletrônico. (Nota obrigatória).
  - ◆ Apenas nesta folha de rosto: Nota de rodapé apropriada, contendo notificação de fonte de financiamento ou reconhecimento a apoio técnico recebido no desenvolvimento do trabalho. (A notificação de financiamento e apoio institucional é obrigatória. O reconhecimento ou agradecimento é convencional, recomendado por preceito ético.).
- Resumo
  - ◆ Reveja o tamanho do Resumo, conforme as Normas.
- Palavras-chave
  - ◆ Escolha palavras significativas que remetam ao conteúdo fundamental do trabalho.
  - ◆ Selecione os termos para que seu trabalho seja encontrado por leitores interessados.
  - ◆ Use termos apropriados à indexação (bancos de dados nacionais e internacionais).
  - ◆ Sobre indexação, veja o editorial de Feitosa (1994, Vol. 10, Supl., pp. iii-iv).
- *Abstract* (correspondente ao Resumo)
- *Key words* (correspondentes às palavras-chave)
  - ◆ Lembre-se que *key words* serão utilizados por indexadores internacionais como PsycLit, PsycINFO, MedLine.
- Introdução (certifique-se, entretanto, que este subtítulo não apareça)
- Subdivisões subsequentes compatíveis com a natureza e a complexidade do texto. No caso de artigos empíricos, as seções de Método, Resultados e Discussão
- Conclusões (não necessariamente com este subtítulo)
- Lista de Referências
  - ◆ Use o subtítulo Referências e não *bibliografia*.
  - ◆ Certifique-se que cada referência contém as informações exigidas para atender ao estilo APA (2001, 5ª ed.).
- Se forem apropriadas, Figuras e Tabelas
  - ◆ Neste caso, incluir página separada com os títulos de todas as figuras e tabelas.
- Se absolutamente necessárias, Notas de rodapé, além daquelas já mencionadas
- Se absolutamente necessários, Anexos (considerar a retirada de anexos, sempre)

Observe ainda os seguintes aspectos:

- Verifique se o título escolhido reflete de forma adequada as principais questões de que trata o texto. Evite, porém, títulos muito longos ou que contenham expressões redundantes como “Considerações acerca de...” “Um estudo exploratório sobre...”.
  - ◆ Lembre-se que títulos servem à indexação de trabalhos publicados. Títulos longos podem ser cortados arbitrariamente por alguns indexadores.
- Se julgar conveniente, consulte um colega que tenha bom domínio da língua inglesa, para auxiliá-lo no julgamento da propriedade do texto em inglês (*Abstract*, título e *Key words*)
- Confira a compatibilidade entre as citações no corpo do texto e as referências na seção de Referências, especialmente datas, co-autorias e ortografia.
- Confira se as referências obedecem à forma de apresentação estilo APA (2001, 5ª ed.). Consulte os exemplos publicados no Manual da APA e nas Normas para Publicação da revista.
  - ◆ Note que é necessário adequar os exemplos da APA ao estilo da revista, em língua portuguesa. Verifique o uso correto em livro editado. [In = Em] e [(Ed.) => (Org.)].
  - ◆ Confira nomes dos autores, datas, títulos das obras e algarismos referentes a volume e páginas.
  - ◆ Confira a homogeneidade das informações. Não use formas diferentes para a mesma informação (p. ex., New York: Lawrence vs N. Y: Lawrence Erlbaum vs N. York: Erlbaum).
  - ◆ Confira as informações de capítulos de livros (título do capítulo, organizador, página inicial e final do capítulo).
  - ◆ Confira os nomes de tradutor(es) de obra traduzida.
  - ◆ Confira a data do original de obra reeditada (república) ou traduzida.
- Confira a compatibilidade entre os dados conforme descritos no corpo do texto e apresentados nas Figuras e Tabelas.
- Verifique se as Figuras e Tabelas têm títulos e legendas apropriados. Coloque os títulos em página e arquivo próprios para que eventual redução de uma figura não comprometa a legibilidade do título. Lembre-se que recortes e digitação no setor de editoração podem gerar nova fonte de erros.
- Verifique se o corpo das Figuras e Tabelas têm proporções e qualidade compatíveis com boa legibilidade.
- Para Figuras que apresentam gráficos de dados, envie um arquivo contendo tabelas correspondentes com os valores que originaram os gráficos. Caso haja problemas na editoração dos gráficos, essas tabelas servirão para recomposição das Figuras.
- Observe que, efetuadas as modificações pertinentes sugeridas pelos consultores, o trabalho não ultrapasse o número de laudas datilografadas em espaço duplo (apropriado à categoria de seu manuscrito), e que o Resumo e o *Abstract* não ultrapassem o número de palavras indicado nas normas para publicação.
  - ◆ Lembre-se que artigos muito longos encarecem uma publicação.
  - ◆ Resumos e *Abstracts* servem à indexação das publicações nas bibliotecas e nos sistemas internacionais. Resumos longos podem ser cortados arbitrariamente pelos sistemas de indexação.

