

S É R I E
ESTUDOS REUNIDOS

PSICOLOGIA

Volume 109

**Moisés Fernandes Lemos
(org.)**



CONSIDERAÇÕES SOBRE O SUICÍDIO NO BRASIL

teoria e estudo de casos

PACO  EDITORIAL

Conselho Editorial

Profa. Dra. Andrea Domingues
Prof. Dr. Antônio Carlos Giuliani
Prof. Dr. Antonio Cesar Galhardi
Profa. Dra. Benedita Cássia Sant'anna
Prof. Dr. Carlos Bauer
Profa. Dra. Cristianne Famer Rocha
Prof. Dr. Cristóvão Domingos de Almeida
Prof. Dr. Eraldo Leme Batista
Prof. Dr. Fábio Régio Bento
Prof. Dr. Gustavo H. Cepolini Ferreira
Prof. Dr. Humberto Pereira da Silva
Prof. Dr. José Ricardo Caetano Costa

Prof. Dr. José Rubens Lima Jardimino
Prof. Dr. Juan Droguett
Profa. Dra. Ligia Vercelli
Prof. Dr. Luiz Fernando Gomes
Prof. Dr. Marco Morel
Profa. Dra. Milena Fernandes Oliveira
Prof. Dr. Narciso Laranjeira Telles da Silva
Prof. Dr. Ricardo André Ferreira Martins
Prof. Dr. Romualdo Dias
Profa. Dra. Rosemary Dore
Prof. Dr. Sérgio Nunes de Jesus
Profa. Dra. Thelma Lessa
Prof. Dr. Victor Hugo Veppo Burgardt

©2021 Moisés Fernandes Lemos

Direitos desta edição adquiridos pela Paco Editorial. Nenhuma parte desta obra pode ser apropriada e estocada em sistema de banco de dados ou processo similar, em qualquer forma ou meio, seja eletrônico, de fotocópia, gravação, etc., sem a permissão da editora e/ou autor.

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

A0000

Titulo: subtítulo / Nome sobrenome. -- 1. ed. -- Jundiaí, SP : Paco, 2021.
000 p. ; 00 cm.

Inclui bibliografia
ISBN:

1. . 2. . 3. . I. Sobrenome, Nome.

Bibliotecaria

0000000

CDD: 0000000

CDU: 0000000

 PACO EDITORIAL

Av. Carlos Salles Block, 658
Ed. Altos do Anhangabaú, 2º Andar, Sala 21
Anhangabaú - Jundiaí-SP - 13208-100
11 4521-6315 | 2449-0740
contato@editorialpaco.com.br

Foi feito Depósito Legal

Aos mortos que falam em mim!



SUMÁRIO

PREFÁCIO	7
INTRODUÇÃO	11
SUICÍDIO NA CONTEMPORANEIDADE: CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS	15
<i>Karen Alessandra Saldanha Pereira</i> <i>Anamaria Silva Neves</i>	
O SUÍCIDIO NO ADOLESCER E A CENA CONTEMPORÂNEA	29
<i>Thais dos Passos Freitas</i> <i>Emilse Terezinha Naves</i>	
SUICÍDIO: DESERÇÃO DO OUTRO NEOLIBERAL?	57
<i>Bruno Castro Ribeiro</i> <i>João Luiz Leitão Paravidini</i>	
MELANCOLIA NA OBRA DE GOETHE: OS SOFRIMENTOS DO JOVEM WERTHER	77
<i>Rickson Bernardo Martins Miranda</i> <i>Renata Wirthmann Gonçalves Ferreira</i>	
AS FAMÍLIAS E O LUTO DECORRENTE DO SUICÍDIO: REVISÃO INTEGRATIVA	93
<i>Kamylla Guedes de Sena</i> <i>Ivânia Vera</i> <i>Roselma Lucchese</i> <i>Moisés Fernandes Lemos</i> <i>Jéssica Resende Del' Olmo Bennett</i>	

O ATENDIMENTO AO PACIENTE SUICIDA
NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA
E EMERGÊNCIA HOSPITALAR:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA

111

Elilany Elias da Silva
Moisés Fernandes Lemos

ATENDIMENTO INTEGRAL
EM SAÚDE AOS FAMILIARES
DE VÍTIMAS DE SUICÍDIO:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA

127

Pollyane Lisita da Silva
Moisés Fernandes Lemos

ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO
E PROTEÇÃO RELACIONADOS
AO COMPORTAMENTO SUICIDA

139

Moisés Fernandes Lemos
Gastão Wagner de Souza Campos
Roselma Lucchese

SOBRE OS AUTORES

167

PREFÁCIO

O livro *Considerações sobre o suicídio no Brasil: teoria e estudo de caso*, organizado por Moisés Fernandes Lemos, trata do suicídio como um fenômeno complexo.

Ao longo de seus vários capítulos há um esforço sistemático tanto para compreender o suicídio como acontecimento humano universal, porém com especificidades no Brasil, quanto para investigar estratégias de prevenção e cuidado para este problema de saúde.

Compreender e agir.

Como evento complexo, produto de determinações, de causalidades e de fatores que se interconectam, debruçar-se sobre ele exige abordagem interdisciplinar e abertura para a dúvida por mais que avancem os estudos.

O livro inicia o esforço de compreensão do suicídio a partir da psicanálise. Considero que Freud, Lacan, Winnicott, F. Dolto, entre outros, tiveram importante contribuição ao descobrirem e desenvolverem a relação entre melancolia e suicídio. Particularmente valioso é quando trazem à luz processos psíquicos em que os sujeitos são levados a se reduzirem a um “objeto”, a uma coisa. Em virtude desta redução tenderão a enxergar-se de modo impiedoso e intolerante, transformando em culpa e mal-estar suas dificuldades e carências, muitas vezes, em um grau tão extremada que negam sentido e significado às suas próprias vidas.

Poderemos fazer uma analogia deste padrão de elaboração intrapsíquico com o funcionamento do paradigma biomédico. A clínica médica tradicional busca a objetividade absoluta. Para atingir essa finalidade, é obrigada a reduzir o paciente/sujeito a um objeto. No caso, substitui o sujeito por uma doença ou risco, o que autorizaria o profissional a invadir o corpo e a subjetividade negada das pessoas em nome de evidências científicas.

Pois bem, a psicanálise demonstra que melancólicos e suicidas realizam operação semelhante consigo mesmos. Esse modo

existencial auto infligido produz muito sofrimento, muitas vezes um sofrimento insuportável.

Os autores do livro, respeitando a perspectiva de que o suicídio é um fenômeno complexo, seguem explorando o tema a partir de outros de seus semblantes e seguem elaborando perguntas: por que alguns melancólicos se suicidam e outros, não? Além dos melancólicos, pessoas com diferentes padrões de subjetividade também poderiam se suicidar?

Aprofundam então a compreensão mediante a utilização de outras disciplinas: epidemiologia, demografia e ciências sociais.

Demonstram que o suicídio é considerado um problema crescente de saúde pública global. Enfatizam “o suicídio no adolescer”, o agravamento da incidência de mortes e da prevalência de comportamentos autoagressivos e suicidas entre os jovens em diferentes países e culturas. Escarificações, bulimia, anorexia, bullying, comportamentos violentos, alienação mediante consumo de drogas legais e ilegais, tentativas de suicídio. Apontam a relação da emergência destes transtornos com a história familiar, cultural e da vivência escolar.

Dando um passo adiante, trazem o papel relevante do “contemporâneo” e da sociocultura neoliberal no aumento progressivo da “dificuldade de viver”, conforme definia F. Dolto à toda variedade de transtorno mental.

A gênese do suicídio a partir da aspereza social. Desde a desigualdade, a cultura da violência, o endeusamento da meritocracia, a valorização do individualismo, a competição em detrimento da solidariedade, da tolerância e da capacidade de reconhecer o outro como pessoa. O machismo e o racismo estruturais.

Sociedade áspera, instituições ásperas e pessoas ásperas.

Trouxeram também a relação entre literatura, cinema, televisão e internet com o suicídio. Realizaram uma atualização crítica do romance sobre o “jovem Werther” de W. Goethe e sobre o livro recente de Jay Asher, *Thirteen reasons why*, demonstrando como os meios de comunicação se interconectam com a produção social de narcisismo exacerbado e de passagem ao ato, apresenta-

dos com idealizações românticas, heroicas e de vingança contra pessoas e instituições injustas.

Bem, sobre as estratégias de prevenção e de manejo do suicídio, discutidas na segunda parte do livro, “é sempre bom lembrar” (como diria Gilberto Gil) que o suicídio tende a borrar a oposição mítica entre vida e morte. Suicídio funciona como tabu, a tendência predominante é a de ocultar sentimentos suicidas, guardar o sofrimento consigo mesmo. As famílias, raramente, admitem publicamente a causa mortis suicídio. Por isto, o trabalho em saúde com esse problema, exige delicadeza, capacidade de observação e de escuta de jovens e adultos em trajetória de sofrimento psíquico grave. O livro analisa e avalia experiências de cuidado destas pessoas, discute como operar com esta problemática no SUS realmente existente. Centros de Atenção Psicossocial, unidades de atenção primária, Nasf, serviços de urgência. E mais, como integrar esse esforço de prevenção e terapêutico com professoras, escolas, famílias. Lembram a frequente coincidência do comportamento suicida com uso de substâncias psicoativas.

Analisam experiências que retratam o esforço de trazer o suicídio para o SUS, como tratar disto, desenvolver capacitações e programas, estratégias para cuidar e trazer as famílias, igrejas, escolas, para este esforço em defesa da vida. Sem fundamentalismos, reconhecem a importância de várias estratégias: terapias para fortalecimento das pessoas com dificuldade de viver, promover convivência e sociabilidade em grupos e ambientes empáticos e, o mais custoso, realizar mudanças na sociabilidade para reduzir a aspereza da convivência familiar, nos bairros, escolas, no país.

Recomendo a leitura e discussão do *Considerações sobre o suicídio* para trabalhadores da saúde mental, da saúde em geral e das escolas, para pastores, padres, freiras, babalorixás, mães-de-santo, jovens reflexivos e pessoas em dificuldade de viver.

Aprende-se muito sobre a vida em geral com esta leitura sobre a morte.

Imaginei uma trova que tenta captar o espírito desta obra:

Viver é brincar de esconde-esconde com a morte,
Ainda quando, algum dia, ela sempre irá nos encontrar.
Alguns, algumas, se cansam desse eterno negacear,
Desse eterno negociar.

Campinas – SP – julho 2021

Gastão Wagner de Sousa Campos
Professor Titular do Departamento de Saúde Coletiva
Faculdade de Ciências Médicas (FCM) – Unicamp



PACO
EDITORIAL

INTRODUÇÃO

Entendemos, por um lado, o suicídio como um fenômeno universal, multicausal, em que os fatores que o determinam se apresentam interconectados, exigindo daqueles que o estudam uma abordagem multiprofissional. Por outro, os índices de suicídio no mundo atingem patamares alarmantes, que crescem a cada ano. Todavia, nos conforta saber que ele possa ser prevenido; foi pensando assim, que resolvemos publicar este livro.

Esta obra decorreu de uma chamada pública proposta por meio da Paco Editorial, com o título *Considerações sobre o suicídio no Brasil: teoria e estudo de caso*. Nosso objetivo foi publicar textos que versassem sobre o suicídio na atualidade brasileira.

A primeira parte do livro discorre sobre as concepções teóricas do autoextermínio ao longo da história, na tentativa de explicar o fenômeno a partir de diversas leituras. Foram selecionados estudos teóricos embasados, preferencialmente, na teoria psicanalítica e na saúde pública, num esforço para a compreensão do fenômeno, totalizando sete capítulos. Na segunda parte, o capítulo oito, apresenta casos registrados em um médio município do interior do Brasil, sendo, portanto, a obra apresentada em oito capítulos, conforme a seguir.

O capítulo um, “Suicídio na Contemporaneidade: Considerações Psicanalíticas”, de autoria de Karen Alessandra Saldanha Pereira e Anamaria Silva Neves, nos propõe “uma reflexão sobre o suicídio, cabendo identificar e analisar aspectos relevantes da sociedade na qual os sujeitos que ‘escolhem morrer’ se constituem, aspectos que os atravessam e nos convocam a responder algumas questões, tais como: ‘pode a Psicanálise ajudar a pensar tal fenômeno? Quais são as principais contribuições de Freud e Lacan sobre essa problemática? A Psicanálise é capaz de fornecer instrumentos para auxiliar na reflexão acerca do suicídio na contemporaneidade? Pode a Psicanálise apontar outras saídas para os sujeitos que escolhem morrer?’”

Frente aos cenários desafiadores que marcam a adolescência, na atualidade, Thais dos Passos Freitas e Emilse Terezinha Naves nos

convidam, no capítulo dois, “O Suicídio no Adolescer e a Cena Contemporânea”, a construir uma narrativa sobre o suicídio nesta etapa da vida, enquanto uma das formas de passagem ao ato, tendo como referencial teórico os estudos psicanalíticos.

No capítulo três, “Suicídio: Deserção do Outro Neoliberal?”, Bruno Castro Ribeiro e João Luiz Leitão Paravidini, fundamentados em Freud, Lacan e autores contemporâneos, tentam responder à seguinte questão: “seria o ato suicida uma forma de deserção do grande Outro neoliberal?”. Para além da clínica, o texto nos evidencia a relação do suicídio com o contexto social, variável importante no estudo de um fenômeno multicausal.

No capítulo quatro, “Melancolia na Obra de Goethe: *Os Sofrimentos do Jovem Werther*” Rickson Bernardo Martins Miranda e Renata Wirthmann Gonçalves Ferreira discorrem sobre “as características do quadro melancólico descrito por Freud (2011a) em sua obra *Luto e Melancolia* e investigam as relações deste quadro com a história de fim trágico do personagem Werther, protagonista da obra *Os Sofrimentos do Jovem Werther*”, aproximando a leitura psicanalítica e a literatura.

No capítulo cinco, “As Famílias e o Luto Decorrente do Suicídio: Revisão Integrativa” Kamylla Guedes de Sena, Ivânia Vera, Roselma Lucchese, Moisés Fernandes Lemos e Jéssica Resende Del’Olmo Bennett, sistematizam o conhecimento acerca da atenção aos familiares do suicida, buscando evidências e estratégias que são implementadas para a assistência em saúde dessas pessoas, muitas vezes negligenciadas nas estratégias de atenção primária em saúde.

No capítulo seis, “O Atendimento ao Paciente Suicida nos Serviços de Urgência e Emergência Hospitalar: Uma Revisão Integrativa”, Elilany Elias da Silva e Moisés Fernandes Lemos, investigam as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no atendimento ao paciente suicida nos serviços de urgência e emergência, haja vista a necessidade de sistematizar o conhecimento relativo à assistência ao suicida e a realização de ações destinadas à capacitação dos profissionais lotados nesses serviços.

Preocupada com o atendimento aos familiares, Pollyane Lisita da Silva, no capítulo sete, “Atendimento Integral em Saúde aos Familiares de Vítimas de Suicídio: Uma Revisão Integrativa”, buscou sistematizar o conhecimento acerca do atendimento prestado aos familiares de vítimas de suicídio, movida pela seguinte dúvida norteadora: “Qual o estado da arte sobre atendimentos à familiares de vítimas de suicídio?”.

No capítulo oito, “Análise dos Fatores de Risco e Proteção Relacionados ao Comportamento Suicida”, Moisés Fernandes Lemos, Gastão Wagner de Souza Campos e Roselma Lucchese analisam os fatores de risco e a proteção contra o comportamento suicida em Catalão – GO. Como percurso metodológico, eles utilizaram métodos mistos, integrando as abordagens quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos foram produzidos por meio da análise documental dos prontuários de atendimentos, realizados no período de 2011 a 2017, no Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão – GO. O apoio psicológico e orientação a pais e responsáveis foram realizados no serviço de Psicologia Aplicada, da Universidade Federal de Goiás, de modo a compreender melhor o suicídio e assistir aos envolvidos num processo de tamanho sofrimento.

Enfim, esperamos que este livro possa instigar os prováveis leitores a continuar pesquisando o suicídio e contribuindo para a adoção de políticas públicas de saúde, que reduzam as taxas de suicídio e contribuam na diminuição da dor e sofrimento das pessoas envolvidas em um fenômeno tão complexo, que bem tratado possa ser prevenido, posto que, ao nosso sentir, enquanto uma pessoa se matar, nossos esforços para promover a vida não foram suficientes!

Desejo a todos uma boa leitura!

Moisés Fernandes Lemos
(Organizador)



SUICÍDIO NA CONTEMPORANEIDADE: CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS

Karen Alessandra Saldanha Pereira

Anamaria Silva Neves

“A vida é louca, o mundo é triste: Vale a pena matar-se por isso?”
(Quintana, 2006)

O suicídio é um modo de lidar com a dor e sofrimento, é uma resposta e uma escolha do sujeito diante dos impasses que enfrenta. Configura-se como um fenômeno que esteve presente em toda a história da humanidade, e que recebeu diferentes significados a depender da cultura e do momento histórico.

No que concerne ao suicídio na contemporaneidade, Osmarin (2015) ressalta que a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem mostrado o aumento significativo de suicídios nas últimas décadas em todos os países, nas diversas faixas etárias e diferentes contextos socioeconômicos.

Desse modo, quando se propõe uma reflexão sobre o suicídio, cabe identificar e analisar aspectos relevantes da sociedade na qual os sujeitos que “escolhem morrer” se constituem, aspectos esses que os atravessam e os convocam a responder.

Cassorla (2017) afirma que o estudo do suicídio é complexo e abarca diferentes perspectivas, podendo ser analisado do ponto de vista sociológico, antropológico, psicológico, filosófico, psicanalítico, entre tantos outros que se interpenetram.

Com isso em vista, como pode a psicanálise ajudar a pensar tal fenômeno? Quais são as principais contribuições de Freud e Lacan sobre essa problemática? A psicanálise é capaz de fornecer instrumentos para auxiliar na reflexão acerca do suicídio na contemporaneidade? Pode a psicanálise apontar outras saídas para os sujeitos que escolhem morrer?

O suicídio em Freud

A psicanálise nasce no final do século XIX e já nos primeiros anos do século seguinte seu fundador passa a abordar o tema do suicídio. Em seu texto “Sobre a psicopatologia da vida cotidiana”, de 1901, Freud afirma que:

Certamente uma intenção consciente de cometer suicídio escolhe a época, o meio e a oportunidade; é inteiramente de acordo com isso que uma intenção inconsciente aguarda uma ocasião precipitante, que possa assumir uma parte da causação e, requisitando as forças defensivas do sujeito, libertar a intenção da pressão delas. (p. 222)

Os autores Brunhari e Darriba (2014) assinalam que Freud, na referida obra, reserva um capítulo para descrever os “equívocos na ação”, nos quais se perceberia na formação o efeito falho, ou seja, o desvio em relação ao que era intencionado. Nessa categoria de equívocos na ação, Freud enumera situações em que atos apontam para determinações inconscientes que se escamoteiam sob equívocos e erros: pequenos acidentes, uso inadequado de objetos, quedas, escorregões, passos em falso e ferimentos autoinfligidos. Freud, ao comentar tais ferimentos, defende que “nunca se pode excluir o suicídio como um possível desfecho do conflito psíquico” (1901, p. 181).

Brunhari e Darriba (2014) afirmam que, nesta apreensão, Freud propõe pensar as tentativas ou conclusões de suicídio como reveladoras de uma intenção inconsciente que pode mascarar-se por um acidente casual. Assim, ele defende que uma tendência à autodestruição está presente em certa medida e que “os ferimentos autoinfligidos são, em geral, um compromisso entre essa pulsão e as forças que ainda se opõem a ela” (Freud, 1901, p. 183).

Em 1910, resgata Alberti (1999), ocorreu uma discussão na Sociedade Psicanalítica de Viena, na qual Freud fez colocações acerca do suicídio dos jovens nos ginásios vienenses, defendendo que era preciso, primeiramente, examinar caso a caso, ou seja, recusar esta-

tísticas em psicanálise e, em seguida, verificar a quota de responsabilidade dos ginásios. Percebe-se que ao propor o exame da responsabilidade das escolas, Freud destaca a necessidade de apreender o meio no qual o jovem está inserido como elemento de análise a ser considerado na tentativa de suicídio.

No texto “Contribuições para uma discussão acerca do suicídio” (1910, p. 480), Freud levanta a seguinte hipótese:

No que concerne à mania de suicídio que se produz em certas famílias, pode ser que a hereditariedade desempenhe um papel, mas o fator essencial é a identificação aos outros membros da família.

Percebe-se que, apesar de levar em conta a hereditariedade, ele aponta outro fator fundamental (sobre o qual o psicanalista irá atuar): o modo como a história do sujeito se desenvolve e os significados múltiplos por ele construídos a partir de sua leitura do mundo, constantemente sofrendo as influências dos laços e desenlaces dos quais participa (Massa; França, 2016).

Em 1917, Freud, ao traçar um comparativo entre luto e melancolia, afirma que, apesar de ambos os processos referirem-se a uma perda, apenas na segunda se observa um enorme rebaixamento da autoestima do eu, assim como seu empobrecimento. Assinala que o melancólico descreve seu eu como “indigno, incapaz e moralmente desprezível” (p. 102), recriminando-se, insultando-se e esperando rejeição e castigo. Acrescenta que o quadro desse delírio de inferioridade completa-se com insônia, recusa de alimentação e superação da pulsão, o que obriga todos a se apegarem à vida. O autor ressalta que nesses sujeitos, uma parte do Eu contrapõe-se à outra, avaliando-a de forma crítica e tratando-a como se fosse um objeto.

Buscando entender o quadro melancólico, Freud (1917) afirma que após a perda do objeto, o investimento sobre esse mostra-se pouco resistente e é suspenso, e a libido livre, ao invés de deslocar-se para outro objeto, se recolhe no eu, onde estabelece uma identificação do Eu com o objeto abandonado. Nas palavras do autor: “A

sombra do objeto caiu sobre o Eu, que agora pôde ser julgado por uma instância especial, como um objeto” (p. 107).

Freud (1917) pontua que o estudo da melancolia permitiu compreender que o Eu só pode se matar se puder tratar a si próprio como objeto, ou seja, for capaz de direcionar a si mesmo a hostilidade que vale para um objeto.

Na obra “Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina”, de 1920, Freud aborda uma tentativa de suicídio determinada por dois motivos: uma realização de punição (autopunição) e uma realização de desejo. A autopunição, segundo ele, indicaria fortes desejos inconscientes de morte contra um dos genitores. O autor ressalta que, sobre o enigma do suicídio, observa-se que talvez ninguém encontre a energia psíquica para matar-se se não estiver, primeiramente, matando um objeto com o qual tenha se identificado; e, em segundo lugar, voltado contra si um desejo de morte que estava dirigido à outra pessoa.

Soraya Carvalho, no livro intitulado *A morte pode esperar?*, de 2014, apontou que Freud, ao desenvolver a teoria sobre as pulsões, ofereceu respaldo para o entendimento sobre o suicídio ao estabelecer sua relação com a pulsão de morte, sendo essa uma tentativa de retorno ao estado arcaico do qual o homem se afastou devido ao surgimento da vida, ou seja, o estado inorgânico. Pulsão cuja mais evidente expressão é a agressividade que, quando não direcionada para o meio, pode retornar contra o sujeito e resultar no ato suicida.

Birman (2009) lembra que Freud anunciou que a pulsão de morte precisava ser expulsa por mediação da pulsão de vida para que o sujeito pudesse se constituir, articulando isso com a contemporaneidade, tempo no qual, segundo ele, ocorre uma impossibilidade de tal expulsão. Ou seja, a pulsão de vida já não consegue regular a pulsão de morte, que permanece no corpo, como excesso, não direcionada ao campo do outro. Birman (2009) aponta que sem a expulsão parcial da referida pulsão, o psiquismo permanece na passividade e submergido pelo excesso, sem instrumentos que tornem possível transformá-lo em sintoma, para que possa circular no campo da linguagem. Como resultado, esse excesso pulsional

descarrega-se diretamente sobre o corpo na forma de passagem ao ato, devido à fragilidade dos processos de simbolização.

O breve percurso pelas obras freudianas, permite pensar o suicídio como fenômeno relacionado à dificuldade de regulação da pulsão de morte e a identificação do sujeito com o objeto, permitindo, assim, que ele dirija sua hostilidade contra si mesmo, como se fosse a um terceiro.

O suicídio em Lacan

Para Lacan o suicídio é um ato. Mas o que vem a ser o ato para a psicanálise?

Em Freud, há dois caminhos para se pensar o ato. No primeiro texto a abordar o tema de forma mais específica, “A psicopatologia da vida cotidiana” (1901), o ato é colocado ao lado das outras formações do inconsciente. Pode-se dizer que o ato surge na psicanálise como ato falho ou ato sintomático. Os atos, nesse texto, são compreendidos como portadores de uma significação, não são meras ações, possuem um sentido. O outro caminho é o texto “Recordar, repetir e elaborar” (1914), no qual Freud aborda o ato sob outro aspecto, colocando-o como o que se opõe à recordação que poderia desembocar na interpretação. O ato aqui não é tomado como ato interpretável. Assim, o ato fica, nesse texto, contrastando com a lógica do inconsciente, dado que o inconsciente se repete de um modo e o ato, de outro. Ou seja, tem-se duas perspectivas, o ato como interpretável e o ato como o que se opõe ao inconsciente (Marcos; Derzi, 2013).

Lacan (1962-1963/2005), por sua vez, defende que agir é separar-se brutalmente da angústia, é tentar arrancar da angústia sua certeza. Angústia que o autor conceitua como um afeto, que pode apresentar-se invertida, deslocada, metabolizada, mas não recalcada. O que se encontra recalcado, diz ele, são os significantes que a amarram.

A angústia é afeto que não engana, nas palavras lacanianas, e emerge quando a falta, falta. Lacan, segundo Calazans & Bastos (2010), argumenta que, para que se dê a constituição do sujeito, fazem-se necessárias duas operações: a alienação e a separação. Na

alienação ocorre um sujeitar-se ao campo da linguagem; já a separação constitui-se como operação complementar que permite ao sujeito aceder à condição de desejante. Em tais operações, dá-se uma extração de objeto que nem é colocado no campo do sujeito, nem no campo do Outro, mas em uma interseção que indica o objeto como aquilo que falta a ambos, tornando possível - exatamente por esta falta - a instalação do laço com o Outro. Desse modo, em psicanálise, o que torna possível um discurso não é aquilo que se tem ou que se é, mas a possibilidade da falta. As dimensões do ato aparecem por meio de uma questão com o discurso: quando a falta não se faz presente, surge a angústia, deixando o sujeito sem as marcas e o circuito que antes tornavam possível o discurso.

No que concerne ao ato, Lacan (1967/1968) elencou três principais características: 1. apresenta uma dimensão de linguagem, exemplificada pelos representantes pulsionais que não passam pela palavra e se impõe como atos; o impossível de ser dito é atuado; 2. é uma ação cujo objetivo é acabar com a indeterminação, promovendo no sujeito uma mudança radical, um ultrapassamento; 3. é acéfalo, ou seja, o sujeito não se reconhece no ato, o sujeito do inconsciente está ausente (Carvalho, 2014).

Assim, diante da angústia, resultante da ausência da falta, o ato pode emergir como resposta. Para melhor compreensão do suicídio como ato, cabe a diferenciação entre o *acting out* e a passagem ao ato, conforme Lacan delineou.

O *acting out* equivaleria aquilo que Freud conceituou como *Agieren*, atuação cuja ocorrência pode ocorrer dentro e/ou fora do tratamento, mas que é feita por amor ao sujeito suposto saber, a partir do inconsciente. Quando ocorre o *Agieren* o sujeito não está lá, ou seja, há uma impotência em dizer que leva ao ato (Alberti, 1999).

O *acting out* configura-se como manifestação pulsional na qual o sujeito repete, ao invés de recordar, age com um endereçamento, uma demanda dirigida ao Outro, que é necessário como espectador. Calazans e Bastos (2010) apontam que ao *acting out* falta o caráter resolutivo da passagem ao ato, pois ele mantém o lugar da demanda e da transferência. Uma tentativa de suicídio por *acting out* pode

ser compreendida como um apelo ao Outro, por um sujeito que, tomado por seu sofrimento, cria uma cena e nela se inclui e através da atuação, coloca em risco sua vida (Carvalho, 2014).

Se no *acting out* o objeto a sobe a cena, causando perturbação e desordem, na passagem ao ato o sujeito subtrai-se da cena, encontra-se fora dela, totalmente identificado ao referido objeto, não havendo lugar para o jogo significante e para a interpretação. Ou seja, na passagem ao ato o sujeito sai da cena para o mundo (lugar onde o real se comprime), não quer mais saber de nada (saída pelo nada saber; rechaço do inconsciente). A ação, nesse caso, está totalmente isolada da história de vida do sujeito (Costa, 2010).

Lacan (1962-1963/2005) assinala as duas condições da passagem ao ato: identificação absoluta do sujeito ao objeto a, ao qual ele se reduz, e o confronto do desejo com a lei.

Quando o sujeito se confronta radicalmente com aquilo que é como objeto para o outro, reage de modo impulsivo (tomado por uma angústia incontrollável) e, ao identificar-se com o objeto a, com sua função de resto, deixa-se cair. Assim, em um suicídio por passagem ao ato, um sujeito reduzido a categoria de objeto se precipita em um ato, evade da cena, para livrar-se de tal condição.

O suicídio na contemporaneidade

Brousse (2014, p. 12-13), ao falar sobre a contemporaneidade, defende que:

Antes, não se sabia nada e as pessoas se referiam à tradição, à família, ao que diziam seus pais, à religião, ou seja, a alguns discursos constituídos que permitiam construir uma certa barreira à angústia. Hoje, porém, a meu ver, o avanço do saber científico corre paralelamente ao avanço da angústia.

Tal assertiva convida a pensar como o sujeito contemporâneo encontra-se diante de sistemas simbólicos fragilizados (a religião, a tradição, a família, como cita a autora), que já não lhe oferecem coor-

denadas. A operação simbólica que permitia que o sujeito se constituísse e que o objeto a restasse não encontra espaço para efetivar-se.

Simultaneamente, a sociedade atual atém-se ao registro imaginário, no qual dispensa-se a falta e reina a pretensão de produções sociais sem falhas, o outro absoluto propagado pelo discurso científico. E onde há ausência da falta e o consequente curto-circuito entre sujeito e objeto, emerge e prolifera a angústia. Ora o outro que avança sobre o lugar que deveria ficar vazio (o lugar da falta), ora o sujeito que se identifica com o objeto que deveria faltar.

Marcos e Derzi (2013) apontam que, na modernidade, a representação é da ordem da estrutura, caracterizada pela mudança de posição dos elementos por ser possível a circulação entre eles. A falta inscreve-se e circunscreve-se no simbólico, pois a circulação dos elementos se processa graças à presença da falta. Já a presentificação, pertence ao rol dos irrepresentáveis, encontra-se além da ordem da linguagem, na qual a falta não se faz presente e o vazio presentifica-se. Assim, o objeto manifesta-se como um vazio escancarado, encarnado. A manifestação do real toma o lugar do mundo simbólico. Na contemporaneidade, promove-se a saída dos modos de lidar com o simbólico, das maneiras de abordar a falta e a castração, e alcança a clínica do real. O sujeito aparece não querendo tomar conhecimento do sentido, do recalçado. Apresenta-se, assim, através da atuação, desprovida de sentido. O sujeito exterioriza pelo ato aquilo que não foi capaz de demonstrar através da articulação simbólica.

Kallas (2016) sublinha que, na contemporaneidade, a linguagem transforma-se, perdendo marcas simbólicas e esvaziando-se na dimensão de criação, dando espaço às imagens. A linguagem instrumental toma a frente do psiquismo de forma progressiva e manifesta dificuldades na regulação das intensidades e dos excessos. Acrescenta que as imagens enlaçam o desejo e lhe subtraem o sentido. Em tal contexto, as pessoas trazem uma narrativa que remete a um tempo presentificado, um discurso por imagens. A cena falada apresenta-se, no momento em que é descrita, sem enredo, sem passado, sem associar-se a um pensamento ou ideia, ou seja, a linguagem literal domina a cena psíquica.

Percebe-se, então, como as imagens, os ideais totalizantes e o enfraquecimento da função simbólica favorecem a emergência da angústia e deixam o sujeito com recursos escassos ou inexistentes para lidar com ela, encontrando nos atos e atuações o único modo de escape.

O *acting out* emerge, nesse cenário, como uma tentativa de que o outro mantenha-se em seu campo; já a passagem ao ato apresenta-se como solução quando ocorre um curto-circuito entre sujeito e objeto; o sujeito passa a estar não mais em um campo distinto do Outro, mas no lugar de interseção com o Outro, e deste lugar ele cai. Sendo assim, a passagem ao ato comporta a destituição do lugar do outro, há uma evasão da cena – na qual o sujeito mantém relação com o Outro através da fantasia – para o mundo puro – não mediado pela falta, no qual o real da angústia escancara-se.

A esses aspectos, soma-se a emergência e a dominância do discurso do capitalista na contemporaneidade. Lacan (1969-1970) nomeou os laços sociais tecidos e estruturados pela linguagem de discursos, responsáveis por sustentar as relações entre as pessoas. Ao formalizar tais discursos, Lacan propõe posições e elementos que os compõe. Há o agente do discurso e há o outro a quem a comunicação se dirige. Como efeito dessa relação algo é produzido (produção), e tal produto é um núcleo irreduzível e não assimilável pelo discurso que o produziu. A quarta posição é a da verdade, que sustenta o discurso, é a dimensão oculta. Aquele que fala não tem a verdade daquilo que diz. Os elementos que compõem os discursos são quatro: o Sujeito (\$), o significante mestre (S1), a cadeia significante (S2) e o objeto pequeno *a* (Rosa; Carignato; Berta, 2006; Skare, 2012; Lima, 2013).

Lacan, em *O Seminário*, livro 17: o avesso da psicanálise (1969-1970), propõe a existência de quatro discursos: do mestre, do universitário, da histórica e do analista. Posteriormente, na “Conferência de Milão”, em 1972, acrescenta a eles o discurso do capitalista. Os quatro discursos apresentados inicialmente são construtores de laço social, já o discurso do capitalista o foraclui (Badin & Martinho, 2018). Em tal discurso, entre o agente e o outro não há relação, sendo assim, ele não faz laço social. Nele, os objetos de consumo, desenvolvidos pela tecnologia e pela ciência (*a*), são endereçados ao

sujeito (\$), forcluindo o laço social. No discurso do capitalista, o sujeito reduz-se a um consumidor e o objeto, causa de seu desejo passa a ser um gadget; o saber (S2), é o da ciência/tecnologia, e o significante- mestre (S1), é o capital (Badin; Martinho, 2018).

Observa-se que o discurso do capitalista propõe ao sujeito incalculáveis objetos para tamponar sua falta primordial. Por vezes o sufoca com os excessos de objetos e ofertas, que não deixam entrever a falta, torna-o os objetos que consome, descartáveis e, no final, igualados a nada. Outras vezes, o transforma em um ser culpado por não sanar a falta insanável, por não se mostrar capaz de consumir e gozar dos objetos oferecidos, pois é colocado na posição de agente capaz de acessar seus objetos de suposta satisfação total, e se não o faz, é alvo do imperativo que ordena a todos o gozo irrestrito. Esse discurso carrega em si a promessa do apagamento da falta, logo carrega também a possibilidade de afânise do sujeito. A esse respeito Borges (2015, p. 401) afirma:

Entretanto, neste mundo aparentemente ordenado, tendo em vista a sua perpétua reprodução, a angústia surge. Surge quando algo do real apaga – e sempre apaga – essa aparência de perfeita ordem, instante este em que emerge justamente a ameaça de se realizar a abolição da perda primordial e da função de causa do desejo. A angústia surge quando, diante da face do Outro, produz-se o silêncio, amordaça-se a criatura.

Diante da voz onipresente que ordena o consumo e do sujeito do desejo silenciado, a angústia emerge como sinal de perigo cada vez mais frequente dada as investidas do capitalismo sobre os sujeitos.

Conforme Kehl (2015), o imaginário alimenta a abdicação do pensamento e os sentimentos de inutilidade e impotência frente a uma realidade autoritária, produzindo laços sociais permeados pela violência e pela paranoia. Diante desse cenário, pode-se pensar que os sujeitos produzidos e implicados em tais laços são mais propensos à desesperança, à crença de que seus movimentos não promoverão mudanças em seu mundo, ao sentimento de que seus pares estão lhe julgando e lhe exigindo muito, e que lhe oferecerão violência ao invés de apoio.

