

*Flávio Del Matto Faria*, IBPW/IWA: *entrevistado por Daniela Guizzo*,  
IBPW/IWA\*

**Link para a entrevista no Instagram do IBPW:**  
**<https://www.instagram.com/p/Ckrc1TMpIiX/>**

**Daniela Guizzo**

Olá, Flávio, obrigada pela sua participação aqui no boletim Winnicott no Brasil. Flávio, você poderia nos contar como conheceu o trabalho de Winnicott? Como você iniciou suas pesquisas? Quem foi seu orientador? e queria que você me dissesse como foi o seu primeiro contato com Winnicott.

**Flávio Del Matto**

Bom, vou tentar ser objetivo. O meu encontro com Winnicott exige um pouco de explicação. Eu trabalhava na área, era psicólogo da prefeitura do município de São Paulo e por uma série de eventos, acabei indo para o Hospital Municipal de Jabaquara, que tinha, naquela época, um o Centro de Controle de Intoxicações do município.

Inicialmente, fui trabalhar lá nos recursos humanos e depois passei para a área clínica. Isso foi na gestão da Erundina, faz tempo. Comecei a atender alguns casos, chegavam muitas pessoas que haviam tentado suicídio, então, me pediram para dar suporte para algumas dessas pessoas, o trabalho no centro de controle de intoxicações era muito difícil, o pessoal estava desesperado sem saber o que fazer, ficavam muito preocupados, pois os pacientes não ficavam nas unidades básicas quando eram encaminhados para lá, havia um alto risco de ocorrência de suicídio. Estatisticamente, está provado que se você não trabalha um caso desse de uma maneira bastante consistente, o risco de uma reincidência da tentativa de suicídio é muito alto.

Essas pessoas chegavam numa situação bastante crítica, bem fragilizadas, tanto medicamente, quanto psicologicamente falando. E lá não havia um serviço de assistência direta. Nós fazíamos uma primeira abordagem, após o diagnóstico de intoxicação e, em seguida, encaminhávamos o paciente para as unidades básicas de saúde, tínhamos pouco contato com os familiares.

---

\* Entrevista originalmente veiculada ao vivo no Instagram, em 07 de novembro de 2022.

Esses pacientes não ficavam no Centro de controle. O pessoal da UBS também ficava preocupado, porque eles iam em uma ou duas entrevistas, falavam muito do que acontecia no hospital etc., e depois perdiam o contato. Por isso, me pediram para dar apoio para a equipe. E assim, acabei atendendo também alguns desses casos. Nessa época, inclusive eu já fazia alguns trabalhos como supervisor do Instituto Sedes, então, depois de um tempo, percebi que os recursos teóricos e técnicos de que eu dispunha não bastavam para dar conta daquele tipo de demanda. Comecei, então, a perceber que seria necessário um trabalho mais estendido, mais prolongado, o que exigiria uma espécie de ambulatório de saúde mental, coisa que não existia no hospital.

Então, tomei a iniciativa, por conta própria, de marcar o retorno desses pacientes. Bom, não preciso dizer que eu arrumei um abrigo lá dentro do hospital. Mas os pacientes começaram a retornar. E por que eles retornavam? Porque, no momento do atendimento inicial, quando da emergência da tentativa de suicídio, eles estavam extremamente fragilizados e psicologicamente sem defesas ou com defesas muito frágeis.

Por esse motivo, eles ficavam muito apegados ao tipo de atendimento que tinham tido no hospital, mesmo quando estavam entubados etc. E por isso, quando eles iam para as Unidades Básicas de Saúde, sentiam que lá não tinham o mesmo atendimento.

O ambiente onde esses pacientes eram atendidos no hospital era bastante precário, mas apesar disso, era um ambiente muito importante para eles, devido ao acolhimento que tinham tido pelo serviço de psicologia. Quando percebi isso, comecei a propor o retorno desses pacientes e a ter uma boa resposta desses deles.