- Passe o texto por um programa de revisão ortográfica (a maioria dos processadores de texto modernos incluem uma rotina para esta tarefa).
- Confira a numeração de páginas. Ao imprimir, certifique-se que as páginas do manuscrito estão numeradas.
- Ao imprimir o texto, assegure-se da existência de margens adequadas (superior, inferior, esquerda e direita). Elas são imprescindíveis para a tarefa de exame pela consultoria e para a orientação dada pelo editor aos técnicos envolvidos na composição gráfica e arte final do trabalho.

#### **Ao preparar arquivos para editoração eletrônica:**

- Utilize processador de texto e de gráficos a sua escolha. Segue-se uma lista de programas para processamento de texto, tabelas e gráficos que produzem arquivos nos formatos aceitos em *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Com algumas exceções, os arquivos gerados pelos processadores mais comuns são facilmente importados pelos programas usados na editoração eletrônica:
  - ◆ Office 97 ou superior para Windows 98/ Windows 2000/ Windows XP.
  - ◆ MS Excell Windows 98/ Windows 2000/ Windows XP.
- Grave os arquivos de texto e de tabelas em formatos padrão do processador usado, dando preferência para os formatos mais comuns. Mesmo que você esteja usando a versão mais recente dos programas, evite gravar no formato mais sofisticado.
- Não prepare arquivos de gráficos a partir de processadores de texto. Não use processador de gráficos para apresentação. Dê preferência a planilha de dados do MS Excell, para preparar gráficos. Grave junto a tabela com os valores que originaram o gráfico.
- Grave Tabelas e Figuras em arquivos distintos do arquivo onde se encontra o texto principal, indicando também qual o programa utilizado
- Grave Figuras e Tabelas em arquivos independentes, ou seja um arquivo para cada tabela ou figura
- Figuras não produzidas eletronicamente devem ser encaminhadas em qualidade de fotografia sem exceder as dimensões 24 cm x 17,5 cm. Figuras com imagens podem ser gravadas, por exemplo, nos seguintes programas:
  - ◆ Adobe PhotoShop 6.0 ou superior
  - ◆ CorelDraw 8.0 ou superior

- ◆ Não gravar em formato .BMP nem em formatos compactados. Dar preferência para formato .TIF não compactado.

- Ao usar scanner para reproduzir figuras, dar preferência a resoluções de, no máximo, 300 DPI, nos modos Desenho ou Gray Scale
  - ◆ Escanear desenho em modo Desenho e fotos em modo Color ou Gray Scale.

#### **Caso use este roteiro na preparação de manuscrito em primeira versão, ao remeter a primeira versão para a revista:**

- Encaminhe carta ao editor indicando interesse em publicar o trabalho [especificar título]. Se o trabalho é de autoria múltipla, recomenda-se encaminhamento por todos os autores.
- Encaminhe cinco exemplares completos da versão reformulada, em papel, formatada conforme as instruções contidas nas Normas para Publicação, e em acordo com as recomendações contidas neste Roteiro.
- Encaminhe, também, exemplar em disquete ou em CD-R.

#### **Ao remeter a versão reformulada para a revista:**

- Encaminhe uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto a recomendações da consultoria, apresente os argumentos que justificam sua posição. Especifique o título e o código do manuscrito. Se o trabalho é de autoria múltipla, a carta deve ser assinada por todos os autores.
- Encaminhe três exemplares completos da versão reformulada, em papel, formatada conforme as instruções contidas nas Normas para Publicação.
- Encaminhe um exemplar em disquete, preparado de acordo com as instruções específicas.
- Utilize disquete em formato 3,5 ou CD-R.
- Indique no rótulo do disquete ou CD-R:
  - ◆ código de seu manuscrito.
  - ◆ sobrenome(s) do(s) autor(es).
  - ◆ nome(s) do(s) arquivo(s).
  - ◆ programas utilizados e respectivas versões.

## Normas para Publicação

### I. Tipos de Colaboração Aceita pela Revista *Psicologia: Teoria e Pesquisa*

Trabalhos originais relacionados à psicologia que se enquadrem nas seguintes categorias:

1. **Relato de pesquisa:** investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia científica. Limitado a 10 páginas impressas na publicação, incluindo resumo, *abstract*, figuras, tabelas e referências.
  2. **Estudo teórico:** análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 10 páginas impressas na publicação, conforme especificado no item 1.
  3. **Relato de experiência profissional:** estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção, contendo evidência metodologicamente apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de psicólogos em diferentes áreas. Limitado a 7 páginas impressas na publicação, conforme especificado no item 1.
  4. **Revisão crítica da literatura:** análise de um corpo abrangente de investigação, relativa a assuntos de interesse para o desenvolvimento da Psicologia. Limitada a 10 páginas impressas na publicação, conforme especificado no item 1.
  5. **Comunicação breve:** relato de pesquisa sucinto, mas completo, de uma investigação específica. Limitado a 4 páginas impressas na publicação, conforme especificado no item 1.
  6. **Carta ao Editor:** avaliação crítica de artigo publicado em *Psicologia: Teoria e Pesquisa* ou resposta de autores a crítica formulada a artigo de sua autoria. Limitada a 2 páginas impressas na publicação, conforme especificado no item 1.
  7. **Nota técnica:** descrição de instrumentos e técnicas originais de pesquisa. Limitada a 3 páginas impressas na publicação, conforme especificado no item 1.
  8. **Resenha:** revisão crítica de obra recém publicada, orientando o leitor quanto a suas características e usos potenciais. Limitada a 2 páginas impressas na publicação.
- Poderá também ser publicada, a critério do Editor:
9. **Notícia:** divulgação de fato ou evento de conteúdo relacionado à psicologia, não sendo exigidas originalidade e exclusividade na publicação. Limitada a 1 página impressa na publicação.

### II. Apreciação pelo Conselho Editorial

O manuscrito que se enquadra nas categorias 1 a 8 acima descritas é aceito para análise pressupondo-se que: (a) o mesmo trabalho não foi publicado e nem está sendo submetido para publicação em outro periódico; (b) todas as pessoas listadas como autores aprovaram o seu encaminhamento com vistas à publicação na revista *Psicologia: Teoria e Pesquisa*; (c) qualquer pessoa citada como fonte de comunicação pessoal aprovou a citação; (d) todos os procedimentos éticos recomendados pelas resoluções vigentes foram atendidos.

Os trabalhos enviados serão apreciados pelo Conselho Editorial, que poderá fazer uso de Consultores *ad hoc*, a seu critério. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus artigos. Os originais, mesmo quando não aproveitados, não serão devolvidos.

Pequenas modificações no texto poderão ser feitas pela Direção ou pelo Conselho Editorial da Revista. Quando este julgar necessárias modificações substanciais, o autor será notificado e encarregado de fazê-las, devolvendo o trabalho reformulado no prazo máximo de um mês.

### III. Forma de Apresentação dos Manuscritos

*Psicologia: Teoria e Pesquisa* adota as normas de publicação baseadas no *Publication Manual of the American Psychological Association* (5ª edição, 2001), exceto em situações específicas onde há conflito com a necessidade de se assegurar o cumprimento da revisão cega por pares, regras do uso da língua portuguesa, normas gerais da ABNT, procedimentos internos da revista, inclusive características de infra-estrutura operacional. A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA. Os manuscritos devem ser preferencialmente redigidos em português. A critério do Conselho Editorial, também são aceitos manuscritos redigidos em inglês, francês, espanhol e alemão.

Os manuscritos originais deverão ser encaminhados em cinco vias, datilografadas em espaço duplo (distância entre linhas igual a 1 cm), em fonte tipo Times New Roman, CGTimes, Roman ou Prestige, tamanho 12, não excedendo 80 caracteres por linha e o número de páginas apropriado à categoria em que o trabalho se insere, paginado desde a folha de rosto personalizada, a qual receberá número de página 1. A página deverá ser tamanho carta ou A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5 cm), esquerda e direita (no mínimo 3 cm). Para estimar a equivalência entre página impressa da publicação e página de manuscrito o autor deve tomar como referência que 1 página impressa da revista corresponde a 3 páginas de manuscrito, incluindo todas as folhas especificadas na descrição de apresentação (ou seja, de folha de rosto a figuras e tabelas).

Também deve ser encaminhada uma via com formatação digital (disquete ou CD-R). A formatação de texto e de página deve obedecer às mesmas características indicadas para versão impressa.

Caso seja solicitada, a versão reformulada deverá ser encaminhada em três vias no formato de exemplar em papel e uma via com formatação digital (disquete ou CD-R) no prazo máximo de 30 dias.

Todo e qualquer encaminhamento à revista deve ser acompanhado de carta assinada pelo autor principal, onde esteja explicitada a intenção de submissão ou re-submissão do trabalho a publicação. Em caso de trabalho de autoria múltipla, a versão final deverá ser acompanhada de carta assinada por todos os autores. Instruções para redação de carta de *acordo de publicação*, sem a qual o trabalho não entrará no prelo, será encaminhada pela revista ao autor principal.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem:

1. **Folha de rosto despersonalizada** contendo apenas:
  - 1.1. Título pleno em português, não devendo exceder 10 palavras.
  - 1.2. Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não devendo exceder 4 palavras.
  - 1.3. Título pleno em inglês, compatível com o título em português.