Alberti (1999) lembra que tanto no caso de Dora, quanto no da Jovem Homossexual, ambos analisados por Freud, a questão do suicídio surge quando se encontram reduzidas à nada. A primeira pela fala do Sr. K e a segunda pelo olhar do pai ao vê-la passeando com a dama. A autora ressalta que tanto o nada, como o olhar, são referências ao objeto. Considerando os apontamentos de Alberti, é pertinente refletir sobre os sujeitos contemporâneos e a condição de identificação com um objeto descartável, violentável ou igualado a nada.

Freud (1917) falava como o sujeito só encontra forças para se matar considerando-se como objeto e dirigindo contra si mesmo agressividade que nutria por outrem. Observa-se que a cena contemporânea oferece aos sujeitos as circunstâncias propícias para tanto: tomar-se como objeto (seja como aquele que supre a falta alheia ou como aquele que deve suprir a própria); e ainda, a violência e a agressividade não balizada nos laços, ou a própria dominância de um discurso que foraclui o laço, deixando o sujeito às voltas com suas pulsões agressivas.

Os sujeitos, na contemporaneidade, lidam com seus impasses em um cenário no qual se está à mercê de um Outro precariamente interditado, pouco marcado por uma falta simbólica e, assim, imaginariamente passível de completude, tornando o sujeito suscetível à objetificação. A alienação, a apatia e a angústia são marcas comuns em que a falta não se instala de modo efetiva e coloca em questão o estatuto do sujeito do desejo (Torezan; Aguiar, 2011).

Com os sujeitos mergulhados no discurso que faz apologia à suposta felicidade plena, que pretende tudo superar e toda falta suprir, o declínio da lei da castração se evidencia e passa a produzir condutas e atuações delirantes e transgressoras (Torezan; Aguiar, 2011). Percebe-se que a sociedade contemporânea favorece a constituição de sujeitos propensos a encontros frequentes com a angústia e, com isso, tendem aos atos e atuações, saída que muitas vezes leva ao suicídio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicanálise pode auxiliar a pensar sobre tais impasses contemporâneos ao propor que o desejo se estruture entre o sujeito e o Outro, com o atravessamento do fantasma que captura o sujeito ao espelho.

Com a emergência do desejo, o sujeito se liberta, em determinada medida, das armadilhas impostas pela exigência fálica que busca velar a castração. Dizer sim ao desejo requer o abandono da prevalência do imaginário mortificante, das relações especulares que conservam o sujeito narcisicamente alienado ao olhar do outro, produzindo agressividade, ameaças e competitividade (Mota; Leal, 2007).

Assim, a psicanálise e seu trabalho de fazer emergir e valer o desejo, bem como as mudanças subjetivas que isto implica, pode apontar interessantes caminhos alternativos ao discurso contemporâneo dominante, abrindo aos sujeitos outras possibilidades frente a angústia, possibilitando outras vias além da morte.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Sonia. **Esse sujeito adolescente**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos/Contra Capa. 1999.

BADIN, Rayssa; MARTINHO, Maria Helena. O discurso capitalista e seus gadgets. **Trivium - Estudos Interdisciplinares**, 10(2), 140-154, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3jRBBM1>. Acesso em: 2 maio 2021.

BIRMAN, Joel. **Cadernos sobre o mal: agressividade, violência e crueldade**. Rio de Janeiro: Record. 2009.

BORGES, Sonia. Capitalismo e angústia. **Revista Subjetividades**, 15 (3), 398-406, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2VQjXjG>. Acesso em: 2 maio 2021.

BROUSSE, Marie-Hélène. Corpos lacanianos: novidades contemporâneas sobre o Estádio do espelho. **Opção Lacaniana online nova série**, 5(15), 1 – 17, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3sca0Jc>. Acesso em: 2 maio 2021.

BRUNHARI, Marcos Vinicius; DARRIBA, Vinicius Anciães. O suicídio como questão: melancolia e passagem ao ato. **Psicologia Clínica**, 26(1), 197-213, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3yKFrNg>. Acesso em: 2 maio 2021.

CALAZANS, Roberto; BASTOS, Angelica. (2010). Passagem ao ato e acting-out: duas respostas subjetivas. **Fractal: Revista de Psicologia**, 22(2), 245-256. Disponível em: <https://bit.ly/3CNSbF9>. Acesso em: 2 maio 2021.

CARVALHO, S. **A morte pode esperar?** Clínica psicanalítica do suicídio. Salvador: Associação Campo Psicanalítico, 2015.

CASSORLA, R. M. S. **Suicídio – fatores inconscientes e aspectos socio-culturais**: uma introdução. São Paulo: Blucher, 2017.

COSTA, Daniela Scarpa da Silva. **Ato suicida na infância**: do acidental ao ato. 94f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010.

FREUD, Sigmund. A psicopatologia da vida cotidiana. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud** (J. Salomão, trad., v. 6, p. 13-332). Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Obra original publicada em 1901).

FREUD, Sigmund. Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. Breves Escritos. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud** (J. Salomão, trad., v. 11, p. 217-218). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Obra original publicada em 1910).

FREUD, Sigmund. Luto e melancolia. In: S. Freud, **Obras incompletas de Sigmund Freud, 5 – Neurose, Psicose e Perversão** (p. 99-121). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016. (Obra original publicada em 1917).

FREUD, Sigmund. Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina. In: FREUD, Sigmund. **Obras incompletas de Sigmund Freud, 5 – Neurose, Psicose e Perversão** (p. 157-192). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016. (Obra original publicada em 1920).

KALLAS, Marília Brandão Lemos de Moraes. (2016). O sujeito contemporâneo, o mundo virtual e a psicanálise. **Reverso**, 38(71), 55-64. Disponível em: <https://bit.ly/3yMlkhA>. Acesso em: 2 maio 2021.

KEHL, Maria Rita. Imagens da violência e violência das Imagens. **Concinnitas**, 1(26), 86-96, 2015.

LACAN, Jorge. **O seminário, livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. (Obra original publicada em 1962-1963).

LIMA, Nádia Laguárdia de. As Incidências do Discurso Capitalista sobre os Modos de Gozo Contemporâneos. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, 13(3-4), p. 461 – 498, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/37D0ZQ7>. Acesso em: 2 maio 2021.

MASSA, Elisa de Santa Cecília; FRANÇA, Cassandra Pereira. Suicídio e melancolia: seguindo as trilhas das primeiras elaborações psicanalíticas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 19(2), 287-302, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2VLoswc>. Acesso em: 2 maio 2021.

MARCOS, Cristina Moreira; DERZI, Carla de Aabreu Machado. As manifestações do ato e sua singularidade em suas relações com o feminino. **Ágora**, 16(1), 71-86, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3CLnWSC>. Acesso em: 2 maio 2021.

MOTA, Rita; LEAL, Carlos Eduardo. A mulher e o Corpo na Sociedade Contemporânea. **CES Revista**, 21, 153-163, 2007. Disponível em: <https://bit.ly/3xI4Aqv>. Acesso em: 2 maio 2021.

OSMARIN, Vanessa Maria. Suicídio: o luto dos sobreviventes. **Psicologia.pt**. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/37D262f>. Acesso em: 2 maio 2021.

QUINTANA, Mario. **Poesia Completa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Aguilar, 2006.

ROSA, Miriam Debieux; CARIGNATO, Taeco Toma; BERTA, Sandra Letícia. Ética e política: a psicanálise diante da realidade, dos ideais e das violências contemporâneas. **Ágora**, 9(1), 35-48, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/3AEsHZ1>. Acesso em: 2 maio 2021.

SKARE, Nils Goran. Discurso, Angústia, Capitalismo. **Revista Anagrama**, 5(3), 1-14, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3xKz9vy>. Acesso em: 2 maio 2021.

TOREZAN, Zeila C. Facci; AGUIAR, Fernando. O Sujeito da psicanálise: particularidades na contemporaneidade. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, 9(2), 525–554, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/2VUirg0>. Acesso em: 2 maio 2021.

O SUÍCIDIO NO ADOLESCER E A CENA CONTEMPORÂNEA

Thais dos Passos Freitas

Emilse Terezinha Naves

A adolescência, para além das transformações pubertárias, representa um período composto por significativas perdas e (re)construções psíquicas e sociais. Além da dificuldade existente para o próprio adolescente em si (re)conhecer, a sociedade aparenta, também, apresentar dificuldades em acessar esse sujeito, o que pode ocasionar a ampliação de um sofrimento inerente à passagem para a vida adulta, exigindo o tamponamento da angústia por outras vias plurais como o uso e abuso de drogas, disfunções corporais, agressividade e até mesmo o suicídio.

É conhecido que a adolescência representa maior risco a passagem ao ato suicida, já que se refere a uma fase permeada por lutos e por uma exacerbada sensibilidade emocional e psíquica, na qual o adolescente se sente único e demasiadamente solitário (Delaroche, 2008.). No decorrer dos últimos anos, é possível observar um crescente aumento na taxa de suicídios no Brasil, especialmente entre a faixa etária de 15 a 29 anos que, desde o ano de 2002, já cresceu cerca de 10% e é a segunda causa de morte de pessoas nessa mesma faixa (Escóssia, 2017). Sobre o número de tentativas de suicídio, estima-se que pode superar em até dez vezes o número de suicídios consumados.

Neste capítulo, partimos do pressuposto que a adolescência representa uma fase de elaborações e reelaborações psíquicas, envolvendo o retorno do conflito edipiano e a necessidade do desligamento do corpo infantil e das figuras parentais. Para isso, é importante que o adolescente seja capaz de identificar-se com novos objetos de modo a substituir aquele que fora perdido e, posteriormente, caminhar rumo a sua individuação. Neste sentido, Levisky (1998, p. 160), afirma que

a imagem de si mesmo que está em vias de construção nessa fase não se apoia somente nas identificações corporais e psíquicas, mas no estabelecimento de um laço com o outro, já que é o olhar deste que desencadeará a estranheza sentida diante de tais modificações.

O presente capítulo tem como questão norteadora o interesse em compreender: como as configurações sociais na contemporaneidade tem contribuído para o aumento das taxas de suicídio na adolescência? Quais elementos presentes na subjetividade contemporânea fazem ressonância na constituição subjetiva do adolescente?

O objetivo então, refere-se à tentativa de construir uma narrativa sobre o suicídio na adolescência, enquanto uma das formas de passagem ao ato, tendo como referencial teórico os estudos psicanalíticos. Para isso, a análise da narrativa, enquanto metodologia, poderá contribuir na reflexão teórica acerca da temática suicídio na adolescência a partir da narrativa em primeira pessoa de Hannah Baker, protagonista do livro *Os Treze Porquês* enfatizando seu ponto de vista sobre as configurações sociais contemporâneas e como estas coadunaram para a sua passagem ao ato. Portanto, o que se pretende, aqui, não se refere à uma análise detalhada da série, mas encontrar na história de Hannah elementos que permitam a construção de uma narrativa sobre o suicídio.

Como recurso metodológico, utilizaremos a análise de narrativa para auxiliar em um estudo cuja pretensão é a de ampliar o conhecimento e de aproximar-se da temática descrita. Como afirma Rese, Montenegro, Bulgacov e Bulgacov (2010, p. 2):

O estudo narrativo parte do pressuposto ontológico de que a realidade é socialmente construída por meio das interações sociais das pessoas. Os indivíduos subjetivamente percebem a realidade como dotada de uma realidade objetiva e intersubjetivamente a legitimam.

Logo, as narrativas não são consideradas verdadeiras ou falsas, mas, ao contrário, são consideradas interpretações de uma história que expressam um ponto de vista sob determinado contexto de tempo e espaço (Muylaert *et al.*, 2014).

Adolescer na Contemporaneidade: crescer ou adoecer?

O termo adolescência, segundo Outeiral (2008), “vem do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer) (...) e também deriva de *adolescer*, origem da palavra *adoecer*” (p. 4), o que nos incita a pensar o período da adolescência enquanto uma fase de crescimento, não apenas de mudanças corporais, mas também de elaborações e reelaborações psíquicas as quais podem, ou não, gerar relacionamentos positivos consigo mesmo e com a realidade externa. Durante o *adolescer*, a maturação dos órgãos sexuais e a nova imagem corporal corrobora para um processo de perdas paulatinas e ininterruptas que forçam o adolescente a desprender-se da tutela dos pais. Assim, a força do desenvolvimento faz com que exista uma reorganização egóica e superegóica, através da elaboração dos lutos e da incorporação de novos objetos (Levisky, 1998).

Alberti (1999), considera-se que na adolescência há uma confrontação com o registro simbólico como tal, uma vez que, aquilo que até então era suficiente para o sujeito questionar, passa a ser insuficiente para dar conta do real. Ao sujeito adolescente, é imposta a necessidade de enfrentar sua existência de outro lugar, que não o imaginário. Dessa maneira, mecanismos como a alienação, identificações e projeções devem ser remanejados para auxiliar o sujeito a enfrentar sua turbulência psíquica.

A necessidade de estabelecer novas relações, promove uma ruptura egóica por meio da qual o sujeito adolescente pode se perceber solitário e impotente. Logo, a adolescência pode representar, de certo modo, a regressão do sujeito à uma fase anterior primitiva, como a do nascimento, na qual o infante se via desamparado e, para se constituir, era imprescindível a fase do espelho, como nos propõe Lacan, indicando a primazia do olhar do Outro na formação do aparelho mental do sujeito.

Do mesmo modo, na adolescência, o papel do Outro social adquire importante relevância, na medida em que o sujeito constata que há outras possibilidades de existência, para além daquelas até então postas pelo âmbito familiar. Alberti (1999), afirma que “os jovens não encontram do lado dos substitutos dos pais, ou seja, do Outro social, uma influência mantenedora da vida que os sustente em seu esforço de maturação” (p. 74). O adolescente, pode apresentar assim, uma dificuldade em abandonar seus investimentos anteriores e efetuar novas escolhas, fechando em si e isolando-se dos outros, em uma tentativa de compensar suas falhas e proteger-se ante o mundo exterior, coadunando para o surgimento de sentimento de desamparo.

Para Calligaris (2010) os adolescentes reivindicam reconhecimento por parte dos adultos, solicitando o olhar do outro ao mesmo tempo que deve conciliar suas demandas pulsionais com as exigências impostas pela cultura. Processa-se, assim, questionamentos e incertezas, em uma fase de transição na qual ressoa os sentimentos originários dos investimentos parentais desde o nascimento. A ocorrência do sentimento do desamparo psíquico estaria associada a imaturidade do ego e sua primeira manifestação se dá no nascimento, quando o bebê percebe certa ruptura no ambiente (Silva, 2016). O adolecer, portanto, como aponta Levisky (1998), “equipara-se à um segundo nascimento” considerando que o psiquismo está diretamente relacionado ao início da vida e, após a puberdade e durante a adolescência, os processos psíquicos são reeditados com extrema intensidade. Neste sentido, o adolescente esforça-se para se reestruturar por meio de mecanismos psíquicos que garantam a sua manutenção e preservação. Com a falência das representações infantis, o ego fragilizado do adolescente é alvo de complexas transformações as quais, ainda segundo Levisky (1998), “criam um estado de desarmonia interna e forças antagônicas que refletem na conduta” (p.114), permitindo inferir as atuações *acting out* - como o suicídio por exemplo, - como reveladoras de uma desorganização frente o conflito entre as temporalidades subjetivas/ internas e objetivas/externas.

Nesse sentido, os tempos atuais ou, em outros termos, a contemporaneidade, na qual os processos de subjetivação, no auge da era globalizada, devido seu caráter provisório, multifuncional e exigente, são vivenciados de maneira fragmentada e sem sentido. Assim, a contemporaneidade é marcada por características que podem gerar angústia como a

(...) instantaneidade, flexibilidade, individualismo e consumo. É (...) desconcertante, desordenada, caótica e, dessa forma, particularizada pelo inesperado e pelas inúmeras [e crescentes] possibilidades de ação e acontecimento. (Casa-dore; Hashimoto, 2012, n.p.)

Desta forma, na relação dialética entre subjetivo e exterior, os indivíduos vivem em constante e intenso estranhamento, o qual pode ser observado em variadas manifestações sintomáticas. Busca-se amenizar estas com o uso de medicamentos, drogas lícitas e ilícitas, novas configurações de doenças como a fibromialgia e, em casos extremos, o término da própria vida. Assim, somos incitados constantemente à ação, e por consequência, como aponta Bauman (1999, p. 88),

Os sentimentos mais profundos são atenuados, trocados por afetos passageiros; os dramas vivenciais, evitados; a existência se pauta na superficialidade, na fugacidade dos vínculos; “o que realmente conta é apenas a volatilidade (...).

O mundo atual parece coadunar, então, para o fortalecimento do desamparo, desalento e mal-estares, condições inerentes ao ser humano, como já afirmara Freud (1927-1931/ 1996) em seu texto *o Mal-Estar na Civilização*. No que diz respeito a adolescência, foco do presente trabalho, tais experiências são vivenciadas imperiosamente, fazendo com que o jovem se sinta perdido, imobilizado, estagnado em um mundo hostil e sem direção (Cardoso, 2006).

Assim, é possível inferir que o movimento impulsionado pela adolescência e suas vicissitudes pode fazer com que o adolescente esteja suscetível às passagens ao ato ou *actings out*, e, neste caso, para o ato suicida. Para Freud (1915/1996, p. 78),

o eu do jovem suicida não dá conta de uma libido excessiva: falha egóica fundada sobre o fato de que o sujeito não é suficientemente amado por seu mestre, o substituto de seus pais.

A ausência de referenciais sólidos, portanto, é uma condição para o desamparo (Tavares, 2010), gerando uma instabilidade contínua que desfavorece e/ou perturba o desenvolvimento humano, em especial na adolescência já que na precariedade de simbolização que vivenciamos nos dias contemporâneos, o sujeito deve encontrar meios para enfrentar o real que se apresenta.

Adolescência Contemporânea: novas marcas ao fenômeno suicídio?

Os dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde (2012) e a Unicef (2012) revelam um crescente aumento no número de jovens que tiram a própria vida. Mais de 1,3 milhões de adolescentes morrem no mundo, sendo 7,3% dessas mortes causadas pelo suicídio. Se considerarmos o intervalo entre os anos de 2000 até 2012, o número de suicídios cresceu cerca de 30% entre adolescentes, fato que convoca instituições governamentais a discutirem o tema enquanto pauta referente à saúde pública.

Tais números instigam-nos a refletir a respeito de como o tempo atual tem marcado a subjetividade do adolescente, colaborando para a sua desistência da vida. Fato é que o suicídio sempre ocorreu, em épocas distintas e com variados sentidos. Todavia, a contemporaneidade parece imprimir novas marcas ao fenômeno, na medida em que se observa o aumento nas taxas de suicídio bem como de outros modos não letais de adoecimento psíquico, em sujeitos cada vez mais novos (Maia, 2011). Segundo Maia (2011) o aumento crescente de suicídios em sujeitos cada vez mais novos possui ligação com os processos introjetivos, sensoriais e afetivos os quais garantem marcas psíquicas específicas no mundo contemporâneo. Mas que marcas são essas que parecem estar associadas a potência suicida?

Oliveira e Amâncio (2001) dissertam em seus escritos sobre a tentativa, na atualidade, de aparentarmos estar bem a todo e qualquer momento, em prol do reconhecimento de uma sociedade que valoriza a imagem, o prazer e o efêmero. Neste sentido, parece existir uma recusa do mundo em reconhecer a experiência traumática, o que corrobora para torná-la patogênica, aumentando a desagregação do eu. Além disso, ainda de acordo com Maia (2011), o embaralhamento causado pelos ideais de que viver é consumir, ignora as pulsões de morte, conduzindo os sujeitos aos limites perigosos da dessubjetivação.

A sociedade, especialmente os mais jovens, parecem carecer de afetos duradouros que lhes permitam sustentar suas ambiguidades e incertezas, imprimindo uma marca de derrogação subjetiva. A anulação dos tempos passado e futuro, por exemplo, coloca em risco o sentimento de si, fazendo com que Savietto (2007) denomina de patologias narcísicas “(...) aquelas engendradas pelo encontro do sujeito com um ambiente em que o fluxo de vida corre perigo” (p. 443). Pode-se depreender, a partir disso, que a intensa significância dada ao presente altera consideravelmente o modo com que os sujeitos vivenciam as perdas físicas e simbólicas durante o decorrer de suas vidas, culminando para a recusa do luto, por exemplo. Soma-se a isso o esquecimento ovacionado pela sociedade contemporânea, enquanto um mecanismo de enfrentamento e solução para que os sujeitos consigam estar conectados à todas as imagens e produtos criados instantaneamente. Essa estratégia colabora para a propagação de incertezas, frente às quais o sujeito se vê perdido, sem saber o que, como e quando escolher, acarretando o empobrecimento da sua capacidade de simbolização.

À figura do adolescente, é necessária uma reorganização dos processos identificatórios, bem como o remanejamento das pulsões infantis com as experiências atuais. Em simultaneidade, os rastros da cultura e do grupo social podem produzir intensa angústia, que, quando não elaborada, se manifesta em atos relativos às pulsões e aos desejos inconscientes. Assim, o ato assume o lugar não ocupado pelas representações psíquicas, falando pela mudez da pulsão de morte e evidenciando um desamparo que não encontra uma via simbólica que possibilite a construção de um plano de vida (Silva; Mello, 2017; Monteiro, 2011).

Aos sujeitos resta viver para consumir, acriticamente, produtos camuflados de informações e sentidos que criam uma esfera para subjetividades privatizadas e efêmeras. Em função disso, observa-se pessoas adoecidas por não saberem se colocar diante uma sociedade que nada parece faltar, invalidando a necessidade de construção de um projeto de vida. Tal discussão alude para o que Savietto (2007) conclui sobre o desamparo. Este, segundo o autor, é oriundo do excesso de liberdade em tempos de imediatismo e tem gerado novas patologias nas quais o sofrimento é expresso por meio do corpo e do registro do ato. As passagens ao ato podem ser observadas, privilegiadamente, nos jovens adolescentes, já que se refere à um momento da vida potencialmente traumático, marcado pela presença de violência interna advinda do excedente de perdas e pulsões. Nas palavras de Maia (2011), as relações contemporâneas não permitem que o sujeito redimensione suas marcas traumáticas, contribuindo para a manutenção de um campo de afetação negativo.

Adolescência e melancolia

Segundo a estatística apresentada por Chauí-Berlinck (2008), a partir de seus estudos sobre a melancolia, uma a cada vinte pessoas é diagnosticada como melancólica, ou, em outros termos, como “extremamente depressiva”. Além disso, nota-se um crescente aumento no número de jovens adultos e adolescentes que sofrem de um estado profundamente penoso, fato que nos faz pensar a respeito das características contemporâneas e sua relação com determinadas patologias.

Freud (1915/1996), parte da caracterização do luto para explicar sobre o estado melancólico, cujas traços marcantes parecem referir a um objeto de natureza idealizada e à paralisação do desejo. Nesse sentido, parece haver na melancolia um importante elemento narcísico que atinge o sentimento de si, colaborando para uma possível desagregação do eu, na qual não existe mais desejo, o que pode levar o indivíduo a tirar a própria vida.

Na melancolia, o objeto externo apenas foi investido, pois a escolha objetual se deu através da imagem do próprio eu. Ou seja, o

sujeito investe em si mesmo, por meio de uma identificação narcísica com o objeto. A libido está direcionada para si mesmo, como nas primeiras relações entre o infante e o mundo externo, e não para o objeto escolhido, dificultando a substituição do objeto quando o mesmo estiver ausente, por exemplo. Se, no caso do luto, existe a capacidade de substituir o objeto perdido por outro, no caso da melancolia, por se tratar de um objeto idealizado, não existe essa possibilidade considerando que se trata de um objeto absoluto e grandioso. Nesse caso, cabe ao ego recorrer a identificação, na tentativa de manter o objeto presente e, assim, defender-se da angústia que o ameaça.

Para Kehl (2009), o trabalho que o enlutado realiza para desligar sua libido de um objeto que já não mais existe, é extremamente doloroso e dispendioso; todavia, é o reconhecimento do que se perdeu que facilita o processo de enlutamento através da simbolização e gradativa elaboração da perda. Ao contrário, no caso da melancolia, o que se perdeu não está consciente para o sujeito, já que se trata de uma categoria idealizada, como dito anteriormente. Assim, compreendendo a importância do reconhecimento do objeto perdido para a elaboração do luto normal (Freud, 1915 /1996), em paralelo aos traços contemporâneos, é presumível pensar na relação entre a cultura atual e a dificuldade/impossibilidade de significação das perdas vividas diariamente.

Desse modo, a melancolia representa um dos variados e complexos estados que pode ressoar na constituição psíquica e identitária do adolescente e levá-lo passagem ao ato. A insuficiência do grande outro na vida dos sujeitos potencializam um mal-estar carregado de mistério e desconhecimento, no qual não se sabe o que se perdeu, já que as possibilidades são inúmeras e efêmeras. Na escolha objetal, ponto importante na transição da infância para a vida adulta, de acordo com os mecanismos sociais que colaboram na construção dos sintomas tornando o inconsciente dominante, é possível observar que

(...) a escolha de objeto retroaja para a identificação: o ego assume as características do objeto. É de notar que, nessas identificações, o ego às vezes copia a pessoa que não é amada e, outras, a que é. (Freud, 1921/ 1990 p. 23)

Assim, a sombra do objeto cai sobre o ego propiciando inibição psíquica, com empobrecimento pulsional e o respectivo sofrimento (Freud, 1915/1996).

O estado melancólico, nesse sentido, representar-se-á por

um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima. (Freud, 1915/1996, p. 250)

Freud (1915/1996) compreende o estado melancólico enquanto um luto patológico no qual o indivíduo introjeta o objeto odiado em si mesmo, ocasionando a hostilidade dirigida contra seu próprio corpo. Assim, ele afirma que

(...) o ego só pode se matar se, devido ao retorno da catexia objetiva, puder tratar a si mesmo como um objeto, - se for capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade relacionada a um objeto, e que representa a reação original do ego para com os objetos do mundo externo. (Freud, 1917 [1915] /1969, p. 257)

Neste sentido, a melancolia seria um estado causador do ato de tirar a própria vida, na qual se tem uma perda cuja natureza é ideal e desconhecida, diferentemente do luto, em que o objeto é discriminado (Brunhari, 2011).

Nessa discussão, se rememorarmos o conceito de pulsão de morte de Freud, definido por Lacan (1959-1960/2008, p. 255) como a “vontade de destruição, de criação a partir do nada, vontade de recomeçar com novos custos elucidada-se a existência de uma dor intolerável, vivenciada como uma turbulência emocional interminável da qual não se encontra uma saída, a não ser a morte. O suicídio, seria, portanto,

(...) uma autoagressão dirigida a um objeto libidinal introjectado, ou seja, um desejo de morte dirigido a outra pessoa que se volta contra o próprio sujeito na forma de autopunição. (Coutinho, 2010, n.p.)

A própria história da humanidade, aponta para sociedades antigas nas quais acreditava-se que o ato suicida, magicamente, pudesse dar conta de destruir um inimigo (Botega, 2015), o que, de certo modo, não deixa de apresentar seus créditos, se trocarmos, porém, a palavra magia por inconsciente.

Na tentativa de compreendermos melhor nossas considerações feitas até aqui, partiremos agora para uma leitura acerca de alguns fragmentos da personagem Hannah Baker, do livro *Os Treze Porquês*, que, durante sua narrativa, aponta para algumas relações que coadunaram para um profundo sentimento de desamparo, levando-a a acabar com a própria vida.

“Os Treze Porquês”: uma narrativa em fitas cassete

Ao contar uma história, os sujeitos podem organizar e reconstruir experiências de vida, ao mesmo tempo em que existe a possibilidade de dar um novo sentido a determinado fato vivenciado, ou, até mesmo, ao conjunto de fatos vivenciados. Por isso, a narrativa é múltipla, estando presente em diversos lugares e em diferentes formas. Segundo Arab (2014) as narrativas enunciam a problemática humana, atingindo e emergindo as mais intensas emoções. Como sabemos, a cultura humana se constitui através do compartilhamento de um conjunto de narrativas, e, por meio destas, o homem organiza sua memória, seus ideais, suas histórias de vida e a sua identidade pessoal. Logo, uma narrativa permite-nos entrelaçar as dimensões psíquicas e sociais, as quais apontam para uma intersubjetividade específica na qual ressoam as características da época vivenciada.

Neste sentido, foi no ano de 2007 que o escritor americano Jay Asher lançou o livro *Thirteen Reasons Why*. O romance se tornou um fenômeno entre os jovens alcançando o primeiro lugar no *New*

York Times em julho de 2011 e, no ano de 2017, foi adaptado para uma série de televisão por Brian Yorkey. Transmitida por uma das maiores produtoras de filmes e séries do mundo, a *Netflix*, com mais de 100 milhões de assinantes. A personagem principal se refere à uma garota de 17 anos, Hannah Baker, que, após mudar de cidade, iniciará os estudos no colegial. Nova cidade, nova casa, nova escola, novas relações. A história é narrada pela personagem, semanas antes de se suicidar. Hanna utiliza sete fitas cassete para narrar aspectos importantes que, segundo a mesma, tem relação com a sua decisão em acabar com a própria vida. Em sua narração, treze nomes são listados, por serem considerados pela mesma como alguns dos motivos que ocasionaram a sua passagem ao ato.

Bullying, traição, insegurança, reputação, corpo e popularidade são alguns elementos que compõe o drama narrado pela personagem. Aparentemente, características que parecem compor o cenário atual da adolescência, em especial na escola, instituição secundária, na qual os adolescentes passam a maior parte de seu tempo, devendo investir sua libido em novos objetos. Para aqueles que ouvem sua gravação, Hannah pede para que não a menosprezem, pela segunda vez. Sua fala é caracterizada pela nostalgia, hostilidade, indiferença e ataque a si mesma, sem qualquer indicação de culpa ou vergonha nas fitas iniciais. Para facilitar a compreensão acerca de nossa leitura sobre a narrativa, exploraremos alguns elementos da história de Hannah.

Idealização e Amparo: alguém me segura quando eu escorregar?

Reparei no batente da porta que dava para a cozinha. Tinha uma série de marcas de lápis de cor e caneta nele, registrando a rapidez com que as crianças da casa estavam crescendo. E me lembrei de ver minha mãe apagar essas marcas da porta da nossa antiga cozinha, se preparando para vender a casa, para nos mudar para cá. (Asher, 2013, p. 142)

Estando com seus dezessete anos de idade, Hannah Baker é uma personagem adolescente que vivencia densos conflitos relacionais. Imersa no universo escolar, em uma cidade nova, aposta em seus colegas para estabelecer vínculos, afinal, está no momento de dirigir sua libido para objetos. Na escola, a cobrança para exercer sua sexualidade é intensa, fazendo-a sofrer bullying advindo de boatos sobre como usa seu corpo, fato que torna sua vida tumultuada e desesperadora. Sua reputação vai tomando direções com as quais a personagem apresenta grande dificuldade em digeri-las e superá-las. A velocidade com que os boatos percorrem o colégio e o modo como sua imagem é transmitida faz com que Hannah se sinta observada por tudo e por todos, exacerbando sua insegurança e aumentando sua angústia. Ao gravar sete fitas, nas quais em cada lado direciona à uma pessoa um dos motivos pelos quais se matou, é possível observar uma evolução gradativa da melancolia da adolescente. Nas fitas iniciais, sobressaem figuras idealizadas por Hannah, nas quais há a projeção imagética do eu da personagem, o que pode justificar a intensa angústia sentida frente aos rompimentos das relações estabelecidas. Afinal, se o outro representa o eu ideal e é perdido, surge um sofrimento intolerável, pois perder o outro significa perder a si mesmo.

É interessante observar que seu primeiro beijo acontece com o rapaz mais popular do colégio: melhor jogador do time, veterano e conquistador. “Tinha alguma coisa em você que me fez precisar ser sua namorada, [Justin]. Até hoje, não sei bem que coisa era essa” (Asher, 2013, p. 16), são essas as palavras utilizadas pela personagem na tentativa de justificar o porquê foi o escolhido por ela. E é ele quem é o primeiro nome da sua lista, dando início à sua narrativa. O beijo acontece em um *playground* similar à sua cidade anterior. Sim, apesar de não dar detalhes sobre a mudança, a personagem é nova na cidade e este lugar – o *playground* – é bem semelhante àquele no qual brincava com seu pai, em um escorregador. Em sua vida onírica, era frequente sonhar com seu primeiro beijo enquanto escorregava em um escorregador com formato de foguete e caía nos braços de seu “herói”, para que o mesmo, com os braços estendidos, dissesse, “eu vou pegar você”.

Escorregar, verbo intransitivo que denomina a ação pela qual o sujeito passa com rapidez sob determinada superfície, geralmente de cima para baixo. No caso da personagem, podemos aludir a passagem, talvez rápida demais, da onipotência infantil para a fragilidade egóica característica da adolescência, na qual a personagem sofre imensamente, como observado em sua narração. Se a adolescência representa a reedição das experiências infantis em sua relação de alteridade com o outro, é possível pensarmos na reedição do sentimento de desamparo parental. O fato é que, se os números apontam para o crescimento das taxas de suicídio em sujeitos cada vez mais novos, é possível inferir a relação de marcas psíquicas específicas com determinadas características presentes na cena contemporânea. Os primeiros vínculos do nascituro configuram um determinado modo de estruturação egóica, o qual é reeditado no adolescer e pode apresentar, na ausência de simbolização, o término com a própria existência.

A matéria preferida de Hannah era Comunicação entre jovens. Durante esta aula, os alunos tinham “liberdade” para falar sobre bullying, relacionamentos, autoimagem ou qualquer assunto que considerassem importante para ser debatido. Foi neste espaço que a personagem apresentou comportamentos com a intenção de pedir ajuda e até mesmo melhorar suas relações interpessoais. Assim, escreveu um bilhete anônimo falando sobre suicídio: “Suicídio, tenho pensado nisso”. Em sua narrativa, é possível evidenciar a amplitude que a ação de um de seus colegas de classe alcança. Hannah esperava que o mesmo pudesse a ajudar, já que havia a amparado certo dia, quando era assediada por um outro rapaz. Do mesmo modo que seus pais, Zach parece ter se aproximado e posteriormente ter se tornado distante. Sobre seus pais Hannah diz:

Eles conversavam comigo, mas não como antes. (...) Meus pais me amam. Eu sei que amam. Mais as coisas não estavam fáceis. Há mais ou menos um ano. Muita pressão para dar conta dos problemas. Eles conversavam comigo, mas não como antes. Quando cortei o cabelo, minha mãe nem notou. (Asher, 2013, p. 116)

Assim como seus pais, Zach e Justin também a deixaram cair enquanto escorregava.

As figuras parentais são citadas brevemente durante a narração da personagem. Apesar disso, é possível notar seu sofrimento diante o desinvestimento parental, ou seja, na medida em que sempre recorre aos tempos passado e presente, referindo se à sua infância e adolescência. Seus pais eram e, agora, parecem não ser aquilo que ela esperava. Será que eles não a seguraram enquanto escorregava? Hannah se sente desamparada? O conceito de desamparo estrutural está atrelado à imaturidade do bebê e sua incapacidade de gerir-se sem o cuidado do outro. Monteiro (2011, p. 36) salienta que

(...) quanto mais narcísica for a instância do Ideal de Ego, mais distante da realidade o sujeito se encontrará e mais primitivas serão as defesas que o ego mobilizará para fugir da angústia.

Assim, quando são convocados a renunciar a onipotência infantil, os adolescentes se deparam com intenso vazio e desamparo, pois parecem ser incapazes de orientar-se por seus próprios desejos e cumprir exigências em um mundo assimilado como carente de sentido e significação simbólica, já que não existe a inscrição do traumático na cadeia de significantes, como veremos nas próximas páginas, em uma experiência vivida por Hannah, já no final da gravação de suas fitas.

