

Adolescentes Suicidas: estudo de caso sobre um conceito sintomático para os profissionais de saúde de um Pronto Socorro

Suicidal Adolescents: a case study on a symptomatic concept for health professionals in an emergency room (E. R.)

Giovana Leão Caixeta Teixeira

Graduanda do curso de Psicologia (UNIPAM).

E-mail: giovanapeleja@gmail.com

Méllane Queiroz Braga

Graduanda do curso de Psicologia (UNIPAM).

E-mail: mellanequeiroz@yahoo.com.br

Fernanda do Valle Corrêa Ramos

Mestre em Educação; Especialista em Clínica Psicanalítica em Instituições de Saúde e em Psicologia Clínica; Professora orientadora (UNIPAM).

E-mail: fernandavcr@unipam.edu.br

Janice Caixeta de Mello Alves

Especialista em Saúde Pública e da Família.

E-mail: hrad.coordenacaonep@fhemig.mg.gov.br

Resumo: Este trabalho iniciou-se a partir de observações de profissionais de saúde sobre os maus-tratos no atendimento a pacientes que tentaram pôr fim em suas próprias vidas. Os pacientes adolescentes foram escolhidos em razão da incidência crescente de passagens ao ato suicida. Inicialmente, esta pesquisa buscou investigar as representações sociais que os profissionais de saúde têm em relação aos pacientes encaminhados a instituição por buscarem pelo fim de suas vidas. Identificou-se que a noção construída em torno da passagem ao ato na adolescência a coloca sob o significante *crise da adolescência*. Dessa forma, evidenciou um sintoma formador de um conceito coletivo em que a adolescência e a passagem ao ato suicida na adolescência são referidas de forma banalizada, em que se constitui um sintoma de silêncio dos profissionais de saúde frente ao seu saber em relação ao ato suicida e às possibilidades de intervenção.

Palavras-chave: Adolescência suicida. Profissionais de saúde. Sintoma.

Abstract: This work started from observations of health professionals about ill-treatment in the care of patients who tried to put an end to their own lives. Adolescent patients were chosen because of the increased incidence of suicide at this moment of life. Initially, this research sought to investigate the social representations that health professionals have regarding teen aged patients who were sent to an institution for having tried to kill themselves. During this research, it was identified that the professionals consider this action as an adolescent crisis.

Thus, there was a general idea that this event caused by adolescents was not that important, which constitutes a silent symptom regarding the action itself and possible ways of intervention.

Keywords: Suicidal adolescence. Health professionals. Symptom.

1 INTRODUÇÃO

Da percepção geral sobre o alto índice de pacientes adolescentes com tentativa de autoextermínio, verifica-se a observação feita por uma das profissionais de saúde entrevistadas, ao afirmar que “aqui no Pronto Socorro, chega a receber até oito pacientes jovens com tentativa de autoextermínio por dia”¹. Ressalta-se que, apesar desse indicativo alcançado pelos relatos dos profissionais entrevistados, os dados estatísticos e epidemiológicos da instituição não puderam ser acessados pela equipe de pesquisadoras.

Esta pesquisa delimitou-se no campo conceitual da Psicanálise Aplicada, a qual tem se dedicado à investigação de fenômenos contemporâneos por meio da aplicação de dispositivos psicanalíticos relativos às entrevistas e aos estudos de casos de orientação psicanalítica. Sua construção iniciou-se com uma investigação realizada no campo teórico da Psicanálise lacaniana acerca dos fenômenos que concernem à adolescência. Revelou-se a problemática localizada em observações pessoais e empíricas das conduções de pessoas que estiveram em contato com Unidades de Emergência (UE) e que acompanharam pacientes adolescentes internados por tentativas de suicídio. Também essa problemática está presente em observações de profissionais da área da saúde inseridos nos setores de internação. A partir delas, relata-se a tendência de condução de procedimentos técnicos de maneira áspera e sem acolhimento subjetivo ao sofrimento daqueles de quem cuidam – nesse caso, pacientes adolescentes que tentaram o suicídio.

Vários autores (MACHIN, 2009; VIEIRA *et al.*, 2009; BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010; KONDO *et al.*, 2011) destacam como a condução profissional reflete um despreparo para lidar com casos de suicídio e, sobretudo, com casos de suicídio e de tentativa de suicídio na adolescência (SILVA; BOEMER, 2004). Todavia, são citados apenas fatores externos, tais como a falta de tempo e de capacitação em saúde mental.

A primeira hipótese na construção deste trabalho sustenta que, ao contrário da formação técnica do profissional para lidar com esses casos, há uma dimensão subjetiva que é anulada da prática e da formação dos profissionais de saúde e que impacta diretamente na atenção imediata aos casos de que trata o trabalho que ora propomos. Isso porque, aparentemente, esses profissionais ignoram as dimensões inconscientes, presentes na decisão pela prática suicida em adolescentes, o que confirma pela fala de alguns profissionais consultados. Assim, como será demonstrado na análise de dados, para esses profissionais, tal decisão transparece um caráter consciente, voluntário, caprichoso e indigno de atenção (SILVA; BOEMER, 2004; Kondo *et al.*, 2011).