Paralelamente, é claro que havia problemas, pois não havia disposição para isso dentro da própria instituição. Mas percebi o seguinte: os recursos técnicos e teóricos que eu tinha e que até conhecia relativamente bem, a teoria de Klein e Freud, não atendiam às demandas do tratamento desses pacientes. Eu não conseguia encaixar aqueles conceitos com pacientes tão evidentemente comprometidos em termos de organização psíquica, estrutura emocional etc. Comecei a tomar algumas atitudes como: marcar o retorno, manter uma certa constância de atendimento, adaptar o *setting* para as necessidades do paciente entre outras coisas. Tomei essas atitudes espontaneamente e mais tarde, quando comecei a dar aula na Universidade São Judas, precisei fazer um mestrado para continuar dando aulas lá e decidi fazer uma pesquisa sobre o que estava fazendo no hospital, então procurei um professor para orientar essa pesquisa a respeito do suicídio, de fato que eu estava muito perdido.

O projeto consistia em acompanhar pacientes que haviam sido atendidos em ambiente de emergência depois do atendimento para saber para onde iam esses pacientes, o que acontecia com eles. Não dei continuidade a este projeto, pois não encontrei orientador.

Acabei fazendo mestrado na PUC de São Paulo, mas não havia ninguém para me orientar com esse projeto na época. Inclusive, até hoje, sou muito grato à professora Marília Ancona Lopes, pois ela me disse assim: “Flávio, eu não tenho condição de te orientar nisso. Eu teria que ter muita coisa no meu programa aqui para poder te orientar”.

Tentei na USP, mas na fase da entrevista fui preterido, pois ali também não houve interesse no meu projeto. Enfim, este projeto para acompanhar os pacientes que tentaram suicídio foi aceito na PUC Campinas.

Mas quando entrei na PUC de São Paulo, a dificuldade nesse sentido continuou, pois não havia um interesse nesse tipo de assunto, os professores já tinham seus projetos de pesquisa etc. Não que houvesse absolutamente nada contra, mas era um tema que não estava em pauta naquele momento. Fiquei praticamente um ano e meio sem orientador, assistindo às aulas, e estudando a parte teórica.

Até que a própria professora Marília Ancona Lopes me disse: “Por que você não procura o professor Loparic? Fala com ele, acho que ele vai aceitar te orientar”. Depois do meu périplo, procurando por um orientador certo, fui procurar o prof. Loparic que me ouviu daquele jeito tranquilo que ele tem. Eu expliquei mais ou menos qual era o meu projeto.

Ele ficou me olhando, e do jeito que ele me olhava até pensei assim: “bom, é mais um que vai dizer não”, mas ao final da entrevista, ele falou: “Tá bom. Então, volta amanhã e a gente começa”. E começamos esse trabalho. Foi aí que eu entrei em contato com a teoria de Winnicott. E então comecei a assistir algumas aulas dele.

Isso foi no ano de 1993. Nesse momento, comecei a perceber que tudo o que eu estava fazendo no hospital com os meus pacientes fazia sentido em termos da teoria que começamos a estudar com o professor Loparic.

### **Daniela Guizzo**

Então, o seu encontro com Winnicott foi um pouco de encontro com você mesmo. Porque você já praticava o que depois você encontrou descrito na teoria dele, não?

### **Flávio Del Matto**

Foi bem isso mesmo, posso te dizer que, de alguma maneira, foi um processo de autorização, enquanto um analista, ou um terapeuta, que fazia um trabalho com suicidas num hospital que não estava preparado para esse tipo de atendimento, nesse sentido, foi de fato uma revelação.

**Daniela Guizzo**

Uma identificação. Você se identificou com o trabalho de Winnicott?

**Flávio Del Matto**

Sim, me identifiquei, porque aquilo que eu estava fazendo começou a ganhar novos sentidos, eu tinha muitas dúvidas, o que eu estava fazendo ia contra aquilo que era esperado de alguém com formação psicanalítica. Inclusive, alguns psicanalistas chegavam a me dizer: “Olha, você está criando dependência nesses pacientes. E depois, o que você vai fazer com isso?”. Uma vez até respondi, dizendo: “Bom, se eles não dependerem do terapeuta, eles vão depender de quem?”. Esses pacientes chegavam praticamente esfrangalhados psiquicamente. E a pouca atenção que recebiam ali já era muito para eles na situação em que chegavam, e por esse motivo se apegavam tanto a nós.