Minha alma gêmea, dois seres de afinidade espiritual: sobre a relação entre o eu e o outro

Suponho que, para mim, estas fitas sejam uma terapia poética. Conforme conto essas histórias, vou descobrindo certas coisas. Coisas ao meu respeito, sim, mas também a respeito de vocês. Todos vocês. (...) Pensando no que aconteceu, parei de escrever no meu caderno quando parei de querer conhecer a mim mesma. (Asher, 2013, p. 122)

A indiferenciação entre o eu e o outro é característica marcante de um quadro narcísico, como no caso da melancolia, que aponta para o estado de onipotência infantil, no qual o sujeito apresenta dificuldades em desvincular-se do outro, como se ambos fossem apenas um. na medida em que a personagem narra sobre os outros, paulatinamente vai descrevendo a si mesma, o que causa intenso temor: “E quanto mais eu pensava, interligando os acontecimentos da minha vida, mais meu coração ficava aterrorizado” (Asher, 2013, p. 110).

Foi durante uma festa que, possivelmente, a personagem relatou a mais dolorosa e profunda angústia. É após essa festa que sua angústia aumenta e Hannah consegue pronunciar, pela primeira vez, a palavra suicídio. Mas o que de fato ocorreu nesta festa? Estupro, omissão, violência. Hannah parece ter se identificado com a garota violentada e com o silêncio do rapaz omissor, já que em outras situações foi vítima de diversas violências relatadas por ela, e, em outra, se omitiu frente um acidente de trânsito que ocasionou a morte de um colega de escola.

No caso do sujeito melancólico, o outro é reduzido a uma imagem do eu, apontando para o eu ideal narcísico. A personagem, em sua escolha objetual narcísica, se satisfaz pelo amor que o outro nutre por ela, na medida em que ela e outro são a mesma unidade. Assim, Hannah parece ter se dado conta que os outros, na verdade, representam aquilo que lhe falta, como por exemplo, parece lhe faltar voz e ajuda.

Nessa etapa das fitas, após a festa, a culpa já não era apenas do outro, mas deles. A personagem começa a se incluir pelo nós: “É nossa culpa!”. E ainda afirma

Se o tempo fosse um cordão, unindo todas as histórias de vocês, essa festa seria o ponto onde tudo se amarra em um nó. E esse nó continua crescendo sem parar, fica cada vez mais embaraçado, arrasta o resto das histórias para dentro dele. (Asher, 2013, p. 163)

O outro é reduzido ao eu pois não há uma imagem de si bem constituída. O eu não quer perder a imagem dele mesmo nesse ou-

tro para não ter que se encontrar com sua própria castração e finitude, tornando-se altamente dependente desse outro internalizado que permanece lhe sustentando um eu ideal. Nesse movimento, ele se nega a reconhecer a alteridade, excluindo-se também a possibilidade de vir a ser subjetivado.

Toda relação de alteridade é violenta na medida em que é a partir de uma antecipação que o outro insere o nascituro em um campo simbólico. É o discurso maternal que insere o bebê em um campo de significação, em um processo de indiferenciação e separação. É na poesia, que a personagem aponta sua maior e significativa perda, a onipotência infantil: “Minha mãe você me carregou dentro de si, Agora nada vê além do que eu estou vestindo” (Asher, 2013, p. 130). Hannah desejava que alguém a segurasse para que pudesse se sentir protegida, assim como na vida intrauterina, já que tudo que ameaça uma relação simbiótica e indiferenciada entre o eu e o outro faz com que o indivíduo procure o meio intrauterino perdido, algo similar à inanição. Em outros termos, podemos perceber alguns elementos que adquirem similaridade com um segundo nascimento, por meio do qual a personagem busca se inserir pelo olhar fundador do Outro: “Cruzo com seu olhar, você nem me enxerga. Você mal responde quando sussurro alô. Podia ser minha alma gêmea, dois seres de afinidades espiritual” (Asher, 2013, p. 130).

Na tentativa de se proteger e se preservar, a personagem fechou em si e isolou-se, o que coadunou para o intenso sentimento de desamparo, expressado também em sua poesia: “Tire essa máscara de carne e osso e me enxergue em minha alma sozinha”. Durante sua narração, ao procurar atingir os outros, progressivamente Hannah atacava a si mesma, através de uma narrativa sarcástica e penosa, da mudança no visual, do corte de cabelo, além de possíveis comportamentos de risco até chegar no suicídio. Ao dizer “(...) me enxergue em minha alma sozinha”, a personagem expressa seu desamparo, sua profunda solidão diante da vida, implicando na existência de algo da ordem traumático, de algo até então irrepresentável. Tão irrepresentável que se confunde com o aniquilamento de si mesma. Como veremos adiante, na penúltima gravação de

Hannah, o olhar do outro não conseguiu amparar a personagem, fazendo-a ser acometida por um excesso (trauma) que seu aparelho psíquico foi incapaz de processar e simbolizar.

Sobre a não inscrição da experiência traumática

Hannah: Este exato momento, me sinto perdida, eu acho. Meio vazia.

Simplesmente vazia. Simplesmente nada. Não me importa mais.

Sr. Porter: E seus amigos? Não me diga que você não tem amigos, Hannah.

Eu vejo você pelos corredores.

Hannah: (...) O senhor não sabe como foi difícil marcar essa reunião.

Sr. Porter: Minha agenda estava razoavelmente tranquila essa semana.

Hannah: Não difícil de agendar. Difícil de chegar até aqui.

Sr. Porter: Bem, o que você precisa, neste exato momento, que você não está conseguindo ter?

Hannah: Que tudo pare. As pessoas. A vida.

(Asher, 2013, p. 184)

Se a patologia expressa o conflito entre o sujeito e a realidade, de acordo com a relação e manejo das estruturas psíquicas frente o mundo externo, na narrativa de Hannah Baker é possível compreender as ramificações de características contemporâneas que moldam significativamente a relação entre o sujeito adolescente e a experiência traumática. Em determinado momento, a personagem expressa a necessidade de falar sobre aquilo que está interdito, justamente pela dificuldade de não saber lidar e, logo, não é dito

Tem sim algumas lacunas importantes na minha história. Algumas partes porque eu não descobri como contar. Ou que eu não conseguiria dizer em voz alta. Acontecimentos

com os quais não sei como lidar... com os quais nunca saberei como lidar. E, se eu nunca tiver que contá-los em voz alta, então, nunca terei de pensar sobre eles e tudo que eles implicam. (Asher, 2013, p. 138)

Considerando que a adolescência por si só se refere à uma experiência traumática, a paralisação do desejo faz com que o campo de afetação sensorial e afetivo do adolescente se torne negativo e não inscreva determinado fenômeno em um contexto significativo. A recusa do mundo em reconhecer a experiência traumática ignora a pulsão de morte e, assim, o fluxo de vida do sujeito corre perigo. O esquecimento é utilizado como mecanismo de resolução e, por consequência, existe o empobrecimento dos mecanismos de simbolização. Afinal, se tudo é completo e grandioso, não há por que de se realizar o luto (Freud, 1915/1996).

A personagem buscara ajuda. Figuras como a professora e o orientador da escola aparecem em seu drama, mas provavelmente foram infelizes nas posturas adotadas. Em seu relato, é possível observar queixas sobre algumas características temporais como volatilidade, pouca durabilidade, relações humanas imagéticas e superficiais, as quais aumentaram seu sofrimento, ocasionando o sentimento de solidão e consequentemente, o desamparo. À estas características temporais, é possível relacionar a mudez da pulsão de morte. A dificuldade em simbolizar parece estar relacionada ao ambiente hostil que o colégio representava para Hannah frente a impossibilidade de nomear afetos e vivências. A morte de um colega em um acidente de trânsito ilustra essa ideia, na medida em que não foi falada, comentada ou discutida e, portanto, simbolizada, com os alunos.

A significância dada ao presente impossibilitou Hannah vivenciar seus lutos, levando a gradativa dessubjetivação. A personagem se sentia perdida, estagnada em um mundo hostil e sem direção, sentimentos estes intensificados pela conversa com o orientador da escola, Sr. Porter, a qual representou a desorganização entre as temporalidades subjetivas e externas, ou seja, a necessidade de falar sobre perdas e vivências negativas foi barrada pela ideia de rapidez e

fluidez, tornando o luto algo passageiro, esquecido e, portanto, não inscrito na ordem do traumático.

Refletindo sobre o contemporâneo, coaduna-se então para a existência esmagadora da experiência traumática interditada e sequer inscrita no campo do traumático. Afinal, devemos seguir em frente, como disse Sr. Porter. Observa-se, neste sentido, que o trauma põe em cena uma transmissão entre o sujeito e o Outro. Segue um pequeno trecho da conversa entre Hannah e o Sr. Porter que alude essa ideia:

Veja bem, uma coisa aconteceu, Hannah. Eu acredito em você. Mas se não quer dar queixa e não quer confrontá-lo, você precisa considerar a possibilidade de seguir em frente, deixando isso para trás.

Deixar isso para trás?

Ele é da sua classe, Hannah?

Está no último ano.

Então, vai embora no ano que vem.

O senhor quer que eu deixe isso para trás? (...) Obrigada Sr. Porter. (...) Preciso

seguir em frente e deixar isso para lá.

Não é deixar para lá. Só que às vezes não resta nada a fazer a não ser seguir em frente.

O senhor está certo. Preciso levar as coisas em frente, Sr. Porter. Se nada vai mudar, então é melhor eu levar tudo em frente, certo?

Do que está falando?

Estou falando da minha vida, Sr. Porter. (Asher, 2013, p. 187)

Foi após essa conversa que Hannah passa ao ato. A passagem ao ato, diferentemente dos *acting out* que vem no lugar de um dizer, refere-se ao desligamento radical com o outro. Um “não quero dizer”, afinal, “você(s) não quer me ouvir”. Para Alberti (1999), o suicídio

na adolescência “(...) jamais é pura despedida da cadeia significante. Ela denota uma dificuldade extrema no relacionamento com aquele sujeito que o institui no lugar do Outro” (p. 22). O sujeito apenas volta a falar quando o desejo do outro persiste, como o bebê, que em sua majestade, vê-se desejado, nomeado e, logo, amparado pelas figuras cuidadoras. Em paralelo, Monteiro (2011) aponta para a associação do trauma ao conjunto de outros traumas que remontam a constituição do sujeito, desde o seu nascimento:

(...) o bebê precisa de um encontro marcado pela diferença, mesmo que não reconhecida por ele, um encontro de quantidades que se repetem, mas que não são as mesmas. Essa repetição e contiguidade proporcionam as marcas, inscrições, registros sustentados na ternura, confiança e alteridade do cuidador. São essas marcas que possibilitarão que depois a criança tenha a mãe internalizada, podendo suportar a sua ausência. Portanto, quando se fala em um excesso que o sujeito não tem como metabolizar, se está falando justamente da falta dessas condições de ternura, confiança e alteridade. Com isso, tem-se uma fratura na base da narcisização por esse sujeito não ter experimentado o desejo do outro. (Monteiro, 2011, p. 36-37)

Como Mieli (2002) também nos aponta, a adolescência terá sempre o caráter de um *a posteriori*; o desenvolvimento fisiológico será sempre acompanhado do batimento lógico de um retorno sucessivo à formação dos traumas individuais. Isso ocorre devido a relação com o Outro, já que desde o princípio o bebê ocupa o lugar no campo de desejo de um outro; é o desejo do outro que guia o desejo da criança. Então, resta-nos perguntar: Se o adolescente parece não estar no campo do desejo do Outro, de onde estão vindo suas referências?

Se não pela palavra, pela ação...

Acho que me expressei com muita clareza, mas ninguém deu um passo para me impedir. Muitos de vocês se importaram comigo, mas não o bastante. E isso... isso é o que eu precisava descobrir. E eu descobri. E eu sinto muito. Obrigada. (Asher, 2013, p. 191)

Sair da infância significa sair de um mundo até então dado, garantido e seguro, para um momento de transitoriedade e mudanças que exigem do sujeito adolescente uma capacidade egóica flexível capaz de sustentar as vicissitudes da adolescência. Afinal, um dispendioso trabalho psíquico deve ser realizado para que haja o remanejamento e desligamento de pulsões infantis, de modo que o adolescente consiga investir em outros objetos e adentrar em um mundo de autonomia.

A adolescência, por si só, mantém relação estrutural com o trauma; e o cenário contemporâneo a deixa desamparada. Ao mesmo tempo em que tudo parece possível, nada parece ser o suficiente. Citando Winnicott (1979), somente um ambiente “suficientemente bom” poderá favorecer um desenvolvimento psíquico saudável para o infante. Por meio das considerações deste capítulo, esperamos ter sido possível compreender que a cena contemporânea não está sendo “suficientemente boa” para o adolecer. Talvez seja este um dos pontos de partida para pensarmos na atuação clínica com adolescentes: implicá-los em um ambiente suficientemente bom, favorecendo sua autonomia e individuação, através de afetos duradouros como ternura e confiança, garantindo o sentimento de amparo.

Compreendemos que no cenário contemporâneo, existe um desamparo a nível social, produzindo sofrimento a partir da não inscrição do traumático. Se pensarmos na primeira relação do nascimento com o outro, bem como enfatizarmos a importância da mesma na constituição psíquica dos sujeitos, devemos também lembrar-nos que antes do elo entre infante e a figura materna, há um conjunto de valores específicos de cada época que ressoa no modo como

se configura essa primeira relação. O que temos observado, assim sendo, é uma sociedade que supervaloriza a imagem, o prazer e o efêmero, causando um vazio intenso atrelado a autoexigências e ao individualismo exacerbado. Ao contrário da individuação e emancipação, as estruturas psíquicas estão fundadas na inflexibilidade, instantaneidade e pluralidade, fazendo com que o eu seja esvaziado de sentido e do sentimento de continuidade.

No que se refere ao adolecer, sem apoio afetivo, o sujeito adolescente se encontra desamparado, vivenciando um terror inconsciente de não existência que o faz pensar em morrer. A angústia, desestruturação da integridade narcísica, a qual já se encontra oscilante devido ao adolecer, é intensificada por experiências traumáticas não faladas e, logo, não simbolizadas. Se não pela palavra, pelo ato: A passagem ao ato tem por objetivo tamponar um vazio, como uma atividade que reproduz um passado ao invés de rememorá-lo em palavras. Trata-se de restos, restos de uma dialética que se dá pela palavra, já que não pôde se dar senão pela ação (Garcia-Roza, 1990).

Foi possível depreender, por meio deste escrito, que a cultura se relaciona diretamente com os aspectos da vida pulsional, na medida em que, como nos diz Levisky (1998, p. 71)

(...) a cultura [contemporânea] tem favorecido a liberação de impulsos agressivos e sexuais de maneira direta e nem sempre sublimada. Caminha-se da conquista da individuação para o individualismo. Torna-se necessário um esforço maior para equilibrar esse jogo de forças cuja tendência espontânea parece caminhar para o caos.

A subjetividade tem sido lançada numa temporalidade virtual. História, temporalidade e projetos existenciais desaparecem enquanto instrumentos de mediação simbólica. Resta disso, um imediatismo e urgência crônica na obtenção de prazer, corporificada por subjetividades que possam sustentar as exigências de exaltação do eu produzidas pela sociedade do espetáculo. Portanto, não é de se estranhar que o sujeito contemporâneo esteja suscetível aos cha-

mados distúrbios narcisistas e melancolia, como saída a esse estado de coisas. Aliás, quanto à melancolia, o “ser” deprimido talvez seja hoje uma condição “normal”. No caso mais extremo, a melancolia é uma ferida narcísica aberta na medida em que as perdas vivenciadas coincidem com a perda de si mesmo.

As relações de alteridade são escassas, coadunando para a mitigação de processos reflexivos e emancipatórios, já que se compreende que é na relação com o outro que o sujeito é sustentado. Ao adolescente, resta registrar no corpo, algo que está no campo do irrepresentável, do interditado e do não inscrito. Portanto, para não concluir, considerando o adolecer, de onde o sujeito adolescente tem se olhado na cena contemporânea? Onde está se sustentando? A partir da leitura do livro ou da série *Os Treze porquês*, é possível visualizarmos questões cotidianas intensas que perpassam o sujeito adolescente, deixando-o em um estado caótico que pode levá-lo a findar sua própria vida. Nas palavras finais de Hannah observamos que existe mais que uma despedida. Há um aviso, um lembrete: Nós, a sociedade contemporânea em geral, não estamos conseguindo ouvir os gritos camuflados em atos que o adolescente tem realizado. Se viver é amarração, como nos diz Alberti (1999), estamos vivendo em uma malha de retalhos costurados frouxamente; com pouca linha. Nós temos sido a linha, e o sujeito adolescente, o retalho. Este capítulo, portanto, foi construído na tentativa de fornecer mais linha para a compreensão de um assunto tão complexo e desafiador na cena contemporânea; finaliza-se com a sensação de que outras lacunas se abriram e deverão ser pensadas de modo a permitir uma costura firme, capaz de sustentar os retalhos que a compor.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, Sônia. Viver é amarração. In: ALBERTI, Sônia. **Esse sujeito adolescente**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 1999. Cap. 4. p. 80-99.
- ARAB, Analú Bernasconi. **Tendências e perspectivas da narrativa ficcional seriada na Convergência Midiática**. 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3DQppEs>. Acesso em: 10 set. 2018.

ASHER, Jay. **Os 13 porquês**. 2007. Disponível em: <https://bit.ly/3g0g3vu>. Acesso em: 15 ago. 2018.

BAUMAN, Zygmunt. **Globalização: as consequências humanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015. 291 p.

BRUNHARI, Marcos Vinícius. **A sombra do objeto: um percurso entre a melancolia e a passagem ao ato. um percurso entre a melancolia e a passagem ao ato**. 2011. Disponível em: <https://bit.ly/3CKKyzr>. Acesso em: 25 jul. 2017.

CALLIGARIS, Contardo. **A Adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000.

CARDOSO, Marta Rezende. **Adolescentes**. São Paulo: Escuta, 2006. 216 p.

CASADORE, Marcos Mariani; HASHIMOTO, Francisco. **Reflexões sobre o estabelecimento de vínculos afetivos interpessoais na atualidade**. 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3seGZg2>. Acesso em: 18 jul. 2017.

CHAUÍ-BERLINCK, Luciana. **Melancolia e Contemporaneidade**. São Paulo: Cadernos Espinosanos XVII, 2008.

COUTINHO, Alberto Henrique Soares de Azevedo. **Suicídio e laço social**. 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3h7Q99D>. Acesso em: 30 jun. 2017.

DELAROCHE, Patrick. **Psicanálise do Adolescente**. São Paulo: Fontes, 2008. 256p.

ESCÓSSIA, Fernanda da. **Crescimento constante: taxa de suicídio entre jovens sobe 10% desde 2002. taxa de suicídio entre jovens sobe 10% desde 2002**. 2017. Disponível em: <https://bbc.in/3AGFpGC>. Acesso em: 20 jun. 2018.

FREUD, Sigmund. (1925-1926/1996). **Inibição, sintomas e angústia**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XX. Rio de Janeiro: Imago.

FREUD, Sigmund. (1969). **Luto e melancolia**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917 e escrito em 1915).

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização** (1929). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XXI Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 75-171.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **O mal radical em Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990. 168p.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão: A atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009. 312p.

LACAN, Jacques. (2008). **O seminário**, livro 7: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar. (Seminário original de 1959-1960).

LEVISKY, David Léo. **Adolescência: Reflexões Psicanalíticas**. 4.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. 320p.

MAIA, Marisa Schargel. **Extremos da alma: dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2011. 252 p.

MIELI, Paola. **Sobre as manipulações irreversíveis do corpo e outros textos psicanalíticos**. Rio de Janeiro: Contra Capa/Corpo Freudiano do Rio de Janeiro, 2002. 96 p.

MONTEIRO, Roberta Araujo. **Desamparo e intensidades em ato na adolescência: riscos ao devir**. 2011. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MUYLAERT, Camila Junqueira; *et al.* **Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa**. 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3jVWeqB>. Acesso em: 05 maio 2018.

OLIVEIRA, Abílio; AMÂNCIO, Lúcia; SAMPAIO, Daniel. Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 19, n. 4, p. 509-521, out. 2001. Disponível em: <https://bit.ly/37EFaiZ>. Acesso em: 12 jun. 2017.

OUTEIRAL, José. **Adolescer**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 196p.

RESE, Natália; *et al.* **A Análise de Narrativas como Metodologia Possível para os Estudos Organizacionais sob a Perspectiva da Estratégia como Prática: uma estória baseada em fatos reais**. “Uma Estória Baseada em Fatos Reais”. 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3jQDnx0>. Acesso em: 05 jul. 2018.

SAVIETTO, Bianca Bergamo de Andrade. **Passagem ao ato e adolescência contemporânea: pais desmapeados, filhos desamparados**. 2007. Disponível em: <https://bit.ly/3xGmpWV>. Acesso em: 14 mai. 2018.

SILVA, Simone Pereira da. **Suicídio: Da Cultura do Consumo ao consumir da vida**. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3m51FWH>. Acesso em: 08 jul. 2017.

SILVA, Sandro Stank; MELLO, Magna Medianeira de. **As manifestações do desamparo em adolescentes postas em ato e no corpo**. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2WTOo94>. Acesso em: 15 jul. 2018.

TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui **Contemporaneidade e Mal-Estar**. 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3AzGcZY>. Acesso em: 23 jul. 2017.

WINNICOTT, Donald W. (1979). **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1979.

PACO
EDITORIAL



SUICÍDIO: DESERÇÃO DO OUTRO NEOLIBERAL?

Bruno Castro Ribeiro
João Luiz Leitão Paravidini

O aumento do número de suicídios no Brasil – mais precisamente, “a contar de 1980, houve um aumento de 21% até o ano 2000 e de 29,5% até 2006” (Botega, 2015, p. 42) – é um fator muito significativo. Em um outro registro de 2016, houve 11.433 mortes por suicídio, em média, um caso a cada 46 minutos. Segundo Brasil (2018), o suicídio é a quarta maior causa de morte no país, e as idades mais acometidas pelo problema estão entre 15 e 29 anos.

Claumann *et al.* (2018, p. 4) escrevem que só no período de 2011 a 2016, segundo registro do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), houve “48.204 casos de tentativas de suicídio, os quais ocorreram predominantemente nas regiões Sudeste e Sul do país”. O número de óbitos por suicídio¹, ainda em Claumann *et al.* (2018), de 2011 a 2015, foi de 55.649. Já no âmbito global, “mais de 800 mil pessoas tiram a própria vida por ano”, “além de ser a segunda maior causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos” (Brasil, 2018, p. 3). Concomitantemente ao período apontado por Claumann *et al.* (2018), a temática “suicídio” ganhou destaque nas mídias por meio de possíveis influências do seriado *Thirteen reasons why*, quanto ao aparecimento de casos de suicídio entre jovens. No contexto midiático, no ano de 2016, houve o surgimento de um jogo chamado “Baleia Azul”, cujo objetivo final era o autoextermínio.

Diferente do pensamento passageiro de “vontade de morrer” ou da “vontade de sumir”, o ato suicida instiga e tira qualquer pesquisador atento do seu lugar. As tentativas de suicídio abruptas, violentas e, por vezes, referenciadas pelo senso comum como algo sem

1. Nos Estados Unidos: “A taxa de suicídios infanto-juvenis é maior do que a soma das mortes por câncer, doenças cardíacas e respiratórias, problemas de nascimento, derrame, pneumonia e febre” In: <https://bbc.in/3gaOLTh>.

motivo também são difíceis formas de se pensar a complexidade do fenômeno. De outro modo, mesmo no meio acadêmico, também são relevantes as ideias recorrentes de sujeitos no contexto universitário que padecem de algum tipo de sofrimento psíquico e são acometidos por pensamentos suicidas.

De antemão, somente no curso de Artes Visuais da Universidade Federal de Uberlândia foram registrados dois casos de suicídios em setembro de 2016 (Alves, 2018). Já na Universidade de São Paulo (USP), no curso de medicina, foram contabilizadas seis tentativas de suicídio só no primeiro semestre de 2017, sem mencionar os atos consumados em outros institutos (Damasceno, 2017). No ano de 2018, “ao menos quatro casos de suicídio entre estudantes da USP foram registrados em maio e junho” (Vieira, 2018). A presença deste tema dentro da universidade e a percepção real do problema “suicídio” levou a maior universidade do país a criar um “Escritório de saúde mental” (Vieira, 2018).

Haja vista que fatores relacionados ao ato suicida são de natureza múltipla, complexa e dilemática (Botega, 2015), concerne a esse capítulo a tentativa de inscrever como o ato suicida se enlaça no estudo sobre a atualidade e quais são as linhas de forças que o contemporâneo impõe sobre os sujeitos. Nesse sentido, as bases de sustentação desse estudo partem do aspecto macrosocial, ao dar ênfase no modelo econômico vigente – o capitalismo neoliberal –, junto aos seus dispositivos de desempenho e competitividade (Dardot; Laval, 2017; Han, 2017), e o crescimento do número de suicídios na atualidade.

Desse modo, junto às ideias preliminares do propósito central, torna-se relevante ressaltar duas problemáticas que se entrelaçam na questão: o suicídio e o pensamento suicida. De todo modo, sob o contraste que os efeitos sociais vividos no neoliberalismo propiciam, a vida parece ter se tornado um peso insustentável, uma carga que adolescentes, crianças e jovens adultos não estão conseguindo carregar. Desse modo, introduz-se a pergunta a ser trabalhada: seria o ato suicida uma forma de deserção do grande Outro neoliberal?

Aproximações teóricas: o contemporâneo

Freud (1921, p. 14), em *Psicologia das Massas e Análise do Eu*, inicia seu texto incluindo a perspectiva psicanalítica no escopo social ao apontar que: “a psicologia individual é também, desde o início, psicologia social, num sentido ampliado, mas inteiramente justificado”. Sobre o aspecto do suicídio e a correspondente influência social, vale mencionar os estudos de Émile Durkheim (2014) em seu título “O suicídio: estudo de sociologia”, com vistas a dar mostras do fenômeno enquanto sujeito ao fato social. Além disso, cabe mencionar que Durkheim já anunciava que as deliberações humanas nem sempre seguem os princípios racionais, as resoluções de tais deliberações são tomadas por razões que a consciência desconhece. O autor também foi categórico em seu estudo quanto as circunstâncias causadoras do suicídio serem, com frequência, quase infinitas (Durkheim, 2014).

Assume-se que há causalidades múltiplas do fenômeno suicídio. Porém, o enfoque do sociólogo está para a pujança da moral social junto aos efeitos que a força coletiva exerce sobre os atos definidos enquanto mortes voluntárias.

Existe, pois, para cada povo, uma força coletiva, de energia determinada, que impele os homens a se matar. Os movimentos que o paciente realiza e que a primeira vista, parecem exprimir o seu próprio temperamento pessoal, são, na realidade a sequência e o prolongamento de uma situação social que eles manifestam exteriormente. (Durkheim, 2014, p. 297)

Nesse sentido, a aproximação traz correspondências entre a pressão social e o *modus operandi* do sofrimento, além de contracenar um tipo de manifestação do mal-estar entre o que se pretende enxergar na sociologia de Durkheim e na psicanálise.

A saber, não custa repetir, o mal-estar não é privilégio de uma ou outra associação humana, entretanto, corresponde, e isso nos ensinou Freud (1930), a uma condição de concessão. Em troca da

segurança ante aos perigos da natureza: o laço social, o pacto de não agressão e supressão das forças libidinais. Dessa troca resta a peregrina sensação de mal-estar. Faz sentido pensar, portanto, na relação e sugestão entre o aumento de suicídios e pensamentos suicidas e o modo de vida neoliberal, pautado na competição generalizada e em um modo de gestão de vida econômico, guiado unicamente por seus interesses monetários e de consumo. A proposta, segundo essa premissa, condiz com a tentativa do sujeito, capturado por pensamentos de morte, de se proteger da exagerada e generalizada auto exigência na atualidade. Este se faz marcado tanto pela necessidade de criar incessantemente sua autoimagem^{2,3} quanto a necessidade de suprir às diversas demandas de trabalho, realização e felicidade elevados à máxima potência – quase sempre apartada da criação de laços sociais.

Para fundamentar, com um pouco mais de precisão, o contemporâneo e os efeitos do neoliberalismo sobre o sujeito, três fenômenos se destacam: o tempo e a velocidade, a contração do espaço e a fugacidade da experiência. Sabe-se que o tempo é essencial no capitalismo (Jameson, 2006). O capitalismo contemporâneo inaugurou uma nova temporalidade marcada pela experiência e o valor da mudança perpétua. O tempo em função da velocidade passaram

2. Rocha (2017) retrata em sua tese as demarcações do discurso do capitalista nas sociedades neoliberais quando se pensa nas intervenções no corpo. Uma vez que a promoção do laço associal deste discurso promove, por meio da objetualização do corpo e sua fetichização, uma nova afetação da imagem que o sujeito configura para si. Ao se basear nos padrões estéticos ideais, deve cumprir a função exata da experimentação de novas práticas e colocar o corpo na condição de ser “sempre testado, estimulado e questionado enquanto sua perfeição” (Rocha, 2017, p. 79).

3. A superexposição nas redes sociais parece nos colocar à par de uma mudança radical na maneira como os sujeitos lidam com a figuração da imagem de si. Uma reportagem da revista *Elle*, publicada em 25 de maio de 2020, mostra uma procura crescente de harmonizações faciais baseadas nos próprios perfis de Instagram de quem procura por esse tipo de plástica. Essas pessoas alegam que consideram suas imagens no Instagram uma ‘versão’ melhorada de si mesmas. A imagem passa a ser uma *commodity*, um objeto a ser vendido nos espaços virtuais, a motivação parece simples: 55% das pessoas que fizeram rinoplastia em 2017 queriam sair melhor em selfies. Fonte: <https://bit.ly/2VSfZHB>.

a comandar a linguagem e os sentimentos. De modo geral, a condição para se criar vontades, desejos, vida, corresponde à criação de dinheiro e consumo em uma dada condição temporal. Fala-se em versatilidade, velocidade, imediatividade. O domínio do tempo é o segredo do poder no capitalismo contemporâneo. Se se pode a favor do tempo sem a dificuldade da distância, servindo-se daquilo que os cabos de fibra ótica conduzem em sua viralidade instantânea, a experiência se aplaina. Primeiro porque a experiência está relacionada com o espaço da falta. Segundo, pela experiência estar relacionada com o discurso e com a temporalidade da narrativa sobre o que se vive. Nesse ponto, os acontecimentos são postos em um tempo presentificado, positivo, apartado da possibilidade da experiência.

A transparência, o translúcido, é um adjetivo que tenta circunscrever a ausência do mistério, de sentidos para além daquilo que se pode extrair a partir da imagem. Se mirarmos na criação artística e na ideia de metáfora estaremos incorrendo ao erro quando nos havemos com o pensamento de Byung-Chul Han (2017). Na “sociedade da transparência” a linguagem é mecânica e evita qualquer tipo de ambivalência ou estranheza. Não há motivos para ir além, na realidade, é contraproducente, pois incorre em tomar tempo, perder, uma vez que o que interessa é a velocidade de troca e nada mais.

Sociedade, imagem e tempo são comprimidos para sustentar a produtividade do capital (Han, 2017). A primeira é deposta das singularidades que a compõem, tudo se iguala a tudo, em uma espécie de reação em cadeia do igual. A segunda torna as coisas rasas, planas para a viralização da comunicação e das informações. O terceiro é aplainado “na sequência de um presente sempre disponível”. Para Han (2017), tudo é transformado em mercado e, portanto, deve ser exposto, cada indivíduo é seu próprio objeto e propaganda.

A despeito da produção material, engendrada nas últimas décadas e da ascensão do capitalismo global, o neoliberalismo tem sido apresentado como o grande responsável por manusear as subjetividades em prol da circulação e da expansão do mercado mundial. Este modelo econômico, segundo Dardot e Laval (2016), longe de ser simplesmente uma ideologia, é uma racionalidade

que cria formas de existência, organiza não apenas a ação dos governos, como também dos governados. De modo que é a partir da liberdade destes que se instaura o princípio de governabilidade (ou práticas, procedimentos e técnicas de gestão dos homens). Isto se dá através da ideia de que o

indivíduo trabalhe para a empresa como se trabalhasse para si mesmo e, assim, eliminar qualquer sentimento de alienação e até mesmo qualquer distância entre o indivíduo e a empresa que o emprega. (Dardot; Laval, 2016, p. 327)

A princípio, essa é uma das características do contemporâneo e de seu *modus operandi* que contribui para pensar seu mal-estar inerente.

A priori, como foi mencionada, a racionalidade neoliberal promove a produção de sujeitos comprometidos com o máximo de desempenho de si para o mercado. Trata-se, extraordinariamente, da utilização, da extração de trabalho da máxima capacidade possível dos homens. A prerrogativa do sujeito neoliberal, não somente, é tornar-se empresário de si, assim como aquele que encarna ser o próprio ideal de controle de si, expressão máxima de sua liberdade servil. Dessa maneira, a norma que aqui vigora é viver em um universo de competição generalizada, onde o que existe é colocar todos os agentes sociais em permanente luta econômica uns contra os outros (Dardot; Laval, 2016).

A violência, portanto, é de si para consigo. A topologia da violência (Han, 2017), ademais, não se desdobra sobre manifestações macrofísicas da violência que aparecem na forma de negatividade, ou seja, de relações que concebem a tensão entre polos – dentro e fora, alter e ego, amigo e inimigo. Han (2017) ajuda a pensar na diferença entre a violência da positividade e da negatividade; a primeira é associada à desoneração da negatividade do outro e do que é alheio, bem como de uma espécie de “spamização” da linguagem, da supercomunicação, da superinformação, da massa de linguagem, de comunicação e de informação; a segunda concebe a relação entre extremos.

É certo que Han (2017) está trabalhando a partir de seu contexto europeu de análise. Entretanto, em países cuja história é marcada pelo colonialismo, o incremento do tipo de violência tratado por Han (2017) nas últimas décadas é evidente. A isso dizemos que, além de vivenciar as múltiplas violências próprias de um país como o Brasil, incrementa-se outro tipo de violência relacionada ao conteúdo viral/positivo.

Para este mesmo autor, a violência da positividade é mais fatal do que a violência da negatividade, justamente porque aquela não é visível, falta-lhe abertura: “em virtude de sua positividade ela se suprime, inclusive, da defesa imunológica” (Han, 2017, p. 10). Sintetiza:

O sujeito de desempenho pós-moderno é livre na medida em que não está exposto a qualquer tipo de repressão por instâncias de domínio externas a ele. Mas, na realidade, ele não é livre do mesmo modo que o sujeito da obediência. Quando a repressão externa é superada surge a pressão interna. Desse modo, o sujeito de desempenho desenvolve uma depressão e a violência continua se propagando a passos largos, apenas em seu interior. A decapitação na sociedade da soberania, a deformação na sociedade disciplinar e a depressão na sociedade de desempenho são estágios da mudança topológica da violência, que é sempre mais internalizada, psicologizada e, assim, acaba se tornando invisível. Ela vai se livrando mais e mais da negatividade do outro ou do inimigo, tornando-se autorreferente. (Han, 2017, p. 10-11)

Nesse ponto temos uma tipologia do exercício do poder que se compara à violência performativa onde o sujeito é passivo e ativo diante do modo de operar nas sociedades neoliberais. Poder é sempre organização articulada para a obtenção de mais poder (Han, 2017). Já a violência é uma maneira de privar sua vítima de qualquer ação ou espaço, aniquilando-a (Han, 2017). O que se observa com essas preposições sobre o capitalismo contemporâneo é a supressão da criação de poder e uma institucionalização da violência como modo de operar sobre o psiquismo cada vez

mais centralizado na figura do indivíduo. O excesso de positividade, ao qual Byung-Chul Han (2017) também se atenta, está para a saturação e a exaustão, não apenas se expressando na repressão, mas na depressão. Trata-se de um tipo de violência microfísica de modo cada vez mais implícito e implosivo.

O modo de operar desse tipo de violência assombra por vincular sintomas que se expressam como contrapartidas dos excessos da positividade, a partir de tipos de ausências mortíferas. Em *Desaparecer de si: uma tentação contemporânea*, David Le Breton (2018), ajuda-nos a entender essa reação ao excesso de positividade. Em síntese, os indivíduos vão se apagando, deslizando para o não lugar, desistindo do mundo com discrição. O autor fala do “branco” enquanto

um fechamento à situação, uma desaceleração da energia que impele a viver *minimamente*, e até mesmo uma interrupção, ou uma espécie de postura zen visando um desligamento total. (Le Breton, 2018, p. 23, grifo do autor)

Desaparece-se de diversas formas: desde a depressão, o engajamento exaustivo no trabalho, a falta de vontade de sair de casa, o uso consciente de medicamentos para dormir, até a procura por adoção de novas identidades em outros países. Dessa forma, um dos sintomas gestados no contemporâneo se mostra através da vontade sumir, do desfazer a própria identidade, do dissolver qualquer tipo de vínculo que, por ventura, esforça-se em se sustentar na criação de uma imagem para si.