¹ Recorte de fala de profissional de saúde pesquisado.

A segunda hipótese fundamenta-se na avaliação de que, no caso de atos suicidas ou de tentativas cometidas por adolescentes, aparentemente, esses profissionais ignoram uma dimensão que a Psicanálise de Orientação freudo-lacanianiana indica. Esta reconhece a adolescência não estritamente como uma fase de crise em que uma demanda vazia por atenção se coloca, tal como pôde ser depreendido da leitura do trabalho de Silva e Boemer (2004), mas como um momento crucial de separação do Grande Outro, representado, inicialmente, pelos pais, seguido por uma busca por identidade que, muitas vezes, impulsiona o adolescente a saídas de rupturas radicais com os laços sociais até então estabelecidos (SOLANO, 1998; STEVENS, 2004; LACADÉE, 2011).

Durante o desenvolvimento da pesquisa, foram encontradas situações que proporcionaram a reflexão em torno de como entender a formação do conceito de adolescência e de suicídio na adolescência à luz da psicanálise de orientação freudo-lacanianiana. De que maneira seria possível pensar a formação desses conceitos e a fixação deles a partir dessa orientação?

2 A RESPEITO DO CONCEITO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

O conceito de representação social foi cunhado por Serge Moscovici (1928-2014), em 1978, no livro intitulado *Psicanálise e Representações Sociais*, o que permitiu a esse psicólogo se inserir no debate da psicanálise. O conceito, originalmente orientado pela sociologia de Émile Durkheim e pelo conceito de representação coletiva, indica as imagens que um sujeito ou grupo de sujeitos constrói sobre a realidade, sendo “elaboradas na relação dos indivíduos em seu grupo social, na ação no espaço coletivo comum a todos, sendo assim, diferente da ação individual” (ARAÚJO, 2008, p. 100).

Para o seu estabelecimento, parte-se do pressuposto de que um grupo social possui funcionamento e dinâmica próprios, se comporta de forma diferenciada, refletindo as diversas relações constituídas ao longo do tempo. Contudo, quando os elementos da identidade coletiva são interrogados, tem-se início um novo processo de identificação. É desse novo processo que emergem as representações sociais.

Moscovici (1978) argumenta que tais representações indicam uma resposta identitária coletiva às intervenções externas que podem alterar a forma de percepção do grupo ou de elementos a ele relacionados. Dessa forma, para o mesmo autor, os grupos irão elaborar regras de percepção e informações consensuais sobre a realidade que compartilham. A cada realidade, os grupos elaboram conceitos, imagens e percepções e, em função disso, geram ações sociais específicas em consonância com os conceitos psíquicos criados, refletindo sentimentos sobre essa realidade. Assim, as representações sociais conquistam a função de transformar algo estranho a dado grupo em algo familiar, passível de ser apreendido e com o qual esse grupo poderá conviver sem maiores conflitos.

Em pesquisas que se utilizam do conceito de representações sociais, torna-se, então, importante observar os conceitos que são introjetados pelos grupos, os novos elementos que são incorporados por eles e as ações dos indivíduos, provenientes de novos significados alcançados. Assim, observam-se dados que são relativos à

organização social de um grupo, às suas relações sociais e à sua história diante de dada realidade, proveniente do senso comum.

Com relação à Psicanálise lacaniana, se há algo que é construído coletivamente, o que resulta desse processo é produto das várias singularidades sintomáticas que compõem esse conjunto de sujeitos.

3 O SINTOMA FORMADOR DE CONCEITOS

Para Freud (1916/1996), o sintoma é uma manifestação do inconsciente e tem um sentido a ser decifrado. Embora não o diga dessa maneira, para ele, o sintoma é estruturado a partir dos restos simbólicos experimentados pelo sujeito e resulta da luta interna entre o ego e as exigências do id para manter o equilíbrio do aparelho psíquico. Há aí uma ideia que permanecerá em toda a obra freudiana e que revelará o estabelecimento do sintoma como um triunfo do domínio do ego sobre o id, numa exigência de renúncia de satisfação pulsional (FREUD, 1926/1996). Na obra de Freud, “o conceito de sintoma então passa a ter duas faces: o sintoma como efeito lacunar, como mensagem, passível de interpretação, e o sintoma como satisfação pulsional, que é o que resiste ao tratamento analítico” (MAIA; MEDEIROS; FONTES, 2012, p. 51).