**Daniela Guizzo**

Sim. Então você já está há muitos anos estudando o suicídio, antes mesmo de iniciar os seus estudos especificamente voltados à psicanálise winnicottiana. Então, gostaria de falar agora a respeito de seus escritos sobre psicanálise winnicottiana. Em primeiro lugar, gostaria de falar sobre sua tese de doutorado.

Li a sua tese, acompanho seu trabalho há algum tempo até porque fomos colegas. Você defendeu sua tese de doutorado em 2004, sob o título: “O suicídio na obra de Winnicott”, nesse trabalho você escreveu como “a concepção não edipiana do sujeito winnicottiano, conceitos como falso e verdadeiro si mesmo, experiências de continuidade do ser no tempo, espontaneidade e criatividade primário tornam-se prioritários para a compreensão do suicida como alguém que busca a morte para escapar às agonias impensáveis, devido à impossibilidade de sentir se real” (Farias, 2004). Sua tese está publicada no *Boletim Winnicott no Brasil*, e também no banco de dados da PUC-SP, para quem tiver interesse em ler. Então, Flávio, você poderia falar um pouco sobre sua pesquisa, sobre como estes conceitos winnicottianos, citados no trecho lido, ampliaram sua compreensão sobre a problemática do suicídio? Vejo que poucas pessoas se debruçaram sobre este tema, portanto, temos uma ótima ocasião para falar sobre isso

**Flávio Del Matto**

Hoje em dia, felizmente, já temos mais pessoas se dedicando ao estudo do suicídio. Mesmo naquela época, já existiam várias pessoas pesquisando o tema, mas era tudo muito disperso. Continua sendo assim, mas há um número maior de pessoas que vêm se dedicando a esta questão, até porque as tentativas de suicídio estão acontecendo com mais frequência. Recentemente, li um artigo, sobre o aumento do número de suicídios entre adolescentes e pré-adolescentes no Brasil. Conforme o artigo, este aumento está indo na contramão do que ocorre

lá fora. No entanto, outras pesquisas, publicadas em outros artigos, dizem a ocorrência de suicídios, em outros países, nesta faixa etária tem aumentado exponencialmente.

Talvez por esse motivo, haja uma porção mais expressiva de pessoas pesquisando o tema, mas nem todas partem da teoria de Winnicott, o que eu acho uma pena, porque, partindo da minha experiência pessoal com a teoria kleiniana e a teoria freudiana, não cheguei a soluções satisfatórias. O problema não é o conceito em si, porque quando você pensa os conceitos, eles fazem todo sentido. Mas o problema é que quando nos defrontamos com pacientes suicidas, precisamos de algo que seja de fato um instrumento e não um conceito para pensar acerca da condição deste paciente, você precisa atuar com estes pacientes, de uma maneira diferente das propostas interpretativas que permeiam a metapsicologia, a psicanálise tradicional. E aí é que entra a teoria de Winnicott.

Muitas pessoas quando encontram Winnicott, falam: “Puxa, faz sentido, eu já fazia, ou queria fazer, muitas coisas propostas por Winnicott, mas agora está fazendo sentido”. Winnicott permite uma aproximação do paciente, de uma outra forma que não a mental, por exemplo, que supõe uma certa igualdade de recursos, inclusive no nível das defesas do paciente e do terapeuta, como se houvesse uma possibilidade de comunicação simbólica. É isso que se propõe, basicamente, na metapsicologia. Mas, não há essa possibilidade, quando uma pessoa chega às vias de fato, numa tentativa de suicídio. Diversas patologias podem levar alguém a uma tentativa de suicídio, dentre elas posso citar: a depressão, as psicoses, e até mesmo um comportamento deliquencial. Nesses casos, estamos trabalhando com pessoas que estão num nível de exposição tão grande que as defesas, que normalmente são trabalhadas com base num aporte psicanalítico tradicional, não são encontradas. Esses pacientes estão muito regredidos, estão funcionando num nível tão primário, que mal conseguem se dar conta da existência do outro.