2. **Folha de rosto personalizada** contendo:
  - 2.1. Título pleno em português.
  - 2.2. Sugestão de título abreviado.
  - 2.3. Título pleno em inglês.
  - 2.4. Nome de cada autor, seguido por afiliação institucional por ocasião da submissão do trabalho.
  - 2.5. Indicação do autor a quem o leitor do artigo deve enviar correspondência, seguido de endereço completo, de acordo com as normas do correio. Se disponível, o endereço eletrônico deve também ser indicado.
  - 2.6. Indicação de endereço para correspondência com o editor sobre a tramitação do manuscrito, incluindo fax, telefone e, se disponível, endereço eletrônico.
  - 2.7. Se necessário, indicação de atualização de afiliação institucional.
  - 2.8. Se apropriado, parágrafo reconhecendo apoio financeiro, colaboração de colegas e técnicos, origem do trabalho (por exemplo, anteriormente apresentado em evento, derivado de tese ou dissertação, coleta de dados efetuada em instituição distinta daquela informada no item 2.4), e outros fatos de divulgação eticamente necessária.
3. **Folha contendo Resumo**, em português.  
O resumo deve ter o máximo de 150 palavras para trabalhos na categoria 1, 100 palavras para trabalhos nas categorias 2, 3, 4 e 5, e 50 palavras para trabalhos nas categorias 6 e 7. As categorias 8 e 9 não admitem resumo. Ao resumo devem-se seguir 3 a 5 palavras-chave para fins de indexação do trabalho – devem ser escolhidas palavras que classifiquem o trabalho com precisão adequada, que permitam que ele seja recuperado junto com trabalhos semelhantes, e que possivelmente seriam evocadas por um pesquisador efetuando levantamento bibliográfico. No caso de relato de pesquisa, o resumo deve incluir: descrição sumária do problema investigado, características pertinentes da amostra, método utilizado para a coleta de dados, resultados e conclusões, suas implicações ou aplicações. O resumo de uma revisão crítica ou de um estudo teórico deve incluir: tópico tratado (em uma frase), objetivo, tese ou construto sob análise ou organizador do estudo, fontes usadas (p. ex. observação feita pelo autor, literatura publicada) e conclusões.
4. **Folha contendo Abstract**, em inglês, compatível com o texto do resumo.  
O *Abstract* deve obedecer às mesmas especificações para a versão em português, seguido de *key words*, compatíveis com as palavras-chave.
5. **Texto** propriamente dito.  
Em todas as categorias de trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. No caso de relatos de pesquisa o texto deverá, obrigatoriamente, apresentar: introdução, metodologia, resultados e discussão. As notas não bibliográficas deverão ser reduzidas a um mínimo e colocadas ao pé das páginas, ordenadas por algarismos arábicos que deverão aparecer imediatamente após o segmento de texto ao qual se refere a nota. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. As citações de autores deverão ser feitas de acordo com as normas da APA, exemplificadas no item IV. No caso de transcrição na íntegra de um texto, a transcrição deve ser delimitada por aspas e a citação do autor seguida do número da página citada. Uma citação literal com 40 ou mais palavras deve ser apresentada

em bloco próprio, começando em nova linha, com recuo de 5 espaços da margem, na mesma posição de um novo parágrafo. O tamanho da fonte deve ser 12, como no restante do texto.

6. **Referências**, ordenadas de acordo com as regras gerais que se seguem. Trabalhos de autoria única e do mesmo autor são ordenadas por ano de publicação, a mais antiga primeiro. Trabalhos de autoria única precedem trabalhos de autoria múltipla, quando o sobrenome é o mesmo. Trabalhos em que o primeiro autor é o mesmo, mas co-autores diferem são ordenados por sobrenome dos co-autores. Trabalhos com a mesma autoria múltipla são ordenados por data, o mais antigo primeiro. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data são ordenados alfabeticamente pelo título, desconsiderando a primeira palavra se for artigo ou pronome, exceto quando o próprio título contiver indicação de ordem; o ano é imediatamente seguido de letras minúsculas. Quando repetido, o nome do autor não deve ser substituído por travessão ou outros sinais. A formatação da lista de referências deve ser apropriada à tarefa de revisão e de editoração – além de espaço duplo e tamanho de fonte 12, parágrafo normal com recuo apenas na primeira linha, sem deslocamento das margens (cf. exemplificado no item V); os grifos devem ser indicados em itálico.
7. **Anexos**, apenas quando contiverem informação original importante, ou destacamento indispensável para a compreensão de alguma seção do trabalho. Recomenda-se evitar anexos.
8. **Folha contendo títulos de todas as figuras**, numeradas conforme indicado no texto.
9. **Figuras**, incluindo legenda, uma por página em papel, e por arquivo de computador, quando preparadas eletronicamente. Para assegurar qualidade de reprodução as figuras contendo desenhos deverão ser encaminhadas em qualidade para fotografia: as figuras contendo gráficos não poderão estar impressas em impressora matricial. Como a versão publicada não poderá exceder a largura de 8,3 cm para figuras simples, e de 17,5 cm para figuras complexas, o autor deverá cuidar para que as legendas mantenham qualidade de leitura, caso redução seja necessária.
10. **Tabelas**, incluindo título e notas, uma por página em papel e por arquivo de computador. Na publicação impressa a tabela não poderá exceder 17,5 cm de largura x 23,7 cm de comprimento. Ao prepará-las, o autor deverá limitar sua largura a 60 caracteres, para tabelas simples a ocupar uma coluna impressa, incluindo 3 caracteres de espaço entre colunas da tabela, e limitar a 125 caracteres para tabelas complexas a ocupar duas colunas impressas. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título e rodapé(s). Para outros detalhes, especialmente em casos anômalos, o manual da APA deve ser consultado.

