

## SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: UM DES-COMPASSO NA VIDA<sup>1</sup>

Romualdo Antonio de Moraes<sup>2</sup>  
Vera Helena Barbosa Lima<sup>3</sup>

### RESUMO:

Este artigo aborda a questão do suicídio de adolescentes e jovens. É um tema complexo que preocupa estudiosos de diversas áreas do conhecimento, tendo maior relevo na sociologia, filosofia e psicologia. O eixo teórico escolhido para este estudo são as contribuições ao tema do suicídio fomentado pelos textos de Sigmund Freud quando escreveu sobre o luto e a melancolia, associados ao estudo das pulsões e do narcisismo. Jacques Lacan continuou suas investigações e abordou a angústia, sendo representada pelo objeto *a* e escreveu sobre a passagem ao ato. O objetivo deste estudo é compreender a psicodinâmica do sujeito que pratica o ato autodestrutivo, por acreditar ser essa sua única opção, e possibilitar discussões concernentes ao trabalho de prevenção com adolescentes e jovens. A travessia pelo período da adolescência é uma tarefa repleta de descaminhos que pode levar o sujeito a desistir de si mesmo e acreditar que acabar com a própria vida é a única saída para o sofrimento. As tentativas de suicídio e o suicídio consumado são considerados problemas de saúde pública devido ao número elevado de ocorrências. Há discussões sobre prevenção, mas as soluções ainda não foram apontadas. É mister trabalhar formas eficazes no enfrentamento desse problema. São ações que apontam para a família e a escola, em suas ações pedagógicas, e para as terapias psicológicas, destacando aqui a psicanálise, no processo de escuta desses sujeitos. É preciso identificar, precocemente, os adolescentes e jovens em situação de risco, acolhendo-os e encaminhando-os para atendimentos específicos.

Palavras-chave: Adolescentes. Jovens. Prevenção. Psicanálise. Suicídio.

## SUICIDE IN ADOLESCENCE: A MIS-MATCH IN LIFE

### ABSTRACT:

This article addresses to the issue of suicide of adolescents and young adults. It is a complex theme that concerns scholars from several fields of knowledge, with a greater emphasis on sociology, philosophy and psychology. The theoretical axis chosen for this study is the contributions to the subject of suicide fostered by the texts of Sigmund Freud when writing about mourning and melancholy, associated with study of drives and narcissism. Jacques Lacan continued his investigations and approached the anguish, being represented by objet *petit a*, and wrote about the passage *à lacte*. The aim of this study is to understand the psychodynamics of the subject who performs the self-destructive act by believing that this is his/her only option and to open discussions

<sup>1</sup> Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CESJF) na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 30/05/19 e aprovado, após reformulações, em 27/06/19.

<sup>2</sup> Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CESJF). E-mail: morais.romualdo@gmail.com

<sup>3</sup> Mestra em Psicologia e Psicanálise pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CESJF) e docente do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CESJF). E-mail: veralima@cesjf.br

for preventive work with adolescents and youngsters. The crossing through adolescence is a task full of misconduct that can lead the subject to give up on him/herself and believe that ending his/her life is his/her only way out from the suffering. Attempts of suicide and consummated suicide are considered to be public health problems due to the high number of occurrences. There are discussions on prevention but solutions have not yet been pointed out. It is urgent to work efficient ways to address this problem. These are actions that focus on family and school, in its pedagogical acts, and on psychological therapies, emphasizing here the psychoanalysis, in the process of listening to the subjects. It is necessary to identify early adolescents and youngsters at risk, welcoming and leading them to specific help.

Keywords: Adolescents. Young Adults. Prevention. Psychoanalysis. Suicide.

## 1 INTRODUÇÃO

Este artigo visa apresentar a temática do suicídio de forma circunscrita aos adolescentes e aos jovens em situação de risco, levantando, também, possibilidades quanto aos cuidados a serem dispensados aos que se encontram em sofrimento. O suicídio é uma questão complexa e os esforços de prevenção necessitam de coordenação e colaboração de toda a sociedade. Esses esforços devem ser abrangentes e integrados, pois apenas uma única abordagem poderia não ser suficientemente efetiva para impactar sobre um tema tão enigmático.

Referenciado no campo da sociologia, inicialmente, e percorrendo o caminho da psicanálise, foi realizada a revisão bibliográfica sobre o tema. Paralelamente perpassando pelos informativos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), órgão da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde do Brasil (MS Brasil) e pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

O tema suicídio aguça a curiosidade de estudiosos desde a antiguidade. Há referências a essas discussões na Grécia Antiga, no antigo Egito e no Império Romano, ultrapassando séculos até a época das grandes Revoluções e mantendo-se como um tema instigante até os dias atuais.

No século XIX os sociólogos Karl Marx e Émile Durkheim foram estudiosos de expressão que se debruçaram sobre esse tema como fenômeno social. No entanto, no viés psicanalítico, a base deste trabalho está nas contribuições de Sigmund Freud e de Jacques Lacan, que elaboraram, criteriosamente, conceitos de luto, melancolia, narcisismo, angústia e passagem ao ato, todos de fundamental importância para a tessitura do presente estudo.

Qualquer que seja a fonte adotada na verificação dos números de suicídios no Brasil e no mundo, seja por faixa etária, faixa de renda, sexo, ou outro critério que se escolha, os dados são impactantes. A magnitude das ocorrências de suicídio é preocupante e a incidência tem aumentado de forma expressiva entre adolescentes e jovens adultos. Com base em revisão de dados em estudos nacionais e séries recentes para o Brasil e que evidenciam a existência de estoques nacionais de suicídio segundo idade, sexo e grupos sociais, Ribeiro e Moreira (2018) atestaram a alta relevância dos adolescentes e jovens brasileiros como vulneráveis ao suicídio, e de modo crescente. Daí a importância de se compreender melhor essa realidade possibilitando a adoção de medidas preventivas mais eficientes. Por meio do conhecimento sobre o assunto, será possível discutir políticas públicas eficazes de prevenção ao suicídio e acompanhar a aplicabilidade dessas políticas.

O comportamento suicida confronta-se com a força de sobrevivência inerente ao ser humano. A adolescência é uma fase conturbada no processo de desenvolvimento, sendo que alguns adolescentes conseguem neste turbilhão encontrar meios de uma resignificação. Deve-se ressaltar a questão enigmática que a morte provoca nos sujeitos. A ideia da morte fascina, faz o adolescente ter medo e pode surgir em alguns momentos. Torna-se pungente, sendo, muitas vezes, a única opção.

Diante dos desafios da prevenção do suicídio, as instituições de ensino podem ocupar o papel preponderante nessa rede de cuidado. Quanto mais informados e capacitados estiverem as equipes de profissionais das escolas, maiores serão as contribuições para a correta identificação e encaminhamento aos cuidados especializados do jovem em sofrimento.