Ninguém chega a uma tentativa de suicídio só por causa de uma depressão, mas devido à desesperança que se alia à depressão. É muito difícil perceber isto. No senso comum costuma-se dizer que uma pessoa estava deprimida, foi medicado etc., e acabou se suicidando. Mas essa não é uma boa explicação.

Na verdade, partindo da teoria winnicottiana, deve-se avaliar em que nível de amadurecimento essa pessoa conseguiu chegar. Assim, podemos constatar que o nível de amadurecimento emocional é pífio. Estas pessoas, na verdade, trabalhavam num nível aparente de amadurecimento, de desenvolvimento emocional, inclusive psicossocial.

Elas apresentavam ser personalidades bem estruturadas em algumas situações, pode-se encontrar suicidas entre intelectuais, entre profissionais de saúde, não só entre pessoas

desprovidas de qualquer acesso a uma vida cultural rica. Nesse sentido, é possível perceber que essas pessoas, na verdade, funcionavam de um jeito bastante distante do que efetivamente eram. E é aí que podemos intervir à luz do primeiro conceito winnicotiano, o principal conceito que abordo na minha tese, o de falso si mesmo ou o falso *self* patológico.

**Daniela Guizzo**

Exatamente.

**Flávio Del Matto**

Quando uma pessoa chega nesse nível de solução, se é que isto pode ser considerado uma solução para a agonia que está vivendo, é porque de alguma maneira as condições do ambiente foram tão adversas e continuam sendo tão adversas, que aquela falsa personalidade puramente reativa às demandas do ambiente onde esta pessoa vive, já não atende mais à necessidade de proteger o verdadeiro *self*, o verdadeiro si mesmo dessa pessoa.

Nesse sentido, poderíamos dizer, grosso modo, que se trata de um colapso das defesas, que leva a pessoa a uma desesperança sem saída. Mas nesses casos, não se trata de uma desesperança no sentido romântico, e sim de uma desesperança no sentido de não encontrar nenhuma possibilidade de comunicação da sua dor, do seu sofrimento. agonizante, Mas antes disso, as raízes do suicídio já foram plantadas... O suicídio implanta suas raízes na primeiríssima infância. Lá onde se organizam as bases da personalidade de uma pessoa.

**Daniela Guizzo**

É impressionante como Winnicott descreve minuciosamente essas questões que você está colocando. A ausência de criatividade, o falso si mesmo. Tudo isso vai ajudar a tratar uma pessoa que tenha ideações/intenções suicidas.

**Flávio Del Matto**

Exatamente. quando eu falei sobre o que eu fazia no hospital, estava falando de ambiente, o que eu fazia do que diz respeito ao ambiente? Na verdade, eu oferecia um ambiente seguro para os pacientes lá no hospital, lá no início do meu trabalho clínico, eminentemente clínico. Na verdade, as instalações do hospital eram péssimas, mas o ambiente seguro era criado por nós. O que eu propiciava a esses pacientes era um ambiente humano seguro, baseado na relação que estabelecíamos.

**Daniela Guizzo**

O conceito de ambiente também é importantíssimo, não, Flávio?

**Flávio Del Matto**

Winnicott fala de um ambiente que não é físico, ele fala do ambiente humano. E é este ambiente que falhou de uma forma desastrosa, quando o indivíduo estava em formação. Pode

ser que o potencial, vou chamar aqui de potencial para o comportamento suicida, nunca apareça de fato, mas as ideações podem ir crescendo ao longo do tempo, constituindo-se como uma tentativa de fugir de uma agonia impensável/incompreensível/incomunicável, surgida nas relações iniciais que fracassaram. Daí a importância do ambiente. A outra noção winnicottiana, evocada por você, foi a de continuidade do ser. Segundo Winnicott, a continuidade do ser, de alguma forma, é assegurada nos primeiros estágios, nos estágios primitivos da formação, ainda no tempo de lactente. Desse modo, o ambiente deve dar suporte para que a continuidade do ser, para que o ritmo próprio de cada um, se desdobre como uma experiência de existência no espaço-tempo do corpo, pois o psiquismo de uma criança é também o corpo da criança, não é separado como na vida adulta. A gente pensa o corpo, a mente etc., tudo isso a gente sabe que são termos muito fantasiosos, na verdade. Mas na vida de uma criança, a continuidade de ser está assentada na relação com esse ambiente facilitador, conceito esse desenvolvido por Winnicott. Se não pudermos oferecer este tipo de ambiente para o paciente suicida, o nosso trabalho estará quase que totalmente fadado ao fracasso.