#### IV. Tipos Comuns de Citação no Texto

##### Citação de artigo de autoria múltipla

###### 1. Dois autores

O sobrenome dos autores é explicitado em todas as citações, usando e ou & conforme a seguir:

“O método proposto por Siqueland e Delucia (1969)” mas “o método foi inicialmente proposto para o estudo da visão (Siqueland & Delucia, 1969)”

###### 2. De três a cinco autores

O sobrenome de todos os autores é explicitado na primeira citação, como acima. Da segunda citação em diante só o sobrenome do



primeiro autor é explicitado, seguido de "e cols." e o ano, se for a primeira citação de uma referência dentro de um mesmo parágrafo:

Spielberger, Gorsuch e Lushene (1994) verificaram que [primeira citação no texto]

Spielberger e cols. (1994) verificaram que [citação subsequente, primeira no parágrafo]

Spielberg e cols. verificaram [omite o ano em citações subsequentes dentro de um mesmo parágrafo]

Exceção: Se a forma abreviada gerar aparente identidade de dois trabalhos em que os co-autores diferem, os co-autores são explicitados até que a ambigüidade seja eliminada. Os trabalhos de Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Haas, J. R. & Greenway, D. E. (1986) e Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. & Korn, Z. (1986) são assim citados:

"Hayes, Brownstein, Haas e cols. (1986) e Hayes, Brownstein, Zettle e cols. (1986) verificaram que ..."

Na seção de Referências todos os nomes são relacionados.

### 3. *Seis ou mais autores*

No texto, desde a primeira citação, só o sobrenome do primeiro autor é mencionado, seguido de "e cols.", exceto se este formato gerar ambigüidade, caso em que a mesma solução indicada no item anterior deve ser utilizada:

Rodrigues e cols. (1988).

Na seção de Referências todos os nomes são relacionados.

## Citações de trabalho discutido em uma fonte secundária

O trabalho usa como fonte um trabalho discutido em outro, sem que o trabalho original tenha sido lido (por exemplo, um estudo de Flavell, citado por Shore, 1982). No texto, use a seguinte citação:

Flavell (conforme citado por Shore, 1982) acrescenta que estes estudantes ...

Na seção de Referências informe apenas a fonte secundária, no caso Shore, usando o formato apropriado.

## Citações de obras antigas reeditadas

Autor (data da publicação original / data da edição consultada).  
Ex.: Franco (1790/1946).

## Citação de comunicação pessoal

Este tipo de citação deve ser evitada, por não oferecer informação recuperável por meios convencionais. Se inevitável, deve aparecer no texto, mas não na seção de Referências.

C. M. L. C. Zannon (comunicação pessoal, 30 de outubro de 1994)

## V. Exemplos de Tipos Comuns de Referência

### 1. *Relatório técnico*

Birney, A. J. & Hall, M. M. (1981). *Early identification of children with written language disabilities* (relatório n. 81-1502). Washington, DC: National Education Association.

### 2. *Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado*

Haidt, J., Dias, M. G. & Koller, S. (1991, fevereiro). *Disgust, disrespect and culture: Moral judgement of victimless violations*

*in the USA and Brazil*. Trabalho apresentado em Reunião Anual (Annual Meeting) da Society for Cross-Cultural Research, Isla Verde, Puerto Rico.

### 3. *Trabalho apresentado em congresso*

#### *com resumo publicado em publicação seriada regular*

Tratar como publicação em periódico, acrescentando logo após o título a indicação de que se trata de resumo.

Silva, A. A. & Engelmann, A. (1988). Teste de eficácia de um curso para melhorar a capacidade de julgamentos corretos de expressões faciais de emoções [Resumo]. *Ciência e Cultura*, 40(7, Suplemento), 927.

### 4. *Trabalho apresentado em congresso*

#### *com resumo publicado em publicação especial*

Tratar como publicação em livro, informando sobre o evento de acordo com as informações disponíveis em capa.

Todorov, J. C., Souza, D. G. & Bori, C. M. (1992). Escolha e decisão: A teoria da maximização momentânea [Resumo]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *Resumos de comunicações científicas, XXII Reunião Anual de Psicologia* (p. 66). Ribeirão Preto: SBP.