O atendimento psicanalítico possibilita um trabalho que permite ao jovem se reposicionar na vida trazendo o seu sofrimento para as palavras e afastando-o dos atos de autoagressão e de autoextermínio. O adolescente pode encontrar-se sem recursos para lutar contra sua dor, sua solidão e sua angústia. É uma tarefa árdua, mas possível, reposicionar a pulsão de morte diante da pulsão de vida, levando o sujeito ao encontro do seu desejo, fora da passagem ao ato. Falar sobre os sentimentos, emoções e afetos colabora para que o sujeito possa se resignificar e se colocar de outra maneira na vida.

Inicialmente, foi realizado um percurso histórico sobre o tema, perpassando pela descrição da adolescência, focando os dados de suicídio no Brasil e situando as possíveis prevenções que podem ser realizadas. Entender melhor o processo que desencadeia o ato suicida, conseguir identificar precocemente o sujeito em sofrimento e disponibilizar atendimento adequado são de extrema importância para evitar a prática do ato.

## 2 O SUICÍDIO NA HISTÓRIA

Suicídio é um tema complexo que necessita ser avaliado sob diversos campos de conhecimento. É um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar que envolve médicos, psicólogos, enfermeiros, professores, familiares e aqueles que lidam com jovens e adolescentes.

O tema suicídio não é novo, “Suicidar-se corresponde em latim a *accidere*, que provém do verbo transitivo *occido-cidi-cisum* que significa cortar, esmigalhar, dividir em muitas partes, ferir mortalmente” (KALINA; KOVADLOFF, 1981, p. 34) porém, a maneira como o assunto é tratado está sujeita a variações no tempo e no espaço que remetem ao início da civilização. Na Grécia antiga, dependia-se de um prévio consenso comunal para que o suicida fosse considerado um transgressor das leis da *polis*. Ainda no mundo antigo, no Egito, era solicitado o suicídio dos escravos quando o seu senhor morria e este era um faraó. Em Roma, com a expansão do Império, as leis que legislavam sobre o suicídio foram perdendo rigor e, dessa forma, ao aumentar a autonomia dos indivíduos, o suicídio deixa de ser juridicamente condenado. (TOTA et al., 1994 apud AVANCINI, 2004, p. 31).

Na Idade Média, houve a ascensão do poder da igreja e, conseqüentemente, o ato suicida foi incluído no rol dos pecados contra a fé católica. Havia o confisco de bens e o corpo do suicida era degradado, pendurado pelos pés, queimado, colocado em tonéis e jogado em rios. Na Idade Moderna, caracterizada pelas grandes revoluções do século XVIII, com o advento da Revolução Francesa, o Estado entendia que não havia mais necessidade de infringir pena ao suicida, uma vez que sua conduta era da esfera privada. (CASSORLA, 1992). Esse entendimento é o prevalente nas sociedades contemporâneas apesar de mitos e tabus continuarem a permear esse assunto.

O interesse por esse tema aguçou a curiosidade em se conhecer mais sobre o ato suicida. As questões sobre o suicídio, ao longo dos anos, deambularam e inquietaram a mente de estudiosos como Karl Marx e Émile Durkheim.

Marx (2006), no século XIX, fez considerações em relação ao autoextermínio quando questiona

Que tipo de sociedade é esta, em que se encontra a mais profunda solidão no seio de tantos milhões; em que se pode ser tomado por um desejo implacável de matar a si mesmo, sem que ninguém possa prevê-lo? Tal sociedade não é uma sociedade; ela é, como diz Rousseau, uma selva, habitada por feras selvagens (MARX, 2006, p. 28).

Em fins do século XIX, Durkheim aborda o tema do suicídio, definindo-o como “[...] todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado” (DURKHEIM, 1982, p. 16).

Durkheim (1982) aponta, desde o início em sua obra, a dificuldade em se estabelecer um conceito abrangente de suicídio. Uma definição que considere apenas fatores individuais, em sua formulação, serviria à psicologia. Entretanto, pode-se enfocar o suicídio sob o prisma de um fenômeno coletivo, ligado a fatores sociais, estando, assim, mais coerente com o pensamento durkheimiano.

Não obstante haver alterações desta forma de tratamento do ato suicida ocorridas ao longo da história, operam-se, também, mudanças decorrentes do referencial teórico adotado. A conceituação do suicídio, a partir dos pressupostos básicos da sociologia, difere daquela embasada nos pressupostos da psicanálise, ou seja, é difícil adotar uma conceituação uniforme para o termo suicídio.

Essa uniformidade conceitual foi questionada por Durkheim (1982)

Mas interessará ao sociólogo o fato assim definido? Considerando que o suicídio é um ato da pessoa e que só a ela atinge, tudo indica que deva depender exclusivamente de fatores individuais e que sua explicação, por conseguinte, caiba tão-somente à psicologia (DURKHEIM, 1982, p. 17).

Neste mesmo contexto, Bastos (2006), ao discorrer sobre o suicídio, aponta que “[...] cada escola faz um determinado recorte e conceitua o suicídio a partir de seus pressupostos básicos.” De forma mais clara, acrescenta que “[...] há o suicídio conceituado e defendido por uma escola da psicanálise, da psicologia analítica, da

psicologia institucional e assim por diante.” Na continuidade dessa linha de pensamento, finaliza o autor que “[...] como se observa, não existe o suicídio, mas suicídios, [...] trata-se menos do suicídio e mais de suicídios [...]” (BASTOS, 2006, p. 24).

São relevantes as contribuições de Durkheim para a compreensão do suicídio, entretanto, seu foco é a abordagem do tema sob o prisma sociológico, onde circunscreve seus estudos ao âmbito dos fenômenos sociais. A dinâmica de funcionamento dos grupos e das sociedades, aliada ao esfacelamento da família, da Igreja e do Estado, é o norte do seu trabalho. O autor não entende o suicídio como uma propensão individual e hereditária ou relacionado às questões da vida cotidiana (DURKHEIM, 1982). Ainda assim, o tema é muito discutido e estudado pela sociologia.

Outros estudiosos que se inquietaram com o tema do suicídio foram Sigmund Freud e, posteriormente, Jacques Lacan. Ambos trouxeram contribuições ao estudo do suicídio, apesar de seus trabalhos não abordarem direta e especificamente a questão. Tanto na obra de Freud quanto na de Lacan, não houve a elaboração de forma sistemática de uma teoria sobre o suicídio, mas seus textos trazem subsídios que auxiliam um melhor entendimento do tema. A introdução do conceito de inconsciente forneceu uma outra perspectiva para o suicídio que as teorias sociológicas não alcançavam.

Uma das primeiras referências de Freud ao suicídio ocorreu, em 1901, no texto “Sobre a psicopatologia da vida cotidiana” (1974c). Posteriormente, em “Luto e melancolia”, publicado em 1917, Freud (1974a) aponta o suicídio tendo a melancolia como referência. Dentro dessa perspectiva, outro texto complementar, “Além do princípio do prazer” (1976a), originalmente de 1920, apresenta a teoria das pulsões direcionando o funcionamento psíquico. Cabe um aprofundamento nesses textos para melhor compreender as bases nas quais a teoria psicodinâmica freudiana se sustenta quando faz apontamentos concernentes ao suicídio.

Em 1962, Jacques Lacan aborda a angústia e ressalta questões que contribuem para compreensão do ato de suicídio no **Seminário livro 10** (2005). Angústia é o afeto de base que não engana. Subjaz sob os sintomas como sinal.