### **Daniela Guizzo**

Vamos aproveitar para falar do ambiente terapêutico, já que você tocou nesse ponto. Na sua tese você se preocupou em estudar o manejo clínico, é uma parte da sua tese, sim? O manejo clínico para o atendimento de pessoas com intenções suicidas, lá você escreveu que “O setting terapêutico do suicida não pode ser pautado nas premissas da existência do paciente enquanto já dada e deve ser continente para expressão das manifestações que lhe são mais próprias, objetivando a possibilidade da retomada do amadurecimento” (Farias, 2004).

Você poderia falar mais sobre o *setting* terapêutico e sobre os cuidados primordiais para esse tipo de demanda?

### **Flávio Del Matto**

Quando você pergunta isso, me lembro dos trabalhos de Margaret Little. Naquela época ainda não conhecia o trabalho dela. Margareth Little era psicanalista e médica também, ela foi paciente de Winnicott e tinha uma organização psicótica de defesa. Com a terapia winnicottiana, Little acabou chegando numa integração da personalidade e se tornou uma pessoa de expressão, inclusive importante no meio da psicanálise, a partir do trabalho analítico que fez com Winnicott. Depois desse trabalho, ela escreveu um texto intitulado “‘R’ – Resposta total do analista às necessidades do paciente”. Nesse texto, Little fala que chegou a essas conclusões a partir do trabalho com Winnicott, enquanto era analisada por ele.

Para atender um paciente com este nível de necessidade, não podemos ser apenas intérpretes de conteúdo do inconsciente do paciente, algo que é feito na maioria das escolas de

psicanálise tradicional. Até porque, para um paciente ter algo no inconsciente, que possa ser interpretado, é preciso que ele já tenha amadurecimento suficiente, ter construído esse inconsciente, chegar a esses conteúdos e expressá-los, através de falas ou atos falhos, que possam ser então interpretados por um analista, estabelecendo uma relação que funcionará quase em nível de igualdade, como se fossem dois aparelhos psíquicos conversando. Na verdade, você não encontra isso nesses pacientes. Você encontra pacientes que não chegaram ainda a se constituir como um si mesmo. São pacientes que funcionam, e esse é o grande risco, de uma forma puramente reativa às demandas de um ambiente, que os explorou, provavelmente desde crianças; e o pior de tudo isso, é que no momento atual, quando essas pessoas já têm um bom desenvolvimento intelectual, elas continuam sendo exploradas sistematicamente porque são reativas. E, se são reativas, atendem à demanda do ambiente, pois essa foi a única maneira, inconsciente é claro, de poder se resguardar de novas invasões do ambiente, uma vez que já sofreram tanto que não puderam se organizar como pessoas, o seu ritmo de amadurecimento no tempo foi interrompido.

Estamos falando do tempo do amadurecimento pessoal. O grande risco para essas pessoas reativas, se elas têm bom nível intelectual, é de serem vistas como pessoas proativas, um termo muito utilizado hoje em dia. Eu não estou falando que não haja pessoas proativas. Acontece que é muito comum que pessoas que são consideradas proativas, eu já tive oportunidade de atender vários casos, inclusive de pessoas com alto nível em posições empresariais etc., no contexto de vida que temos hoje em dia, numa sociedade voltada para o fazer, o reativo, quando bem dotado de recursos educacionais e intelectuais, entre outros, pode ser também uma pessoa que faz, não precisa ser um CEO de empresa, às vezes são pessoas muito simples, mas que se mantêm numa forma reativa de resposta ao meio ambiente. Por quê? Porque essas pessoas aprenderam a isolar o núcleo de si mesmo para se resguardarem de novas invasões do ambiente, elas apresentam uma forma de personalidade que atende a necessidade dos outros.

### **Daniela Guizzo**

Escondem uma forma muito adoecida de ser?