Na impossibilidade de encontrar uma relação de sentido adequada no mundo, as sensações se impõem para oferecer um recipiente propício. O sentimento de si limita-se então à sua repetição para se sentir vivo e protegido em uma existência que não deve mais nada ao vínculo social ordinário. (Le Breton, 2018, p. 129)

Le Breton (2018), quando se refere à ‘tentação’ do desaparecimento de si, escreve que os sujeitos se despojam, esvaziam-se do abscesso de ser alguém a partir de um progressivo apagamento. Esse apagamento lembra o fechar das cortinas de um palco, cuja encenação outrora vigorava uma forma de vida. O indivíduo sente o fado de ser si mesmo, “recusa qualquer reconhecimento social, existe no meio dos outros como um fantasma, como uma sombra separada de sua pessoa” (Le Breton, 2018, p. 23). Frente a essa recusa, a tessitura das relações do sujeito encontra uma espécie de “depreciação da identidade, um não lugar onde as obrigações impostas pelo mundo circunstante são suspensas” (Le Breton, 2018, p. 17).

Desse modo, depreende-se que na sociedade do desempenho, da nova racionalidade neoliberal e de seu sintoma relacionado ao desaparecimento de si, existe um sujeito específico cuja apreensão envolve a dureza de ser unário, prioritariamente, autoproduzido e fraco em alteridade. A isso temos outra forma de conceber o que em Durkheim se pensa segundo o conceito de anomia. A derrocada das instituições enquanto mediadoras da vida em sociedade nos coloca em face de uma crise generalizada ante as estruturas sociais. A anomia é um dos conceitos que reintroduz a noção de patologia do social, segundo Alves, Sanches, De Luccia (2018). Essas autoras, ao compreenderem a organização do capitalismo na atualidade pela via da anomia, puderam identificar:

[...] um paradoxo no qual, ao mesmo tempo que os indivíduos ganham liberdade, eles sucumbem ao desamparo frente ao surgimento de uma atmosfera de indeterminação. O relaxamento da regulação moral, a descrença na ciência, a falência do Estado e a reorganização no campo do trabalho produziram efeitos sistêmicos nas formas de vida contemporâneas. A conquistada mobilidade social e a valorização do individualismo vieram acompanhadas de situações de sofrimento derivadas de uma desorientação quanto ao significado da vida. (Alves; Sanches; De Luccia, 2018, p. 126)

Essa retomada ao conceito de Durkheim nos coloca às voltas da existência do Outro no contemporâneo e o pensar sobre as indeterminações da anomia do ponto de vista do sujeito. Portanto, a pergunta que se faz é: de quais formas a indeterminação da razão neoliberal, com vistas à anomia social, pode produzir um tipo específico sofrimento que conduz à deserção do sujeito ao Outro neoliberal?

O que se afigura, portanto, é outro pressuposto envolvendo o Outro e a possibilidade de abertura do sujeito dividido. Nesse sentido, cabe repensar as proposições psicanalíticas referentes ao sujeito e sua implicação no mal-estar contemporâneo, uma vez que este envolve diretamente uma forma específica de querer colocar fim à própria vida ao abrir mão, de maneira radical, de ser para si e para o Outro.

O Outro neoliberal e sua proposição a partir do discurso do capitalista

A cobrança e o marcador relativo ao desempenho neoliberal, na economia capitalista, opera no sujeito um tipo de liberdade paradoxal, sobre a qual, ao mesmo tempo em que está livre “da instância externa de domínio que o obriga a trabalhar ou que poderia explorá-lo” (Han, 2017, p. 29), é soberano a si próprio, submisso a uma auto exploração onde “o explorador é ao mesmo tempo o explorado” (Han, 2017, p. 30). Segundo essa premissa, o problemático na atualidade não é “a concorrência individual em si, mas sua autorreferencialidade, que a intensifica em uma concorrência absoluta” (Han, 2017, p. 79). Os aplicativos e a instrumentalização das formas de trabalho, por meio dos primeiros, entremostam a intensidade dos efeitos da racionalidade neoliberal.

Sendo assim, o agente causador do sujeito do desempenho concorre permanentemente contra si próprio e se vê às voltas da “coerção destrutiva de ter de superar-se” (Han, 2017, p. 79). Talvez isso tenha ficado claro na primeira parte deste capítulo. Dardot e Laval (2017) não medem esforços para sinalizar que, sob a égide do neoliberalismo, é precisamente a pluralidade das subjetividades em marcha, ou ainda o peso do mundo que recai sobre os ombros do indiví-

duo. Sobre o peso da modelagem da sociedade pela empresa, o passo inaugural do sistema econômico em voga foi inventar “o homem do cálculo, que exerce sobre si mesmo o esforço de maximização dos prazeres e das dores requeridos pela existência de relações de interesse entre os indivíduos” (Dardot; Laval, 2017, p. 326). Se antes as instituições funcionavam como marcadores dos comportamentos, com a qualidade de mediar os diversos conflitos do homem em sociedade, o momento neoliberal homogeneiza o discurso dos homens em torno da figura do grande empresário de si (Dardot; Laval, 2017).

Dardot e Laval (2017, p. 327) pensam que, no atual contexto, o governo dos sujeitos passa necessariamente pela subjetividade. Esta deve ser reconhecida na parte irredutível do desejo que a constitui:

o desejo com todos os nomes que se queira dar a ele é o alvo do novo poder. Ser desejante não é apenas o ponto de aplicação desse poder, ele é o substituto dos dispositivos de direção das condutas. [...] As novas técnicas da “empresa pessoal” chegam ao cúmulo da alienação ao pretender suprimir qualquer sentimento de alienação: obedecer ao próprio desejo ou ao Outro que fala em voz baixa dentro de nós dá no mesmo.

É interessante notar que os autores utilizam a noção de Outro lacaniano. Em seguida, na mesma página, eles dizem: “a gestão moderna é um governo ‘lacaniano’: o desejo do sujeito é o desejo do Outro. Desde que o poder moderno se torne o Outro do sujeito” (Dardot; Laval, 2017 p. 327).

Ainda que existam distanciamentos na forma de entender o Outro lacaniano e a figura do desejo em psicanálise, a aproximação dos autores Dardot e Laval (2017) nos parece válida. Primeiro, porque nos convida a entrarmos na existência ou não do Outro, ou de que Outro estamos falando quando entramos no território da subjetividade neoliberal. Segundo, porque o social comporta seu *pathos* e este se arrasta em direção aos tratamentos clínicos em psicanálise, junto aos seus diversos contextos. Até agora, aproximamo-nos de um Outro que goza sem concessões e dificilmente se faz ver como tal.

De todo modo, o que se faz evidente, após o percurso que se estabeleceu, é a ascensão de um novo discurso, aquele que Lacan nomeou de ‘Discurso do Capitalista’. Lacan (2011, p. 88) em *Estou falando com as paredes*, formula que:

O que distingue o discurso do capitalismo é isso: a Verwerfung, a rejeição para fora de todos os campos do simbólico, com as consequências do que já falei – rejeição de que? Da castração. Toda ordem, todo discurso aparentado com o capitalismo deixa de lado o que chamaremos, simplesmente, de coisas do amor [...].

Braunstein (2010), além disso, escreve que o agente do discurso capitalista “faz semblante” de ser o mestre, acredita não estar sujeitado a nada” (Braunstein, 2010, p. 152). Interessa, portanto, acentuar a explicação de Lacan sobre como o discurso do capitalista desliza no discurso do mestre enquanto um discurso que não faz laço social e forclui a castração (Badin; Martinho, 2018).

Os gadgets e a eterna promessa da felicidade plena do sistema atual, evoca o que já foi mencionado quando analisamos os autores citados que discutem o tema do consumo na contemporaneidade. Dar conta do vazio existencial, da falta, da castração por meio da promessa de objetos que falam pelo sujeito, que traduzem o que lhes falta, faz parte do que Lacan chamou de discurso do capitalista. Esse, a propósito, articula-se com a falta de maneira a iludir o sujeito quanto à possibilidade de tamponá-la. A proposta, desse modo, é prometer um gozo absoluto. É disso que se extrai a violência do capitalismo, uma vez que: primeiro, o gozo absoluto é impossível ao real; segundo o próprio gozo está voltado a diferentes formas e fracassos que constituem a castração (Badin; Martinho, 2018).

Badin e Martinho (2018, p. 151) esclarecem como o discurso do capitalista opera:

Ao colocar a mais-valia como causa de desejo, movimenta o sistema capitalista, entretanto, essa perda, espoliação de gozo sofrida pelo sujeito, reaparece no chamado mais de gozar de que fala Lacan (1969-1970/1992). Se o sujeito sofre um desperdício de sua energia ao ceder parte de seu trabalho ao capitalista, ao que Lacan denomina entropia, esse gozo será parcialmente restituído com um a mais de satisfação.

Esse “a mais de satisfação” apenas serve para entropia própria ao sistema de exploração e incide sobre o consumo, que ao consumir, o sujeito se consome em gozo. Em síntese, no discurso do capitalista não há a integração do gozo, como no discurso universitário, mas o seu despendimento. Se assim não for, então, ter-se-á consequências (Soueix, 1997). O discurso capitalista é infatigável, uma vez que, como apontou Lacan (Soueix, 1997, p. 47): “Isso se consome, se consome tão bem que se consuma”. Ora, se o capitalismo promete o gozo absoluto, o suicídio se desfaz da promessa e tenta alcançá-lo em ato. Seguindo o critério de uma formulação sobre o Outro na atualidade, tratamos de pensar em um tipo de Outro-Gozador que toma uma consistência de natureza tamanha, dentro do neoliberalismo, cuja violência versa sobre a autovigilância do sujeito para com ele mesmo. Esse tipo de violência, de si para consigo, encontra formas específicas de clivar o sofrimento através do ato.

Deserção ao Outro neoliberal

Até o momento, tratou-se de pensar a proposta de que, na atualidade, uma nova instância de ordenamento social e psíquico compõem as modalidades de gozo do sujeito. Nesse sentido, cabe uma aproximação com a demissão subjetiva nos casos de depressão para a construção de uma possível linha teórico-clínica de análise das deserções presenciadas na atualidade.

A demissão subjetiva nos casos de depressão, imprimida pela perda de autoestima, autodesvalorização por não conseguir pôr fim a projetos astronômicos, evidentemente inalcançáveis, fazem parte da violência impingida do sujeito contra si mesmo. O vazio existen-

cial que marca o tipo de proteção do sujeito em sua forma de continuar no mundo, onde encontrar sentido em si mesmo é melhor que se abrir para alteridade, também faz parte dessa criação de auto violência. Como escreveu Fagundes (2004, p. 32):

Nos casos de suicídio, a violência contra si mesmo é uma forma de aliviar a depressão instalada por perda da autoestima, autodesvalorização por ideais não atingidos, ódio àqueles que feriram seu narcisismo e o deixaram esvaziado. Podemos pensar que o crescimento do índice de violência mundial mostra não necessariamente um aumento da depressão biológica ou de instinto destrutivo, mas de uma violência relacionada à insatisfação e ao vazio, agravados por uma sociedade alienante e excludente, com a valorização do consumo, a satisfação imediata, a competição por ser o melhor e ter mais, a exaltação do mundo material e tecnológico em detrimento do pensar e da subjetividade, propiciadora, portando, do desenvolvimento de personalidades narcísicas voltadas só para si mesmas, em busca do prazer como defesa contra um mundo impessoal e sem compaixão.

A ideia norteadora, nesse sentido, é que o suicida estaria se separando, de forma radical e desesperada, desse Outro gozador. Seria um ato, uma produção em ato, de fazer furo nessa consistência auto vigilante, de auto desempenho, de microempresário de si mesmo, enquanto instâncias do grande Outro que obliteram todo o campo do desejo, que anulam a falta e as coisas do amor. O suicídio entra como mais um ato na tentativa de romper com a barreira de um supereu avassalador.

Brunhari (2017), ao retomar os textos em que Freud se debruça sobre o tema da melancolia e do suicídio, lembra que, depois de 1920, em *Além do princípio do prazer*, todo campo emocional que indica intensa dor, relaciona-se paradoxalmente à proximidade com a realização do desejo. Para melhor elucidar essa ideia, o princípio de nirvana e a tentativa de retorno ao estado absoluto é o que move o aparelho psíquico na tentativa de conseguir o inatingível.

A pulsão de morte, nesse sentido, direciona a precisão conceitual freudiana sobre a questão do suicídio, principalmente pela via do “retorno sádico ao eu” (Brunhari, 2017, p. 96). O caso da jovem homossexual ilustra a ideia de um *niederkommen*, no momento em que passa ao ato. Quando cai, a propósito, o faz identificada ao inatingível, demarcadamente, à castração (Brunhari, 2017). Resta-nos dizer que caíram as fantasias e a cena se impõe, o corpo inerte, a morte abraça.

Como o sujeito não vê alternativas para a vida, como as instituições estão massacradas pelo poder do capital em fazer algum tipo de vínculo que não seja por meio da demanda frequente de produção e capital, o sujeito se demite. Perde-se tudo o que se tem. Perde-se também o que não era somente colocado pelo grande Outro. De outro modo, o suicídio também poderia ser pensado como apenas mais um ato final, um “*grand finale*” nessa mórbida peça capitalista-mercado-lógica. Um sintoma que sinaliza uma parte do autoextermínio civilizatório ao encontrar-se com a sideração desse tipo de obrigação relacionada ao gozar, de tal maneira que somente se concebe como objeto de gozo, o que lhe sobra é estender-se sobre a morte, desligar-se.

O ato suicida, nesse sentido, parece ser uma das alternativas de se fazer operar pelo corpo o campo simbólico, como uma separação entre o sujeito e o seu Outro, diante do qual se sente engolido e permanentemente tomado. Temos como axioma básico, portanto: a presença do Outro gozador e o suicídio enquanto proposição para se pensar a instauração radical da falta a partir de um corpo tomado. De modo geral, as formas de se conceber o Outro nos aproximou de um tipo específico do mal-estar no contemporâneo, bem como da produção de um modo de sofrimento que evidentemente inclui uma forma de gestão dos corpos no capitalismo.

Uma outra proposta para se pensar as consequências do Outro gozador e o vertiginoso aumento do número de suicídios no Brasil está na indicação do Estado enquanto agente suicidário. O pensamento de Safatle⁴, Achile Mbembe (2018) e Paul Virílio (1999) contribuem para elucidar a característica dos Estados que adotaram

4. Texto disponível em: <https://bit.ly/3ALew4v>.

o modelo de ação neoliberal. O Estado enquanto agente que deveria proteger seus cidadãos, racionaliza a morte e o desaparecimento dos indivíduos que estão sob seu desígnio. Outrossim, a política dos Estados neoliberais, apresenta-nos tipos de crises associadas ao supereu e seu imperativo de gozo. Principalmente quando o único interdito, o único grande não, é a impossibilidade do sujeito de não jogar o jogo do mercado. O interdito e seu correspondente instrumentalizado pelo conceito de supereu perde campo como instância de renúncia pulsional, uma vez que, o imperativo de gozo é o que interessa (Cordeiro; Bastos, 2011).

Resta-nos, entretanto, aproximarmo-nos do efeito que essa modalidade de existência inclui a partir de seu *pathos*. Nosso recorte anuncia o que não cessa de se produzir nas forças contemporâneas quanto à anulação do desejo, uma vez que se pensa na possibilidade de morte do corpo como fatalidade sem contorno, uma separação abrupta da extensa consistência do Outro Gozador. Ora, como foi lembrado no parágrafo anterior, se se trata de pensar um Estado Suicidário⁵, ou ainda a necropolítica, aquele que gere quem morre e quem sobrevive, sem a mínima possibilidade de concessão ao que não serve para a produção, parece que estamos às voltas de algo novo.

Quanto ao Estado Suicidário, pode-se entrever um tipo de política que incide diretamente sobre o psiquismo sobre a tessitura da sobrevida social, de ordem mínima para as condições do pacto social. Quando o Estado não pode ou não quer oferecer assistência, torna-se premente a morte do cidadão. Isso remonta a condição analisada por Dardot e Laval (2016), sobre a relação do neoliberalismo com a existência do Estado, a saber, para justamente manter a sobrevida dos cidadãos. De outro modo, quando ao Estado cabe o

5. Um pequeno exemplo da gestão da morte, pode ser visto no aumento vertiginoso do número de suicídios em Altamira. Falar de um Estado suicidário sem levar em conta os eventos que são próprios ao Estado brasileiro, cuja fundamentação está para o neoliberalismo. Não somente, o alto número de suicídios entre jovens indígenas também colabora para se pensar um tipo de Estado que deflaciona a perspectiva de morte como saída do sofrimento. Referência às matérias: <https://bit.ly/2UopU6X>; <https://glo.bo/3xPVAQk>.

papel da multiplicação exponencial do consumo e do atendimento subserviente ao mercado internacional, incluem a exaustão tanto dos recursos ambientais utilizados, quanto o esgotamento humano de suas capacidades criativas ante à existência. Algo novo, portanto, orienta a repensar o psiquismo e sua intrusão depressiva, de desaparecimento de si, de síndrome de Burnout, um psiquismo que recusa sua mobilidade desejante em nome do Gozo do Outro, é um psiquismo que flerta com o suicídio.

De outro modo, a forma de operar do Estado necropolítico, analisado por Mbembe (2018), não interessa a proposta do cuidado ou do bem-estar social. Porém, interessa a precarização e a descartabilidade das vidas ante à máxima expressão do valor econômico ou daqueles que detém a riqueza. A justificativa para matar é proteger uma classe de pessoas em detrimento de outras ou enfatizar o progresso econômico em detrimento da continuidade da vida. O exercício da soberania desse Estado, nesse sentido, é controlar a mortalidade e definir a vida por meio da execução e das formas como o poder se manifesta. É sobre o domínio dos corpos e da brevidade destes que o poder se faz operar na necropolítica.

O próprio suicídio, tanto no Estado suicidário, quanto na necropolítica, anuncia a concessão do sujeito quanto ao Gozo do Outro, que se inscreve sobre o corpo e as modalidades de domínio deste. Nesse sentido, ao sujeito sobra anunciar: é melhor morrer a ter que lidar com tudo isso que é do Outro. Desse modo, o sujeito recua de seu desejo, uma vez que ao invés de dançar com seus objetos e se implicar nos conflitos que lhe são próprios, recolhe-se em posições de imobilidade como maneira absurda de fundar, por meio de seu próprio corpo, algo que faça furo na consistência perversa imperativa do grande Outro. Não há o deslocamento de si, porém, a posição de alienação que faz de si, ou do eu, um objeto, um objeto-dejeto que merece desaparecer.

Há, portanto, uma espécie de paroxismo nessa relação do sujeito ante ao seu grande Outro no contemporâneo. Paroxismo porque lança mão da subjetividade da época no ponto elevado de seu estado agonizante, da relação do sujeito com a vida. Esse paroxismo inclui

duas dimensões de um mesmo plano, a deserção do Outro neoliberal é tanto o que se pode produzir em relação ao Outro, quanto uma deserção do próprio Outro, de maneira a deixá-lo entregue à sua condição escatológica, de fim iminente, de pouco ou nenhum valor, de anomia, como foi exposto acima. Os atos de se fazer cair do gozo do Outro, ao mesmo tempo que incluem sua condição de afastamento, reintroduzem a lógica própria do Outro neoliberal de excluir todos aqueles que não jogam o jogo obrigatório da produção de si enquanto empresa. Ou seja, os atos que fariam cair o gozo do Outro condicionam um mesmo fim da relação do Outro que produz a morte, a mortificação própria através de um Estado Suicidário – plano e política neoliberal. A atuação do Estado maior, do abandono do Estado maior em sua condição de ser suicidário.

Desse modo, esse capítulo tomou uma espécie de dupla resposta de recusa à posição de objeto da condição suicida no contemporâneo. Um tipo de dupla resposta ativa ante à posição do sujeito como objeto, uma resposta produzida pelo próprio sujeito ante sua recusa de ser tomado somente como gozo do Outro, e uma resposta igualmente ativa produzida pelo Estado suicidário de recusa do sujeito. Trata-se de repensar o modo como o gozo é enredado pela condição suicida, gozo que se desenreda de si e coloca os sujeitos frente à perda de vínculo próprio do que há de insondável na existência. O jogo do sujeito em sua existência passa, à guisa de fechamento, segundo a seguinte assertiva: “o Outro pode nos danar e nós podemos nos danar, perderemo-nos, então, de nós mesmos!”.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

AGAMBEN, Giorgio. **Nudez**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

ALVES, Sofia. **Estudantes da UFU lançam filme para discutir depressão e suicídio na universidade**. Brasil de Fato – Uma visão popular do Brasil e do mundo. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3CVTPy8>. Acesso em: 15 fev. 2019._

ALVES, Karen; SANCHES, Daniele, De Lucia, Danna. Anomia e declínio da autoridade paterna. In: **Patologias do Social: Arqueologias do sofrimento psíquico** / Vladimir Safatle Nelson Silva Junior, Christian Dunker, organizadores. -- 1. ed. -- Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.

BADIN, Rayssa; MARTINHO, Maria Helena. **O discurso capitalista e seus gadgets**. Trivium, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 140-154, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2W37MzH>. Acesso em: 06 set. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.18379/2176-4891.2018v2p.140>.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRAUNSTEIN, Néstor A. **O discurso capitalista: o quinto discurso? O discurso dos mercados (PST): sexto discurso? A peste**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 143-165. 2010.

BRUNHARI, Marcos Vinícius. **Suicídio: um enigma para a psicanálise**. Curitiba: Juruá, 2017.

CLAUMANN, Gaia Salvador; *et al.* Prevalência de pensamentos e comportamentos suicidas e associação com a insatisfação corporal em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 67, n. 1, p. 3-9. 2018. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000177>.

CORDEIRO, Naiana Moura Lopes; BASTOS, Angélica. O supereu: imperativo de gozo e voz. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 439-457, dez. 2011. Disponível em: <https://bit.ly/3xRuEj7>. Acesso em: 08 maio 2021.

DAMASCENO, Victória. Casos de suicídio e depressão deixam universidades em alerta. **Cartacapital**. 23 set. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3xUOQAB>. Acesso em: 10 set. 2018.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Edipro, 2014.

FAGUNDES, José Otavio. A psicanálise diante da violência. 2004. In: **Leituras psicanalíticas da violência**. SANDLER, Paulo Cesar. (Org.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

FREUD, Sigmund. (1856-1939). Mal-estar na civilização. *In: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos* (1930-1936) (p. 13-122). Trad. Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. (1856-1939). Psicologia das massas e análise do eu. *In: Psicologia das massas e análise do eu e outros textos* (1920-1923) (p. 13-113). Trad. Paulo César de Souza - São Paulo: Companhia das letras, 2011.

HAN, Byung-Chul. **Topologia da violência**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade da Transparência**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

JAMESON, Fredric. **A virada cultural**: reflexões sobre o pós-modernismo. Trad. Carolina Araújo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LACAN, Jacques. (1901-1981). **Estou falando com as paredes**: conversas na Capela de Sainte-Anne. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

LE BRETON, David. **Desaparecer de si**: uma tentação contemporânea. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. Trad: Renata Santini. São Paulo: n-1 edições, 2018.

ROCHA, Tiago Humberto Rodrigues. **A masculinidade na cultura neoliberal**: as intervenções no corpo e seus discursos segundo a Psicanálise. São Paulo, 2017.

SOUÉIX, André. O discurso do capitalista. *In: Goza!: capitalismo, globalização e psicanálise*. Ricardo Goldenberg (Org.), André Soueix e *et al.* Trad. Telma Corrêa Nobrega Queiroz, Ricardo-Goldenberg e Marcela Antelo. Salvador, BA: Ágalma, 1997.

VIEIRA, Bianka. **USP tem 4 suicídios em 2 meses e cria escritório de saúde mental para alunos**: universidade implantará ferramenta unificada de assistência psicológica, 2018. Universidade implantará ferramenta unificada de assistência psicológica. Disponível em: <https://bit.ly/2VXPT5K>. Acesso em: 09 mar. 2020.

VIRÍLIO, Paul. **La inseguridad del territorio**. La marca, Buenos Aires, 1999.

MELANCOLIA NA OBRA DE GOETHE: OS SOFRIMENTOS DO JOVEM WERTHER

Rickson Bernardo Martins Miranda
Renata Wirthmann Gonçalves Ferreira

INTRODUÇÃO

O presente capítulo tem como objetivo levantar as características do quadro melancólico descrito por Freud (2011a) em sua obra *Luto e Melancolia* e investigar as relações deste quadro com a história de fim trágico do personagem Werther, protagonista da obra *Os Sofrimentos do Jovem Werther*, de Johann Wolfgang Von Goethe, publicada em 1774.

Esta obra nos gera interesse por apresentar conteúdos que podem ser pensados pela ótica da psicanálise, na medida em que expõem recursos para levantar hipóteses sobre a imersão e continuidade do personagem Werther em uma situação em que suas “forças ativas degradingolaram em inquieta indolência” (Goethe, 2012, p. 77), que tem como fim o seu suicídio.

Faremos a apresentação do romance, enfatizando as particularidades encontradas nos discursos do personagem principal, Werther, explorando as mudanças ocorridas ao longo das cartas escritas por ele e enviadas ao seu interlocutor, Wilhelm. Percebemos, no início do romance, um protagonista vivo e disposto, feliz por encontrar no vilarejo onde se estabelece um local que o faz passar por um momento pacífico em sua vida, mas que, a partir do seu encontro com Charlotte, personagem-chave para compreensão do romance, passa a apresentar uma série de falas e conflitos que, ao fim da obra, culminam em seu suicídio.

Levantaremos a hipótese, a partir de Miller (1997), que a personagem Charlotte representa a imagem sublimada da mãe do personagem Werther, e que, pela impossibilidade de acesso a este objeto

de grande investimento libidinal, em uma substituição de um amor objetual por uma identificação narcísica, termina por desencadear um quadro melancólico e todas suas características. A inacessibilidade a este objeto é tomada como uma perda no Eu de Werther, que termina por se reconhecer esgotado, vazio e inútil. É a partir disto que podemos supor o quadro melancólico no personagem.

Para entender o quadro em que o protagonista se encontra no romance, abordaremos os conceitos de Eu, Supereu e os Destinos das Pulsões de acordo com a obra de Freud, relacionando-os com o desencadeamento do quadro melancólico apresentado por Werther.

Os sofrimentos do jovem Werther

Neste romance em cartas, todas as correspondências são escritas por Werther e endereçadas ao seu amigo Wilhelm. Estas correspondências são emendadas por um único suposto editor-personagem. Subentende-se que as cartas e os fragmentos de anotações de Werther foram encontrados por ele, que, tocado pelo desenvolver da história e o fim trágico de seu protagonista, junta-as a fim de compartilhar o achado.

O narrador assume este papel de modo direto e objetivo, aparecendo em notas de rodapé, estipulando fatos, esclarecendo dúvidas e arredondando a história. Ciente do fim trágico de Werther, ele aparece de forma mais expressiva em uma seção específica ao final do livro, intitulada “O Editor ao Leitor”, onde conta que se esforçou para “recolher os pormenores exatos da boca daqueles que poderiam estar melhor informados a respeito de sua história” (Goethe, 2012, p. 133), a fim de compreender as causas e as particularidades que culminaram no suicídio do protagonista e, assim, transmiti-los ao leitor.

Além da seção “O Editor ao Leitor”, o livro é dividido em duas outras partes. Ambas narram a história de Werther, um artista e viajante solitário que, longe da família, mantém contato por correspondências com o seu amigo Wilhelm. Em sua primeira parte, os conteúdos das cartas giram em torno de questionamentos filosóficos e comentários corriqueiros sobre a pacata rotina no vilarejo onde ele

se estabelece. Aqui, nos é apresentado um Werther vivo, disposto e deslumbrado pelo local onde passa a viver:

A solidão destas campinas paradisíacas é um bálsamo delicioso para o meu peito, e essa época de juventude aquecida com toda plenitude meu coração tantas vezes tiritante. Cada árvore, cada moita é um ramo de flores, e a gente faria gosto em se transformar num besouro para esvoaçar nesse mar de perfumes e poder sugar todos os seus alimentos. (Goethe, 2012, p. 16)

Temos notícia, nesta parte do livro, de um protagonista feliz, que demonstra sentimentos de completude com relação à vida:

não sei se erram por esta região espíritos da ilusão, ou se é a quente e celestial fantasia que se apossa do meu peito, fazendo com que tudo pareça tão paradisíaco ao meu redor. (Goethe, 2012, p. 18)

Tomado por este encantamento, Werther passa, no início do romance, por um momento pacífico: “meto-me dentro de mim mesmo e acho aí um mundo!” (Goethe, 2012, p. 24). Algo que acaba repercutindo também em seu ofício:

Estou tão só e minha vida é feita de alegrias por viver numa região que parece ter sido criada para almas como a minha. Estou tão feliz, meu amigo, tão mergulhado na sensação de minha calma existência que minha arte sofre com isto. Não poderia desenhar nada agora, nem sequer um traço, embora jamais tenha sido tão grande pintor quanto neste instante. (Goethe, 2012, p. 19)

Também no início da obra, nos é apresentado um Werther inquieto, expressando arrependimentos referentes a um amor não concretizado. O protagonista deixou para trás, ao mudar-se para o novo vilarejo, uma moça apaixonada, e se recrimina ao pensar que talvez a teria iludido:

e todavia... serei eu totalmente inocente? Não alimentei meus sentimentos? Não me deleitei com as sinceras expressões daquela criatura, expressões que tantas vezes nos fizeram rir, embora na realidade fossem tão pouco dignas de riso? (Goethe, 2012, p. 15)

No decorrer da narrativa podemos relacionar um Werther que se encontra nesta mesma posição com Charlotte, personagem por quem o protagonista demonstra interesse amoroso e o seu envolvimento é o ponto central da obra. As duas histórias se diferenciam no ponto em que o impedimento na relação entre Werther e Charlotte não se dá pela falta de correspondência de sentimentos desta personagem em relação ao protagonista – apesar de tais sentimentos serem apresentados de modo a levantar mais dúvidas do que certezas –, mas sim devido ao seu compromisso já estabelecido com Albert, seu noivo.

No início do romance, o protagonista apresenta-se vivo, disposto e atento aos estímulos que o local onde passa a viver lhe oferece. Werther tem interesse em pintar as paisagens a sua volta e em conversar com os moradores do vilarejo, além de mostrar-se satisfeito com sua própria vida ao escrever para o amigo. Esta disponibilidade e interesse por objetos externos que poderiam preencher os seus momentos no vilarejo sofre uma mudança no momento do seu encontro com a personagem Charlotte, que, então, torna-se o tema central de suas cartas e, futuramente, de suas lamentações.

Vale ressaltar, entretanto, que, antes mesmo deste encontro entre Werther e Charlotte, um encontro que faz com que o protagonista mude sua rotina e seus hábitos de modo a satisfazer o desejo de vê-la, podemos localizar um protagonista que, em suas histórias passadas no decorrer do romance, apresenta oscilações que são, na verdade, acentuadas em sua difícil relação com Charlotte. No início do livro, ele comenta com seu amigo:

tu sabes que não existe no mundo nada tão instável, tão inquieto quanto o meu coração. Se é que tenho necessidade de dizê-lo a quem tantas vezes carregou o fardo de me ver passar da aflição à digressão, da doce melancolia à paixão furiosa, meu caro! (Goethe, 2012, p. 19)

Uma citação que nos oferece pistas para pensar a situação que se encontrará ao final do romance.

O encontro de Werther com Charlotte

A relação de Werther com Charlotte é fundamental para a compreensão de toda a obra. A personagem Charlotte representa, no romance, a mulher perfeita, idealizada, culta e erudita, característica do ideal de sua época. Mesmo tendo conhecimento de seu compromisso com Albert, seu noivo, Werther continua a nutrir seu amor pela jovem e sofre ao ver-se impedido de acessar o objeto do seu desejo.

Charlotte representa, para Werther, um objeto impossível e inacessível desde o seu primeiro encontro. Na situação em que iria conhecê-la, Werther toma ao braço a prima da personagem Charlotte e segue o seu caminho até o local onde seriam apresentados. Neste momento ele é alertado:

‘Conhecereis uma bela moça’, disse-me minha acompanhante, quando atravessávamos a larga floresta desmatada em direção ao pavilhão de caça. ‘Ficai atento, e não vos apaixoneis por ela’, acrescentou a prima. ‘Mas por que?’, perguntei, ‘já está destinada’, respondeu, ‘um galante rapaz, a quem a morte do pai obrigou a viajar para pôr em ordem seus negócios e tomar posse de uma herança bastante significativa’. O informe deixou-me quase indiferente. (Goethe, 2012, p. 33)

Passado este momento em que Werther ignora os impedimentos que impossibilitariam uma relação com Charlotte, ele se recrimina justamente por reconhecer, agora, que se deixou envolver em uma situação em que, desde o princípio, seria impossível relacionar-se com Charlotte. Em um trecho do livro, Werther comenta:

Eu sabia de tudo que agora sei antes de Albert chegar; sabia que não podia abrigar pretensões em relação a ela, e não abrigava nenhuma... Ou seja, enquanto não é possível abrigá-las à vista de tanta coisa amável... E agora o palhaço arregala os olhos porque o outro de fato vem e lhe arrebatou a dama... (Goethe, 2012, p. 63)

Se no começo do romance temos notícia de um Werther expressivo, interessado pelas paisagens à sua volta, por leituras, pela troca de cartas com o amigo Wilhelm e por conversas com os moradores do vilarejo, a partir deste seu encontro, Charlotte passa a ser o objeto central de suas correspondências:

[...] Curto e grosso, conheci alguém que me tocou o coração bem de perto. É... Não sei se.... Contar-te, respeitando a ordem dos acontecimentos, como cheguei a conhecer uma das criaturas mais adoráveis deste mundo, seria muito difícil. Estou feliz e satisfeito, logo, incapaz de ser um bom historiador. Um anjo! Arre! Mas isso qualquer um diz da sua, não é verdade? De qualquer forma, não sou capaz de dizer o quanto ela é perfeita, nem de onde vem sua perfeição. Basta dizer que ela dominou completamente meu ser. (Goethe, 2012, p. 32)

Os conteúdos de suas cartas se modificam no decorrer do romance, estendendo-se de um modo mais descritivo na segunda parte da obra, em que os temas abordados nas correspondências passam a ser, cada vez mais, a expressão dos sentimentos e inquietudes de Werther frente a sua difícil relação com Charlotte. Na medida em que o impedimento desta relação se acentua, Werther começa a apresentar um discurso carregado de conteúdos ambivalentes, ora voltado à Charlotte, a ele mesmo e a Albert, evidenciando queixas que, ao longo da narrativa, tornam-se cada vez mais recorrentes e dramáticas:

De qualquer forma e seja como for, a alegria que eu sentia em estar junto de Charlotte se foi. Devo chamar isso de loucura ou de cegueira? [...] Corro por aí nas matas e quando chego a Charlotte e encontro Albert sentado junto a ela no jardim sob o caramanchão, e já não posso seguir adiante, fico doido varrido e começo a soltar mil disparates e inconveniências... (Goethe, 2012, p. 63)

Werther, culpando-se do amor que sente por Charlotte, muda-se para outra região, mas não consegue esquecer a amada. Percebemos que o protagonista tenta afastar-se deste objeto de grande investimento, pois sabia que nunca poderia tê-la para si. Desesperado, ele conta ao amigo os detalhes da situação da qual se encontra, que o aconselha:

‘Ou tens alguma esperança em relação a Charlotte, ou não tens’, dizes tu. ‘Bem! No primeiro caso procura realizá-la, alcançando êxito em relação a teus desejos; no segundo, faz das tripas coração e livra-te de um sentimento que acabará por consumir as tuas forças...’ (Goethe, 2012, p. 64)

No desenvolvimento do romance, percebemos um Werther que, se antes se mostrava vívido e atento às belezas que a natureza e as pessoas a sua volta podiam proporcionar-lhe, agora se mostra totalmente envolvido em um quadro em que suas “forças ativas degringolaram em inquieta indolência” (Goethe, 2012, p. 77), sem nenhuma ideia ou sensibilidade pelas coisas, tampouco pelos cenários que antes eram inspiração às suas pinturas, ou pelos livros que, agora, causam-lhe tédio. Se antes Werther parecia encontrar em si um recanto onde podia isolar-se em toda tranquilidade, em um ponto da narrativa falta-lhe vida, ou, como ele mesmo coloca: “quando faltamos a nós mesmos, tudo nos falta” (Goethe, 2012, p. 77).