De acordo com a teoria freudiana, há o suicídio que se inicia com uma hétero agressividade e, *a posteriori*, se torna uma auto-agressividade e o ato que acontece a partir de uma identificação narcísica, voltado para si mesmo, a partir de uma forte

identificação com o objeto perdido. Na tentativa de retê-lo, alguns sujeitos se auto-exterminam (BASTOS, 2006).

Em “Sobre a psicopatologia da vida cotidiana” (1976d), diante das dificuldades em trabalhar alguns casos, Freud faz inferências sobre auto ferimentos apontando que “[...] ocasionalmente se apresentam como sintomas, e que em tais casos nunca se pode excluir a possibilidade do suicídio como desenlace ao conflito psíquico” (FREUD, 1976d, p. 219). Nesse diapasão, completa que “[...] além do suicídio intencional consciente existe também uma autodestruição semi-intencional (autodestruição com uma intenção inconsciente), que sabe usar com sagacidade uma ameaça à vida e disfarçá-la como acidente casual” (FREUD, 1976d, p. 222).

Cabe destacar, ainda no percurso feito por Freud (1976d), que “[...] a tendência à autodestruição está presente numa determinada medida em muito mais pessoas do que naquelas em que ela chega a ser levada a cabo [...]”, completa o autor, “[...] e os autoferimentos em regra são uma conciliação entre esse instinto e as forças que ainda se opõem a ele” (FREUD, 1976d, p. 222). Será possível inferir que, ao mencionar nesse momento o termo “instinto” e a conciliação deste com forças opostas, Freud estaria apontando para o conceito de pulsão de morte? Pensar sobre a pulsão de vida foi mais fácil para Freud do que escrever sobre a pulsão de morte. Perpassou pela pulsão de autoconservação e sexual, para só depois afirmar que essas apontariam para a vida.

Na definição apresentada por Chemama (1995), pulsão na teoria psicanalítica é: “[...] a energia fundamental do sujeito, força necessária ao seu funcionamento, exercida em sua maior profundidade. Como essa força se apresenta de muitas formas, é conveniente falar de pulsões em lugar de pulsão [...]” (CHEMAMA, 1995, p. 177).

Ao se mencionar pulsões, cabe pressupor a noção de dualidade e de oposição. São forças que se confrontam. Essa dinâmica dá suporte à vida do sujeito.

A teoria pulsional é um dos temas essenciais na obra freudiana. Freud desenvolveu duas teorias a esse respeito. Primeiramente, a divisão era entre pulsões do ego (relacionada à sobrevivência do indivíduo) e pulsões sexuais (relacionada à sobrevivência da espécie). Posteriormente, a divisão ficou marcada entre a pulsão de vida e a pulsão de morte. A pulsão de vida buscando o investimento e a unificação,

impelindo à ação; a pulsão de morte voltada para a descategorização, a retirada de investimento, levando à inanição.

O confronto de forças que se opera entre as pulsões é observado em “O ego e o id”, onde Freud (1976c) assevera que a pulsão de vida precisa se fazer presente ante a tendência mortífera da pulsão oposta. No momento em que parte da pulsão de morte se volta para dentro do sujeito, ela instala no ego um sentimento de culpa fazendo com que o sujeito se julgue merecedor de sofrimento. A depender do grau desse sofrimento pode ocorrer a passagem ao ato como forma de alívio da tensão.

A partir da compreensão do conceito de pulsão, destacando a pulsão de morte, é possível elaborar novas possibilidades no tocante a questões de autodestruição, agressividade, culpa e angústia que permeiam a vida de adolescentes e jovens adultos.

Na sequência cronológica da obra de Freud, sobre referências ao tema do suicídio, cabe mencionar um texto de 1910, “Contribuições para uma discussão acerca do suicídio” (1970), no qual o autor inquieta-se por não ser possível, ainda, chegar a conclusões sobre esse problema. De maneira mais explícita, aponta que a possibilidade de resposta pode estar no estudo da melancolia.

Estávamos ansiosos sobretudo em saber como seria possível subjugar-se o extraordinariamente poderoso instinto de vida: se isto pode apenas acontecer com o auxílio de uma libido desiludida ou se o ego pode renunciar à sua autopreservação, por seus próprios motivos egoístas. Pode ser que tenhamos deixado de responder a esta indagação psicológica porque não temos meios adequados para abordá-la. Podemos, eu acredito, apenas tomar como nosso ponto de partida a condição de melancolia, que nos é tão familiar clinicamente, e uma comparação entre ela e o afeto do luto (FREUD, 1970, p. 218).

A partir dessas considerações iniciais acerca da tendência à autodestruição, Freud aponta, em seus textos seguintes “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1974b), originalmente de 1914, e três anos depois em “Luto e melancolia” (1974a), uma articulação do suicídio com a identificação narcísica ao objeto e o processo melancólico. Com isso, introduz-se o campo do eu nas considerações acerca do suicídio. A partir do binômio luto e melancolia, foi possível lançar luz sobre questões envolvendo não só a tendência à autodestruição mencionada anteriormente como também sobre a renúncia à autopreservação por parte do sujeito. A obra “Luto e melancolia” (1974a) amplia o entendimento da dinâmica que se opera no ato suicida.



Estudos foram feitos considerando os casos de natureza psicogênica indiscutível, não se tratando de tentar validar de forma universal suas conclusões. A compreensão da natureza da melancolia foi trabalhada comparando-a com o afeto normal do luto.

O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto [...] (FREUD, 1974a, p. 275).

No trabalho de luto, o objeto amado não existe mais. Exige-se que toda a libido seja retirada de suas ligações com esse objeto. No entanto, é compreensível que essa exigência não se processe sem que se apresente uma forte resistência a esse movimento. Pouco a pouco, um novo objeto vai ocupando o lugar daquele objeto amado perdido, a vida segue seu curso e prevalece o respeito à realidade. Concluído esse processo de luto, o eu fica outra vez livre e desinibido (FREUD, 1974a).

Não obstante, o binômio luto e melancolia se aproximam e se distanciam pois na melancolia algo se opera de forma diferente. Quanto à perda do objeto, pode ocorrer uma reação a ausência real desse objeto amado. A perda, entretanto, pode ser referente a algo de natureza idealizada, não tendo realmente o objeto morrido, mas apenas tenha sido perdido enquanto objeto de amor. Há casos em que não há como saber o que realmente foi perdido.

[...] não podemos, porém, ver claramente o que foi perdido, sendo razoável supor que também o paciente não pode conscientemente perceber o que perdeu. Isso, realmente, talvez ocorra dessa forma, mesmo que o paciente esteja cômico da perda que deu origem à sua melancolia, mas apenas no sentido de que sabe *quem* ele perdeu, mas não *o que* perdeu nesse alguém. Isso sugeriria que a melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objetual retirada da consciência, em contraposição ao luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda. (FREUD, 1974a, p. 277 - 278, grifo do autor).