### **Flávio Del Matto**

Exatamente. Na verdade, eles escondem um núcleo que pode se desenvolver e amadurecer se encontrar recursos ambientais disponíveis para acompanhá-los nesse amadurecimento, e é aí que entra o papel do analista. O analista tem que ser esse ambiente, é a relação com o analista que prepara o *setting*, não exatamente um *setting* físico, mas a relação,

que se constitui num ambiente humano, ambiente este que ele não encontrou quando deveria ter encontrado, lá atrás, nos começos da sua vida.

Este trabalho precisa de tempo. Hoje é moda dizer que o trabalho com suicidas deve ser um trabalho coletivo, eu não concordo, penso exatamente o contrário. Este trabalho deve ser individualizado, ele tem um custo social altíssimo. Concordo que a prevenção pode ser feita de forma coletiva, nas escolas, nas empresas etc., mas o trabalho com a pessoa que apresenta risco de suicídio tem que ser individual.

É possível que alguém tenha dez irmãos, mas nos primeiros meses, após o nascimento, é preciso viver uma experiência de ser filho único, ou talvez até o primeiro ou segundo ano de vida. É necessário ter um acolhimento no ambiente humano, que facilite o desdobramento de si mesmo num ritmo próprio. E essa será a função do analista. Se bem me lembro, Margareth Little, no texto mencionado acima, conta que Winnicott cumpriu esse papel e de alguma maneira facilitou a escrita do referido texto após o trabalho analítico que fez com ela. O que demonstra uma resposta total do analista às necessidades do seu paciente.

### **Daniela Guizzo**

Temos de estudar profundamente a obra de Winnicott para entender o que significa para um paciente se sentir acolhido em seu momento regredido na sessão, é preciso estudar profundamente o a ideia de um si mesmo verdadeiro e a noção de o manejo, pois é preciso ser muito cuidadoso nesses casos, e isso eu aprendi lendo seus trabalhos.

### **Flávio Del Matto**

Que bom, então. Sobre a questão do manejo, na verdade, recomendo a leitura do farto material escrito pela dra. Elsa O. Dias a respeito dessa questão, ela fala desse tema com muita propriedade. O manejo é uma adaptação constante do analista, eu estou falando nos meus termos agora, das necessidades do paciente. Como foi dito antes, não é uma questão de interpretar sistematicamente, a interpretação para um paciente desse não faz nenhum sentido em termos emocionais, em termos da necessidade primitiva de integração desse paciente. E se ele for uma pessoa bem-dotada o risco é maior, porque vai ficar um pingue pongue intelectual, com o analista achando que o paciente, por ser proativo, nesses termos que eu falei, corresponde maravilhosamente. Ele pensa: “nossa, esse paciente é uma maravilha”. Me relataram uma experiência com um paciente que ia tão bem, ia maravilhosamente bem em análises – até o dia em que ele teve um surto e o analista não entendia por que ele nunca mais saiu desse surto, no sentido de uma desorganização total.

Claro que isso faz muito tempo e não tem a ver com paciente meu. É um relato que me foi feito por um professor meu, que era professor do Sedes na época, quando eu ainda fazia o

curso de especialização. Esse paciente, que correspondia maravilhosamente bem, com quem tudo ia bem, repentinamente fez um surto, acabou sendo medicado.

É claro que não estou discutindo aqui se há necessidade de medicalização ou não, não é isso. Mas se não há uma correspondência suficiente, em termos analíticos, para dar suporte para este tipo de desorganização, ou seja, de organização de defesa psicótica. O que a gente vê é a defesa, a gente não vê a psicose em si. A gente vê a defesa que o paciente organizou.

Se não houver manejo adequado, adaptação da relação com o analista etc., esse paciente vai acabar cronificado através da medicalização. Eu não estou dizendo que a medicalização cronifica o paciente. Mas se ele só é medicalização, ele vai ficar cronificado.