Esta fala em que Werther assume ser alguém em falta, adquire um papel significativo para a compreensão de todo o romance, e o seu respectivo desenlace. Werther tem diante de si um objeto de grande investimento libidinal, Charlotte, objeto este, presente na

realidade. A inacessibilidade a este objeto, que pode ser compreendido como uma perda ou uma falta, de alguma forma retorna ao seu Eu, que agora se mostra vazio, desocupado, esgotado e inútil, carregado do sentimento de culpa. É a partir disso que podemos relacionar a sua condição a um quadro melancólico. Tal afirmação ganha mais significado se supormos que este objeto que o falta, um objeto inacessível que ainda assim é encontrado na realidade atual do personagem, é o objeto de uma identificação narcísica sublimada de Werther, sua própria mãe. A inacessibilidade a este objeto em um movimento secundário, representado aqui pela personagem Charlotte, é reconhecida como uma perda em seu Eu. Tal perda se torna insuperável, emergindo o quadro melancólico e todas as suas características.

Miller (1997), ao discorrer sobre a eleição de objetos sexuais, remete-se a Freud e a sua definição de “a condição de amor”, que prevê certo automatismo de repetição em que o sujeito é forçado ao enamoramento quando encontra uma forma idealizada e sublimada no objeto sexual. Relacionando ao caso particular de Werther, ele escreve:

A condição de amor do Homem dos Lobos não parece muito elevada e é quase a mesma que ocorre em Goethe: Werther percebe a jovem Charlotte no momento em que ela acaricia e alimenta as crianças à sua volta. Imediatamente ele se enamora, porque encontra em Charlotte a imagem sublimada da mãe. Não ocorre com ele a mesma compulsão erótica do Homem dos lobos. Pelo contrário, oferece inspiração para uma das maiores obras da cultura ocidental. (Miller, 1997, p. 292)

A “condição de amor” remete ao modo peculiar como o sujeito lida com seu gozo. Impedido pela barreira do recalque para a satisfação narcísica frente ao objeto primário libidinizado, Werther encontra em Charlotte a imagem sublimada de sua mãe, um “objeto sexual fora do espaço familiar” (Miller, 1997, p. 291) e, portanto, culturalmente aceito. Apesar de ser um objeto culturalmente aceito, Werther se vê impedido de concretizar esta relação devido ao noiva-

do já estabelecido de Charlotte com Albert. Ao se deparar com tal impedimento, as recriminações e os seus conflitos são acentuados.

Na cena em que Werther conhece Charlotte, podemos apontar a condição deste amor tão arrebatador do qual o protagonista se vê envolvido logo no primeiro encontro:

não pude resistir, tive de ir até ela. E aqui estou de novo, Wilhelm, para comer meu pão com manteiga de todas as noites e seguir te escrevendo. Que deleite para a minha alma contemplá-la em meio a seus oito queridos e amáveis irmãosinhos! (Goethe, 2012, p. 32-33)

Mais à frente na obra, percebemos também que toda a situação encontrada por Werther no seu encontro com Charlotte remete a uma relação que somente poderia ter como fim a impossibilidade de concretização. Se considerarmos que Charlotte representa a imagem sublimada da mãe do personagem, portanto um objeto inacessível, percebemos também que toda a situação da qual Charlotte se vê envolvida remete à uma proibição semelhante, já que a personagem já tinha compromisso estabelecido com seu noivo, Albert. Tal situação monta um cenário para Werther em que a única saída encontrada é o suicídio.

Psicanálise, melancolia e Werther

A substituição de um amor objetal por uma identificação narcísica é uma característica importante no quadro melancólico. Inicialmente, reconhecemos uma fixação no objeto de amor por parte do melancólico e, por outro lado, uma resistência ao investimento objetal, caracterizando uma contradição do quadro. Esta contradição requer a escolha de um objeto escolhido sobre uma base narcísica, no caso do romance, a imagem sublimada da mãe do protagonista idealizada em Charlotte. Segundo Freud (2011a, p. 62)

a identificação narcísica com o objeto se torna um substituto do investimento amoroso e disso resulta que, apesar do conflito, a relação amorosa com a pessoa amada não precisa ser abandonada.

Há, portanto, na melancolia, um conflito ambivalente: o amor pelo objeto primário não é abandonado, ao passo que o objeto em si o é, com o recuo deste investimento amoroso ao Eu. Diante disto, o Eu se refugia na identificação narcísica – objeto substitutivo ao objeto primário abandonado –, em que o ódio, em sua expressão de autoinsultos, acontece diante do objeto primário, fazendo-o sofrer e experimentando nesta atitude de gerar sofrimento uma satisfação sádica, condição perceptível em Werther ao longo da narrativa nas recriminações feitas a Albert e Charlotte, que, ao final da obra, voltam-se ao Eu do protagonista.

Desta maneira, o sujeito procura punir o objeto originário – seres “amados” que geralmente se encontram no círculo de convivência do sujeito – através de sua condição de doente, depois de ter cedido à doença, para não ter de mostrar diretamente a eles sua hostilidade:

O autotortimento indubitavelmente deleitável da melancolia significa, como o fenômeno correspondente da neurose obsessiva, a satisfação de tendências sádicas e de ódio relativas a um objeto que, por essa via sofreram um retorno para a própria pessoa. (Freud, 2011a, p. 66)

Assim,

o investimento amoroso do melancólico no seu objeto experimentou a identificação, mas por outro, sob a influência do conflito de ambivalência, foi remetido de volta à etapa do sadismo, mais próxima desse conflito. (Freud, 2011a, p. 68)

O que explica a tendência ao suicídio. O suicídio seria o deslocamento do desejo de matar o outro direcionado ao próprio Eu, caracterizando um desejo de autopunição que originalmente seria dirigido a um objeto externo. O Eu é subjugado pelo objeto. Percebemos tal mecanismo de maneira clara na condição de Werther, já ao final da narrativa:

Quero morrer! Não é desespero, é a certeza inabalável de que termino minha carreira e me sacrifico por ti. Sim, Charlotte! Por que eu haveria de ocultá-lo? Um de nós três tem de morrer, e quero ser eu! Oh, minha querida! Uma ideia furiosa insinuou-se no meu coração lacerado por várias vezes... Matar o teu esposo! Ou a ti! Não, a mim... Seja assim, pois! (Goethe, 2012, p. 148)

Se nos casos de luto há um estreitamento do Eu, na melancolia este estreitamento pode ser, na verdade, nomeado como um empobrecimento do Eu, uma vez que o interesse pelo mundo externo (pessoas e coisas) é abandonado. Este é um fator importante na categorização da melancolia como uma neurose narcísica por Freud. Lacan, por esse motivo, situa a melancolia no campo das psicoses. É nesta oscilação que podemos observar o quadro de Werther. Diferente do histérico e do neurótico obsessivo, que abandonam a realidade até o limite de suas estruturas, mas conservam a relação erótica com pessoas e coisas as mantendo na fantasia (substituindo objetos reais por objetos imaginários), na psicose, que podemos relacionar ao quadro melancólico, há uma retirada da libido do mundo externo e das coisas sem substituí-las por outras na fantasia em seu Eu, em um evento nomeado como narcisismo secundário (Freud, 2010).

Freud (2011b) se refere ao Eu como uma organização coerente dos processos psíquicos. Ele se liga à consciência, sendo a instância psíquica que exerce controle sobre todos os processos de descargas das excitações do mundo externo. É a parte do Id modificada pela influência direta do mundo externo. O Eu se esforça em fazer valer as influências da realidade externa, além de empenhar-se em colocar

o princípio de realidade no lugar do princípio de prazer, que vigora no Id. Entretanto, o Eu não se submete apenas às influências do mundo externo e às exigências do Id:

se o Eu fosse apenas a parte do Id modificada por influências dos sistemas perceptivos, o representante do mundo externo real na psique, estaríamos diante de algo simples, mas há outras coisas a serem consideradas. (Freud, 2011b, p. 34)

Dentre estas outras coisas a serem consideradas a que Freud comenta, está a influência do ideal do Eu, ou o Supereu: uma parcela diferenciada do Eu que tem uma relação menos estreita com a consciência. Precisamente a instância com a característica de apresentar-se como consciência moral suposta por Freud (2010) abordada anteriormente, e que podemos supor ser a instância responsável pelas severas autopunições observadas no caso de Werther.

Na investigação do narcisismo original da criança e às suas identificações iniciais, nos aproximamos do evento que os perturba de maneira mais significativa: o complexo de castração. O complexo de castração, tal como é colocado por Freud (2010), refere-se à angústia relativa à perda do objeto fálico idealizado, ao pênis, nos garotos, e a inveja do pênis na garota. O amor a si mesmo que o Eu desfrutou na infância em seu narcisismo inicial é abalado pelo complexo de castração. O amor antes investido no Eu da criança é agora dirigido ao que é nomeado aqui como um Eu ideal. “O que ele [o Eu] projeta diante de si como seu ideal é o substituto para o narcisismo perdido na infância, na qual ele era seu próprio ideal” (Freud, 2010, p. 40).

Freud (2010) supõe então que uma instância psíquica especial seria responsável por assegurar a satisfação narcísica a partir deste Eu ideal, observando o Eu atual e comparando-o ao seu ideal, e que tal instância teria como característica apresentar-se como uma consciência moral.

Pois a incitação a formar o ideal do Eu, cuja tutela foi confiada à consciência moral, partiu da influência dos pais intermediada pela voz, aos quais se juntaram no curso do tempo os educadores, instrutores e, como uma hoste inumerável e indefinível, todas as demais pessoas do meio (o próximo, a opinião pública). (Freud, 2010, p. 42)

Percebemos uma relação importante no quadro melancólico no que se refere aos destinos da pulsão. Segundo Freud (2004), os seus destinos são: a transformação em seu contrário; o redirecionamento contra a própria pessoa; o recalque; e a sublimação. É no redirecionamento contra a própria pessoa que temos conhecimento de um dos mecanismos observados no quadro melancólico, que supomos aqui ser a condição de Werther. Todo o investimento libidinal feito por Werther, carregado de sentimentos ambivalentes, inicialmente direcionados ao objeto externo Charlotte, é agora redirecionado ao seu próprio Eu, carregado de características punitivas. Sabendo disso, podemos entender a função de todas as suas afirmações autopunitivas que, ao final da narrativa, tornam-se insuperáveis e que tem como resultado final o seu suicídio.

Deus sabe quantas são as ocasiões em que me deito na cama com o desejo, e às vezes a esperança, de não tornar a acordar. E de manhã abro os olhos, revejo o sol e me sinto miserável! Oh, não ser eu caprichoso a ponto de acusar o tempo, ou a um terceiro, uma empresa falhada, talvez, para que o insuportável fardo das mágoas não pese inteiro sobre mim! Desgraçado que sou! Sinto, e bem no fundo, que toda a culpa é minha... (Goethe 2012, p. 121)

Outro fim proposto a este mecanismo do Eu – que podemos nomear como a transformação da libido objetal em libido narcísica – seria o de que, por meio deste mesmo processo, o Eu poderia controlar o Id, apesar de pagar o preço de tolerar suas difíceis exigências.

Se o Eu assume os traços do objeto, como que se oferece ele próprio ao Id como objeto de amor, procura compensá-lo de sua perda dizendo: ‘veja, você pode amar a mim também, eu sou tão semelhante ao objeto’. (Freud, 2011b, p. 37)

A respeito da posição do sujeito diante da impossibilidade de acesso ou a perda de seu objeto de amor (ideal ou real), a que Freud (2011a) atribui o desencadeamento de um quadro melancólico e da supressão do Eu diante do objeto, Lacan (2005, p. 364) aponta:

depois de enveredar pela ideia de reversão libidinal pretensamente objetual para o próprio Eu do sujeito, Freud admite em termos apropriados que, na melancolia, esse processo obviamente não dá bom resultado, porque o objeto supera sua direção. É o objeto que triunfa.

Feito este caminho em que os conceitos de Eu, Ideal de Eu, narcisismo primário e secundário foram abordados, podemos retomar a explicação sobre a melancolia. Tal quadro é descrito como um desânimo profundo onde há a perda da capacidade de amar, inibição de atividades cotidianas e o rebaixamento do sentimento de autoestima, com suspensão de interesse pelo mundo. Há a particularidade deste quadro não estar necessariamente relacionado à perda de um objeto na realidade de relações do indivíduo, o que podemos observar no caso de Werther. Os melancólicos desconhecem tanto a natureza do objeto perdido como a origem da perda (Kehl, 2011).

Na melancolia, a perda do objeto se caracteriza por ser de natureza ideal. O sujeito não é capaz de compreender conscientemente o que, de fato, perdeu. Ou, quando o reconhece, não sabe o que perdeu no objeto investido. Freud (2011a) ressalta que há, na melancolia, um empobrecimento do Eu e sua subserviência aos impulsos do Id e do Supereu, como foi ressaltado, para onde os impulsos de autodestruição e punição são deliberadamente voltados. É o que Freud supõe acontecer somente quando o Eu se coloca em lugar de objeto.

Deste modo, a chave do quadro clínico na melancolia está no fato das queixas mais violentas feitas pelo melancólico se adequarem não à própria pessoa, mas sim a quem o sujeito ama, amou ou deveria amar. Assim, as autorrecriminações são, na verdade, queixas contra um objeto de amor, que retornam ao próprio eu. Isso é algo perceptível nas queixas feitas por Werther ao longo da narrativa do livro. Portanto, para os melancólicos, “queixar-se é dar queixa” (Freud, 2011a, p. 58).

Em uma definição poética sobre a melancolia, Freud (2011a, p. 53) a distingue do luto por ser um estado em que o sujeito sofre por existir uma ferida dolorosa: “no luto é o mundo que se tornou pobre e vazio; na melancolia é o próprio Eu”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propomos, neste capítulo, a análise da obra literária *Os Sofrimentos do Jovem Werther* ao conceito psicanalítico de melancolia. As dificuldades encontradas por Werther ao longo de todo romance resultam na sua incapacidade de escapar deste estado em que a falta se acentua de modo devastador em seu Eu. Ao longo da narrativa, vemos os movimentos do protagonista na tentativa de afastar-se de seu objeto de desejo, Charlotte, procurando ver-se livre dos conflitos, recriminações e queixas que tanto o incomodavam. Entretanto, o desejo de morte e as auto injúrias tornam-se cada vez mais recorrentes em suas correspondências ao amigo Wilhelm.

É a partir da fala em que o protagonista se reconhece como um sujeito em falta, nos momentos em que suas queixas retornam ao Eu como um desejo de autopunição, com expressões de culpa e de perda em formas delirantes, que podemos assumir o quadro melancólico em Werther.

Frente a um objeto de grande investimento libidinal, Charlotte, da qual levantamos a hipótese, a partir de Miller (1997), de apresentar-se como a imagem sublimada da mãe do personagem, o jovem Werther vê-se incapaz de encontrar outros objetos dos quais poderia investir sua libido, e se recrimina por não conseguir concretizar seu amor com a

personagem. Somando ao fato de o protagonista ver-se envolvido em uma relação que não poderia ser aprovada culturalmente, o Eu do personagem torna-se alvo dos imperativos do Supereu, além do retorno ao Eu dos impulsos destrutivos do Id. Frente a isto, o único caminho encontrado por Werther para a solução destes conflitos é o suicídio.

REFERÊNCIAS

FREUD, Sigmund S. Escritos Sobre a Psicologia do Inconsciente. *In*: FREUD, Sigmund S. **Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2004.

FREUD, Sigmund S. **Luto e Melancolia**. São Paulo: Cosac Naify, 2011a.

FREUD, Sigmund S. **Obras completas, volume 12**: Introdução ao narcisismo, ensaio de metapsicologia e outros textos (1914-1916). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund S. **Obras completas, volume 16**: O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925). São Paulo: Companhia das Letras, 2011b.

GOETHE, Johann Wolfgang. **Os Sofrimentos do Jovem Werther**. Porto Alegre: L&PM, 2012.

KEHL, Maria Rita. Melancolia e criação. *In*: KEHL, Maria Rita. **Luto e melancolia**. São Paulo: Cosac Naify, 2011.

LACAN, Jacques. **Seminário, livro 10**: A angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

MILLER, Jacques-Alain. **Lacan elucidado**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

AS FAMÍLIAS E O LUTO DECORRENTE DO SUICÍDIO: REVISÃO INTEGRATIVA

Kamylla Guedes de Sena

Ivânia Vera

Roselma Lucchese

Moisés Fernandes Lemos

Jéssica Resende Del' Olmo Bennett

INTRODUÇÃO

O suicídio é considerado um evento complexo decorrente da interação de vários fatores, como os individuais, culturais e sociais, os quais influenciam diretamente na decisão de pôr fim a própria vida. É descrito como uma morte violenta não decorrente de doença, oriunda de causas externas (Who, 2008). Pelo código internacional de doenças é classificado na categoria das lesões autoprovocadas de maneira intencional (X60 a X84.9) (Who, 1997).

Os dados epidemiológicos mundiais sobre o suicídio são sub-notificados. Estima-se que, ocorrem cerca de três mil mortes por dia (Berenchtein-Netto; Werlang; Rigo, 2013). Em 2012, houve registros de 804.000 casos, com média de 11,4 óbitos por 100.000 habitantes, projeta-se que no ano de 2020, o número de mortes por esta causa pode atingir 1,6 milhão de casos (Who, 2014). Entre os anos de 2011 e 2015 foram notificados 55.649 óbitos decorrentes do suicídio no Brasil, sendo evidenciado um aumento de 5,3/100 mil habitantes em 2011 para 5,7 /100 mil habitantes no ano de 2015. Ainda se destaca que o risco de autoextermínio em homens seja quatro vezes mais elevado quando comparado as mulheres (Brasil, 2017).

Em relação às regiões brasileiras, entre 2002 e 2012, Norte e Nordeste tiveram um percentual 46,8% e 37,5% nas taxas de suicídio, respectivamente. Na região Sudeste atingiu-se 23,9% e, a região Sul com 6,9%. Já a região Centro-Oeste apresentou uma taxa de 2,4%, revelando-se como o menor percentual entre as regiões brasileiras (Waiselfisz, 2014), porém acrescido a este quadro,

considera-se o fato da subnotificação do fenômeno de suicídio e das tentativas de suicídio, o que consequentemente supõe que essas situações tornam esses valores ainda maiores (Who, 2014).

Ainda cabe destacar que o índice de internação hospitalar decorrente do suicídio apresenta-se com um aspecto crescente no país. Dados revelam que as internações referentes ao suicídio representam 7,9% das hospitalizações no Brasil (Brasil, 2010). Os principais fatores de risco para o autoextermínio estão relacionados ao histórico familiar de suicídio, desordens mentais, tais quais transtornos de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, tentativas de suicídio anteriores, dor crônica, abuso de álcool e drogas e prejuízos financeiros (Brasil, 2013).

Além do mais, o ato do suicídio envolve aspectos que não se findam no sepultamento de uma pessoa. Há outra dimensão que permanece, isto é, o luto dos vínculos familiares e sociais que o indivíduo construiu na sociedade, que representam laços de origem nas relações de afeto, amparo e segurança. A ameaça do rompimento ou finitude dessas relações geram sentimentos e reações diversificadas, pois a perda ou o luto promove um desequilíbrio biopsicossocial nos envolvidos que ficaram, que são conhecidos com enlutados do suicídio (Worden, 1998).

Os enlutados do suicídio ou sobreviventes são empregados para denominar os indivíduos que vivenciam ou vivenciaram o luto e a perda de um ente querido e, que precisam reorganizar as relações familiares e sociais, revelando que o ato em si, chega a envolver cerca de 60 indivíduos ao analisar a rede de relações (Bertolote, 2002; Tavares, 2013). Há indícios que 500 milhões de indivíduos estão sujeitos a exposição ao luto provocado pelo suicídio (Who, 2014).

Considerando a quantidade de pessoas enlutadas para evento de autoextermínio, e os riscos aos quais estão expostas como: outros eventos de suicídio ou, de desassistência aos seus sofrimentos, elaborou-se a seguinte questão norteadora: “Quais evidências e estratégias vem sendo implementadas para a assistência em saúde de familiares enlutados pelo suicídio?”.

Justifica-se a relevância de pesquisar o suicídio e o processo de luto dos sobreviventes, pois os familiares e pessoas próximas ao indivíduo que cometeu suicídio vivenciam um sofrimento solitário que tende a serem negligenciadas pelos serviços de saúde e das demais

áreas de assistência aos enlutados (Hayasida *et al.*, 2014). Nesse sentido o presente capítulo objetivou sistematizar o conhecimento disponível na literatura científica sobre o luto e os mecanismos de suporte para assistência em saúde aos familiares enlutados pelo suicídio.

Material e método

A Revisão Integrativa (RI) é uma estratégia metodológica de reunir conhecimentos de pesquisas disponíveis de uma determinada temática, baseada em critérios estabelecidos e de maneira sistemática, com o intuito de fornecer informações relevantes para a tomada de decisão e no desenvolvimento de novos estudos (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Para a construção da RI são realizados seis passos, são eles: identificação da temática com a formulação da questão norteadora, definição dos critérios de inclusão e exclusão para amostragem, categorização das informações a serem extraídos das pesquisas selecionadas, avaliação dos estudos inclusos, interpretação dos resultados adquiridos e síntese do conhecimento/apresentação da RI (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

As bases de dados utilizadas para a busca dos estudos foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); *Medical Literature Analysis and Retrieval System on line* (MedLine), Pubmed e Scientific Electronic Library Online (SciELO). O levantamento foi realizado com os descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “*Suicide*”, “*Bereavement*” e “*Family Relations*”. Esses foram eleitos por descreverem aspectos sobre o tema e a questão de pesquisa.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos publicados entre 01/01/2008 a 31/03/2018, originais, completos, disponíveis on-line, de acesso livre, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem o suicídio e o processo de luto dos familiares. Os critérios de exclusão foram artigos repetidos nas bases de dados. Na sumarização dos estudos selecionados realizou-se a extração das informações de interesse: título, autores, ano de publicação, país de origem, idioma, base de dados, delineamento do estudo, principais resultados e conclusões (Ursi, 2005).

Para avaliação do nível de evidência das pesquisas, utilizou-se o modelo proposto por Stetler *et al.* (1998), que consiste na classifica-

ção em seis níveis, na qual quanto menor o número de classificação, maior representa o impacto científico, são eles: nível I metanálise de estudos clínicos controlados com randomização, nível II estudos de desenho experimental, nível III pesquisa quase-experimentais, nível IV estudos não experimentais, descritivos ou com o uso de método qualitativo, nível V relatos de casos ou de experiências e nível VI opiniões de especialistas ou normas/legislações.

As etapas percorridas nesta RI na busca das informações foram apresentadas na figura 1. Após a seleção dos estudos, aplicou-se a busca manual (*hand search*) para garantir a maior exploração dos estudos. Posteriormente efetuou-se a uma leitura criteriosa para extração das informações relevantes e análise final dos resultados (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

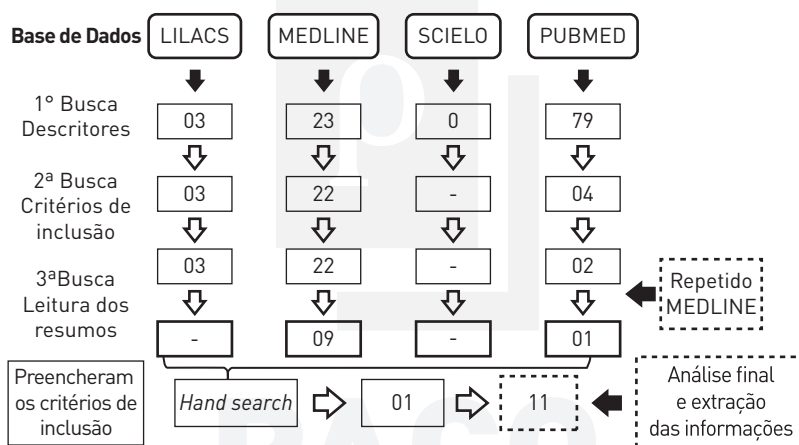


Figura1. Etapas do processo de busca e seleção dos estudos para RI, 2008-2018

Fonte: Autores, 2018.

Resultados

A amostra da RI foi composta por 11 artigos, dos quais nove são referentes ao banco de dados da *MedLine* e, um da *Pubmed*. Na realização da *hand search* incluiu-se um artigo da *MedLine*. Em análise percentual 90,9% dos artigos pertencem a *MedLine* e 9,1% a *Pubmed*. Os dados sumarizados estão descritos no quadro 1.

Título	Autores /Ano	País/ Idioma Base de dados/ Amostra	Delineamento do estudo/ Nível de evidência	Principais resultados	Conclusão
Death of a Close Relative and the Risk of Suicide in Sweden A Large Scale Register Based Case Crossover Study.	Hanna Mogenssen; Jette Mo'ller; Hanna Hultin; Ellenor Mittedorfer-Rutz/ 2016.	Suécia/ Inglês/ Medline/ 31 059 registros de indivíduos.	Caso-cruzado/ Nível III	O risco de suicídio aumentará significativamente durante o primeiro e o quinto mês após o luto, 1,77 e 1,70, respectivamente.	O suicídio aumenta o risco relativo de tentativas de suicídio de um parente próximo no primeiro ano após a perda.
GPs' experiences of dealing with parents bereaved by suicide: a qualitative study.	Emily Foggin; Sharon McDonnell; Lis Cordingley; Navneet Kapur; Jenny Shaw and Carolyn A Chew-Graham/ 2016.	Reino Unido/ Inglês/ Medline/ 13 médicos clínicos gerais.	Estudo qualitativo/ Nível IV	Os principais temas identificados e trabalhos foram: saúde mental como parte integrante da prática geral; de frente para o pai enlutado; ajudando o pai enlutado; e GPs se ajudando.	Os médicos clínicos gerais revelaram um despreparo para trabalhar com o suicídio e seus efeitos sobre os pais enlutados.
Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members.	Kath Peters; Colleen Cunningham; Gillian Murphy and Debra Jackson/ 2016.	Austrália/ Inglês/ Medline/ 10 participantes	Qualitativo narrativo/ Nível IV	Emergiram quatro temáticas: Buscando apoio de outros enlutados, iniciando apoio, enfrentando a insensibilidade e experimentando a compaixão.	Cabe o desenvolvimento de programas de treinamento de pessoal a longo prazo para a assistência e garantia das necessidades dos enlutados pelo suicídio.

Título	Autores /Ano	País/ Idioma Base de dados/ Amostra	Delineamento do estudo/ Nível de evidência	Principais resultados	Conclusão
People look down on you when you tell them how he died': Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors.	Kath Peters; Colleen Cunningham; Gillian Murphy; Debra Jackson/2016.	Austrália/ Inglês/ Medline/ 10 participantes	Qualitativo narrativo/ Nível IV	O estigma é uma experiência comum para pessoas enlutadas por suicídio. Existem fortes indicadores dos estigmas: rejeição, culpa e confusão.	Mudanças nas relações familiares, o isolamento real e percepção de isolamento para os membros da família, resulta em maior sofrimento e limitação de apoio em um momento de aumento da necessidade pessoal.
Understanding family member suicide narratives by investigating family history.	Dorothy Rarnarajah; Myfanwy Maple and Victor Minichiello/ 2014.	Inglaterra/ Inglês/ Medline/ 18 familiares enlutados pelo suicídio.	Qualitativo/ Nível IV	O comportamento familiar de negar e negligenciar o suicídio. Ressaltou-se a importância da comunicação familiar sobre o luto. Relação do suicídio com o histórico familiar de transtorno mentais.	O luto decorrente do suicídio pode criar um potencial prejuízo no ambiente familiar.
Parents Bereaved by Offspring Suicide: A Population-Based Longitudinal Case-Control Study.	James M. Bolton; Wendy Au; William D. Leslie; Patricia J. Martens; Murray W. Enns; Leslie L. Roos <i>et al.</i> / 2013.	Canadá/ Inglês/ Medline/ 3962 indivíduos.	Caso-controle/ Nível III	Aumento da taxa de depressão nos pais enlutados pelo suicídio. Houve uma observação de um aumento de 40% na taxa de transtornos de ansiedade e 60% na taxa global de transtornos mentais.	O luto suicida está associado a um número crescente de depressão, ansiedade e separação conjugal. Os médicos devem reconhecer luto dos pais como um grupo de necessidade emergentes.

Título	Autores /Ano	País/ Idioma Base de dados/ Amostra	Delineamento do estudo/ Nível de evidência	Principais resultados	Conclusão
Longitudinal effects of parental bereavement on adolescent developmental competence.	David A. Brent; Nadine M Melhem; Ann S Masten; Giovanna Porta; Monica Walker Payne/ 2012.	Estado Unidos da América/ Inglês/ Medline/ 242 indivíduos.	Caso-controle/ Nível III	Juventude enlutada tende a obter menos sucesso no trabalho e no plano de carreira, sendo menos desenvolvidos do que os controles não-enlutados.	Existem sequelas de desenvolvimento subsequentes à perda repentina de um pai/mãe pelo suicídio, interferindo no funcionamento pessoal.
Reliability and validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale in 2 special adult samples from rural China.	Jie Zhang; Weiwei Sun, Yanyuan Kong; Cuntong Wang/ 2012.	China/ Medline/ Inglês/ 1613 entrevistados: o grupo de informantes suicidas: 781 e o grupo de informantes de controle: 832.	Caso-controle/ Nível III	Aplicou-se a Escala de Depressão dos Estudos Epidemiológicos (CES-D), que revelou o escore CES-D de informantes suicidas (média de 13,92) é significativamente maior do que o grupo de informantes controle (a média foi de 6,31).	As pessoas que vivenciam eventos negativos na vida (como a morte por suicídio na família) tiveram pontuações mais elevadas na CES-D do que aquelas sem o evento.

Título	Autores /Ano	País/ Idioma Base de dados/ Amostra	Delineamento do estudo/ Nível de evidência	Principais resultados	Conclusão
A survey of Dutch GPs' attitudes towards help seeking and followup care for relatives bereaved by suicide.	<u>Marieke de Groot</u> ; <u>Klaas van der Meer</u> and <u>Huibert Burger</u> / 2009.	Holanda/ Inglês/ Medline/ 488 médicos clínicos gerais.	Estudo transversal/ Nível IV	Gerenciamento dos cuidados: 66% indicaram que pertencem a rede primária de saúde, 27% aos cuidados de saúde mental, 22% indicaram que o apoio ao luto não é uma ocupação profissional de saúde e 4% não souberam responder.	GPs devem estar bem informados sobre a eficácia do acompanhamento e avaliação da necessidade de encaminhamento para especialistas das famílias enlutadas pelo suicídio.
Depression, Anxiety and Quality of Life in Suicide Survivors: A Comparison of Close and Distant Relationships.	<u>Ann M. Mitchell</u> ; <u>Teresa J. Sakrda</u> ; <u>Yookyung Kim</u> ; <u>Leann Bullian</u> and <u>Laurel Chiappetta</u> / 2009	Estados Unidos da América/ Inglês/ Medline/ 60 indivíduos.	Transversal/ Nível IV	Os enlutados apresentam níveis mais elevados de depressão, ansiedade e níveis mais baixos de qualidade de vida em saúde mental.	Níveis significativamente mais elevados de depressão e ansiedade e níveis mais baixos de qualidade de vida dos sobreviventes do suicídio.
Attitudes toward suicide - the effect of suicide death in the family.	<u>Jie Zhang</u> ; <u>Cun- Xian Jia</u> / 2009.	China/ Inglês/ PubMed/ 264 indivíduos.	Caso- Controle/ Nível III	Evidenciou-se que as atitudes e pensamentos a respeito do suicídio entre familiares de suicidas e familiares de controles vivos não apresentou diferenças significativas.	O suicídio nas áreas rurais da China ainda é um tabu; as pessoas podem não dizer seu real pensamento sobre as atitudes em relação ao suicídio, especialmente entre os membros da família do suicídio.

Quadro 1. Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa, 2008-2018

Fonte: Autores, 2018.

Em relação ao idioma foi evidenciado uma predominância de artigos em inglês (100%), quanto ao ano de publicação temos que: do ano de 2016 são quatro artigos (36,4%), seguido um (9,1 %) em 2014, um estudo (9,1 %) em 2013, dois (18,2%) em 2012 e três (27,3%), no ano de 2009, revelando uma escassez de estudos a partir do ano de 2016, assim percebe-se a necessidade do desenvolvimento e da publicação de novos estudos sobre os enlutados pelo suicídio nos últimos anos.

Quanto ao continente de origem dos estudos observou-se que 36% pertencem a Europa, 27% a América, sendo todos de países localizados na região norte do continente, seguido de 18% da Oceania e 18% da Ásia. A respeito do delineamento de estudo, o mais utilizado foi o caso-controle com cinco artigos (45,5%), no qual consecutivamente obteve quatro estudos (36,4%) de abordagem qualitativa e, dois (18,2%) de corte transversal. Tendo assim prevalência do nível IV segundo Stetler *et al.*, 1998.

Discussão

A maior concentração de estudos encontrados na base de dados *MedLine* relaciona-se com perfil de publicação da mesma, que abrange pesquisas na área das ciências em saúde (Mogensen *et al.*, 2016; Foggin *et al.*, 2016; Ratnarajah *et al.*, 2014; Bolton *et al.*, 2013; Zhang *et al.*, 2012; Brent *et al.*, 2012; Mitchell *et al.*, 2009; Groot; Van Der Meer; Burger, 2009; Peters *et al.*, 2016a; Peters *et al.*, 2016b). Esse aspecto pode ser justificado por evidenciação a nível mundial do suicídio com um problema de saúde pública, o que implica na relevância do desenvolvimento de estudos sobre a temática (Who, 2014; Teixeira; Souza; Viana, 2018).

Dos estudos analisados, a maioria foram do continente Europeu (Mogensen *et al.*, 2016; Foggin *et al.*, 2016; Ratnarajah *et al.*, 2014; Groot; Van Der Meer; Burger, 2009). O que se justificou pelo elevado número de mortalidade decorrente do suicídio nessa localidade, com os altos coeficientes de mortes ao longo do ano por essa causa (Botega, 2014; Who, 2014), o que pode ter sensibilizado os pesquisadores europeus e profissionais de saúde para o problema em questão.

Viver a perda e o luto é algo desafiador e que geram uma diversidade de sentimentos, o enlutamento decorrente do suicídio são relatados sentimentos em torno da culpa, da vergonha e do medo do julgamento da sociedade, que por diversas vezes faz com que os enlutados isolam-se do contato social, distanciando do apoio de pessoas próximas e, até mesmo dos serviços de saúde (Tavares, 2013).

Ao falarmos sobre suicídio, que refere-se a morte causada pelo próprio indivíduo, ou seja, a decisão de morrer foi tomada pelo sujeito suicida, potencializa o silêncio devido ao estigma social e muitas vezes os sujeitos se oprimem de falar, pensar e expressar os sentimentos, o que representa um fator de risco a saúde mental e na busca de apoio para o enfrentamento do luto (Silva, 2015).

O estigma social representa uma das esferas do sofrimento social que os enlutados pelo suicídio enfrentam, o que tende a aumentar a dor e dificultar o processo de recuperação do luto (Peters *et al.*, 2016b). Para contextualizar o conceito de estigma, é descrito como um processo social em que julgamentos prejudiciais antecipados ou experimentados são feitos sobre indivíduos ou grupos, resultando em exclusão, rejeição e degradação (Weiss *et al.*, 2006).

O estigma associado ao suicídio possui origens religiosas e legais, devido ao estabelecimento do suicídio como um ato criminoso e gerador de pecado (Beaton *et al.*, 2013), esses sentimentos e situações minimiza o desejo dos enlutados de procurar intervenções de apoio para o enfrentamento do luto (Bailey *et al.*, 2015).

A questão dos fatores de riscos para o desenvolvimento de agravos a saúde também é descrita na literatura da presente RI, na qual a depressão, a ansiedade e as tentativas de suicídio são as mais elencadas (Bolton *et al.*, 2013; Mitchell *et al.*, 2009). A ansiedade e depressão estão relacionadas ao suicídio por dificultar o processo de aceitação e superação do luto que é um evento complexo e que requer uma reestruturação na vida do sujeito enlutado pelo suicídio (Werlang; Botega, 2003).