Daí, advém a autorrecriminação e o auto envilecimento como tentativas de punição diminuição da autoestima. Desinveste no mundo externo, com a perda da capacidade de amar e uma inibição no exercício das atividades. Dos traços melancólicos citados, o que se ausenta nos estados de luto é a perturbação da autoestima.

Ao vivenciar o processo de luto, o sujeito consegue se reposicionar e dar seguimento a vida. Na melancolia, a inibição do sujeito é enigmática por não apontar o que é que o está absorvendo completamente. Se no luto o mundo se apresenta pobre e vazio, por outro lado, quando se está diante da melancolia é o próprio Eu que está empobrecido e vazio. No luto, perde-se um objeto amado e na melancolia perde-se o Eu. Segundo Freud (1974a), “[...] uma parte do ego se coloca contra a outra, julga-a criticamente e, por assim dizer, toma-a como seu objeto” (FREUD, 1974a, p. 280). O Eu do melancólico está tomado por insatisfações de ordem moral, o que diminui sua autoestima, tornando possível a uma perda relativa de si mesmo. O sujeito degrada-se diante de todos, reporta-se a si mesmo de forma insignificante, retrocedendo essa realidade há tempos passados, diminuindo-se desde sempre.

Para Freud (1974a), passa a ser um delírio de inferioridade moral que culmina com a precipitação de um desejo de não mais existir, deixando de se alimentar, não dormindo, nem tampouco se interessando pela vida. “Esse quadro de um delírio de inferioridade (principalmente moral) é completado pela insônia e pela recusa a se alimentar, e [...] por uma superação do instinto que compele todo ser vivo a se apegar à vida” (FREUD, 1974a, p. 278).

Pode-se observar que a energia, ao invés de deslocar-se para outro objeto, retorna para o próprio eu. Estabelece-se uma identificação do eu com o objeto abandonado. “Assim a sombra do objeto caiu sobre o ego, e este pôde, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado”. (FREUD, 1974a, p. 281). A perda do objeto seria a perda do eu, em decorrência da fixação do eu ao objeto. A escolha objetual foi feita em bases narcísicas, o sujeito tomou a si próprio como objeto de amor. A escolha está atrelada a uma imagem que é reflexo do próprio sujeito. Ocorreu a fusão do sujeito ao objeto. É o que acontece ao sujeito melancólico, ao rejeitar a perda mantém o objeto dentro de si.

Entretanto também se torna imprescindível, nesse contexto, ressaltar sobre o narcisismo, que diz respeito à constituição do sujeito. Esse sujeito se mantém voltado para si, não conseguindo investir em objetos externos. Tudo se passa dentro de si. As respostas sobre suas dúvidas são ecoadas dentro do sujeito. Isso sugere o não investimento no outro, culminando num embaraço dentro do próprio sujeito. “O que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal” (FREUD, 1974b, p. 111).

A perda do objeto diz respeito à perda de si mesmo. A partir do processo de identificação narcísica, o objeto passa a ser parte do próprio eu, o objeto se apresenta de forma completa e absoluta, sem falhas.

Diante dessa situação conflituosa entre o Eu e o objeto, a ambivalência entre amor e ódio deve ser considerada no quadro melancólico. O Eu agride-se sadicamente buscando atingir o objeto e não a ele próprio. O Eu e o objeto encontram-se fundidos.

Se o amor pelo objeto – um amor que não pode ser renunciado, embora o próprio objeto o seja – se refugiar na identificação narcísica, então o ódio entra em ação nesse jogo substitutivo, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento. (FREUD, 1974a, p. 284).

A relação do sujeito com o objeto foi o fio condutor das considerações de Freud (1974a) acerca do suicídio. Foi, também, a partir do objeto que Lacan fez inferências sobre o ato suicida. Enquanto Freud ateve-se as articulações entre melancolia e suicídio, as proposições de Lacan, por sua vez, foram trabalhadas em função da melancolia, do objeto *a* e da passagem ao ato.

O objeto *a*, na definição de Lacan (2005), “[...] é um resto, um resíduo. Esse resto, esse Outro<sup>4</sup> derradeiro, esse irracional, essa prova e garantia única, afinal, da alteridade do Outro é o *a*” (LACAN, 2005, p. 36).

Em Lacan (2005), a angústia, o objeto *a* e a passagem ao ato são o fio condutor para um melhor entendimento do ato suicida. A passagem ao ato, como no suicídio, decorre da identificação absoluta do sujeito ao objeto *a*. Lacan reforça, no **Seminário livro 10**: a angústia, que o objeto *a* é o resto, o resíduo, e aponta que “Esse objeto *a*, do qual só fizemos esboçar as características constitutivas, e que hoje pomos aqui na ordem do dia, é sempre dele que se trata quando Freud fala de objeto *a* propósito da angústia” (LACAN, 2005, p. 50).

Como já foi escrito acima, Lacan percorreu o caminho de Freud sobre

[...] o ego só pode se matar se, devido ao retorno da catexia objetal, puder tratar a si mesmo como um objeto – se for capaz de dirigir contra si mesmo a

---

<sup>4</sup> Termo utilizado por Jacques Lacan\* para designar um lugar simbólico — o significante\*, a lei, a linguagem, o inconsciente, ou, ainda, Deus — que determina o sujeito\*, ora de maneira externa a ele, ora de maneira intra-subjetiva em sua relação com o desejo\* (ROUDINESCO, 1998, p. 558).

hostilidade relacionada a um objeto, e que representa a reação original do ego para com objetos do mundo externo (FREUD, 1974a, p. 285).

Lacan (2005) acrescentou que “Não é à toa que o sujeito melancólico tem tamanha propensão, e sempre realizada com rapidez fulgurante, desconcertante, a se atirar pela janela” (LACAN, 2005, p. 124). A passagem ao ato se caracteriza por uma queda a partir da identificação absoluta ao objeto. Lacan (2005) destaca a presença do objeto *a* no momento da passagem ao ato suicida estabelecendo, assim, uma correlação com a identificação melancólica apresentada por Freud (1974a). A identificação absoluta com o objeto *a* é condição para a passagem ao ato.

No entanto, cabe destacar que todas essas considerações tem um elemento de base em comum que é o narcisismo com a identificação narcísica ao objeto.

A questão do narcisismo, como apontado anteriormente, é de fundamental importância uma vez que aponta para a constituição do sujeito. Sujeito este que estará inserido na cultura devendo se submeter as regras e normas a ela inerentes. Isso seria a condição necessária para o sujeito, quando na atualidade, se posicionar quando confrontado com a perda.

Trilhando os caminhos de Freud e Lacan, Pinheiro (2010) insere o conceito por ela postulado de crença narcísica.

A crença narcísica referencia para o sujeito o ponto em que, mediante a incidência dos ideais e dos discursos parentais, a criança introjeta um “sentido de onipotência narcísica”. Nestes termos, a crença narcísica é um hiperinvestimento nas ideias de imortalidade e onipotência do eu, subjacentes à própria formação do eu-ideal. Revela-se como um modo de subjetivação que se sobrepõe à constituição do ideal do eu nos dias de hoje. Como veremos, este tipo de crença, em torno da qual gravita boa parte do campo das ideias na atualidade, implica num modo peculiar de reação à perda e à finitude que difere tanto do luto quanto da melancolia, passando a constituir um dos principais signos atuais do sofrimento psíquico (PINHEIRO, 2010, p. 149).