### **Daniela Guizzo**

Flávio, para essa entrevista eu li sua dissertação, sua tese e um artigo que tem o mesmo título que a sua tese, *O suicídio na obra de Winnicott*. A dissertação é *A questão do suicídio na obra de Winnicott* e a tese é *O suicídio na obra de D.W. Winnicott: Elementos para a formação de uma teoria winnicotiana do suicídio*, que depois ficou um artigo que está na revista Winnicott e-Prints e que está no livro *Winnicott na Escola de São Paulo*. Li também um que, se não me engano, está no livro *E o pai?*, chamado “O lugar do pai no contexto da regressão clínica”, onde você apresenta casos de pacientes com ideação suicida.

Mas infelizmente essa live só tem 60 minutos, nós já ocupamos 42 e eu não fiz metade das perguntas. Eu não fiz metade das perguntas que eu tinha para fazer, mas eu não quero terminar essa live sem falar de um outro trabalho seu. Eu sei que você tem esses trabalhos científicos, mestrado, doutorado, artigos, mas eu queria falar, antes de terminar, sobre dois trabalhos seus, que são trabalhos institucionais. Um deles é um trabalho importantíssimo dentro do IBPW: você é coordenador do Serviço de Atendimento em Psicanálise, o SAP. Eu queria que você falasse para as pessoas sobre esse trabalho e, na sequência, eu quero que você fale sobre um projeto lindo que você tem, que é o Programa de Atenção às Tentativas de Suicídio, o Proates, que é um projeto de prevenção de risco de potencial de suicídio entre os alunos dentro das escolas e universidades. É um projeto grandioso, importantíssimo e eu não queria terminar essa live sem que você falasse para as pessoas desses seus dois trabalhos institucionais. Um o SAP e o outro o Proates. Podemos terminar com você falando sobre estes dois projetos?

### **Flávio Del Matto**

O SAP é um serviço de atendimento psicanalítico criado no âmbito do IBPW, com a proposta de fazer um atendimento de característica um pouco mais social. O serviço oferece a seus usuários meios de fazer um trabalho com profissionais que já tenham alguma experiência dentro do instituto, sendo atendidos por alunos em formação, mas que já têm experiência

clínica. A maioria dos nossos alunos já têm experiência clínica quando chegam, estão fazendo uma formação consistente e podem prestar esse tipo de serviço, que eu considero bastante fecundo em termos de um atendimento psicanalítico para pessoas que não têm condição de pagar o que tradicionalmente se cobra por um trabalho terapêutico continuado. O atendimento no SAP é feito por alunos que já têm um certo grau de amadurecimento, de conhecimento da teoria de Winnicott, da formação que nós propiciamos, e não é um atendimento do tipo que se encontra frequentemente nas clínicas de escola. Não estou menosprezando esse trabalho, porque eu mesmo trabalhei 27 anos com esses alunos, e muitos deles trabalham hoje no IBPW, inclusive. Mas é lógico que eles ainda não têm, lá na graduação, aqueles recursos técnicos e teóricos que os nossos alunos do Instituto já podem ter, com a supervisão de professores, também do instituto.

Então, o SAP abre espaço para que essas pessoas menos dotadas de recursos possam ter um atendimento de qualidade e sem preocupação com o tempo. Não existe uma limitação de tempo, as pessoas não chegam para ser atendidas só durante 1 ano: elas vão ser atendidas na medida das suas necessidades, ao longo do tempo, pelos alunos – mesmo depois que esses alunos já tenham sido formados, se for o caso.

Então, isso eu acho que é um diferencial muito grande do trabalho que nós podemos fazer no SAP. Não é gratuito, mas são custos bastante reduzidos quando a gente considera o que se cobra por aí em quase qualquer instância. Eu, junto com o Renan Andrade, que me assessora nesse trabalho, estamos providenciando a reabertura, e com algumas pequenas modificações que vão viabilizar um atendimento mais sólido para todos os que chegarem, porque a fila de espera às vezes cresce muito.

Bom, serei rápido. O Proates era um programa que eu desenvolvi na universidade durante 14 anos e ele foi fechado quando eu saí da Universidade São Judas. É um projeto que era fundamentalmente preventivo. Ele trabalhava a prevenção, a pesquisa e o atendimento clínico como um dos aspectos da prevenção para se evitar reincidências. Porque aquelas pessoas que não recebem atendimento adequado e fizeram uma tentativa de suicídio podem fazer outra e, às vezes, com êxito.