Já a vulnerabilidade para tentativas de suicídio consiste em um aspecto relevante para o cuidado em saúde nos enlutados, pois o sofrimento e a dor da perda tende a promover pensamentos e ações sui-

cidas, sendo uma das dimensões relevantes na prevenção do suicídio e promoção da saúde nesse público (Teixeira; Souza; Viana, 2018).

Outro fator relevante elencado nos achados foi a dificuldade ou ausência de preparo dos profissionais de saúde, com destaque aos médicos clínicos gerais para receber e trabalhar as demandas oriundas dos enlutados (Foggin *et al.*, 2016), pois o desenvolvimento de atividades de saúde voltadas a saúde mental perpassam pelo preparo e segurança dos profissionais de saúde para lidar com o sofrimento do outro e promover o cuidado, visto que os indivíduos enlutados pelo suicídio possuem demandas que necessitam de uma assistência multidisciplinar (Silva *et al.*, 2018).

Os enfrentamentos vivenciados pelos indivíduos enlutados perpassam também por situações desagradáveis, as quais destacam-se destacam a falta de sensibilidade e empatia dos serviços de emergência, sociais e comunitários e as condutas inapropriadas na remoção do corpo falecido (Peters *et al.*, 2016a).

O momento de remoção do corpo do suicida é um fator impactante para os sobreviventes enlutados, pois segundo a Kovács (1992) a maneira como o corpo morto fica ou é manipulado pode ter uma relação positiva ou negativa nas lembranças dos entes que ficaram, sendo esse um dos elementos importantes para a vivência do processo de luto.

Ainda é válido destacar que em alguns casos os enlutados vivenciam dificuldades de ordem financeira no ambiente familiar, pois a perda de pessoas que colaboravam com as finanças familiar e o pagamento das dívidas são elementos que desestruturam a condição de econômica da família enlutada. A dificuldade de pagar contas básicas de sobrevivência torna-se outro fator de enfrentamento entre os sobreviventes (Dutra *et al.*, 2018).

Outro fator preocupante é o comprometimento biopsicossocial dos filhos que perdem seus pais em decorrência do suicídio (Brent *et al.*, 2012). Esses indivíduos tendem a apresentar uma dificuldade de enfrentamento social, uma redução nas chances de sucesso da

carreira profissional, por demonstrar menos ambições educacionais, devido ao processo de luto e o medo de também estar expostos ao suicídio (Fukumitsu; Kovács, 2016).

Com vista aos elementos acima citados, a comunicação familiar a respeito do suicídio e do luto é indispensável para a superação do processo de enlutamento, pois ao falar sobre a dor, o luto e sobre os demais sentimentos que pertencem a esse momento, a família e os demais enlutados são fortalecidos pelo apoio mútuo, a construção de empatia e na busca por resiliência (Ratnarajah *et al.*, 2014; Moraes; Sousa, 2011).

Diante desse contexto de limitações para atuação profissional, faz-se necessário a criação e desenvolvimento de programas de formação continuada (Peters *et al.*, 2016a), pois o compreender, conhecer e empoderar-se sobre a morte e luto decorrente do suicídio possibilita ao profissional de saúde utilizar estratégias assertivas e singulares para o suporte aos sobreviventes. Alguns cursos de formação nas áreas da saúde já vêm incorporando a temática de morte e suicídio em suas grades curriculares obrigatórias para melhor instrumentalizar os indivíduos no cuidado em saúde nesses contextos (Kovács, 2016).

Em meio a esse cenário, o atendimento de prevenção e pos-venção ao suicídio foi destacado na literatura e deve ser realizado pelos serviços de saúde na modalidade de rede, ou seja, com o envolvimento da atenção básica de saúde e dos serviços especializados de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps). As estratégias de atendimento individual, grupos de saúde, grupos de famílias e visita domiciliar são comumente utilizadas pelos Caps para o atendimento aos enlutados pelo suicídio, na qual visam uma atuação interdisciplinar baseada na humanização, essas boas experiências precisam ser disseminadas e multiplicadas para a redução dos eventos de suicídio no mundo (Müller; Pereira; Zanon, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências encontradas revelam que os familiares enlutados pelo suicídio são uma população de risco elevado para autoextermínio, bem como para o desenvolvimento de agravos crônicos a saúde, com destaque para a depressão e ansiedade. Além dos fatores acima citados, o estigma social do suicídio e do processo de luto representa outra dificuldade vivenciada por essa população, o que provoca o isolamento social e o distanciamento dos serviços de saúde.

Quanto as estratégias de assistência à saúde, percebeu-se que os serviços especializados da saúde mental desenvolve ações de assistência à saúde, de maneira individual ou coletiva, para o cuidado integral a essa população, porem faz-se necessário o envolvimento e instrumentalização dos demais tipos de serviços de saúde para o suporte aos enlutados. Nesse contexto, os familiares enlutados do suicídio necessitam serem acompanhados por profissionais devidamente capacitados, de maneira sistemática e continuada, para que possam obter acesso aos mecanismos de suporte necessários para o processo de passagem e superação do luto.

As principais lacunas identificadas foram: a escassez de estudo nos idiomas português e espanhol, a pouca produção de pesquisas da temática na América Latina e do Sul e a ausência de pesquisas após o ano de 2016. Outra limitação foi o acesso às produções científicas relacionadas a temática que não eram gratuitas. E, ainda, faz-se indispensável a realização de novos estudos com diferentes métodos para que sejam avaliados minuciosamente os fatores de risco a vida e a saúde desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

BAILEY, Louis; BELL, Jo; KENNEDY, David. Continuing social presence of the dead: exploring suicide bereavement through online memorialisation. **New Review of Hypermedia and Multimedia**, v. 21, n. 1-2, p. 72-86, 2015.

BEATON, Susan; FORSTER, Peter; MAPLE, Myfanwy. Letter to the editor: Suicide bereavement and the media. **Advances in Mental Health**, v. 11, n. 2, p. 204-206, 2013.

BERENCHTEIN-NETTO, Nilson; WERLANG, Blanca; RIGO, Soraya Carvalho. **Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a Psicologia clínica**. CFP (Org.). O Suicídio e os Desafios para a Psicologia. 1ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, v. 1, p. 13-42, 2013.

BERTOLETE, José Manoel; FLEISCHMANN, Alexandra. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 181, 2002.

BOLTON, James M.; *et al.* Parents bereaved by offspring suicide: a population-based longitudinal case-control study. **JAMA psychiatry**, v. 70, n. 2, p. 158-167, 2013.

BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida: epidemiologia**. Psicologia USP, v.25, n.3, p. 231-236, 2014.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: 1ª ed. CFP, 2013.

BRASIL. **Informações do DATASUS consultadas nos Cadernos de Informações de Saúde: Brasil: Centro-Oeste e estado de Goiás**, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3meNUoH>. Acesso em: 20 maio 2018.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico: Suicídio: saber, agir e prevenir**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v.48, n.30, 2017.

BRENT, David *et al.* Longitudinal effects of parental bereavement on adolescent developmental competence. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 41, n. 6, p. 778-791, 2012.

DUTRA, Kassiane; *et al.* Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2146-2153, 2018.

FOGGIN, Emily; *et al.* GPs' experiences of dealing with parents bereaved by suicide: a qualitative study. **Br J Gen Pract**, v. 66, n. 651, p. e737-e746, 2016.

FUKUMITSU, Karina Okajima; KOVÁCS, Maria Júlia. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. **Psico**, v. 47, n. 1, p. 03-12, 2016.

GROOT, Marieke; VAN DER MEER, Klaas; BURGER, Huibert. A survey of Dutch GPs' attitudes towards help seeking and follow-up care for relatives bereaved by suicide. **Family practice**, v. 26, n. 5, p. 372-376, 2009.

HAYASIDA, Nazaré Maria de Albuquerque; *et al.* Morte e luto: competências dos profissionais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, n. 2, p. 112-121, 2014.

KOVÁCS, Maria Julia. Curso Psicologia da Morte: Educação para a morte em ação. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 36, n. 91, p. 400-417, 2016.

KOVÁCS, Maria Julia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, 2008.

MITCHELL, Ann M.; *et al.* Depression, anxiety and quality of life in suicide survivors: A comparison of close and distant relationships. **Archives of psychiatric nursing**, v. 23, n. 1, p. 2-10, 2009.

MOGENSEN, Hanna; *et al.* Death of a Close Relative and the Risk of Suicide in Sweden - A Large Scale Register-Based Case-Crossover Study. **PloS one**, v. 11, n. 10, p. e0164274, 2016.

MORAIS, Sílvia Raquel Santos de; SOUSA, Geida Maria Cavalcanti de. Representações sociais do suicídio pela comunidade de dormentes-PE. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 1, p. 160-175, 2011.

MÜLLER, Sonia de Alcântara; PEREIRA, Gerson S.; ZANON, Regina Basso. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, n. 2, p. 6-23, 2017.

PETERS, Kath; *et al.* Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members. **International journal of mental health nursing**, v. 25, n. 5, p. 418-425, 2016a.

PETERS, Kath; *et al.* People look down on you when you tell them how he died': Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors. **International journal of mental health nursing**, v. 25, n. 3, p. 251-257, 2016b.

RATNARAJAH, Dorothy; MAPLE, Myfanwy; MINICHIELLO, Victor. Understanding family member suicide narratives by investigating family history. **OMEGA-Journal of Death and Dying**, v. 69, n. 1, p. 41-57, 2014.

SILVA, Lucía; *et al.* Cuidado a famílias após perda por suicídio: experiência de acadêmicos de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v.71, n.5, p. 2336-43, 2018.

SILVA, Daniela Reis. **Na trilha do silêncio: múltiplos desafios do luto por suicídio**. In: CASELLATO, Gabriela. O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido. São Paulo: Summus, 2015, p. 111-128.

STETLER, Cheryl B.; *et al.* Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.

TAVARES, Marcelo da Silva Araújo. **Suicídio: o luto dos sobreviventes**. Conselho Federal de Psicologia. O suicídio e os desafios para a psicologia. 1a ed., p. 45-58, Brasília, 2013.

TEIXEIRA, Selena Mesquita de Oliveira; SOUZA, Luana Elayne Cunha; VIANA, Luciana Maria M. O suicídio como questão de saúde pública. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, p. 1-3, 2018.

URSI, Elizabeth Silva; GAVÃO, Cristina Maria. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação]. **Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, 2005.

WASELFSZ, Julio Jacobo. Prévia do mapa da violência 2014: os jovens do Brasil. **Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais-Flacso**. Disponível em: <https://bit.ly/3zRhggg>. Acesso em: 12 mar. 2018.

WEISS, Mitchell; RAMAKRISHNA, Jayashree; SOMMA, Daryl. Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. **Psychology, health & medicine**, v. 11, n. 3, p. 277-287, 2006.

WORDEN, J. William. **Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2Vl9QDt>. Acesso em: 12 mar. 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**, 2008.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

ZHANG, Jie; *et al.* Reliability and validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale in 2 special adult samples from rural China. **Comprehensive psychiatry**, v. 53, n. 8, p. 1243-1251, 2012.

ZHANG, Jie; JIA, Cun-Xian. Attitudes toward suicide: The effect of suicide death in the family. **OMEGA-Journal of Death and Dying**, v. 60, n. 4, p. 365-382, 2009.

PACO
EDITORIAL



O ATENDIMENTO AO PACIENTE SUICIDA NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Elilany Elias da Silva
Moisés Fernandes Lemos

INTRODUÇÃO

O suicídio e a tentativa de suicídio são comportamentos resultantes de determinantes multifatoriais, reflexos de uma complexa interação de fatores psicológicos, biológicos, genéticos, culturais e socioambientais. Dessa maneira, o suicídio deve ser considerado como o desfecho de uma série de fatores predisponentes e precipitantes que se acumulam na história do indivíduo, ou seja, não se trata de um acontecimento pontual que se explica por si mesmo (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2017).

Tanto o suicídio quanto a tentativa de suicídio estão, cada vez mais, constantes no cotidiano dos profissionais de saúde, principalmente, nos que atuam em urgências e emergências (Freitas; Borges, 2014). Conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1451 de 1995, considera-se um atendimento de urgência aquele prestado ao paciente com ou sem risco de perder a vida, já o atendimento de emergência configura-se pela possibilidade de óbito iminente e, em ambos os casos, o atendimento médico é imediato.

Para Botega (2015), a equipe de enfermagem em sua atuação junto ao paciente suicida, desde o acolhimento até o encaminhamento, exerce um importante papel para a prevenção do suicídio, o que corrobora com Kondo, Vilella, Borba, Paes e Maftum (2011). Os autores mencionados enfatizam que atitudes positivas por parte dos profissionais de saúde, refletem diretamente na adesão do paciente ao tratamento e, assim, diminuem a possibilidade de recidivas.

Ainda para Botega (2015), comportamentos e atitudes negativas dos profissionais de saúde no atendimento ao paciente que tentou suicídio, tais como o preconceito e julgamento moral, dizem mais da falta de capacitação teórica e técnica acerca dessa temática, do que de uma hostilidade própria do sujeito.

A discussão sobre o papel do hospital no cuidado com os pacientes que buscaram o serviço com a demanda do suicídio é um tópico relevante que se desenrola nos meandros da saúde pública e privada. Além disso, também inspira esforços na ampliação dos protocolos de atendimento; capacitação dos profissionais; humanização do cuidado e adequação de estruturas físicas. Essas são estratégias que somadas poderão ser fortes mecanismos de enfrentamento e manejo (Bunhari; Moretto, 2013).

Na portaria nº 1876, o Ministério da Saúde ressalta a necessidade de maiores estudos e pesquisas em relação ao suicídio e a tentativa de suicídio (Brasil, 2006). Assim, diante da importância e relevância dessa temática, bem como do impacto social desses comportamentos, este capítulo buscou a resposta para a seguinte questão norteadora: quais as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no atendimento de urgência e emergência ao paciente suicida? Desta maneira, o objetivo desta revisão integrativa foi investigar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no atendimento do paciente suicida nos serviços de urgência e emergência.

Metodologia

Esta pesquisa trata-se de uma revisão integrativa, que segundo Souza, Silva e Carvalho (2010) sintetiza a produção conhecimento e possibilita uma análise da literatura disponível. Os descritores empregados para a busca foram: tentativa de suicídio; hospital; profissionais de saúde. Tais descritores estão presentes no vocabulário dinâmico que compõem os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

A pesquisa foi realizada por meio das bases BVS, Pepsic, Pubmed e Scielo. A saber, os critérios para inclusão dos artigos na pesquisa foram: textos completos e gratuitos, escritos nos idiomas português, inglês e espanhol e publicados entre os anos de 2010 e 2020. O fator tempo como critério de inclusão foi estendido, durante a pesquisa, para dez anos, visto que nos últimos cinco anos, a produção referente ao tema se mostrou escassa. Foram excluídos artigos de revisão, textos duplicados nas bases de dados, teses e dissertações.

Na primeira busca, 426 artigos foram encontrados, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 63 artigos foram incluídos e, dentre esses, 6 estavam duplicados. Assim, após a leitura dos títulos dos artigos, 13 foram selecionados para a leitura do resumo da obra, por atenderem a proposta da pergunta norteadora, 3 foram excluídos, por se tratarem de artigos relacionados ao acompanhamento clínico de pacientes após a tentativa de suicídio na rede de saúde ou em atendimento ambulatorial. Foram, ao todo, 10 artigos contemplados pela presente pesquisa, conforme fluxograma.

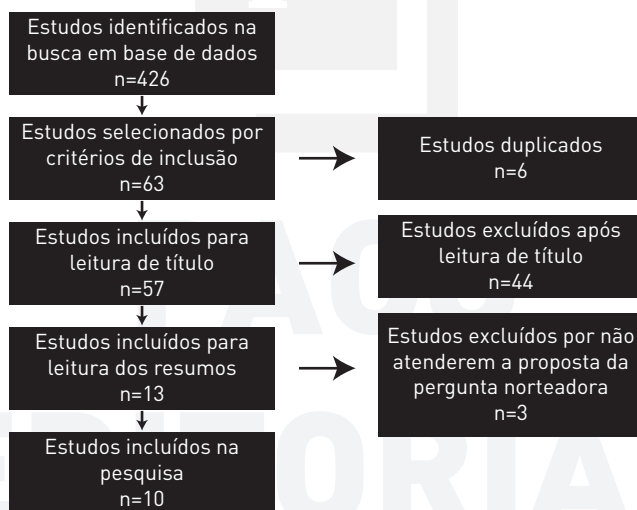


Figura 1. Fluxograma dos artigos encontrados para construção da Revisão Integrativa

Fonte:

Resultados e discussão

Ao todo, foram contemplados dez artigos por esta pesquisa integrativa, desse total, por meio de buscas nas bases de dados, quatro foram encontrados na BVS, um no Pepsic, três no Pubmed e dois na Scielo. O idioma português prevaleceu em sete artigos e os três restantes estavam escritos em inglês. Ressalta-se que 70% dessa amostra de textos representa a realidade brasileira dos atendimentos de urgência e emergência ao paciente suicida, todavia, 30% demonstra questões levantadas por estudos americano, australiano e chinês, os quais corroboram com as questões levantadas pelos estudos nacionais. O quadro I representa a amostra dos artigos selecionados para a revisão integrativa.



PACO
EDITORIAL

Referência	Objetivos	Método	Principais Resultados e Conclusões
Betz, M. E.; Miller, M.; Barber, C.; Miller, I.; Sullivan, A. E.; Camargo, C. A. J. & Boudreaux, E. (2013). D. Lethal means restriction for suicide prevention: Beliefs and behaviors of emergency department providers. <i>Depress Anxiety</i> , 30 (10), 1013–1020.	Examinar as crenças e comportamentos dos provedores de departamento de emergência (ED) relacionados à prevenção do suicídio.	Estudo descritivo de caráter qualitativo, com uso de entrevistas semiestruturadas.	A maioria dos profissionais de emergência são céticos sobre a evitabilidade do suicídio e a eficácia da restrição de meios. Esses achados sugerem a necessidade de educação direcionada da equipe sobre a restrição de meios para a prevenção do suicídio.
Freitas, A. P. A. & Borges, L. M. (2014). Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. <i>Estudos e Pesquisas em Psicologia</i> , 14(2), 560-577.	Identificar os significados atribuídos pelos profissionais de saúde, que atuam em urgências e emergências hospitalares, durante o atendimento aos pacientes que tentaram suicídio.	Estudo descritivo de abordagem qualitativa, com o uso de entrevista semiestruturada.	A compreensão dos profissionais de saúde a respeito do suicídio é fator determinante para um atendimento humanizado nos serviços de urgência e emergência hospitalar.
Freitas, A. P. A. & Borges, L. M. (2017). Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. <i>Estudos de Psicologia</i> , 22(1), 50-60.	Compreender como são realizados o acolhimento, o atendimento e os encaminhamento de pacientes atendidos por tentativa de suicídio, nos serviços de urgência e emergência em uma cidade do Sul do Brasil.	Estudo descritivo de abordagem qualitativa, com uso de entrevista semiestruturada.	O atendimento de emergência prestado ao paciente após tentativa de suicídio é determinante para sua adesão à continuidade do cuidado, bem como para a prevenção de novas tentativas.

Referência	Objetivos	Método	Principais Resultados e Conclusões
Gutierrez, B. A. O. (2014). Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. <i>Psicologia USP</i> , 25(3), 262-269.	Discutir ações direcionadas ao cuidado integral da tríade paciente-família-equipe durante o atendimento de emergência à tentativa de suicídio.	Estudo descritivo.	Intervenções instituindo a utilização de um método padronizado à assistência integral prestada à tríade paciente-famíliares-equipe podem ter implicações importantes à prestação de cuidados à saúde.
Kondo, E.H.; Vilella, J.C.; Borba, L.O; Paes, M. R. & Maftum, M. A. (2011). Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , 45(2).	Conhecer a concepção da equipe de enfermagem sobre emergências em saúde mental e analisar como se desenvolve essa abordagem ao usuário com transtorno mental em situação de emergência.	Estudo qualitativo exploratório, com uso de entrevista semiestruturada.	O acolhimento é o primeiro passo para cuidar de um paciente com transtorno mental em um período agudo. Sendo o modo como é realizado capaz de interferir na aceitação do tratamento. Dessa maneira, reafirma-se a premência da qualificação dos profissionais que atuam nessa área.
Liba, Y. H. A. O.; Lemes, A. G.; Oliveira, P. R.; Nascimento, V. F.; Fonseca, P. I. M. N. E.; Volpato, R. J.; Almeida, M. A. S.O. & Cardoso, T. P. (2016). Percepções dos profissionais de enfermagem sobre o paciente pós-tentativa de suicídio. <i>Journal Health NPEPS</i> , 1(1), 109-121.	Identificar a percepção dos profissionais de enfermagem acerca dos cuidados prestados aos pacientes que tentaram suicídio.	Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, com uso de entrevista semiestruturada.	A equipe de enfermagem percebe-se capaz de prestar um suporte adequado às pessoas que tentaram suicídio e demonstram conseguir identificar fatores de risco.

Referência	Objetivos	Método	Principais Resultados e Conclusões
Lin, C. J.; Lu, H. C.; Sun, F. J.; Fang, C. K.; Wu, S. & Liu, S. I. (2014). The characteristics, management, and aftercare of patients with suicide attempts who attended the emergency department of a general hospital in northern Taiwan. <i>Journal of the Chinese Medical Association</i> , 77(6), 317-324.	Determinar as características, o manejo e os cuidados posteriores direcionados aos pacientes que tentaram suicídio e foram levados para o pronto-socorro de um hospital geral em Taipei, Taiwan.	Estudo transversal retrospectivo.	Menos da metade dos pacientes (45,1%) foram encaminhados para atendimento ambulatorial psiquiátrico pós-alta e apenas 26,1% contataram o ambulatório psiquiátrico após a alta do ED.
Meira, S. S.; Vilela, A. B. A.; Lopes, C. R. S.; Pereira, H. B. B. & Alves, J. P. (2020). Representações sociais de profissionais de emergência sobre prevenção de readmissões hospitalares por tentativa de suicídio. <i>Revista Trabalho, Educação e Saúde</i> , 18(3).	Analisar representações sociais de profissionais que trabalham em um serviço de emergência no estado da Bahia sobre a prevenção das reincidências por tentativa de suicídio.	Estudo qualitativo, sustentado pela abordagem processual da teoria das representações sociais. Entrevistas.	A equipe de enfermagem entrevistada demonstrou uma percepção da prevenção para reincidências por tentativas de suicídio de modo positivamente complexo e pluridisciplinar.

Referência	Objetivos	Método	Principais Resultados e Conclusões
Rosebrock, H.; Chen, N.; Tye, M.; Mackinnon, A.; Callear, A. L. C.; Batterham, P. J.; Maple, M.; Rasmussen, V. M.; Schroeder, L.; Cutler, H. & Shand, F. (2020). Study protocol for a mixed methods prospective cohort study to explore experiences of care following a suicidal crisis in the Australian healthcare system. <i>BMJ Open</i> , 10(8).	Examinar o impacto do modelo de prevenção de suicídio em atendimentos realizados nos serviços de emergência da Austrália.	Método misto, de caráter quantitativo e qualitativo com o uso de entrevistas estruturadas.	Os serviços de emergência Australianos, que encaminharam para a rede de saúde seus pacientes atendidos por tentativa de suicídio, obtiveram êxito com baixos índices de recidiva.
Stavisky, C. J. & Vicari, E. M. (2018). O serviço social no atendimento de emergências psiquiátricas: processos de trabalho de assistentes sociais e residentes no atendimento de pacientes adolescentes com ideação e tentativa de suicídio. <i>Barbary</i> , 51, 113-132.	Discutir a realização do atendimento prestado pela equipe de assistência social no serviço de urgência e emergência ao paciente que tentou suicídio.	Estudo descritivo de caráter qualitativo, com uso de Entrevista semiestruturada.	Os resultados apontaram para a importância do fluxo de atendimento de casos relacionados à tentativa de suicídio (acolhimento, planejamento, encaminhamentos e monitoramento do paciente).

Quadro 1. Artigos encontrados nas bases de dados BVs, Pepsic, Pubmed e Scielo, conforme critérios de inclusão e exclusão

Fonte:

A metodologia utilizada, em 80% dos artigos, trata-se de estudos de abordagem qualitativa com o uso de entrevistas estruturadas ou semiestruturadas, realizadas por profissionais de saúde de um serviço de urgência e emergência hospitalar, selecionado pelos autores Betz *et al.* (2015); Freitas e Borges, (2014); Freitas e Borges, (2017); Kondo *et al.* (2011); Liba *et al.* (2016); Meira *et al.* (2020); Rosebrock *et al.* (2020); Staviski e Viccari, (2018).

Os serviços de urgência e emergência ganham destaque no atendimento ao paciente suicida, pois abrem as portas para receberem casos com risco iminente de morte e, frequentemente, são o primeiro local de atendimento dessa demanda (Lin *et al.*, 2014). Os pacientes são encaminhados para o serviço de urgência e emergência via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), por ambulâncias do Corpo de Bombeiros ou pelas próprias famílias (Freitas; Borges, 2014; Freitas; Borges, 2017; Meira *et al.*, 2020).

Embora os serviços de urgência e emergência hospitalar sejam responsáveis pelo atendimento ao paciente que tentou suicídio, Freitas e Borges (2014); Freitas e Borges (2017); Meira *et al.* (2020) em suas pesquisas, trazem relatos de profissionais da saúde que, apesar de compreenderem a necessidade do atendimento ao paciente, não reconhecem ser a emergência hospitalar o lugar de cuidado mais apropriado para o acompanhamento do paciente que tentou suicídio. Meira *et al.* (2020) enfatizam o sentimento de ambivalência vivenciado pelos profissionais de saúde que, muitas vezes, se deparam com o desejo de morte, em um ambiente em que todos trabalham em uma busca pela vida.

Em consequência desse sentimento despertado, a demanda do paciente que tenta suicídio pode não ser legitimada pelos profissionais de saúde, que percebem o adoecimento psíquico como de difícil operacionalização para o serviço de emergência, que tem como objetivo um cuidado rápido e resolutivo (Freitas; Borges, 2017). Em relação aos métodos de baixa letalidade utilizados na tentativa de suicídio, os profissionais consideram-nos como de pequena intencionalidade de morte, sendo a passagem ao ato como provável manipulação (Freitas; Borges, 2017).

As ideias pré-concebidas dos profissionais de saúde, em relação ao atendimento ao paciente que tentou suicídio, são determinantes para o momento do acolhimento do paciente e posterior estabelecimento de vínculo, pois

a abordagem à pessoa com transtorno mental em situação de emergência é de tal importância que, se realizada com segurança, prontidão e qualidade é capaz de determinar a aceitação e a adesão dessa pessoa ao tratamento. (Kondo *et al.*, 2011, p. 502)

Em estudo desenvolvido na Austrália, Rosebrock *et al.* (2020) apontam para o risco de recidiva da tentativa de suicídio imediatamente após a alta do paciente do serviço de urgência e emergência, e enfatizam que o cuidado oferecido pela equipe de profissionais de saúde tem o potencial de diminuir as possibilidades de novas tentativas, constituindo elemento essencial de prevenção ao suicídio.

O acolhimento livre de preconceito e julgamento pode ser concebido como a mais importante estratégia de um serviço de emergência. Comportamentos acolhedores e menos punitivos são possíveis quando o profissional de saúde percebe o sofrimento do outro, oferece escuta ativa e expressa respeito (Kondo *et al.*, 2011; Freitas; Borges, 2017).

Enfim, é o vínculo construído logo no início do atendimento de um serviço de saúde que irá possibilitar uma boa relação paciente-família-equipe ou dificultá-la. A confiança do paciente, no serviço prestado pelo profissional, garante sua participação no cuidado, maior adesão aos encaminhamentos e atitudes colaborativas por parte dos familiares (Freitas; Borges, 2017; Gutierrez, 2014; Kondo *et al.*, 2011; Meira *et al.*, 2020). A família é elemento valioso no cuidado e acompanhamento do paciente que tentou suicídio, pois constituem uma rede de apoio rica para que se diminua a possibilidade de recidivas (Liba *et al.*, 2016).

Meira *et al.*, (2020, p. 8) defendem que a presença de um profissional de psicologia na equipe multidisciplinar do serviço de emergência favorece a construção do vínculo entre o paciente e a equipe de saúde, pois

as habilidades do psicólogo tendem a estimular o desenvolvimento da intimidade terapêutica e aproximação interpessoal, o que fortalece o vínculo de confiança entre o paciente e o profissional (...).

Sobre a importância não só do psicólogo, mas de toda a equipe multiprofissional, Freitas e Borges (2017) salientam que a equipe multiprofissional deve buscar propiciar a integralidade do cuidado numa lógica usuário-centrada, em que se possibilita a responsabilização do sujeito por sua saúde, e não prevalece a cura pelos cuidados técnicos e instrumentais.

O desfalque da equipe multiprofissional ou a sua ausência na assistência ao paciente que tentou suicídio, dificulta o atendimento prestado pelos profissionais de urgência e emergência, sendo um fator potencializador de resistências no atendimento dessa demanda. A demora do profissional psiquiatra para o atendimento dos casos de tentativa de suicídio, também desestrutura o serviço, pois não é comum os serviços de urgência e emergência com essa especialidade de prontidão (Freitas; Borges, 2017).

O acolhimento, o atendimento realizado pela equipe multiprofissional e os encaminhamentos para a rede de saúde, constituem o fluxo de atendimento ao paciente suicida (Freitas; Borges, 2017; Gutierrez, 2014; Meira *et al.*, 2020; Staviski; Viccari, 2018). Esse fluxo de trabalho deve contemplar, ainda, a classificação de risco para o levantamento da possibilidade de novas tentativas de suicídio levando em consideração os fatores de risco e os fatores de proteção. A construção de um protocolo e um checklist de atendimento são alternativas que podem evitar com que falhas aconteçam nesse processo.

A construção de um protocolo ou fluxo de atendimento não é determinante de um atendimento linear, como uma receita passo a passo, inflexível, visto que a rotina do serviço de urgência e emergência não é estática, considerando que, há uma gama de possibilidades de ocorrências diárias imprevisíveis à uma práxis posta por manuais (Freitas; Borges, 2017). Todavia, Staviski e Viccari (2018) defendem o pragmatismo do atendimento oferecido pelos assistentes sociais em serviços de emergência, considerando a necessidade de respostas ágeis e resolutivas.

A capacitação contínua dos profissionais é encorajada pelos autores, pois identificam que a ausência de fundamentação teórica abre caminhos para discursos estigmatizantes, em que prevalecem o preconceito e as opiniões de senso comum, as quais não acrescentam para o atendimento prestado ao paciente (Freitas; Borges, 2014; Freitas; Borges, 2017; Kondo *et al.*, 2011; Liba *et al.*, 2016). As atividades de capacitação são de responsabilidade das instituições de saúde e devem prezar pelo ensino de conhecimento relevante para a ciência e estimular práticas não moralistas e sem julgamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme pesquisas analisadas neste estudo, o atendimento ao paciente que tentou suicídio é considerado pelos profissionais de saúde, que atuam nos serviços de urgência e emergência, como uma prática de difícil manejo, tanto pela característica de agilidade e resolutividade do serviço, quanto pelos sentimentos despertados nos profissionais que vão de encontro com suas crenças pessoais.

Ainda que 80% os artigos levantados apresentem estudos direcionados para a realidade das regiões delimitadas por cada pesquisa, os resultados contribuíram para o debate sobre a necessidade de capacitação para o manejo das situações de tentativas de suicídio que são atendidas pelos profissionais de saúde que atuam nos contextos de urgências e emergências hospitalares. Ademais, essa ausência de educação continuada é o fator de maior impacto para a oferta de um atendimento ausente de moralismo irreflexivo.

As dificuldades encontradas pelos profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência estão relacionadas às suas próprias concepções, discursos e posturas adotadas no atendimento ao paciente suicida. Esses também são os fatores determinantes para a construção de um vínculo entre paciente-família-equipe que beneficie a realização do cuidado e a adesão ao tratamento e encaminhamentos.

Buscar por conhecimento científico e por práticas de humanização é o caminho para um atendimento sem julgamentos e sem discursos do senso comum. O acolhimento é considerado a estratégia mais importante no atendimento realizado no serviço de urgência e emergência e não se faz só pelo cuidado físico e instrumentalizado, mas também pelo respeito, pela disposição para a escuta e pela compreensão da dor do paciente, seja física ou psicológica.

A ausência ou demora no atendimento prestado pela equipe multiprofissional desmantela o fluxo de atendimento do serviço de emergência, que deve ser pensado para garantir a integralidade do cuidado e favorecer um atendimento de qualidade. Seguir um fluxograma não diz respeito a um atendimento estático, linear, inflexível, mas sim ao compromisso com o paciente, que ganha com encaminhamentos pensados na avaliação dos fatores de risco de novas tentativas de suicídio e no fortalecimento da rede de apoio de cada paciente.

Considerar que o cuidado não acaba com a alta do paciente é responsabilizá-lo por sua saúde, é entender que a família pode contribuir no tratamento do paciente e que o encaminhamento para a rede de saúde se faz necessária e indispensável. É, também, saber que o paciente que viveu uma tentativa de suicídio luta contra a dor física e emocional, contra um adoecimento psíquico em que o objetivo é morrer para a vida e para as vidas de que faz parte.

REFERÊNCIAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria. **Comportamento suicida:** conhecer para prevenir. Conselho Federal de Medicina. 2017.

BETZ, Marian; *et al.* Lethal means restriction for suicide prevention: Beliefs and behaviors of emergency department providers. **Depress Anxiety**, **30** (10), 1013–1020, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3CNmGeo>. Acesso em: 1 set. 2021.

BOTEGA, Neury Jose. **Crise suicida:** avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006. **Diretrizes brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio**. Disponível em: <https://bit.ly/3AIIber>. Acesso em: 1 set. 2021.

BUNHARI, Marcos Vinícius; MORETTO, Maria Livia Tourinho. O ato suicida e o hospital: uma clínica possível? **A peste**: Revista de Psicanálise, Sociedade e Filosofia, 5 (2), 19-34, 2013.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1451/1995**. São Paulo -SP. 1995.

FREITAS, Ana Paula Araújo de; BORGES, Lucienne Martins. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 14 (2), 560-577, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3yMnu0H>. Acesso em: 1 set. 2021.

FREITAS, Ana Paula Araújo de; BORGES, Lucienne Martins. (2017). Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estudos de Psicologia**, 22 (1), 50-60. Disponível em: <https://bit.ly/3xJrQEw>. Acesso em: 1 set. 2021.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia USP**, 25 (3), 262-269, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2VRsL97>. Acesso em: 1 set. 2021.

KONDO, Érika Hissane; *et al.* Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 45 (2), 501-507, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/3yMjH3p>. Acesso em: 1 set. 2021.

LIBA, Ykaro Hariel Alves de Oliveir; *et al.* Percepções dos profissionais de enfermagem sobre o paciente pós-tentativa de suicídio. **Journal Health NPEPS**, 1(1), 109-121, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.30681/252610101437>. Acesso em: 1 set. 2021.

LIN, Chen-Ju; *et al.* The characteristics, management, and aftercare of patients with suicide attempts who attended the emergency department of a general hospital in northern Taiwan. **Journal of the Chinese Medical Association**, 77 (6), 317-324, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3AK1N27>. Acesso em: 1 set. 2021.

MEIRA, Saulo Sacramento; *et al.* Representações sociais de profissionais de emergência sobre prevenção de readmissões hospitalares por tentativa de suicídio. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, **18** (3), 1-15, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3lZGFAy>. Acesso em: 1 set. 2021.

ROSEBROCK, Hannah; *et al.* Study protocol for a mixed methods prospective cohort study to explore experiences of care following a suicidal crisis in the Australian healthcare system. **BMJ Open**, **10** (8), 1-11, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2VTD6Rp>. Acesso em: 1 set. 2021.

STAVISKI, Carlos Junior; VICCARI, Eunice Maria. O serviço social no atendimento de emergências psiquiátricas: processos de trabalho de assistentes sociais e residentes no atendimento de pacientes adolescentes com ideação e tentativa de suicídio. **Barbarói**, **51**, 113-132, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2XkJJgl>. Acesso em: 1 set. 2021.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão Integrativa: o que é e como fazer**. Einstein, São Paulo, 2010.