Meneghini, R. & Campos-de-Carvalho, M. I. (1995). Áreas circunscritas e agrupamentos sequenciais entre crianças em creches [Resumo]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *XXV Reunião Anual de Psicologia, Resumos* (p. 385). Ribeirão Preto: SBP.

### 5. *Teses ou dissertações não publicadas*

Costa, L. (1989). *A família descasada: Interação, competência e estilo. Estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

### 6. *Livros*

Féres-Carneiro, T. (1983). *Família: Diagnóstico e terapia*. Rio de Janeiro: Zahar.

### 7. *Capítulo de livro*

Blough, D. S. & Blough, P. (1977). Animal psychophysics. Em W. K. Honig & J. E. Staddon (Orgs.), *Handbook of operant behavior* (pp. 514-539). Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.

Hoffman, L. W. (1979). Experiência da primeira infância e realizações femininas. Em H. Bee (Org.), *Psicologia do desenvolvimento: Questões sociais* (pp. 45-65). Rio de Janeiro: Interamericana.

### 8. *Livro traduzido, em língua portuguesa*

Salvador, C. C. (1994). *Aprendizagem escolar e construção de conhecimento*. (E. O. Dihel, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1990)

Se a tradução em língua portuguesa de um trabalho em outra língua é usada como fonte, citar a tradução em português e indicar ano de publicação do trabalho original.

No texto, citar o ano da publicação original e o ano da tradução: (Salvador, 1990/1994).

### 9. *Artigo em periódico científico*

Informar volume do periódico, em seguida o número entre parêntesis, sobretudo quando a paginação reinicia a cada número.

Doise, W. (2003). Human rights: Common meaning and differences in positioning. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3), 201-210.



**10. Obras antigas com reedição em data muito posterior**

Franco, F. de M. (1946). *Tratado de educação física dos meninos*. Rio de Janeiro: Agir (Originalmente publicado em 1790).

**11. Obra no prelo**

Não forneça ano, volume ou número de páginas até que o artigo esteja publicado. Respeitada a ordem de nomes, é a última referência do autor.

Nery, M. P. & Conceição, M. I. G. (no prelo). Sociodrama e política de cotas para negros: um método de intervenção psicológica em temas sociais. *Psicologia Ciência e Profissão*.

**12. Autoria institucional**

American Psychiatric Association (1988). *DSM-III-R, Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (3ª ed. revista). Washington, DC: Autor.

**13. Artigos consultados na mídia eletrônica**

Giavoni, A. & Tamayo, A. (2003). Inventário masculino dos esquemas de gênero do autoconceito (IMEGA). *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 19(3), 249-260. Retirado em 23/04/2004 do SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/ptp>

**VI. Direitos Autorais****Artigos publicados em *Psicologia: Teoria e Pesquisa***

Os direitos autorais dos artigos publicados pertencem à Revista *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. A reprodução total dos artigos desta Revista em outras publicações, ou para qualquer outra utilidade, está condicionada à autorização escrita do Editor de *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Pessoas interessadas em reproduzir parcialmente os artigos desta Revista (partes do texto que excederem 500 palavras,

tabelas, figuras e outras ilustrações) deverão ter permissão escrita do(s) autor(es).

O autor principal de cada artigo receberá dez separatas de seu artigo.

**Reprodução parcial de outras publicações**

Manuscritos submetidos que contiverem partes de texto extraídas de outras publicações deverão obedecer aos limites especificados para garantir originalidade do trabalho submetido. Recomenda-se evitar a reprodução de figuras, tabelas e desenhos extraídos de outras publicações.

O manuscrito que conter reprodução de uma ou mais figuras, tabelas e desenhos extraídos de outras publicações só será encaminhado para análise se vier acompanhado de permissão escrita do detentor do direito autoral do trabalho original para a reprodução especificada em *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Em nenhuma circunstância *Psicologia: Teoria e Pesquisa* e os autores dos trabalhos publicados nesta Revista repassarão direitos assim obtidos.

**VII. Endereço para Encaminhamento**

A remessa de manuscritos para publicação, bem como toda a correspondência de seguimento que se fizer necessária, deve ser endereçada para:

Editor  
Revista *Psicologia: Teoria e Pesquisa*  
Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília  
70910-900 Brasília, DF, Brasil

Comunicações rápidas podem também ser efetuadas através do tel/fax: 55 61 3274 6455 e do sítio: [www.revistaptp.org.br](http://www.revistaptp.org.br)

**ANEXO E**

**Normas para publicação Revista *Ágora***



ISSN 1516-1498 *versão  
impressa*  
ISSN 1809-4414 *versão online*

## INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Política editorial](#)
- [Apreciação pelo Conselho Editorial](#)
- [Público alvo](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

### Política editorial

A revista publica manuscritos inéditos e oferece uma divisão ampla de tipos de artigos: relatos de casos, conferências, traduções de artigos originais (a rara tradução de trabalhos já publicados no exterior se justifica quando se trata de tema relevante na atualidade), estudos interdisciplinares, entrevistas e resenhas. Tanto as entrevistas quanto as resenhas são privilegiadas na medida em que representam a atualidade dos debates. Configuram-se como áreas de interesse para publicação, temas do campo da psicanálise e de áreas afins das Ciências Humanas e Sociais.