Esse programa tinha três áreas. A primeira era a prevenção, que era desenvolvida fundamentalmente junto à escolas, quando solicitado, e junto aos pais e etc., com o sentido de esclarecer como abordar e como perceber indicadores de potencial risco de suicídio entre alunos, por exemplo. O que fazer quando se detecta isso? Muitas pessoas não querem entrar no assunto, porque acham que vão desenvolver um vínculo com a pessoa e vão ficar presos o resto

da vida. “O que eu faço agora?”, as pessoas se perguntam. Explicamos que tem jeito de você trabalhar com isso.

Muitos dos nossos alunos iam até a escolas, faziam algumas palestras, davam atendimento um pouco mais continuado, durante alguns encontros com professores, treinando-os para detectarem riscos de suicídio. Em muitas situações, alguns dos alunos que eles conseguiram identificar eram encaminhados para a própria Universidade e atendidos por alunos também do próprio Proates. Atendemos muitos casos de tentativa de suicídio.

Nunca houve nenhum caso de suicídio durante esses atendimentos, durante esses 14 anos. Os atendimentos eram individuais, portanto não havia um grande número de casos. Mas eram atendidos de forma consistente, na medida do possível, pelos alunos que eram recém-formados e faziam um aprimoramento de dois anos dentro do Proates.

A segunda área de trabalho do Proates era a de pesquisa. A partir da consulta em bases de dados e do próprio material que era levantado a partir dos atendimentos feitos pelos alunos, realizava-se uma pesquisa. Falando assim parece tudo bom, é claro, mas não era tudo uma maravilha. Havia muita falha. Às vezes, havia até pouco interesse na instituição, por questões administrativas e assim por diante, mas o programa funcionou relativamente bem durante os 14 anos em que foi levado a efeito.

A última parte do trabalho do Proates era o atendimento clínico daqueles casos que ficava evidenciado que não poderiam ser atendidos em outros locais por falta de um aporte Winnicottiano para atendê-los. Para você ter uma ideia: nós tivemos um caso que foi atendido durante nove anos pela aluna que começou o atendimento. Ela se formou e depois foi fazer mestrado em outro lugar, mas continuou atendendo o caso. Eu continuei dando provimento para supervisões fora do contexto da Universidade, mas todos esses casos tiveram, de alguma maneira, um desenvolvimento bastante satisfatório dentro daquilo que se espera. Claro, com diferentes níveis de comprometimento, mas tiveram um desenvolvimento bastante satisfatório e, até onde pudemos acompanhar, não houve nenhum caso de suicídio exitoso.

### **Daniela Guizzo**

E Flávio, esse projeto acontecia nessa universidade onde você foi professor, coordenador e hoje ele não acontece mais? É um projeto que você pretende seguir, levando para outras universidades, para outras instituições?

### **Flávio Del Matto**

Não. Esse projeto, na verdade, eu e a professora Gabriela Galván estamos esperando o momento adequado para tentar implantá-lo no IBPW. Nós estamos vendo o momento adequado, porque é um projeto extenso e que precisa de algumas modificações. Porque ao fazê-

lo no IBPW, ele vai ter que ter dois níveis: um, se for um aluno do instituto, que já tem conhecimento da teoria de Winnicott; e outro, se for alguém de fora, que vem para fazer uma especialização, um aprimoramento. Essa pessoa vai precisar passar por toda a questão da formação na teoria de Winnicott. Então nós estamos avaliando quais são os critérios mais adequados a serem adotados na implantação desse projeto, o que dá um bocado de trabalho.

**Daniela Guizzo**

Eu preciso encerrar a live. Agradeço muito a sua participação aqui no Boletim Winnicott no Brasil, a sua contribuição para os estudos sobre psicanálise winnicottiana, sobre esse tema que é tão sensível e tão difícil de lidar. Eu agradeço por você apresentar esse tema. Eu aprendi muito com você.

**Flávio Del Matto**

Eu que agradeço. Muito obrigado mesmo. Gostei muito do nosso encontro. Não sei se gostaram, mas eu gostei. Boa noite!