## 2.1 SUICÍDIO NA CONTEMPORANEIDADE

A “[...] crença narcísica [...]” (PINHEIRO, 2010, p. 148) é o objeto por excelência do sintoma depressivo, uma vez que está relacionada à maneira como o sujeito se situará no discurso sobre si mesmo, podendo inclusive subjugar-se à essa crença. Na clínica psicanalítica contemporânea, é marcante a incidência da depressão como uma

das principais formas de sofrimento psíquico. A depressão é um estado que pode se manifestar em várias organizações psíquicas.

Tudo se inicia na infância e a incidência dessa crença narcísica terá um papel na formação do sujeito e de como ele irá se situar perante suas perdas. A criança, ao ser hiperinvestida pelos pais, introjeta uma posição de onipotência conjugada com o sentido de imortalidade do eu que dificultará sua relação com as perdas e com a ideia de finitude. Essa realidade impõe uma condição paradoxal ao sujeito por colocá-lo na contramão de sua capacidade de ação. “É exatamente um movimento deste tipo que supomos estar na base da vivência depressiva contemporânea, tornando-a tão distinta do luto e da melancolia” (PINHEIRO, 2010, p. 155). Não há, no sujeito, uma movimentação para o futuro, não se estabelece uma projeção de si para um momento posterior. O que há é uma permanente visada para o passado onde um eu ideal foi construído.

A experiência depressiva toma como referência uma imagem centralizada de si, colada às insígnias do narcisismo infantil (Sua Majestade o Bebê). Referenciado num sentimento profundo de perda, esses pacientes falam de uma perda da referência narcísica, outrora desfrutada como insígnia de uma condição ideal impedida de transformação (PINHEIRO, 2010, p. 156).

No entanto, essa imagem não será recuperada nem atualizada, o deprimido não se submete às transformações inerentes à vida e à temporalidade. Prevalece uma imagem de si perdida e impedida de transformação no tempo. O deprimido foi fisgado em algum momento pelo desejo, diferentemente do melancólico (PINHEIRO, 2010). O sujeito se vê incapacitado de se relançar para algo novo e não experimenta nenhum movimento em direção ao desejo. É nessa condição, na qual o sujeito se encontra sem possibilidade de reinventar a si mesmo, que se corre o grave risco da aceleração em direção a sua própria morte. “Por não encontrarem espaço psíquico para a construção de novas vias desejantes, distintas da crença narcísica, os pacientes deprimidos atiram-se terminantemente à repetição e à mortificação” (PINHEIRO, 2010, p. 159).

As vivências contemporâneas e suas vicissitudes apresentam ao sujeito novas formas de relacionamento com o tempo apontando para a finitude. Afirma Pinheiro (2010) que,

[...] é o tempo da pressa contemporânea que acirra os modos de satisfação não mediados pelo desejo. Hoje, a negação do tempo da espera e da ação se acirra numa cultura em que a norma é agir. Agir no sentido de uma performance muitas vezes inalcançável por ser imediata em sua própria exigência. Esta norma da ação, no mundo contemporâneo, exige do sujeito uma eficácia individual imediata que confira o status de sua posição socioeconômica (PINHEIRO, 2010, p. 164).

O tempo é o do puro presente, do aqui e agora, do imediato, da pressa. A satisfação tem que ser absoluta, do contrário não é reconhecida. A questão que se impõe é de como viver nessa situação. Como não sucumbir diante dessa realidade.

### 3 A ADOLESCÊNCIA

É diante dessa realidade que cabe situar os adolescentes e os jovens adultos buscando entender a maneira como eles enfrentam essas questões, tentando compreender a incidência de altas taxas de suicídio que os atinge. A busca de satisfação imediata aliada a uma perfeição imagética presentes no discurso atual tem um papel preponderante na ocorrência desses eventos. Em conformidade com a posição de Nasio (2011), para situar topograficamente os dois pontos de referência do período de vida abordado neste artigo, tem-se de um lado a puberdade iniciando em torno dos 11 ou 12 anos e, na outra ponta, temos a emancipação ocorrendo por volta dos 25 anos.

É necessário compreender o adolescente como um sujeito biológico, que precisa se inserir no meio social, onde há uma cultura vigente. “Do ponto de vista biológico sabemos que a adolescência corresponde à puberdade, mais exatamente, o início da adolescência corresponde à puberdade [...]” (NASIO, 2011, p. 13).

Para a sociologia, “[...] o vocábulo “adolescência” cobre o período de transição entre a dependência infantil e a emancipação do jovem adulto” (NASIO, 2011, p. 14).

Do ponto de vista psicológico,

O jovem, ou a jovem, de hoje é um ser conturbado que, sucessivamente, corre alegre à frente da vida e para de repente, arrasado, desesperançado, para deslanchar novamente, arrebatado pelo fogo da ação. Tudo nele é

contraste e contradição. Ele pode ser tanto agitado quanto indolente, eufórico e taciturno, revoltado e conformista, intransigente e esclarecido; num certo momento, entusiasta e, bruscamente, apático e deprimido. (NASIO, 2011, p. 15).

É importante frisar *a priori* ser um desserviço para os estudos que englobam adolescentes e jovens atribuir-lhes qualquer tipo de rótulo. Desnecessário também tentar compreendê-los dissociados de sua historicidade, de sua localização geográfica e do ambiente social no qual estão inseridos.

Ao escrever sobre a adolescência é preciso ampliar os estados afetivos e de humor que irão influenciar a sua conduta. Apresentam instabilidades, podem ser calados e não serem afeitos ao diálogo. No entanto, como destaca Nasio (2011), “Não, o adolescente nem sempre sabe falar do que sente porque não sabe identificar corretamente o que sente” (NASIO, 2011, p. 17). O seu mal-estar não é traduzível em palavras, falta-lhe conhecimento diante dessa sensação. Há um sofrimento inconsciente, não verbalizado que, ao não se expressar por meio de palavras, muitas vezes, irrompe com ações carregadas de impulsividade, característica também desse momento. Essa impulsividade tem que ser considerada uma vez que ela é um componente frequente em atos suicidas de adolescentes e jovens.

A travessia do período da adolescência não é um caminho fácil. A tentativa de suicídio demarca uma das condutas mais significativas dessa fase. Marcelli e Braconnier (2007), ao abordarem a tentativa de suicídio, reafirmam a complexidade envolvida na questão.

Pela impulsividade que costuma presidir sua realização, ela coloca o problema fundamental nessa idade da ativação, da passagem ao ato. Pelo ataque direto ao corpo, ela ilustra um questionamento completo da relação que o adolescente mantém com seu corpo. Pelo desejo de assassinato das imagens internas, ela representa uma caricatura do “trabalho de luto” que esse mesmo adolescente deve cumprir. Pelo contexto depressivo que normalmente a envolve, a tentativa de suicídio coloca o problema de depressão enquanto vivência existencial própria à adolescência (MARCELLI; BRACONNIER, 2007, p. 191).