Jacques Lacan (1901-1981), ao realizar a releitura da obra freudiana, trazendo para próximo dela noções sobre linguística, matemática, topologia, filosofia e lógica, irá apresentar uma nova forma de se compreender o sintoma. Inicialmente, Lacan estabelece a organização psíquica como sendo regida por três elementos básicos: o Real (referido à pulsão), o Simbólico (referido ao significante e à linguagem) e o Imaginário (referido ao corpo e às relações especulares com o outro). O autor acentua o valor do significante na formação do inconsciente e afirma que o inconsciente é estruturado como uma linguagem (LACAN, 1957). Portanto, a formação de um sintoma é regida por aquilo que, sendo da ordem do significante, organiza as formas de expressão psíquica do sujeito.

Posteriormente, o que se passa na compreensão de Lacan sobre o sintoma é a percepção de que, em seu trabalho, Freud havia esbarrado exatamente num ponto do sintoma que não se reduz de todo ao sentido e que, portanto, mantém o sujeito em conflito. Em *De um Outro ao outro*, Lacan (1968/2008), afirma que o sintoma não é senão “a maior ou menor facilidade da conduta do sujeito em torno desse algo que chamamos mais-de-gozar” (LACAN, 1969/2008, p. 21) e sobre o qual ele não consegue estabelecer uma nomeação, permanecendo em angústia.

Portanto, o cerne do sintoma lacaniano diz respeito ao que Freud denominou de compulsão à repetição e atrelou ao conceito de pulsão de morte, que Lacan irá nomear como gozo² – ou seja, de certa cristalização do significante que imprime ao sujeito a necessidade de se satisfazer, nem sempre de maneira produtiva para si mesmo.

² O gozo, por sua vez, pode ser classificado em i) Gozo fálico: energia dissipada durante a descarga parcial, atingindo-se alívio relativo, em que o falo é uma menção a uma comporta; ii) Mais-gozar: gozo que permanece retido no interior do sistema psíquico, aumentando a tensão interna e iii) o gozo no Outro: é um gozo hipotético, ideal, em que a tensão é totalmente descarregada e o sujeito supõe o gozo no Outro (que é, por sua vez, também um ser suposto).

Quanto ao imaginário, ele se torna sede de toda a identificação a partir da relação do sujeito com sua imagem e com a imagem do Outro, unificadas em uma única imagem, capaz de representar ao sujeito seu próprio eu. Dessa operação resulta a extração dos objetos de gozo que, de certa forma, são conjugados nos processos identificatórios que os sujeitos estabelecem entre si. Nesse sentido, trata-se de uma forma de alojamento do sujeito no discurso em que o imaginário e as identificações mobilizam a lógica simbólica e real do significante.

Em relação ao que se constrói coletivamente a partir disso, é preciso lembrar que o sujeito se constitui na cultura, a partir de seu assujeitamento à linguagem (LACADÉE, 2000, *apud* LAGUARDIA *et al.*, 2015). Sendo assim, segundo esses autores, são os discursos que organizam os laços sociais, e, nessa perspectiva, qualquer instituição ou grupo é estruturada aos mesmos moldes que Lacan pensou a estrutura do inconsciente do sujeito – como uma linguagem que se organiza em torno do real, impossível de simbolizar. Trata-se da construção de uma ficção necessária e do encontro de um saber que serve de apoio ao sujeito, para que ele possa dar conta da perda de gozo resultante do encontro do ser com a linguagem (LACADÉE, 2000, *apud* LAGUARDIA *et al.*, 2015).

No entanto, esses laços podem se configurar como laços sintomáticos, principalmente quando os significantes que o constituem cristalizam os sujeitos em posições identificatórias, movidas por relações imaginárias. Dentro de uma instituição hospitalar, os significantes de um sujeito fazem laço com os significantes de outro sujeito, promovendo um encadeamento gerador de um saber que, muitas vezes, paralisa os sujeitos e lhes causa mal-estar.

É nesse sentido que o conceito de representações sociais de Moscovici se aproxima e se distancia dos conceitos centrais estabelecidos pela teoria freudolacaniana. Por mais que se possa considerar a possibilidade de um determinado conjunto de significantes fazer par com outro conjunto, gerando, dessa forma, uma verdade conceitual conjugada em um grupo, verifica-se um ponto que escapa a Moscovi (1978) e que se refere às determinações de gozo impressas nessa construção coletiva. As identificações do grupo passam a gerar sintomas que propiciam ao silêncio impedem a mobilização de posições subjetivas frente a algumas situações cotidianas.

4 O SUJEITO ADOLESCENTE E A PASSAGEM AO ATO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência, do latim *adolescere*, significa crescer, desenvolver-se. Entretanto, *adolescere* se aproxima do termo *adulescere*, o qual tem por significado adoecer. Para Corbusier Matheus (2007), a proximidade semântica entre os termos é sugestiva e anuncia a “dimensão de crise” que ficou vinculada a esse período de transição da infância para a idade adulta.