### Apreciação pelo Conselho Editorial

Os manuscritos serão aceitos para avaliação desde que não tenham sido publicados anteriormente, devendo ser acompanhados de carta ao Editor Responsável solicitando publicação.

Na carta, o(s) autor(es) deve(m) informar eventuais conflitos de interesse - profissionais, financeiros e benefícios diretos ou indiretos - que possam vir a influenciar os resultados da pesquisa.

Também deve(m) revelar as fontes de financiamento envolvidas no trabalho, bem como garantir a privacidade e o anonimato das pessoas envolvidas.

Primeiramente o trabalho será apreciado pelo Editor que enviará ao(s) autor(es) carta ou e-mail comunicando o início do processo editorial, desde que o material encaminhado esteja de acordo com as normas estabelecidas pela revista.

Em seguida, o manuscrito será enviado para 2 (dois) pareceristas anônimos que poderão rejeitar, recomendar a publicação com reformulações ou aceitar sem modificações. Caso haja discordância entre os pareceres quanto à publicação, o trabalho será encaminhado a um terceiro consultor ad hoc. Os pareceres serão enviados ao(s) autor(es), para justificar ou fazer as modificações no texto,

devolvendo o trabalho reformulado no prazo máximo de vinte dias. O trabalho será reenviado aos pareceristas que deverão se pronunciar com relação à revisão efetuada.

Caberá ao Conselho Editorial a decisão final quanto à publicação. Pequenas alterações no texto poderão ser feitas pelo Conselho Editorial, para atender aos critérios e normas operacionais da revista.

É solicitado aos pareceristas levar em conta a inserção do artigo avaliado na área de abrangência da revista e todos os aspectos que envolvam a organização, o conteúdo e a redação do trabalho, conforme roteiro abaixo:

#### Organização do trabalho

Adequação do título  
Clareza e concisão do resumo  
Pertinência das palavras-chave  
Inserção na área de abrangência da revista

#### Conteúdo

Delimitação e definição do foco do trabalho  
Explicitação das premissas do trabalho  
Consistência do desenvolvimento da questão  
Conclusões decorrentes da argumentação apresentada  
Adequação da bibliografia ao problema abordado

#### Redação

Gramática/ortografia  
Clareza na expressão das idéias  
Citações apresentadas corretamente  
Apresentação, organização e tamanho do artigo  
Acordo com as "normas de publicação"

#### Julgamento final

Favorável à publicação sem modificações  
Favorável à publicação com modificações  
Desfavorável à publicação

O parecer será enviado para o autor, sendo importante que venha com uma justificativa detalhada, destacando as modificações e sugestões necessárias, com indicação das passagens e sua localização (no da página) no artigo. No caso de parecer desfavorável, solicitamos que explicita os motivos.

A revista **Ágora** preserva o sigilo de seus consultores.

### **Público alvo**

Tratando-se de uma revista especializada na área da psicanálise, o público alvo são os profissionais e pesquisadores deste campo do saber. Neste sentido, cabe a consideração sobre a importância fundamental de uma revista especializada nesta área no meio acadêmico. **Ágora - estudos em teoria psicanalítica** teve um papel precursor ao procurar circunscrever os limites do

conhecimento psicanalítico na área acadêmica e indicar claramente a necessidade de um estudo aprofundado da teoria psicanalítica. Neste contexto, o projeto de uma revista que se caracterizou como veículo para a divulgação da produção que vem sendo realizada nos vários Programas, teve uma importância capital. O mesmo ocorre com relação à produção de autores estrangeiros, dado que o Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica mantém acordos formais e informais com diversos Programas no exterior (notadamente Espanha, Argentina e França) e, ainda, que vários doutorandos vão realizar parte de sua pesquisa nestes Programas, o que vem estreitando os laços entre os Programas.

## **Forma e preparação de manuscritos**

### **Apresentação dos originais**

O autor deverá enviar o trabalho em duas cópias impressas e, também, uma cópia eletrônica: em disquete (Word for Windows - versão 6.0 ou 7.0 e com extensão .doc) ou via e-mail. O texto deverá ser digitado em fonte Times New Roman, corpo 12, formato *letter*, espaço 1,5 cm.

*Folha de rosto* - Título em português. Nome do autor, seguido de créditos acadêmicos e profissionais (em 3 linhas no máximo). Endereço postal e eletrônico do autor, número de telefone/fax.