PACO
EDITORIAL



ATENDIMENTO INTEGRAL EM SAÚDE AOS FAMILIARES DE VÍTIMAS DE SUICÍDIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Pollyane Lisita da Silva
Moises Fernandes Lemos*

INTRODUÇÃO

O suicídio e a tentativa de suicídio são problemas de saúde pública que vêm sendo discutidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019) com o objetivo de compreender os múltiplos fatores envolvidos e criar medidas para mitigar a incidência destes. No último levantamento realizado pela OMS (2019) o suicídio foi a segunda principal causa de morte por evento externo entre jovens de 15 a 29 anos, sendo que a primeira causa foi acidente de trânsito.

Considera-se que o suicídio é o ápice de uma classe de comportamentos que na maioria das vezes o antecedem e, quando identificados a contento, podem evitar o ato extremo. Tais comportamentos iniciam-se com pensamentos suicidas, ou seja, quando se avalia a possibilidade de autoextermínio; ideação suicida, quando há a formulação de um plano para levar à própria morte e a tentativa de suicídio, que se trata de ações com o intuito de autoextermínio, as quais podem culminar com o suicídio ou não (Pereira; Cardoso, 2015).

Logo, diante da complexidade do problema e da ponderação de que o indivíduo se encontra inserido em um contexto social, com formação de vínculos de afetos e correlações, é preciso ressaltar os impactos que o suicídio provoca naqueles que mantinham laços com o indivíduo em questão. Haja vista que um indicador de risco de suicídio é a presença de histórico do ato em familiares (Botega, 2019), fazem-se necessárias medidas que favoreçam uma vivência saudável do luto e recursos que possibilitem o atendimento dessas pessoas em sofrimento no âmbito da saúde pública.

Embora o foco da prevenção ao suicídio seja o indivíduo sob risco direto desse comportamento, é importante lançar luz também aos familiares de pessoas cujo ato foi consumado, as quais passam a fazer parte do grupo de risco conforme preditores mencionados por Botega (2019). Ações de atendimento e apoio ao luto desses familiares, com o intuito de atenuar o sofrimento e prevenir novas ocorrências tem sido denominado de posvenção, (Fukumitsu; Kovács, 2016) e consideram os múltiplos fatores envolvidos no processo de luto, tais como a natureza da ligação com a pessoa perdida, forma de morte, variáveis de personalidade, dentre outras. Esses fatores podem suscitar sensações diversas como frustração, culpa, raiva, negação e demais sentimentos que dificultam ainda mais a vivência do luto (Fukumitsu; Kovács, 2016).

Com o objetivo de sistematizar o conhecimento acerca do atendimento prestado aos familiares de vítimas de suicídio, usou-se o método da revisão integrativa de literatura. Pesquisou-se em base de dados científicos trabalhos que tratassem desse tema norteado pela pergunta “Qual o estado da arte sobre atendimentos à familiares de vítimas de suicídio?”. Verificou-se relativa escassez de literatura sobre atendimento aos familiares vítimas de suicídio consumado, sendo nenhuma sobre a realidade brasileira na pesquisa em questão. Percebe-se maior ênfase nos estudos com foco no atendimento às pessoas que tiveram tentativa de suicídio ou que apresentam ideias suicidas, bem como aos familiares das mesmas. Logo, justifica-se a relevância dessa investigação teórica do estado da arte e o apontamento para a necessidade de pesquisas científicas sobre essa população no Brasil, pois trata-se de um grupo de risco para desenvolvimento de psicopatologias e comportamento suicida (Botega, 2019).

Método

O estudo foi realizado sob os rigores metodológicos da revisão integrativa. Trata-se de levantamento bibliográfico abrangente, que pode incluir estudos experimentais e não-experimentais, dados da literatura empírica e teórica, visando dar suporte à produção de práticas baseadas em evidências. Para isso, segue as seguintes etapas: 1) identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, 2)

amostragem ou pesquisa da literatura, 3) coleta de dados, 4) análise crítica dos estudos incluídos, 5) interpretação e discussão dos resultados, 6) síntese de conhecimento (De Sousa *et al.*, 2017).

A fim de elaborar a pergunta norteadora utilizou-se a estratégia PICO (acrônimo para *patient, intervention, comparison, outcomes*), segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007). Estabeleceu-se assim: P – familiares de vítimas de suicídio, I – assistência integral à saúde, C – não se aplica, O – atendimento e cuidado em saúde a fim de minimizar impactos psicossociais decorrentes do evento traumático. Definindo-se então a pergunta norteadora “Qual o estado da arte sobre atendimentos à familiares de vítimas de suicídio?”. O propósito foi o levantamento de artigos que pudessem tratar tanto de discussão teórica quanto de descrição prática do atendimento a esse público. Buscou-se os descritores controlados em Saúde (DeCS) pertinentes à pesquisa em questão na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e posteriormente conferiu-se a correspondência dos mesmos na PubMed MeSH (*Medical Subject Headings*), na língua portuguesa e inglesa, a saber: Assistência Integral à Saúde / *Comprehensive Health Care*, Família / *Family*, Suicídio / *Suicide*.

	BVS	PubMed	SciELO	Scopus	Lilacs
Sem filtro	61	627	10	143	9
Inglês, Português e Espanhol	55	574	10	133	9
Texto completo gratuito	46	161	10	45	9
Últimos 5 anos	31	64	6	24	6
Leitura do título	8	12	1	6	4
Leitura do resumo	0	3	0	0	0

Figura 1. Diagrama de fluxo do processo de seleção dos artigos da amostra

Fonte: Própria autora.

Para a busca na literatura foi utilizado o operador booleano AND entre os descritores, na seguinte ordem: *Comprehensive Health Care* AND *Family* AND *Suicide*. Buscou-se nas bases de dados do Portal de Periódicos Capes: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Elsevier's Scopus e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), aos dias 6 de junho do ano 2021, totalizando-se 850 artigos. Os critérios

de inclusão da literatura encontrada, os quais serviram de filtro de busca foram: artigos em português, inglês ou espanhol, disponibilidade gratuita do texto completo e artigos publicados entre os anos 2016 a 2021. Em seguida, o material foi selecionado a partir da leitura criteriosa dos títulos e por fim, dos resumos. Nessa etapa, considerou-se artigos que tivessem foco nos familiares das vítimas de suicídio consumado, excluindo-se artigos que tratassem de familiares com vítimas de tentativa de suicídio, os quais a propósito, são mais numerosos na literatura. A figura 1 representa o fluxograma da coleta dos dados com as quantidades de artigos encontradas em cada uma das etapas de seleção.

Já os critérios de exclusão foram os trabalhos como: editoriais, resumos expandidos, dissertações, teses no geral, bem como artigos cuja versão completa não estivesse disponível de forma gratuita e artigos repetidos em diferentes bases de dados. A busca nas 5 bases de dados já citadas levou ao achado de 3 artigos para análise dessa revisão integrativa, todos escritos em inglês no acervo da PubMed.

Resultados

Os três artigos encontrados foram lidos na íntegra e classificados no Quadro 1, com base em protocolo de Ursi (2006). Para classificação do nível de evidência considerou-se os critérios de Stetler et al (1998): Nível I - Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível II - Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III - Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV - Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V - Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI - Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII - Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Observa-se que os estudos base desse capítulo adequam-se ao critério de nível de evidência VI por seu caráter de pesquisa qualitativa.

Leavey *et al.* (2017) realizou entrevista com médicos clínicos gerais, os quais experimentaram a morte de pelo menos um paciente por suicídio e familiares que tiveram perdas por suicídios nos últimos 24 meses de entes atendidos por clínicos gerais, no entanto, não necessariamente nesse estudo houve correspondência entre grupo dos médicos e grupo dos familiares. Ou seja, os médicos entrevistados não eram os mesmos que prestaram assistência aos entes dos familiares enlutados por suicídio. Erlangsen *et al.* (2017) realizou pesquisa qualitativa com base em registros documentais de cônjuges viúvos/as por suicídio ou morte por outras formas. Após levantamento dos óbitos em Registro de Causas de Morte usando a Classificação Internacional de Doenças, Oitava e Décima Revisão (CID-8 e CID-10), os dados dos cônjuges foram pesquisados em diferentes sistemas de registros e cadastro em saúde na Dinamarca. Já Wainwright *et al.* (2020) fez pesquisa qualitativa entrevistando mães e pais biológicos, madrastas e padrastos, cujo filho ou filha morreram por suicídio no período de 2 a 10 anos.

Os artigos encontrados não especificaram de maneira detalhada sobre alguma assistência aos familiares enlutados já implementada, mas evidenciaram a importância desse tipo de trabalho e apontaram barreiras para tal. Dessa forma, respondendo à pergunta de pesquisa “Qual o estado da arte sobre atendimentos à familiares de vítimas de suicídio?” observa-se que as publicações científicas estão mais voltadas ao destaque da necessidade desse tipo de assistência e a problematização dos fatores envolvidos. Tendo em vista a proposta dessa revisão e a escassez de artigos mais específicos sobre o tema, optou-se por abranger esse material que tangencia a temática e serve de subsídio às pesquisas futuras.

Não foi encontrado nenhum artigo na língua portuguesa pertinente ao capítulo. Os 3 textos analisados estavam em língua inglesa e retratavam o contexto de países europeus.

EDITORIAL

Título	Autores	Ano de publicação, País, Base de dados, nível de evidência	Palavras-chave	Síntese dos resultados	Conclusão
The failure of suicide prevention in primary care: Family and GP perspectives - a qualitative study	LEAVEY, Gerard; MALLON, Sharon; RONDON-SULBARAN, Janeet; GALWAY, Karen; ROSATO, Michael; HUGHES Lynette.	2017, Reino Unido, PubMed, Nível de Evidência IV.	Families; Prevention; Primary care; Psychiatric services; Suicide.	Médicos da atenção primária (n= 19) e familiares (n=72) de pacientes que cometeram suicídio relatam falhas no atendimento preventivo a esses, assim como aos familiares após o ocorrido.	As principais áreas temáticas identificadas pelos médicos da atenção primária na descrição das barreiras à prevenção do suicídio são as seguintes: Reconhecimento e manejo de pessoas suicidas; Ligação e comunicação com os Serviços de Saúde Mental; Lidar com famílias enlutadas (o que denota prejuízo à assistência desse grupo de risco); Impacto profissional e pessoal do suicídio do paciente.

Título	Autores	Ano de publicação, País, Base de dados, nível de evidência	Palavras-chave	Síntese dos resultados	Conclusão
Association Between Spousal Suicide and Mental, Physical, and Social Health Outcomes: A Longitudinal and NationwideRegister-Based Study	ERLANGSEN, Annet; RUNESON, Bo; BOLTON, James M; WILCOX, Holly C; FORMAN, Julie L; KROGH, Jesper; SHEAR, M Katherine; NORDENTOFT, Merete; CONWELL, Yeates.	2017, Dinamarca, PubMed, Nível de Evidência VI.	Indisponível	Estudo longitudinal entre 1980 e 2014 baseado em registro documental demonstrou que cônjuges enlutados por suicídio apresentam elevado risco de comprometimento à saúde se comparados com cônjuges enlutados por outras formas de morte.	Observou-se maior incidência de transtornos mentais, distúrbios físicos, comportamentos suicidas, mortalidade e uso de cuidados municipais de saúde em população de cônjuges enlutados por suicídio.

Título	Autores	Ano de publicação, País, Base de dados, nível de evidência	Palavras-chave	Síntese dos resultados	Conclusão
Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by Suicide: a qualitative study.	WAINWRIGHT, Verity; CORDINGLEY, Lis; CHEW-GRAHAM, Carolyn A; KAPUR, Nav; SHAW, Jenny; SMITH, Shirley; MCGALE, Barry; MCDONNELL Sharon.	2020, Reino Unido, PubMed, Nível de Evidência IV.	Bereavement; General Practice; Parents; Postvention; Signposting; Suicide.	23 entrevistas semiestruturadas realizadas entre 2012 e 2014 com pais enlutados pelo suicídio de seu filho ou filha, com foco em suas experiências de apoio da atenção primária.	Três temas foram identificados a partir dos dados: a importância de não se sentir sozinho; barreiras percebidas para acessar o suporte; e a necessidade de sinalização para suporte adicional. A necessidade de informação, sinalização de vias de apoio e a utilidade do apoio do grupo também foram destacadas.

Quadro 1. Descrição dos artigos selecionados para base de dados dessa revisão integrativa da literatura

Fonte baseado em protocolo de Usi (2006).

Discussão

A escassa quantidade de artigos encontrados sobre a assistência aos familiares de vítimas de suicídio reflete a também escassa, e até inexistência, desse tipo de serviço. Especialmente na realidade brasileira, a ausência de publicações científicas adverte para a urgência de pesquisas e de implementações de políticas e serviços públicos que ofereçam suporte a essa população. Pois, considerando-se que, para cada indivíduo morto por suicídio há aproximadamente até 60 parentes e amigos diretamente afetados (Erlangsen *et al.*, 2017), é relativamente alta a demanda por atendimento de prevenção a adoecimento físico, mental e incidência de novos casos de suicídio.

A pesquisa de Leavey *et al.* (2017) revelou que fatores envolvidos no atendimento de médicos clínicos da atenção primária a pacientes que posteriormente cometeram suicídio, tais como consultas com tempo muito breve, falta de preparo dos profissionais para identificar e tratar risco de suicídio e estigma da doença mental foram falhas apontadas por familiares na prevenção do suicídio.

Todos os artigos base dessa revisão convergem na afirmativa de risco à saúde mental dos familiares de vítimas de suicídio e impactos sociais pelo estigma desse tipo de morte. Na pesquisa de Erlangsen *et al.* (2017), os cônjuges enlutados por suicídio apresentaram riscos excessivos para transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtornos por uso de álcool, transtornos por uso de drogas, recepção de medicamentos antidepressivos e automutilação. Segundo Leavey *et al.* (2017), a maioria dos pacientes que morrem por suicídio entraram em contato com médicos clínicos no ano anterior à morte, e Wainwright *et al.* (2020) critica a dificuldade de acesso ao atendimento por tais médicos na atenção primária por pais enlutados por suicídio em busca de apoio durante o luto.

Assim, considerando-se a alta probabilidade de prejuízos à saúde mental e suicídio desses familiares, vislumbra-se um ciclo de: adoecimento mental, estigma pelo adoecimento do familiar e pelo suicídio do ente, dificuldade no atendimento na rede de atenção primária, aumento da gravidade da doença mental e risco de suicí-

dio. Embora tratem-se de estudos em contexto europeu, há similaridade com a realidade brasileira, uma vez que, em suas pesquisas, Botege (2015) defende a importância do atendimento a indivíduos sob risco de suicídio na atenção primária como forma de prevenção e intervenção direta para evitar comportamentos suicidas.

Wainwright *et al.* (2020) dos 3 estudos em questão, é o que mais discute a atenção aos familiares. Os autores ressaltam a importância do atendimento aos pais enlutados por suicídio dos filhos como grupo de risco para novas ocorrências, como também para adoecimentos físico e mental, corroborando a afirmativa de Botege (2019). A sugestão de grupos terapêuticos com outros pais foi um importante fator para o acolhimento, compreensão e redução do sentimento de solidão de acordo com os achados de pesquisa de Wainwright *et al.* (2020). O atendimento partindo de um fácil acesso ao clínico geral para escuta e encaminhamento para outros serviços de assistência foi apontado nesse estudo. É necessário ressaltar que há demarcadas diferenças no modelo de assistência em saúde nos países europeus em relação ao Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, para fins de entendimento, seria no modelo brasileiro pelo SUS um atendimento inicial em Unidade Básica de Saúde (UBS) e encaminhamentos para serviços prestados em atenção primária ou outros órgãos de assistência, quando necessário.

Medidas de posvenção (Fukumitsu; Kovács, 2016) sistematizadas podem servir como norteador da prática de assistência aos enlutados por suicídio, o que beneficiaria esse grupo de forma direta e também serviria de apoio aos profissionais da área de saúde que demonstram insegurança quanto ao atendimento a esses casos, problema identificado nos trabalhos de Leavey *et al.* (2017) e Wainwright *et al.* (2020).

CONCLUSÃO

As publicações demonstram a importância do atendimento integral aos familiares de vítimas de suicídio como redução do sofrimento advindo do luto, prevenção do adoecimento mental e pro-

babilidade de tentativas de suicídio nesse grupo. Contudo, o baixo índice de estudos encontrados representa fragilidade no embasamento e aplicação desse tipo de assistência na prática.

Impasses no acesso e qualidade do atendimento em atenção primária foram elencados como obstáculos enfrentados pelos familiares, logo, o preparo desses profissionais e a divulgação dos serviços prestados a esse público poderiam ser medidas atenuantes do problema.

No que se refere à rigorosidade dos critérios científicos, pondera-se que o nível de evidência VI desses estudos deve-se ao caráter qualitativo da forma de abordagem da pesquisa, o qual, diante da complexidade da temática e variáveis psicossociais envolvidas dificultam um delineamento mais rigoroso do método.

REFERÊNCIAS

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida**. Artmed Editora, 2015.

BOTEGA, Neury José. (Coord.). Atitudes em relação ao suicídio. Porto Alegre, 2019. **Apostila 2 do Módulo 1 do Curso Comportamento Suicida: Avaliação e Manejo do Sistema de Educação Continuada (SECAD)** da Artmed Panamericana Editora.

DE SOUSA, Luís Manuel Mota; *et al.* A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Nº21 Série 2-Novembro 2017**, p. 17, 2017.

ERLANGSEN, Annete; *et al.* Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes: a longitudinal and nationwide register-based study. **JAMA psychiatry**, v. 74, n. 5, p. 456-464, 2017.

FUKUMITSU, Karina Okajima; KOVÁCS, Maria Júlia. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. **Psico, Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**, v. 47, n. 1, p. 3-12, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2XAKFgU>. DOI: 10.15448/1980-8623.2016.1.19651. Acesso em: 13 jun. 2021.

LEAVEY, Gerard; *et al.* The failure of suicide prevention in primary care: family and GP perspectives—a qualitative study. **BMC psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 1-10, 2017.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2Uo9Zp1>. Acesso em: 13 jun. 2021.

PEREIRA, Adelino Gonçalves; CARDOSO, Francisco dos Santos. Ideação suicida na população universitária: Uma revisão da literatura. **Revista E-Psi**, 2015, 5(2), 16-34.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 15(3), 508-511, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>.

STETLER, Cheryl B.; *et al.* Evidence-based practice and the role of nursing leadership. **JONA: The Journal of Nursing Administration**, v. 28, n. 7/8, p. 45-53, 1998.

URSI, Elizabeth Silva; GAVÃO, Cristina Maria. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 124-131, 2006.

WAINWRIGHT, Verity; *et al.* Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: a qualitative study. **British journal of general practice**, v. 70, n. 691, p. e102-e110, 2020.

PACO
EDITORIAL

ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA

Moisés Fernandes Lemos

Gastão Wagner de Souza Campos

Roselma Lucchese

INTRODUÇÃO

Como entender o comportamento suicida? Sabe-se que o autoextermínio não é um ato isolado; a pessoa que vem a se matar, geralmente, manifesta seu intento em vários momentos da vida e de diversas formas, antes de levá-lo a cabo. Para Botega (2015) é frequente, inclusive, o suicida ter consultado um médico generalista, de quinze dias a um mês, antes de efetivar o ato. No entanto, na ambivalência do momento (viver/morrer), e apesar do “pedido de ajuda”, os serviços de saúde não conseguem evitar o suicídio, haja vista a complexidade do ato, seus gradientes e matizes.

Sabe-se que o suicídio nunca é determinado por uma única causa ou fator isolado. Segundo a OMS (2000) “o que se costuma atribuir como a causa de um suicídio é a expressão final de um processo de crise vivido pela pessoa” (p. 11). Ele envolve comportamentos de risco e manifesta-se num diapasão que vai da ideação suicida ao extermínio de si, variando bastante entre os que tentam e os que conseguem se suicidar.

Considera-se uma tentativa de suicídio como um gesto de uma pessoa em sofrimento intenso, em risco de vida, exigindo atenção cuidadosa e imediata, em que a não disponibilização de um cuidado especial pode trazer consequências trágicas. Outro fator relevante na abordagem da questão diz respeito à inadequação da capacitação dos profissionais de saúde nos serviços ambulatoriais gerais para este tipo de atendimento. Segundo a OMS (2002) “muitos, inclusive os

da área de saúde mental, comentam que não se sentem capacitados para lidar com as questões trazidas pelo fenômeno do suicídio” (p. 181). Ainda conforme a OMS (2002) cabe menção que diferentes fatores como depressão, dependência química, transtornos esquizo-frênicos, suicídio em família levam de 30% a 40% dos indivíduos a fazer novas tentativas num período de seis meses a um ano subsequente à primeira, demonstrando a contundência dos fatos.

As explicações para tais situações são as mais variadas possíveis, cabendo destaque que, para a Organização Mundial de Saúde – OMS (2000, p. 9)

o suicídio é cercado pelo desconhecimento, medo, preconceito, incômodo e atitudes condenatórias, o que leva ao silêncio a respeito do problema. O suicídio ainda é visto como um problema individual, o que dificulta muito o seu entendimento como um problema que afeta toda a sociedade.

Preocupada com as crescentes taxas de suicídio observadas no mundo todo, numa publicação destinada aos profissionais da saúde primária, a Organização Mundial de Saúde (2000, p. 4) compreende que o

suicídio é um problema complexo para o qual não existe uma única causa ou uma única razão. Ele resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais.

Sendo assim, é necessário mudar a visão, despertar e estimular a atuação de pessoas de diferentes setores da sociedade na vigilância, prevenção e controle do suicídio, desenvolvendo e recomendando políticas públicas, que possam prevenir o imponderável.

Concebendo que o suicídio seja um ato de grande circunscrição e acuidade, por isso deve-se dar certa importância ao seu estudo. Em relação a gênero e idade as mulheres são mais propensas que os homens a cometer o suicídio, porém os homens por usarem maneiras mais violentas para praticar acabam sendo mais afortunados em

suas tentativas. Outra questão associada é com relação à idade, visto que, as taxas de suicídio aumentam com a idade na maior parte das culturas. Todavia, observa-se nas últimas décadas uma tendência de aumento das taxas de suicídio entre os jovens (Botega, 2015).

Existem premissas de que muitos suicídios são encobertos e, consequentemente, não são reconhecidos como suicídios, ocorrendo quando a pessoa que acomete se sente envergonhada que outros indivíduos saibam ou até porque o seguro de vida não abrange pagamento nesses casos. Há circunstâncias em que se encontram os gestos de suicídio, os indivíduos provocam comportamentos suicidas, mas na realidade não pretendem se matar, e em sua maioria realizam gestos que de alguma forma outra pessoa descobrirá. Em alguns casos, tais gestos suicidas são considerados apelos de ajuda, são maneiras que pessoas encontram de pedir auxílio quando não sabem o que fazer, são extremamente tímidas ou porque pediram ajuda e não receberam a devida atenção. No entanto, “o gesto de suicídio é então um meio de dramatizar a seriedade do problema e pedir auxílio indiretamente” (Holmes, 2007, p. 201). Não obstante, deve também ser levado em consideração o fato de certos gestos suicidas serem usados como forma de manipular ou controlar algo.

A deliberação de praticar o suicídio não é tomada rapidamente, e de alguma forma, o indivíduo fará uma intimidação antes de cometê-lo. Os sinais de suicídio não devem ser ignorados, pois eles podem ser um alerta de que a pessoa planeje algo ou pode ser, como dito anteriormente, meios de procurar ajuda indiretamente. Ao ignorar o aparecimento desses sinais pode convencer o indivíduo a praticar o suicídio devido a essa atitude acrescentar desesperança à situação do indivíduo (Holmes, 2007). Em muitas situações pode-se deparar com os sinais suicidas em cartas escritas pelos indivíduos se desculpendo pelo ato, explicando o porquê da decisão de suicidar e se despedindo de entes queridos (Rezende; Lemos, 2011).

Para Holmes (2007) algumas pesquisas revelam traços característicos e gerais de indivíduos que expõem risco para suicídio, apresentando dados significativos de aumento de suicídio nesses grupos. Essas taxas são justificadas pelo fato de que esses indivíduos com-

partilham níveis mais altos de estresse e depressão ou necessitam de apoio social, dentre eles podemos citar indivíduos idosos, alcoólatras, adolescentes, advogados, indivíduos que moram sozinhos.

Em “Suicídio e os Desafios para a Psicologia” (2013, p. 10), o Conselho Federal de Psicologia (CFP) adverte que,

mais de um milhão de pessoas tiram a própria vida todos os anos no mundo [...]. Os países de baixa e média renda são os que têm a maior parte da carga suicida global, isso inclui o Brasil – cujo índice anual ultrapassou os nove mil em 2011.

A compreensão e explicações para tais fatos envolvem a falta de estrutura para prevenção e o baixo investimento na capacitação das equipes de saúde para acompanhar a demanda crescente em assistência à saúde geral e especializada em saúde mental, dentre outros fatores, além da falta de um plano nacional de prevenção ao suicídio.

No que tange às mortes por suicídio no Brasil, estudos recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) afirmam que o Brasil é o quarto país latino-americano com o maior crescimento no número de suicídios entre 2000 e 2012. De acordo com o relatório apresentado, na América Latina, apenas cinco países tiveram um aumento percentual no número de suicídios entre 2000 e 2012: Guatemala (20,6%), México (16,6%), Chile (14,3%), Brasil (10,4%) e Equador (3,4%).

Waiselfisz (2014), ao elaborar um mapa da violência no Brasil, que retrata as condições dos jovens, considera o suicídio como uma das três principais causas externas de mortes no país. As outras duas são as mortes por causas violentas (homicídios) e os acidentes de transporte.

Frente à contundência desses dados e a gravidade da situação, foi realizada a presente pesquisa. Ela é justificada, do ponto de vista científico, em uma possível contribuição para a ampliação do conhecimento sobre o suicídio nas pequenas cidades do interior do país, que, de alguma forma, auxilie a preencher lacunas encontradas para se trabalhar o tema na atualidade brasileira. Em relação à sua

aplicação social, o tema abordado traz contribuições para a sociedade, podendo auxiliar indivíduos e a comunidade, na adoção de políticas públicas contra o suicídio e na implantação de um plano nacional de prevenção ao suicídio.

O capítulo objetivou analisar fatores de risco e a proteção contra o comportamento suicida em Catalão - GO no período de 2011 a 2017. Especificamente, ele objetivou: a) realizar um estudo documental exploratório nos prontuários do Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO, no período de 2011 a 2017; b) identificar os fatores de risco ao comportamento suicida nos usuários atendidos pelo Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO; c) oferecer atendimento psicoterápico individual (psicoterapia de crise) às crianças e adolescentes atendidos pelo Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência, com risco de comportamento suicida, contribuindo para o desenvolvimento de fatores de proteção contra o suicídio; d) disponibilizar apoio psicológico a pais e responsáveis por crianças e adolescentes atendidos pelo Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO, que apresentem fatores de risco ao comportamento suicida.

Apontamentos sobre os estudos do suicídio na atualidade: sua prevenção é possível?

O suicídio não é um tema novo, Durkheim o abordou, rigorosamente, como fenômeno social em 1897. Sabe-se que como fato social, presente em todas as culturas, ele está sujeito à influência de um sistema de crenças, valores e costumes, em que a rede de apoio, a coesão social e a interação grupal funcionam como fatores de proteção (Botega, 2015).

Todavia, os dados oficiais da OMS (2014) demonstram que suas taxas cresceram nos países da América Latina nas últimas décadas, notadamente, no Brasil, assim como em outras partes do mundo. Então, cabe perguntar: como compreender o suicídio? O que fazer frente a um fenômeno, que contraria os esforços da ciência no

sentido de aumentar a qualidade e a expectativa de vida da humanidade? As estatísticas relativas ao suicídio são confiáveis? Os dados publicados são precisos? Haveria casos de suicídios não registrados como tais? São questionamentos difíceis de responder, embora os avanços dos estudos na área sejam incontestes.

Conforme D'Oliveira (2006, p. 177),

o suicídio é um fenômeno violento, complexo e merece uma ampla discussão na sociedade. Apresenta especificidades que permitem o desenvolvimento de medidas favoráveis a uma política de prevenção (proibição de determinados meios, melhoria da assistência médica, atenção a grupos vulneráveis).

O que, certamente, dificulta sua compreensão e controle. Entretanto, o autor avança com a possibilidade de prevenção, o que será mais bem explorado mais adiante.

Especialistas no assunto como Botega (2015) e a OMS (2014) defendem que as tentativas de suicídio devem ser vistas como formas de comunicação de sofrimentos, dirigidas a pessoas próximas, sejam do núcleo familiar, social ou da esfera do trabalho. Suicídios e tentativas podem ser compreendidos como fenômenos distintos e ocorrem diferentemente entre os gêneros.

No que tange às estatísticas, Botega (2015) nos informa que,

[...] os números oficiais são enviados pelos países-membros da OMS ou por um representante da instituição comprometido com a prevenção do suicídio. Caso isso não seja feito de modo apropriado e com a regularidade desejável, poderá ocorrer prejuízo nas análises de tendência e na comparabilidade entre países (p. 56)

No que se refere à prevenção, há consenso quanto ao entendimento que o suicídio seja um problema de saúde pública. A OMS, entidades civis e órgãos governamentais não têm medido esforços no

sentido de desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos (Botega, 2007; 2015; OMS, 2000; 2006; 2014;). Para Botega *et al.*, (2006) “o suicídio não é tão somente uma tragédia no âmbito pessoal; ele também representa um sério problema de saúde pública” (p. 214); portanto, deve ser prevenido.

A OMS elaborou várias diretrizes e um “Plano de Prevenção ao Suicídio”, mas, infelizmente, nem todos os países o adotou (OMS, 2000; 2005). A publicação “Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros” (OMS, 2006) é parte de uma série de recursos dirigidos a grupos sociais e profissionais específicos que são particularmente relevantes na prevenção do suicídio, onde estão mapeados fatores e situações de risco, mas, principalmente, diretrizes e cuidados necessários no desenvolvimento de fatores de proteção contra o suicídio.

Quanto ao Brasil, o governo publicou as “Diretrizes Brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio”, em 2006, através da Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, por meio da qual instituiu “Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio”, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, enfrentando em parte o problema.

Consonantes com essas diretrizes Botega, Werlang, Cais e Macedo, (2006) afirmam que,

[...] os esforços de prevenção do comportamento suicida devem estar pautados no conhecimento dos fatores de risco, sendo fundamental que as ações se voltem ao que pode ser transformado, evitando aquilo que possa ser evitado e amenizando o que foge de qualquer possibilidade de intervenção (p. 214)

Conforme Suominen, *et al.* (2004) o reforço dos fatores ditos protetores e diminuição dos fatores de risco, tanto no nível individual como coletivo são essenciais na prevenção do suicídio. Entre os fatores protetores, os autores citam bons vínculos afetivos, sensação de estar integrado a um grupo ou comunidade; religiosidade; estar casado ou com companheiro fixo; ter filhos pequenos. Sabe-se que

o sentimento de religiosidade e a crença em outro mundo estão diretamente relacionados a menores taxas de suicídios, ajudando no enfrentamento de doenças graves e terminais, ocasiões em que as ideações e tentativas de suicídio são mais frequentes.

Quanto aos fatores risco, mais extensivamente estudados, destacam-se: certos transtornos mentais (depressão, alcoolismo), perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, relação familiar conturbada, personalidade com fortes traços de impulsividade e agressividade e situações clínicas como doenças crônicas incapacitantes, dolorosas, desfigurantes, e, ainda, ter acesso fácil a meios letais (Botega; *et al.*, 2006; Suominen; *et al.*, 2004; OMS, 2003). Conforme Botega, *et al.*, (2006, p. 217)

a associação entre depressão e suicídio é inequívoca. O risco de suicídio aumenta mais de 20 vezes em indivíduos com episódio depressivo maior e é ainda maior em sujeitos com comorbidade com outros transtornos psiquiátricos ou doenças clínicas.

Todavia, cabe mencionar que o Brasil não implantou, na íntegra, o plano da OMS, mas adotou diretrizes para um plano nacional de prevenção do suicídio, explicitando a amplitude com o qual deve ser considerado tal fenômeno. Conforme Botega, *et al.* (2006) incluem-se nestas diretrizes,

[...] aspectos como a promoção de qualidade de vida, a criação de estratégias de comunicação e sensibilização em relação a esse fenômeno, promoção de cuidados à população que contemplam acesso a modalidades terapêuticas, estímulo à pesquisa e a disseminação de informações sobre tentativas e suicídio propriamente dito, assim como a promoção de educação permanente de profissionais da saúde pública. (p. 219)

Sendo assim, fica evidente que o suicídio seja um problema de saúde, que pode ser controlado e até mesmo evitável. Esforços científicos são necessários para melhor conhecer este indigesto fe-

nômeno no contexto cultural brasileiro, visando subsidiar a adoção de políticas públicas que contribuam para a redução do sofrimento advindo de situação tão emblemática.

O suicídio na infância e adolescência

O suicídio na infância, na adolescência, como em qualquer faixa etária é uma morte antecipada que esteve presente em todos os momentos que o fenômeno foi registrado. Todavia, a adolescência foi considerada por Stanley Hall (psicólogo norte-americano) como um período de “tempestade e tormenta”. Exageros à parte, essa fase da vida, geralmente, é intensa, marcada por conflitos e mudanças. Então, conforme Borges e Werlang (2006) “na busca de uma solução para seus problemas, estes jovens podem, por exemplo, recorrer a comportamentos agressivos, impulsivos ou suicidas” (p. 346).

Segundo D'Oliveira (2006),

[...] quando ocorre uma tentativa ou um suicídio entre jovens, várias questões são levantadas e nunca se encontra uma resposta única. A compreensão dos estudiosos é que se pode tentar entender as circunstâncias dos fatos, as crises vivenciadas pelo indivíduo e sua família, a dinâmica funcional do meio familiar, os sentimentos envolvidos e a influência e peso de fatores ambientais (p. 178)

Então, por mais solitária que seja a decisão, ela ocorre num contexto social, que, por um lado, demonstra a insuficiência de nossos recursos para evitar o fato. Por outro, nos apresenta elementos que possibilitam sua investigação.

Dutra (2001) constatou que o suicídio entre jovens de 15 a 19 anos vem aumentando em todo o mundo. Para Freitas e Botega (2002) o suicídio é considerado risco por representar a segunda causa de internações na população de 10 a 19 anos do sexo feminino na rede SUS, exigindo ações efetivas no sentido de enfrentar este problema social.

Considerando que as representações sociais da ideação suicida apresentam valor preditivo para o aniquilamento de si, Araújo, Vieira e Coutinho (2010) realizaram um estudo com 90 participantes do ensino médio, em João Pessoa - PB. Os resultados mostraram um índice de 22,2% de adolescentes com ideação suicida, havendo significativas diferenciações entre as representações elaboradas pelos grupos com e sem ideação suicida. Os adolescentes que apresentaram ideação se autorrepresentaram como pessoas sozinhas, associando a ideação a sentimentos de desesperança e solidão, ao mesmo tempo em que expressaram um pedido de ajuda diante de seu sofrimento.

Estudando a demanda de Unidades de Emergências de Ribeirão Preto – SP, Avanci, Pedrão e Costa Junior (2005) traçaram o perfil epidemiológico de adolescentes admitidos naquelas unidades, com diagnóstico de tentativa de suicídio, no ano de 2002. Os resultados mostraram que 77,8% dos casos pertencem ao sexo feminino, predominância da faixa etária entre 15 e 19 anos, estado civil solteiro/a, cor branca, estudantes, com residência em bairros de baixo poder aquisitivo, utilizando a ingestão de medicamentos no período diurno, e são semelhantes aos descritos em outros estudos, necessitando assim atenção especial.

Analisando os fatores de risco e de proteção contra o suicídio Benincasa e Rezende (2006, p. 107) destacam nas respostas dos participantes do estudo por eles realizado

a falta de oportunidade para refletirem sobre todos os riscos aos quais estão expostos diariamente e, com isso, são impossibilitados de reformularem suas opiniões, pensarem sobre seus hábitos e sobre possíveis soluções protetoras para tais riscos.

A OMS (2000, p. 3) entende que o suicídio pode ser prevenido e sua prevenção

envolve uma série completa de atividades, abrangendo desde a provisão das melhores condições possíveis para congregar nossas crianças e jovens através de um tratamento efetivo dos distúrbios mentais até um controle ambiental dos fatores de risco.