Corroborando com as ideias que estão sendo trabalhadas neste texto, Marcelli e Braconnier (2007) reforçam a questão da alteridade, apontando para importância do Outro na constituição do sujeito, ponderam que, “[...] a tentativa de suicídio deve ser compreendida como um modo de comunicação, um último gesto, às vezes

desesperado, de manter ou de reestabelecer uma relação com outros, em geral mal resolvida até então” (MARCELLI; BRACONNIER, 2007, p. 191).

Trabalhos com os adolescentes e jovens devem ser pautados primordialmente pela tentativa de escuta. Embora essa premissa possa parecer paradoxal, diante da afirmação feita de que o adolescente tem dificuldade de verbalizar, essa possibilidade de acolhimento pela escuta deve estar sempre presente. Se há dificuldade por um lado, há de haver facilitação pelo outro. É necessário abrir caminhos para que o mal-estar sentido seja externalizado de alguma forma. O sofrimento oriundo da tentativa de se conciliar a explosão libidinal com as exigências sociais (família, amigos e escola) é por demais penoso. Quando esse sofrimento é extremamente intenso, ele pode se exteriorizar de várias formas, como pelas tentativas de suicídio e pelo suicídio.

#### **4 DADOS SOBRE O SUICÍDIO: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE E MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL**

Os dados aferidos em relação à ocorrência de suicídios, qualquer que seja a fonte e qualquer que seja o referencial (geográfico, populacional, renda), são alarmantes, o que por si só justifica que o assunto seja tratado com a relevância que suscita.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2018a) reconhece que o suicídio é um problema de saúde pública, devendo ser tratado de forma prioritária pelos países. Essa preocupação foi oficializada, em 2014, quando a OPAS lançou seu primeiro relatório sobre o suicídio no mundo, intitulado “Prevenção do suicídio: um imperativo global”. Este documento objetiva conscientizar sobre a relevância do assunto bem como estabelecer a prevenção como prioridade mundial em saúde pública.

Alguns dados apresentados pela OPAS (2018a) são preocupantes e necessitam de intervenção urgente. Uma das principais informações extraídas do relatório é que cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos no mundo. Outro dado significativo aponta que o suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 e 29 anos. Informa, ainda, o que o suicídio é um fenômeno que afeta todas as regiões do mundo, independentemente do nível de renda do país.



O suicídio é um fenômeno extremamente democrático, atinge famílias de todas as etnias e classes sociais. Algumas prevalências, entretanto, podem ser apontadas. De acordo com Manir (2019), os índios estão na lista dos mais vulneráveis ao suicídio no Brasil. Há o aumento de suicídio entre adolescentes e jovens negros. Manir (2019) destaca um dado da realidade americana onde “[...] a probabilidade de um homossexual cometer suicídio é cinco vezes maior que a de um heterossexual” (MANIR, 2019, p. 20).

O informativo da OPAS (2018a) mencionado é um dos mais atualizados sobre o suicídio e destaca que dentre aqueles que se encontram em risco estão as pessoas que sofrem distúrbios mentais, em particular depressão e abuso de álcool. Ressalta, ainda, que outra parcela significativa de suicídio ocorre de forma impulsiva em momentos de crise. A incapacidade de lidar com as dificuldades da vida, tais como algum tipo de perda ou abuso, frustrações, problemas financeiros ou doenças, remete ao suicídio como saída.

A importância em se conhecer os métodos mais frequentes utilizados no cometimento do ato suicida é apresentado pela OPAS (2018a) como fator importante na elaboração de estratégias de prevenção, como a restrição de acesso aos meios mais recorrentes. O relatório afirma, ainda, que os suicídios são evitáveis e que há uma série de medidas que podem ser tomadas com esse intuito. Completa o informativo reconhecendo que

O suicídio é uma questão complexa e, por isso, os esforços de prevenção necessitam de coordenação e colaboração entre os múltiplos setores da sociedade, incluindo saúde, educação, trabalho, agricultura, negócios, justiça, lei, defesa, política e mídia. Esses esforços devem ser abrangentes e integrados, pois apenas uma abordagem não pode impactar um tema tão complexo quanto o suicídio (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE, 2018a).

Em termos nacionais, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil lançou a **Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil** para o período 2017 a 2020 (BRASIL, 2017). Essa agenda estabelece um rol de ações relacionadas à qualificação da vigilância e ao fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção do suicídio e atenção às vítimas de tentativas e suicídio e seus familiares. Desde 2006, o MS Brasil tem

colocado em pauta diretrizes para a prevenção do suicídio. A Agenda (BRASIL, 2017) reconhece que

O suicídio é um grave problema de saúde pública que envolve questões socioculturais, históricas, psicossociais e ambientais. Tanto os fatores de risco quanto os de proteção para o comportamento suicida e para o suicídio são complexos, com múltiplas determinações, podendo ser prevenidos através de intervenções oportunas embasadas em dados confiáveis (BRASIL, 2017, p. 9).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2006), deve-se observar dois fatores importantes na prevenção ao suicídio: proteção e risco. Os fatores de proteção reduzem o risco de suicídio e são considerados isoladores contra o suicídio e incluem: apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos; crenças religiosas, culturais e étnicas; envolvimento na comunidade; vida social satisfatória; integração social como, por exemplo, através do trabalho e do uso construtivo do tempo de lazer e acesso a serviços de saúde mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006, p. 3).

Não se pode garantir que fatores de proteção eliminem o risco de suicídio, porém, é correto afirmar que eles podem contrabalançar o peso imposto por circunstâncias da vida. “Quanto aos fatores de risco e situações de risco cabe apontar que os comportamentos suicidas são mais comuns em certas circunstâncias devido a fatores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006, p. 4).

Dentre os fatores de risco gerais descritos pela OMS (2006), destacam-se: perda de emprego; estresse social; problemas com o funcionamento da família, relações sociais, e sistemas de apoio; trauma, tal como abuso físico e sexual; perdas pessoais; perturbações mentais tais como depressão, perturbações da personalidade, esquizofrenia, e abuso de álcool e substâncias; sentimentos de baixa autoestima ou desesperança; questões de orientação sexual; pouco discernimento, falta de controle da impulsividade, e comportamentos autodestrutivos; pouca competência para enfrentar problemas; exposição ao suicídio de outras pessoas e acesso aos meios para conseguir fazer-se mal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006, p. 4).

A **Agenda** (BRASIL, 2017) mostra dados recentes sobre suicídios no Brasil, apontando cerca de 10 mil mortes por suicídio ao ano, o que implica reconhecer a

ocorrência de aproximadamente 29 mortes por dia. Segundo o relatório, esses valores estão estáveis ao longo dos últimos anos. Dados de 2015 relatam a taxa bruta de 5,5/100 mil habitantes no Brasil ante uma taxa bruta mundial de 10,7/100 mil habitantes. Cabe ressaltar que é pacífico o reconhecimento de subnotificação no registro de casos de suicídio, o que elevaria significativamente os dados estimados.