*Folha de resumo* - Resumo em português, em torno de 580 caracteres com espaços (100 palavras), aproximadamente. Palavras-chave, em português (no mínimo três e no máximo cinco palavras). Título em inglês, compatível com o título em português. *Abstract*, em inglês, compatível com o texto do resumo. *Keywords*, em inglês, compatíveis com as palavras-chave.

*Texto* - O corpo do texto (isto é, sem a página rosto e o resumo) deverá apresentar o título do trabalho e conter de 14 a 20 laudas com 2000 caracteres com espaço cada uma: as resenhas não poderão exceder o total de 3 laudas.

Os originais enviados não serão devolvidos.

*Padrão das notas* - As notas deverão ser indicadas por algarismo arábicos ao longo do texto e digitadas em página separada, sem a utilização de programa automático do Word.

### **Referências e citações**

A referência a autores deverá ser feita no corpo do texto, somente mencionando o sobrenome, acrescido do ano da obra.

Ex.: (GREEN, 1982)

No caso de autores cujo ano do texto ou da obra é

importante, colocar o ano do texto ou da obra seguido do ano da edição utilizada.

Ex.: (FREUD, 1915/1974)

No caso de haver coincidência de datas de um texto ou obra, distinguir com letra (1915a, 1915b), respeitando a ordem de entrada no artigo.

No caso de compilação de textos de um mesmo autor em uma obra, colocar o ano do texto seguido do ano da edição da obra utilizada.

Ex: (LACAN, 1946/1966)

No caso de vários autores, todos deverão ser citados, usando e ou &.

Ex: (PRIGOGINE & STENGERS, 1984)

No caso de citações textuais, entre aspas, deverá ser acrescida da página.

Ex: "É que o saber não é feito para compreender, ele é feito para cortar." (FOUCAULT, 1984, p. 28)

Citações textuais com menos de três linhas, entre aspas, deverão ser mantidas no corpo do texto.

Citações textuais com mais de três linhas deverão aparecer em destaque, observando um espaço do tabulador, espaço simples e digitadas em Times New Roman, corpo 10.

### **Referências Bibliográficas**

As referências bibliográficas devem aparecer no final do artigo, em ordem alfabética de sobrenome, em caixa alta.

Ex: ASSOUN, P. P.

BADIOU, A.

Devem obedecer à seguinte ordem de itens:

*Livro* - sobrenome em caixas altas, iniciais do autor, ano em que foi escrito e ano da edição entre parênteses, título em itálico, cidade, editora.

Ex: FOUCAULT, M. (1984) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, p. 34.

LACAN, J. (1959-1960/1988) *O Seminário livro 7, A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

*Citação de Freud* - sobrenome em caixa alta, iniciais do autor, ano em que foi escrito e ano da edição entre parênteses, título da edição utilizada em itálico, cidade, editora. Em seguida o título do artigo entre aspas, volume e páginas.

Ex.: FREUD, S. (1975) *The standard edition of the complete psychological works*, Londres, Hogarth Press.

(1900) "The Interpretation of dreams", v. IV e V, p. 1-734.

(1915) "Repression", v. XIV, p. 141-158.

*Artigo de livro* - sobrenome em caixa alta, iniciais do autor, ano da edição entre parênteses, título entre aspas, seguido de vírgula e da palavra in (sem itálico) e o título do livro em itálico, nome do coordenador entre parênteses, cidade,

editora.

Ex.: ANDRADE, R. (1995) "A teoria das pulsões no romantismo alemão", in *As pulsões* (org. MOURA, A. H.), São Paulo, Escuta/Educ.

*Artigo de revista* - sobrenome em caixa alta, iniciais do autor, ano da edição entre parênteses, título entre aspas, nome da revista em itálico, número (n.), volume (v.), cidade, editora, páginas (usar p. para o singular e o plural).  
Ex.: LE GAUFFEY, G. (1984) "Père, ne vois-tu donc pas que tu brûles?", in *Revue de Psychanalyse Littoral*, 11/12, Paris, Erès, fev, p. 27-34.

*Capítulo ou parte de livro* - sobrenome em caixa alta, iniciais do autor, ano da edição entre parênteses, título da parte entre aspas, inserir in, seguido do título do livro em itálico, cidade, editora.  
Ex: LACAN, J. (1946/1966) "Propos sur la causalité psychique", in *Écrits*. Paris, Seuil.

## Envio de manuscritos

Revista **Ágora - Estudos em Teoria Psicanalítica**  
A/c Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica  
Instituto de Psicologia UFRJ  
Campus Praia Vermelha  
Av. Pasteur 250 fundos  
22290-240 Rio de Janeiro RJ  
E-mail: [agora@psycho.ufrj.br](mailto:agora@psycho.ufrj.br)

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

© 2006 **Ágora - Estudos em Teoria Psicanalítica**

Av. Pasteur, 250 fundos  
22290-240 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil  
Tel.: +55 21 3878-5344



[agora@psycho.ufrj.br](mailto:agora@psycho.ufrj.br)