Conforme Borges e Werlang (2006) o suicídio pode ser evitado por meio de ações preventivas, que envolvam a família, a escola, os meios de comunicação, dentre outros recursos. Sendo assim, esforços dos diversos segmentos da sociedade são necessários na difícil tarefa do controle e prevenção do suicídio.

Metodologia

Este capítulo consiste em pesquisa pautada pela metodologia de métodos mistos, utilizando a estratégia explanatória sequencial: emprega o método quantitativo inicialmente, para poder identificar questões a serem analisadas de modo mais aprofundado com o método qualitativo e para subsidiar a identificação de fatores de risco ao suicídio para a composição da amostra para a investigação qualitativa, conforme Campos (2014).

Considerando a importância de aprofundar a análise e o conhecimento acerca do fluxo, utilização e efetividade de equipamentos sociais existentes no Brasil, esse tipo de abordagem pressupõe uma etapa exploratória prévia ao levantamento do campo do inquérito que permitirá identificar as variáveis principais que serão utilizadas para a definição da amostra necessária de dados primários. Essa abordagem propicia a exploração em detalhes e com especificidade dos contextos das cidades de pequeno porte do interior de Goiás, ampliando as possibilidades de adoção de políticas públicas, que controlem e previnam o suicídio.

Para Creswell (2007), a pesquisa qualitativa e quantitativa nas ciências humanas e sociais, ou seja, a pesquisa de métodos mistos, que emprega coleta de dados associada às duas formas de dados, está expandindo e se constituindo inclusive na área da saúde. Este tipo de método surgiu como uma estratégia para ampliar os conhecimentos sobre o objeto da pesquisa, na medida em que se passa de um método para o outro, ampliando o alcance do estudo.

Etapas da pesquisa

A presente pesquisa foi desenvolvida em três etapas distintas, a saber: 1) Análise de prontuários do Ambulatório de Saúde Mental da

Infância e da Adolescência; 2) Atendimentos psicoterápicos a crianças e adolescentes com fatores de risco ao comportamento suicida (psicoterapia de crise) e 3) Grupos de apoio psicológico a pais e/ou responsáveis, conforme abaixo descritos:

Análise de prontuários do Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da adolescência:

A primeira etapa do estudo consistiu na análise de prontuários de crianças e adolescentes atendidos pelo Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência da cidade de Catalão - GO, no período de 2011 a 2017, perfazendo um total de 1497 prontuários analisados.

Os registros nos prontuários têm por finalidade, estabelecer uma comunicação entre a equipe multiprofissional envolvida nos cuidados aos usuários, facilitando a continuidade da assistência e a elaboração de um plano terapêutico singular, subsidiando o acompanhamento da evolução dos usuários. Além disso, no plano institucional e de gestão, representam um documento legal tanto para o usuário, como para a instituição, e podem ser úteis para a avaliação da qualidade dos serviços (Campos, 2014).

Na perspectiva da análise da qualidade do cuidado, das ações e dos serviços de saúde foram analisados, por meio de pesquisa documental, todos os prontuários de usuários, ativos e inativos, atendidos no período de 2011 a 2017. Foi elaborado oportunamente pela equipe de pesquisadores um roteiro para caracterizar os prontuários estudados, tendo elementos ou variáveis que permitiram analisar as questões problematizadas por esse estudo, notadamente, os fatores de risco ao suicídio.

Atendimentos psicoterápicos a crianças e adolescentes com risco de comportamento suicida

Foi oferecido atendimento psicoterápico individual (psicoterapia de crise) às crianças e adolescentes usuários do Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência, que apresentaram risco de comportamento suicida. As psicólogas responsáveis pelos atendimentos dos casos fizeram encaminhamentos dos usuários ao Serviço

de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão, situado na cidade de Catalão - GO. Os usuários foram acolhidos por estagiários do curso de Psicologia, em horários previamente agendados, sob a supervisão de um professor pesquisador. Os atendimentos psicoterápicos foram realizados com, no mínimo, uma sessão semanal, pelo período de um ano. Havendo alta, interrupção ou desistência do tratamento, os casos foram comunicados ao Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO e aos órgãos e entidades responsáveis, que encaminharam o caso ao Ambulatório (Promotoria, Juizado, Conselho Tutelar etc.).

A modalidade de psicoterapia adotada nessa fase do estudo foi a psicoterapia dinâmica breve. Nesse tipo de tratamento, conforme Cordioli (2018, p. 22-23),

[...] terapeuta e paciente devem poder rapidamente definir um foco ou problema e estar de acordo em trabalhar sobre ele [...]. Ela é indicada para pacientes com transtornos de ajustamento e de personalidade leves, organização neurótica de personalidade ou problemas agudos, na vigência de transtornos caracterológicos crônicos.

Contudo, havendo necessidade, o usuário seria encaminhado para psicoterapia de longo prazo, disponibilizada na mesma instituição de ensino.

Conforme Botega (2015, p. 177),

a psicoterapia de crise é orientada para as circunstâncias pessoais e sociais que colocam o paciente em risco [...] seu objetivo é reduzir a perturbação mental e, consequentemente, o risco de suicídio.

Na psicoterapia de crise a ênfase do processo é colocada nos aspectos mutáveis da situação, como: reforçamento dos mecanismos de defesa adaptativos, afastamento de pressões que ensejam a crise, adoção de medidas que aliviem os sintomas, aumento da autoestima do paciente e restabelecimento de habilidades adaptativas,

dentre outros. Seu referencial teórico e procedimentos técnicos, na presente situação, foram embasados na teoria psicodinâmica, com atenta observação à disponibilidade interna do usuário, ouvindo com atenção, paciência e sem julgamentos, posto que nas crises as ambivalências sejam esperadas.

Situações críticas estão sujeitas a agravamento nos quadros, mudanças na medicação e internação hospitalar. Sendo assim, para Botega (2015) a psicoterapia de crise pressupõe reuniões com familiares e pessoas significativas, a serem mais bem detalhadas no próximo item. Não obstante, o acompanhamento psiquiátrico foi realizado no Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO, pelo profissional que ali presta serviço. Troca de informação entre os profissionais subsidiou o suporte disponibilizado aos usuários, buscando restabelecer sua saúde e prevenir o suicídio.

Grupos de Apoio psicológico a pais e/ou responsáveis

Os pais ou responsáveis foram também encaminhados pelas psicólogas do Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência ao Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão, antes qualificado, para apoio psicológico. Os candidatos ao atendimento foram acolhidos por estagiários do curso de Psicologia, sob a supervisão de um professor pesquisador. Havendo adesão à proposta de apoio, foram compostos grupos de pais com oito a dez participantes, com a previsão de encontros quinzenais de até duas horas de duração. Havia, inicialmente, a previsão de até 24 encontros, no formato de grupos operativos.

O referido apoio foi fundamentado nas técnicas de grupo operativo, de Pichon-Riviere (2009), as quais investigam a influência do grupo familiar em seus pacientes, usando uma didática interdisciplinar. O objetivo do uso destas técnicas foi abordar, por meio da tarefa, da aprendizagem, os problemas pessoais relacionados com a tarefa, levando o indivíduo a pensar; o indivíduo “aprende a pensar”, passando de um pensar vulgar para um pensar mais estruturado.

Cuidados éticos

Os participantes da pesquisa foram informados quanto ao objetivo do estudo, à não existência de riscos ou desconfortos associados à realização da pesquisa, à possibilidade desistir das participações nos momentos que considerassem adequados e que os resultados do estudo poderiam ser publicados em artigos e/ou livros científicos ou apresentados em congressos profissionais, sem informações pessoais que pudessem identificá-los, conforme o disposto na Resolução 466/2012, publicada pelo Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

O presente capítulo que traz o estudo, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás e aprovado como parte integrante do projeto: “Suicídio e comportamento suicida nas diversas fases da vida: uma pesquisa mista”, cadastrado pela profa. Roselma Lucchese Parecer 2.431.072 (projeto guarda-chuva). Cabe ainda destaque que àqueles que aceitaram participar da pesquisa assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE –, em duas vias (uma para o usuário e outra para os pesquisadores), conforme previsto nas Resoluções acima mencionadas, que estabelecem as normas e regulamentam a realização de pesquisa com seres humanos.

Resultados e discussões

Análise de prontuários do Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência:

Foram analisados 1497 prontuários, registrados no período de 2011 a 2017, ficando os resultados configurados, conforme observados na Tabela 1:

Faixa etária	Masc.	%	Fem.	%	Total	%
<05 a 08 anos	488	32,60	255	17,03	743	49,63
09 a 11 anos	217	14,50	166	11,10	383	25,60
12 a 14 anos	158	10,55	127	8,48	285	19,03
15 a 17> anos	56	3,74	30	2,00	86	5,74
TOTAL	919	61,39	578	38,61	1497	100,00

Tabela 1. Distribuição de atendimentos realizados no Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO, no período de 2011 a 2017, por faixa etária (N = 1497)

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Observa-se uma concentração dos atendimentos realizados pelo Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO, na faixa etária de <05 a 08 anos, conforme demonstrado na Tabela 1, perfazendo um total de 743 prontuários (49,63%). Ao considerar os prontuários da primeira e segunda infância, aproximadamente, registra-se 1126 prontuários, ou seja, 75,23% da demanda atendida. Justifica tal fato a expertise do equipamento social no atendimento à infância, haja vista que na cidade de Catalão - GO, apenas este órgão atende ao público compreendido na faixa etária em questão.

Outra hipótese é que o adoecimento psíquico e as tentativas de suicídio têm ocorrido cada vez mais cedo (Botega, 2015; Holmes, 2007). Conforme Freitas e Botega (2002) ressaltam o suicídio como risco por representar a segunda causa de internações na população de 10 a 19 anos do sexo feminino na rede SUS. Corroboram ainda esses resultados, a pesquisa de Benincasa e Rezende (2006), que encontrou o suicídio e suas tentativas como a segunda causa de internações na população do sexo feminino na rede SUS, para mesma faixa etária.

Sendo assim, a implantação de políticas públicas que atendam a esse público torna-se um desafio a ser enfrentado. Os resultados de pesquisas realizadas por diversos pesquisadores são suficientes para embasar e justificar tais investimentos e a capacitação dos atores que atuam nesta área do conhecimento. Outra preocupação é com o esclarecimento da população, alertando para a possibilidade de adoecimento mental entre crianças na primeira e segunda infância. Se a população dispuser de meios para identificar o adoecimento logo no início da aparição dos sintomas, certamente, os cuidados serão mais eficazes.

Prontuários analisados	Com ideação		Sem ideação		Total	%
Masculino	17	1,14%	902	60,25%	919	61,39
Feminino	38	2,54%	540	36,07%	578	38,61
TOTAL	55	3,68%	1442	96,32	1497	100,00

Tabela 2. Distribuição de atendimentos realizados no Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO, no período de 2011 a 2017, por sexo (N = 1497)

Fonte: Dados da própria pesquisa.

No que se refere à ideação suicida, conforme Tabela 2, a análise dos prontuários demonstrou que, embora haja maior procura do serviço por usuários do sexo masculino, 919, representando, 61,39%, da amostra estudada, há maior incidência de ideação suicida entre os usuários do sexo feminino. Esses resultados confirmam os achados amplamente divulgados por pesquisadores nacionais e internacionais (Avanci; Pedrão; Costa Junior, 2005; Botega, 2015; Holmes, 2007; OMS, 2002).

Todavia, o percentual de ideação suicida encontrado para a população em estudo (1,14% masculino e 2,54% feminino) ficou abaixo das taxas e regionais, Catalão - GO, 3,16; sul goiano 6,30 e nacional 5,01 para cada 100 habitantes (Ministério da Saúde/Data-sus, 2013), representando certo alento no enfrentamento do problema. Não obstante, cabe destaque o mascaramento das tentativas de suicídio na infância e ainda que as tentativas são dez vezes mais frequentes que os registros oficiais (Botega, *et al.*, 2006; Botega, 2007).

Prontuários Analisados	Ativos				Inativos				Total	%
	Masc.	%	Fem.	%	Masc.	%	Fem.	%		
Sem ideação	107	7,42	64	4,44	795	55,13	476	33,01	1442	100
Com ideação	02	3,64	08	14,55	15	27,27	30	54,54	55	100
TOTAL	109	7,28	72	4,81	810	54,11	506	33,80	1497	100

Tabela 3. Análise de prontuários de crianças e adolescentes atendidos no Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO, com anotação de tentativas de suicídio registradas no período de 2011 a 2017 (N = 1497)

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Fazendo um recorte nos resultados e trabalhando especificamente as tentativas de suicídio, conforme Tabela 3, numa análise global dos prontuários, encontrou-se 1497 usuários atendidos no período compreendido entre 2011 e 2017 no Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO, sendo que 1442 não apresentaram ideação suicida. Registra-se ainda que destes, 1271 usuários se encontram inativos, ou seja, foram atendidos, receberam alta, foram encaminhados ou abandonaram o tratamento, perfazendo um total 795 masculinos, 55,13% e 476 femininos, 33,01.

Os usuários com ideação suicida totalizam 55, sendo que 10 encontram-se em atendimento e 45 concluíram suas atividades no equipamento social em estudo. Da amostragem com ideação suicida 38 (69,09%) são do sexo feminino e 17 (30,91%) do sexo masculino, corroborando os estudos antes mencionados (Avanci; Pedrão; Costa Junior 2005; Botega, 2015; Holmes, 2007; OMS, 2002), que apontam a ideação e tentativa suicida mais frequente entre usuários do sexo feminino. Apenas 10 casos com ideação suicida estão em tratamento no Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO, haja vista que, após o início do presente estudo, os casos registrados no último ano foram encaminhados para a Clínica Escola da Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão.

Faixa etária	Masc.	%	Fem.	%	Total	%
<05 a 08 anos	05	9,09	04	7,27	09	16,36
09 a 11 anos	04	7,27	07	12,72	11	20,00
12 a 14 anos	06	10,91	16	29,10	22	40,00
15 a 17> anos	02	3,64	11	20,00	13	23,64
TOTAL	17	30,91	38	69,09	55	100,00

Tabela 4. Distribuição de usuários atendidos no Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO, no período de 2011 a 2017, com ideação/tentativa de suicídio, por faixa etária (N = 55)

Fonte: Dados da própria pesquisa.

No que concerne às ideações e tentativas de suicídio elas concentram nas faixas etárias mais avançadas (12 a 14 anos e 15 a 17>anos) para ambos os sexos, conforme demonstrado na Tabela 4, o que pode ser justificado na negativa do suicídio na infância e no agravamento dos quadros com o passar da idade. Não obstante, os resultados encontrados confirmam estudos anteriores, concentrando, predominantemente, entre usuários do sexo feminino, havendo diferença significativa entre os sexos. Ressalta-se também, que apenas 14 casos (25,45%) foram acompanhados por psiquiatra, com os usuários fazendo uso de medicamentos com controle médico. Este fato reforça a necessidade de investimento na saúde pública, melhorando a assistência médica prestada no município de Catalão - GO, notadamente, no que diz respeito a assistência médica preventiva.

Usuários	Quantidade	%	Meios empregados na passagem ao ato	Freq.	%
Masculino	17	30,91	Automutilação/corte pulsos e pernas	05	9,10
			Ideação sem passagem ao ato	07	12,72
			Ingestão de medicamentos	03	5,45
			Queda de precipício	01	1,82
			Uso de fogo/queimadura	01	1,82
Feminino	38	69,09	Automutilação/corte pulsos e pernas	30	54,55
			Ideação sem passagem ao ato	03	5,45
			Ingestão de medicamentos	04	7,27
			Enforcamento	01	1,82
TOTAL	55	100		55	100

Tabela 5. Distribuição de usuários atendidos no Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO, no período de 2011 a 2017, por meios empregados na passagem ao ato (N = 55)

Fonte: Dados da própria pesquisa.

No tocante à análise dos meios empregados na passagem ao ato, conforme acima demonstrado na Tabela 5, observa-se uma maior frequência entre os usuários do sexo feminino (69,09%), prevalecendo a automutilação/corte dos pulsos e pernas entre esse público, como meio mais empregado na tentativa de suicídio. Entre os usuários do sexo masculino (30,91%), como meio prevaleceu a ideação, sem passagem ao ato, contrariando as estatísticas oficiais que relatam maior efetividade

do suicídio entre homens. Uma possível explicação para tal fato, talvez seja a faixa etária do público estudado, não havendo registro de dados consagrados de tentativa de suicídio para esta parcela da população.

Fatores de risco ao comportamento suicida (*)	Frequência	%
Automutilação	35	15,77
Agressividade	30	13,51
Desestruturação familiar	20	9,01
Depressão	18	8,11
Alcoolismo/uso de drogas	16	7,21
Ansiedade	13	5,86
Labilidade de humor	12	5,40
Isolamento social	11	4,95
Queda no rendimento escolar	09	4,05
Ingestão indevida de medicamentos	08	3,60
Baixa autoestima	06	2,70
Perda de entes queridos	06	2,70
Abandono familiar	05	2,25
Nervosismo	05	2,25
Tristeza	05	2,25
Violência familiar	05	2,25
Frustração	03	1,35
Insônia	03	1,35
Outros fatores	03	1,35
Pânico	03	1,35
Obesidade	02	0,91
Ouvir vozes/ver vultos	02	0,91
Rejeição dos pais	02	0,91
TOTAL	222	100,00

Tabela 6. Distribuição de fatores de risco ao comportamento suicida entre usuários atendidos no Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO, no período de 2011 a 2017 (N = 55)

Fonte: Dados da própria pesquisa.

(*) há mais de um fator de risco ao comportamento suicida registrado no prontuário de cada usuário.

No que diz respeito à análise dos fatores de risco ao comportamento suicida, conforme Tabela 6, para os 55 usuários com ideação suicida foram listados nos prontuários 222 fatores de risco, sendo

estatisticamente mais frequentes: automutilação (35, 15,77%); agressividade (30, 13,51%); desestruturação familiar (20, 9,01%); depressão (18, 8,11%); alcoolismo/uso de drogas (16, 7,21%); ansiedade (13, 5,86%); labilidade de humor (12, 5,40%) e isolamento social (11, 3,82%), dentre outros. Sendo assim, os fatores de risco ao comportamento suicida corroboram estudos consagrados na área (Benincasa; Rezende, 2006; Borges; Werlang, 2006; Botega, 2007; Botega, 2015) e certamente, conhecendo os fatores de risco ao comportamento suicida fica mais fácil prevenir desfecho tão nefasto, que instiga o conhecimento humano.

Atendimentos psicoterápicos a crianças e adolescentes com risco de comportamento suicida

O Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO encaminhou à clínica escola da Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão, no período de setembro de 2017 a agosto de 2018, 19 usuários, sendo 12 do sexo feminino (63,16%) e 7 do sexo masculino (36,84%). Os referidos usuários foram acolhidos e atendidos na clínica escola, sendo-lhes oferecido o apoio psicológico para o enfrentamento da crise. A modalidade de psicoterapia adotada nessa fase do estudo foi a psicoterapia dinâmica breve, realizada por um(a) aluno(a) que estivesse cursando o quinto ano de graduação em Psicologia. No plano individual de tratamento foi realizada pelo menos uma sessão psicoterápica por semana, perfazendo um total 277 sessões e/ou procedimentos clínicos realizados. Constata-se que o serviço prestado suportou perfeitamente as crises existenciais, havendo registro de apenas duas passagens ao ato.

No que tange às referidas passagens ao ato, elas dizem respeito a duas usuárias do sexo feminino, da mesma faixa etária (16 anos), residentes em um lugarejo da zona rural de Catalão - GO, denominado Santo Antônio do Rio Verde. Trata-se de um distrito do município de Catalão, no Estado de Goiás. Não há registro oficial da população residente no lugar, contudo ela não chega a 1000 habitantes.

A passagem ao ato, em ambos os casos, utilizou o mesmo *modus operandis*, ingestão indevida de medicamentos. Chama a atenção o fato de as tentativas de suicídio ocorrer quase que de forma sincronizada: uma das adolescentes tentava suicídio e a outra, no prazo máximo de uma semana, também tentava, usando o mesmo meio. Embora, no começo elas não se conhecessem, suspeita-se que havia entre elas um pacto de morte, levando à potencialização dos fatores de risco ao comportamento suicida. Registra-se ainda a ocorrência de três tentativas de cada usuária no último ano. Análise preliminar dos resultados aponta não haver contato das adolescentes com agrotóxicos e/ou outros produtos químicos que tenham predispostos as participantes ao comportamento suicida.

Ressalta-se ainda como ponto negativo na realização da presente pesquisa a inexistência do atendimento psiquiátrico, conforme estabelecido como condição inicial para a realização do apoio psicológico. O Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO dispõe de apenas um médico psiquiatra especialista em atendimento infantil, sendo insuficiente para o atendimento da demanda espontânea e direcionada. Sendo assim, para não negligenciar atendimento psicológico, mesmo estando em desacordo com as condições iniciais acordadas, o apoio psicológico foi oferecido aos usuários com notória resolutividade no enfrentamento das crises.

Grupos de apoio psicológico a pais e/ou responsáveis

No que se refere aos grupos de apoio aos pais e/ou responsáveis, a segunda parte da pesquisa, aquela que previa a realização de uma pesquisa-ação, com o engajamento dos pais e responsáveis no tratamento dos filhos não foi realizada. Não houve adesão à proposta do estudo, sendo que apenas quatro pais aceitaram participar das orientações, inviabilizando a realização dos grupos operativos, conforme previa o projeto. Assim sendo, trabalhou-se com as orientações daqueles pais que aderiram à proposta de trabalho, individualmente, perfazendo um total de 21 sessões de orientação realizadas. Duas

das mães foram encaminhadas para acompanhamento psicoterápico individual, dada a necessidade de apoio psicológico mais robusto e ainda permanecem em psicoterapia.

Uma das possíveis causas para explicar o ocorrido diz respeito ao horário de funcionamento da clínica escola, que supostamente concorria com o horário de trabalho dos pais. Não obstante, foi oferecida a eles a possibilidade de atendimento até às 20h, o que não logrou êxito. Outra possível explicação é a negação da necessidade de tratamento psicológico dos filhos, levando ao não engajamento no tratamento deles. Cabe ainda destaque o fato de os usuários serem encaminhados ao serviço escola contra suas vontades, ou seja, serem encaminhados pelo “poder de polícia” dos demandantes: Ministério Público, Conselho Tutelar e até mesmo o Ambulatório, que os coagiam a procurar atendimento para seus filhos. Não foram raras as vezes que havendo faltas consecutivas ao serviço, esses órgãos foram acionados para intervir nas situações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À guisa de conclusão cabe ressaltar que foi possível analisar criticamente fatores de risco e a proteção contra o comportamento suicida em Catalão - GO, no período de 2011 a 2017, estando os resultados, amplamente apresentados nas seções anteriores.

O estudo documental exploratório, realizado por meio da análise dos prontuários do Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência de Catalão - GO possibilitou identificar os fatores de risco ao comportamento suicida nos usuários, fornecendo base sólida para o enfrentamento do problema suicídio em Catalão e cidades circunvizinhas.

No tocante à oferta de atendimento psicoterápico individual (psicoterapia de crise) aos usuários do Ambulatório de Saúde Mental da Infância e da Adolescência, com risco de comportamento suicida, ele contribuiu para o desenvolvimento de fatores de proteção contra o suicídio. Não obstante, há ainda necessidade de maior entrosamento

entre as instituições que se propõem a trabalhar com este segmento social, aumentando a efetividade das ações desenvolvidas. O uso do poder de força dos órgãos estatais mostrou-se pouco efetivo no encaminhamento das estratégias e o envolvimento dos pais no tratamento dos filhos foi um dos pontos falhos da proposta de intervenção.

Não obstante, cabe reconhecer os méritos do trabalho realizado. Os resultados do presente capítulo constituem em uma base confiável de dados da população atendida pelo Ambulatório de Saúde Mental da Criança e do Adolescente de Catalão - GO, contribuindo para a organização do serviço e para o atendimento da demanda da população assistida. Essa informação pode contribuir para a implantação e aperfeiçoamento de políticas públicas apoiadas em dados e evidências, permitindo uma tomada de decisão embasada na realidade de Catalão e cidades circunvizinhas, conforme recomendam os estudiosos do tema e as instituições de saúde coletiva.

Por meio da devolutiva dos resultados aos gestores e profissionais lotados no Ambulatório de Saúde Mental da Criança e do Adolescente de Catalão - GO pretendeu-se instaurar processos de intervenção e mudanças, na medida em que estimulam o questionamento sobre as práticas, o reposicionamento dos sujeitos com relação à suas convicções e posturas, o conhecimento sobre os fatores de risco e o desenvolvimento de fatores de proteção contra o suicídio. Entretanto, além da devolutiva, os resultados da pesquisa podem contribuir para a formulação de políticas e para o trabalho de gestores e profissionais de saúde mental do Sistema Único de Saúde (Campos, 2014).

Sendo assim, conclui-se que, embora tenha havido percalços, o estudo contribuiu para o conhecimento da realidade regional, estabelecendo bases para a implantação de políticas públicas que sejam efetivas no enfrentamento do problema. A oportunidade de aquisição de conhecimento teórico e prático disponibilizada aos alunos foi um dos pontos autossustentáveis da empreitada.

REFERÊNCIAS

- APA - American Psychiatric Association. **Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors**. Arlington: APA, 2003.
- ARAÚJO, Luciene Costa; VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psico-USF**, 15 (1), p. 47-57, 2010. DOI: 10.1590/S1413-82712010000100006.
- AVANCI, Rita de Cássia; PEDRÃO, Luiz Jorge; COSTA JÚNIOR, Moacyr Lobo da. Perfil do adolescente que tenta suicídio admitido em uma unidade de emergência. **Rev. Bras. Enfermagem**, 58(5), 535-9, 2005. DOI: 10.1590/S0034-71672005000500007.
- BENINCASA, Miria; REZENDE, Manuel Morgado. Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. **Boletim de Psicologia**, 124, 93-110, 2006.
- BORGES, Vivian Roxo; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estudos de Psicologia**, 11(3), 345-351, 2006. DOI: 10.1590/S1413-294X2006000300012.
- BOTEGA, Neury José. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, 29(1), 7-8, 2007. DOI: 10.1590/S1516-44462007000100004.
- BOTEGA, Neury José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BOTEGA, Neury José; *et al.* Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, 37, 213-220, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio**. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Disponível em: <https://bit.ly/3CSaTvj>. Acesso em: 30 nov. 2017.
- BRASIL. Resolução 466/2012, que normatiza a pesquisa com seres humanos no Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bit.ly/2H1C9g8>. Acesso em: 28 nov. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica à saúde e do acesso à atenção especializada em regiões metropolitanas brasileiras**. Projeto de pesquisa aprovado na Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit Nº 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde. Campinas – SP (texto não publicado), 2014.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **Psicoterapias**: abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed, 2018.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. **Suicídio e seus desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007.

D'OLIVEIRA, Cláudio Felipe. Atenção a jovens que tentam suicídio: é possível prevenir. In: LIMA, Cláudia Araújo de. (Coord). **Violência faz mal à saúde** (p. 177 – 184). Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

DUTRA, Elza Maria do Socorro. Depressão e suicídio em crianças e adolescentes. **Mudanças**, 9(15), 27-35. 2001.

FREITAS, Gisleine Vaz Scavacini de; BOTECA, Neury José. Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 48, 3, 245-249. DOI: 10.1590/S0104-42302002000300039. 2002.

HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed. 2007.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Geneva: Biblioteca da OMS. 2000. Disponível em: <https://bit.ly/3sm7j7W>. Acesso em: 26 nov. 2017.

OMS - Organização Mundial de Saúde (2002). **Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS)**. Geneva: Biblioteca da OMS.

OMS - Organização Mundial de Saúde (2003). **A saúde mundial – Relatório 2003**. Geneva: Biblioteca da OMS.

OMS - Organização Mundial de Saúde (2005). **Prevenção do suicídio**: enfrentar os desafios, construir soluções. Geneva: Biblioteca da OMS. Disponível em: <https://bit.ly/3ANzQ9G>. Acesso em: 04 dez. 2017.

OMS - Organização Mundial de Saúde (2006). **Prevenção do suicídio:** um recurso para conselheiros. Geneva: Biblioteca da OMS. Disponível em: <https://bit.ly/3k17AcB>. Acesso em: 03 dez. 2017.

OMS - Organização Mundial de Saúde. (2014). **Brasil é 4º em crescimento de suicídios na América Latina.** Disponível em: <https://bbc.in/3jYaZcb>. Acesso em: 01 dez. 2017.

PICHON-RIVIERE, Enrique. **O processo grupal.** São Paulo: Martins Fontes. 2009.

REZENDE, Daniel Calaça.; LEMOS, Moisés Fernandes Lemos. O aniquilamento de si: uma análise de cartas de despedidas de suicidas. **Perspectivas em Psicologia**, 15(2), 227-250. 2011.

SUOMINEN, Kirsi; *et al.* Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. **Am. J. Psychiatry**, 161, 3, 562-563, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.562>.

WASELSELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência:** os jovens do Brasil. Brasília: Secretaria Nacional da Juventude. 2014.

PACO
EDITORIAL



SOBRE OS AUTORES

Organizador

Moisés Fernandes Lemos: Psicólogo. Doutor em Educação, Pós-Doutor em Saúde Coletiva pela UFCAT. Instituto de Biotecnologia (IBiotec). Curso de Psicologia. Orientador no Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional Gestão Organizacional (UFG/RC). Av. Lamartine Pinto de Avelar, 1120, Setor Universitário - CEP 75704-020. Catalão - GO, Brasil. E-mail: moisesflemos@yahoo.com.br.

Autores

Anamaria Silva Neves: Professora Titular do Instituto de Psicologia da UFU - Universidade Federal de Uberlândia, graduada em Psicologia pela UFU, com mestrado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (1996) e doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (2005). cursou o Pós-Doutorado na CWASU - Child and Woman Abuse Studies Unit, instituição vinculada à London Metropolitan University, em Londres (2009-2010). Integrante do ambulatório Nuavidas - Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual (Hospital de Clínicas/UFU). Desenvolve projetos de pesquisa e produções acadêmicas alicerçadas na Psicanálise com ênfase nos temas violência na família; infância e adolescência; vulnerabilidade, sofrimento e trauma. Autora dos livros “Família no singular, histórias no plural: a violência física de pais e mães contra filhos” (Edufu) e “Violência, abandono e destituição do poder familiar: diálogos entre a Psicanálise e o Direito” (Appris).

Bruno Castro Ribeiro: Mestre pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Elilany Elias da Silva: Psicóloga, mestranda em Gestão Organizacional pela Universidade Federal de Catalão - UFCAT. E-mail: elilany@live.com. Orcid: 000-0001-5097-6237.

Emilse Terezinha Naves: Professora Associada do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Possui mestrado em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB), doutorado em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB). E-mail: emilse_naves@ufcat.edu.br.

Gastão Wagner de Souza Campos: Graduado em Medicina pela Universidade de Brasília (UnB), mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (USP) e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), onde atualmente é professor titular. E-mail: gastaowagner@mpc.com.br.

Ivânia Vera: Enfermeira. Doutora em Enfermagem com ênfase à saúde do idoso na Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). (UFCAT). Avaliação da funcionalidade familiar por idosos. Instituto de Biotecnologia (IBiotec). Curso de Enfermagem. Pesquisadora e líder do Grupo de Pesquisa Gestão, Ensino e Cuidado em Saúde e Enfermagem (Gencse). Orientadora no Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional Gestão Organizacional (UFG/RC). Av. Lamartine Pinto de Avelar, 1120, Setor Universitário - CEP 75704-020. Catalão - GO, Brasil. E-mail: ivaniavera@gmail.com.

Jéssica Resende Del' Olmo Bennett: Educadora Física. Mestranda no Programa de Mestrado Profissional em Gestão Organizacional (UFG). E-mail: srt_bennett@hotmail.com.

João Luiz Leitão Paravidini: Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), especialização em Curso de Especialização Em Psicanálise pela Universidade Santa Úrsula (USU), mestrado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC - Campinas), doutorado em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), pós-doutorado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pós-doutorado pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp).

Kamylla Guedes de Sena: Enfermeira pela UFG - Regional Catalão. Mestre pelo Programa de Mestrado Profissional em Gestão Organizacio-

nal - UFG. Professora substituta do curso de Enfermagem da UFCAT. Av. Lamartine Pinto de Avelar, 1120, Setor Universitário - CEP 75704-020. Catalão - GO, Brasil. E-mail: kamylla_g.s@hotmail.com.

Karen Alessandra Saldanha Pereira: Possui Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (2019). Possui especialização em Trabalho Social com Famílias (2013). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (2011). Psicóloga na Prefeitura Municipal de Uberlândia desde 2011. Tem experiência na área de Psicologia Social, Clínica e Saúde Pública.

Pollyane Lisita da Silva: Graduada em Psicologia. Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde, mestranda em Gestão Organizacional pela UFCAT. E-mail: pollyane_psi@ufcat.edu.br.

Renata Wirthmann Gonçalves Ferreira: Psicanalista e professora Adjunta no curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás. Escreve livros infanto-juvenis e foi contemplada com a bolsa Funarte de criação literária em 2009 e uma menção honrosa no I Concurso Nacional de Literatura Infantil e Juvenil promovido pela Companhia Editora de Pernambuco em 2010. Suas principais linhas de pesquisa são os estudos psicanalíticos da psicose, feminilidade e arte. Possui pós-doutorado em Teoria Psicanalítica na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), doutorado em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB) e mestrado em Psicologia pela UnB. E-mail: rewgferreira@uol.com.br.

Rickson Bernardo Martins Miranda: Psicólogo graduado pela Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão. Pós-graduado em Teoria e Técnica Psicanalítica pela mesma instituição. E-mail: ricksonbernardo@gmail.com.

Roselma Lucchese: Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem/Universidade de São Paulo (EEUSP). UFCAT. Saúde mental, educação em enfermagem, uso e abuso de álcool, tabaco e outras drogas e grupos em saúde. Instituto de Biotecnologia (IBiotec). Curso de Enfermagem. Pesquisadora e líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinaridade em Ciências em Saúde (Incisa). Orientadora no Programa de Pós-Graduação

- Mestrado Profissional Gestão Organizacional (UFG/RC). Av. Lamartine Pinto de Avelar, 1120, Setor Universitário - CEP 75704-020. Catalão - GO, Brasil. E-mail: roselmalucchese@gmail.com.

Thais dos Passos Freitas: Psicóloga residente em Saúde Mental pelo Programa Uni e Multiprofissional da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão (UFG/RC). Email: thaisdpfreitas.

PROVA
VIRTUAL

PACO
EDITORIAL

Título	Considerações sobre o suicídio no Brasil: teoria e estudo de casos Vol. 109
Organizador	Moisés Fernandes Lemos
Assistência Editorial	Andressa Marques Giovanna Ferreira Taís Rodrigues
Capa	Larissa Codogno
Projeto Gráfico	Vinicius Torquato
Preparação	Pêtra Kétilen
Revisão	Márcia Santos
Formato	14x21cm
Número de Páginas	172
Tipografia	Adobe Garamond Pro
Papel	Alta Alvura Alcalino 75g/m ²
1ª Edição	Outubro de 2021

Caro Leitor,
Esperamos que esta obra tenha
correspondido às suas expectativas.

Compartilhe conosco suas dúvidas e sugestões:

sac@editorialpaco.com.br

 11 98599-3876

Publique sua obra pela Paco Editorial

EDIÇÃO DE QUALIDADE, DIVULGAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO NACIONAL



Teses e dissertações

Trabalhos relevantes que representam contribuições significativas para suas áreas temáticas.



Grupos de estudo

Resultados de estudos e discussões de grupos de pesquisas de todas as áreas temáticas.



Capítulo de livro

Livros organizados pela editora dos quais o pesquisador participa com a publicação de capítulos.




Técnicos e Profissionais

Livros para dar suporte à atuação de profissionais das mais diversas áreas.

Envie seu conteúdo para avaliação:

livros@pacoeditorial.com.br

11 4521-6315

 11 95394-0872

www.editorialpaco.com.br/publique-na-paco/

Todo mês novas chamadas são abertas:

www.editorialpaco.com.br/capitulo-de-livros/

Conheça outros títulos em
www.pacolivros.com.br

PACO  EDITORIAL

Av. Carlos Salles Block, 658
Ed. Altos do Anhangabaú – 2º Andar, Sala 21
Anhangabaú - Jundiaí-SP - 13208-100