Para compreender as diretrizes que balizam o trabalho do MS Brasil, a **Agenda** (BRASIL, 2017) estabelece os eixos de atuação e as ações estratégicas a serem implementados. De início, destaca ações de vigilância e a qualificação das informações. Em seguida, ressalta o trabalho concernente à prevenção propriamente dita e à promoção da saúde. Por fim, estabelece estratégias de gestão e cuidado. De acordo com o estabelecido, recente publicação do MS Brasil (BRASIL, 2018), atualizando dados sobre tentativas e óbitos por suicídio com o intuito de ampliar a assistência, informa que foram habilitados novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e que as ligações gratuitas para o Centro de Valorização da Vida (CVV) foram estendidas a todo território nacional, além da qualificação dos profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Um dado significativo apresentado aponta que houve uma redução no risco de suicídio de 14% nos locais onde existem CAPS, uma reconhecida iniciativa do SUS. Esse percentual é significativo principalmente se comparado à meta estabelecida pela OMS, “[...] os Estados-Membros da OMS se comprometeram a trabalhar com o objetivo global de reduzir as taxas de suicídios dos países em 10% até 2020” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018a).

Observa-se que o suicídio e a tentativa são temas de interesse na atualidade. Há uma grande movimentação em torno da apuração de dados mais fidedignos sobre as ocorrências e do estabelecimento de diretrizes e ações direcionadas à prevenção. Paralelamente a isso, identifica-se a necessidade de dar maior visibilidade a esse assunto, apresentando a questão de forma clara, responsável e sustentada em estudos e evidências. Essa premissa está expressa na apresentação do manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental do MS Brasil (BRASIL, 2006).

Sua principal finalidade é a transmissão de informações básicas que possam orientar a detecção precoce de certas condições mentais associadas ao comportamento suicida, bem como o manejo inicial de pessoas que se encontrem sob o risco suicida e medidas de prevenção (BRASIL, 2006, p. 6).

É essencial falar sobre o suicídio uma vez que é através de uma comunicação clara que será possível superar tabus, diminuir preconceitos e retirar estigmas que pesam sobre as pessoas que tentam suicídio. A informação é uma ferramenta primordial nesse intuito.

## **5 PREVENÇÃO: POSSIBILIDADES**

Diante do exposto acima, o principal questionamento que surge, neste artigo, refere-se à forma como identificar, acolher e prestar atendimento aos adolescentes e jovens que se encontram em situação de risco de suicídio. Na adolescência, ocasionalmente, podem aparecer ideias de morte, porém, a questão se torna preocupante quando o suicídio passa a ser a principal alternativa no enfrentamento das dificuldades.

Uma possibilidade, com chance de sucesso no trabalho de prevenção junto aos adolescentes e jovens, pode ser desenvolvida por meio da escola. Retornando a Freud (1970),

Mas uma escola secundária deve conseguir mais do que não impelir seus alunos ao suicídio. Ela deve lhes dar o desejo de viver e devia lhes oferecer apoio e amparo numa época da vida em que as condições de seu desenvolvimento os compelem a afrouxar seus vínculos com a casa dos pais e com a família. [...] A escola nunca deve esquecer que ela tem de lidar com indivíduos imaturos a quem não pode ser negado o direito de se demorarem em certos estágios do desenvolvimento e mesmo em alguns um pouco desagradáveis. A escola não pode adjudicar-se o caráter de vida: ela não deve pretender ser mais do que uma maneira de vida (FREUD, 1970, p. 217 - 218).

O conceito de escola mencionado por Freud (1970) deve ser ampliado na atualidade para abranger não só o ensino fundamental e médio como também o ensino superior. Há que se deixar claro que não está sendo atribuída à escola a função de tratamento de adolescente com problema. O importante é a possibilidade de identificação, o mais precocemente possível, de algum indício que aponte para um sofrimento do jovem. O suicídio é um tema complexo, a prevenção não é tarefa fácil e seu enfrentamento concerne a um contingente expressivo de profissionais, além da família, amigos e comunidade. A escola é, entretanto, um importante elo nessa cadeia de cuidado, podendo inclusive ser uma facilitadora na disseminação de informações

e conscientização sobre o tema, elementos essenciais para o sucesso de qualquer programa de prevenção. O que se almeja é identificar a pessoa em risco e possibilitar acolhimento e um rápido encaminhamento para um especialista.

Uma das possibilidades que se abre para a escola no enfrentamento desse problema é que seus profissionais tenham maiores conhecimentos a respeito do que são considerados os fatores de risco e de proteção associados ao comportamento suicida. Dessa forma, eles podem ter um olhar perspicaz para os sinais de alerta do comportamento suicida. Por outro lado, é possível pensar em alguma proposta que envolva também os alunos. Conforme a OMS (2006),

É provável que estudantes peçam ajuda a um amigo durante os estágios iniciais da ideação suicida. [...] Os estudantes necessitam de um foro onde possam receber informação, fazer perguntas e aprender como ajudarem os seus amigos e a si mesmos com as suas preocupações suicidas. Infelizmente, apenas 25% dos estudantes contarão a um adulto se um amigo tiver ideias suicidas. No entanto, apresentações cuidadosamente preparadas para a sala de aula, feitas por conselheiros, podem ajudar a aumentar essa taxa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006, p. 20).

Todas as iniciativas tomadas por parte da escola necessitam da aderência dos pais e deve contar com o apoio dos mesmos e de outros serviços de saúde. A parceria com outras escolas também é sempre produtiva, dessa forma os processos de prevenção tendem a ser mais eficazes. Educar as pessoas e disseminar informações sobre o suicídio é uma atitude importante e a escola pode ter um papel preponderante no trabalho de prevenção.

Após identificar o sujeito em risco de suicídio, é imprescindível adotar medidas que possibilitem ao estudante o atendimento por um profissional habilitado nesse tipo de sofrimento. O trabalho psicanalítico, segundo Nunes e Santos (2017), possibilita ao sujeito a ressignificação de sua intenção. Ele precisa encontrar outros recursos que não a morte. Esse sujeito sem demanda e sem desejo necessita reencontrar-se com a pulsão de vida. No caminho a ser trilhado, é preciso superar o luto, ressignificar o vazio e elaborar a autodestruição. A mensagem que foi transmitida ao se praticar o ato está carregada de angústia que remete à perda, ao desespero, à dor e à autodepreciação. É preciso que o sujeito se interrogue sobre seu ato. Só assim ele terá a possibilidade de se confrontar com seu desejo.

O trabalho terapêutico franqueará ao sujeito dar vazão a sua dor psíquica pela palavra e não pela passagem ao ato. É através da palavra que se faz a elaboração do sofrimento e a cura das feridas psíquicas. O manejo no atendimento do paciente que tentou suicídio deve ser preciso e cuidadoso, conforme assevera Nunes e Santos (2017): “Receber, nesse momento, um olhar que não seja de julgamento ou consolo pode fazer diferença na reabilitação psíquica desse paciente” (NUNES; SANTOS, 2017, p. 123).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O suicídio é um assunto que preocupa estudiosos de diversas áreas das ciências desde o início da civilização. É um tema complexo, que demanda preparo e compromisso dos profissionais que se relacionam com os adolescentes e jovens suscetíveis ao risco de terminarem com suas próprias vidas. Trabalhar a prevenção do suicídio é uma tarefa desafiante.

Nesse sentido, a comunicação clara, aberta e criteriosa é um fator que auxilia na disseminação de orientações que contribuem na tarefa de prevenção. Trazer as questões do suicídio para o debate e encorajar a discussão do tema significam mais chances de afastar tabus, preconceitos e estigmas que recaem sobre todos que, de alguma forma, estão envolvidos com essa situação dolorosa. O problema do suicídio vai além da compreensão do ato e de suas motivações, apontando para uma impossibilidade de compreensão para aqueles que ficaram. Deve-se considerar as reverberações que uma atitude dessa desencadeia na sociedade como um todo, inclusive porque acaba o sofrimento de quem se mata e começa o de quem fica.

Os adolescentes, com toda a turbulência que os envolve nessa fase da vida, têm surgido como uma parcela significativa nos levantamentos realizados sobre ocorrências de tentativas e de suicídios consumados. Daí surge o interesse em avaliar melhor o suicídio nessa camada da população com o intuito de levantar possibilidades acerca da prevenção do suicídio na faixa etária de 12 a 25 anos.

É necessário estar atento às pistas e sinais que o suicida em potencial costuma deixar em seu percurso. Qualquer processo autodestrutivo é um ato de comunicação que decorre de alguma desarmonia nos relacionamentos. É inegável que recai sobre os adolescentes e jovens de hoje uma pressão excessiva por desempenho escolar e

profissional, talvez de uma forma como nunca antes ocorrido na história. Isso os tem prejudicado emocionalmente. Não seria o caso de apontá-los como sendo sujeitos fadados ao insucesso, apesar das vulnerabilidades que apresentam.

São comuns no vocabulário dos adolescentes e jovens na atualidade expressões como pânico, ansiedade e depressão. O sujeito não está sabendo lidar com essas questões, há dificuldades de enfrentar cobranças, desafios, perdas, frustrações e de encontrar a sua própria identidade. Alia-se a isso o problema da solidão quando não há compartilhamento de emoções e sentimentos, ficando tudo represado dentro de si mesmo.

Os adolescentes e os jovens passam a maior parte do seu tempo na escola e em suas atividades escolares. Seus laços de amizade confluem para esse ambiente, no qual se torna possível detectar fatores de risco aos quais os adolescentes e jovens estão submetidos. É mister afirmar a necessidade daqueles que trabalham com esse público ficarem atentos aos comportamentos e atitudes dos mesmos, inteirarem-se do assunto sobre os riscos e a prevenção das tentativas de suicídio.

É necessário pensar em como transpor essa realidade onde os alunos estão sem referências, os pais estão atônitos, os professores despreparados e os educadores paralisados. Informação, diálogo, compreensão e confiança são primordiais nesse contexto.

Além disso, temos que ressaltar os tratamentos possíveis para acolhimento do adolescente e dos jovens, assim como de suas famílias que se encontram em situação de risco. Na realidade, providências precisam ser tomadas para que a família, a escola, o psicólogo e a sociedade como um todo se impliquem para que os adolescentes e os jovens possam se encontrar e fazer laços na vida e não na morte.

Fica aberto o estudo para outras correlações possíveis que possam dar suporte aos que sofrem uma dor psíquica intensa.

O descompasso vivenciado pelo adolescente e o jovem não pode culminar numa passagem ao ato bem sucedida. É preciso dar voz a eles. Esse é o desafio daqueles que querem se dedicar ao trabalho com o adolescente e o jovem contemporâneo.

## REFERÊNCIAS

AVANCINI, Rita de Cássia. **O adolescente que tenta suicídio**: estudo epidemiológico em uma unidade de emergência. 2004. 82 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-13102004-151251/publico/mestrado.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha\\_agenda-estrategica-publicada.pdf](https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf). Acesso em: 16 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Saúde. **Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>. Acesso em: 16 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf). Acesso em: 18 maio 2019.

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

CASSORLA, Roosevelt Moises Smeke. **O que é suicídio**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.

CHEMAMA, Roland. Pulsão. *In*: \_\_\_\_\_. **Dicionário de psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995. p. 177-181.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer. *In*: \_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras completas**, v. XVIII - Psicologia de grupo e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. p. 17 - 85.

FREUD, Sigmund. Atos descuidados. *In*: \_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras completas**, v. VI - Psicopatologia da vida cotidiana. Rio de Janeiro: Imago, 1976b. p. 201 - 233.

FREUD, Sigmund. Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. *In*: \_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras completas**, v. XI – Cinco lições de Psicanálise. Leonardo da Vinci e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1970. p. 217 - 218.



FREUD, Sigmund. Luto e melancolia. *In:* \_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras completas**, v. XIV – A história do movimento psicanalítico. Artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1974a. p. 271 - 291.

FREUD, Sigmund. O ego e o id. *In:* \_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras completas**, v. XIX – O ego e o id e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1976c. p. 13-83.

FREUD, Sigmund. Sobre o narcisismo: uma introdução. *In:* \_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras completas**, v. XIV – A história do movimento psicanalítico. Artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1974b. p. 83 - 119.

FREUD, Sigmund. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. *In:* \_\_\_\_\_. **Edição standard brasileira das obras completas**, v. VI – Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. Rio de Janeiro: Imago, 1976d. p. 13 - 332.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da destruição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.

LACAN, Jacques. Introdução à estrutura da angústia. *In:* \_\_\_\_\_. **Seminário livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. p. 11 - 366.

MANIR, Mônica. Em nome do nada. **Revista Piauí**, Rio de Janeiro, ano 13, p. 16 – 21. **01 fev.** 2019.

MARCELLI, Daniel; BRACONNIER, Alain. **Adolescência e psicopatologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

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

NASIO, Juan David. **Como agir com um adolescente difícil?** :um livro para pais e profissionais. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

NUNES, Lúcia Efigênia Gonçalves; SANTOS, Luciana Almeida. Possibilidades da psicanálise frente aos sujeitos que chegam aos hospitais após uma tentativa de suicídio. **Pretextos**, Belo Horizonte, v. 2, n. 4, jul/dez. 2017. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15248>. Acesso em: 18 maio 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa: suicídio**. 2018a. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839). Acesso em: 16 maio 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde mental: é necessário aumentar recursos em todo o mundo para atingir metas globais**. 2018b. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5694:sau](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5694:sau)  
**CADERNOS DE PSICOLOGIA – CESJF - jun.2019 v.1 n.1 p.238-263**

de-mental-e-necessario-aumentar-recursos-em-todo-o-mundo-para-atingir-metas-globais&Itemid=839. Acesso em: 17 maio 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros**. Genebra, 2006. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_portuguese.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf). Acesso em: 17 maio 2019.

PINHEIRO, Maria Teresa da Silveira; QUINTELLA, Rogério Robbe; VERZTMAN, Júlio Sergio. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 147-168, 2010.

RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2821-2834, set. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000902821](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902821). Acesso em 18 jun. 2019.

ROUDINESCO, Elisabeth. Outro. *In*: \_\_\_\_\_. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 558-560.