Nos textos clássicos sobre a adolescência e a juventude, pertinentes ao campo da Psicologia do Desenvolvimento, a exemplo dos estudos de Erick Erickson (1976), foi

Há, nesse ponto do gozo, a insistência da inscrição impossível da pulsão a partir de um significante.

exatamente essa dimensão de crise que passou a marcar os discursos psicológicos sobre a adolescência a partir da década de 60 do século XX. Embora, para alguns como Abertastury e Knobel (1981), os fenômenos que esse período apresenta sejam considerados normais, ainda assim eles o trazem dentro de uma perspectiva conceitual que se aproxima da dimensão da crise e do adoecimento. Ao lado das modificações físicas que demarcam a entrada da criança na puberdade, para esses autores, a principal justificativa teórica para tal crise da adolescência se voltaria para o fato da criança estar aninhada às referências familiares, atribuir aos pais uma posição ideal e, na adolescência, ter que romper com esse ideal para conseguir construir sua própria identidade.

Outros autores ligados a essa mesma tradição epistemológica, tal como Papalia, Feldman e Martorell (2013) e Bee (1997), também farão a leitura da adolescência como um tempo de crise, deflagrada pelas mudanças pertinentes ao desenvolvimento físico da criança. Em parte, o que se destaca nessa tradição é uma visão influenciada ou pelas teses acerca do desenvolvimento cognitivo, ou pelas leituras pós-freudianas sobre o inconsciente e a sexualidade, as quais colocaram essas questões sob o prisma desenvolvimentista da libido. Ao tomar como referência os *Três Ensaios Sobre a Sexualidade* (1905), de Freud, e fazer dele uma apropriação linear, em tais leituras, a libido teria uma relação direta com o desenvolvimento físico infantil, o qual progrediria por etapas, até a chegada da possibilidade de exercício da libido genital, durante a passagem da criança pelas transformações pubertárias.

A adolescência seria correspondente a uma etapa de transformação biológica que, necessariamente, acarretaria um período de conturbações psicossociais. Em função da própria proposição de Freud a respeito da libido³, tais leituras aparelham a adolescência ao desenvolvimento libidinal e às mudanças do corpo biológico, na construção da personalidade do sujeito adolescente. Assim, fazem coincidir os conceitos de puberdade e de adolescência e estabelecem esta última como um período de crise, muitas vezes ligada ao *adulescere*.

Em relação à adolescência, destaca-se que, nos poucos textos em que se dedicou a tratar sobre essa temática, Freud não se referiu a esse termo. Em *Três Ensaios sobre a Sexualidade* (1905), ele preferiu utilizar a expressão *transformações da puberdade* para dizer sobre a inauguração de um tempo de transição na vida do sujeito do inconsciente, o qual coincide com o surgimento da capacidade reprodutora e com a necessária divergência da corrente terna com a corrente sensual da pulsão. Ao dizer sobre a experiência da sexualidade nas transformações pubertárias, Freud (1905/1996) compara tal vivência a uma travessia de um túnel, com perfurações de ambos os lados, e, dessa maneira, acentua as descontinuidades que o sujeito irá experimentar no encontro com a sexualidade, apesar da importância das novas marcas no corpo apresentadas pela puberdade.

Desde Freud, mais que a experiência referente a um tempo de crise generalizada para todos os jovens, a puberdade inaugura um tempo de um encontro

³ Para Freud, o ápice do desenvolvimento da pulsão sexual, entendida como libido, seria a prontidão do sujeito para o sexo, o que coincidiria com o desenvolvimento da fase genital na puberdade.

particular, não satisfatório e mal sucedido entre os sexos, tal como nos aponta Lacan (1974/2003), no texto Prefácio ao *Despertar da Primavera*. Nesse texto, ele se utiliza da peça do dramaturgo alemão, Frank Wedeking (1864-1918), *O Despertar da Primavera*, para apontar as possibilidades de saída que cada adolescente pode encontrar diante do impasse com a sexualidade, configurada pelo encontro com a morte e com a posição sexuada de cada sujeito. Portanto, refere-se a um discurso que ultrapassa os meandros das concepções sobre o desenvolvimento humano e da adolescência como tempo de crise, correlato à puberdade, para colocá-la como um tempo de delicada transição, tal como assinala Lacadée (2011) ou como uma saída sintomática diante da novidade que a puberdade inaugura, tal como é apontado por Stevens (2004).

Stevens (2004) refere-se à saída sintomática que cada sujeito adolescente inventa diante do impossível de significar, inaugurado pela pulsão sexual, pelo encontro do sujeito com o sexo e com todas as questões que tal encontro suscita para o mesmo. Trata-se de um mal-estar para o qual o sujeito adolescente busca encontrar uma via de solução.

Na visão de Lacadée (2011), a delicada transição da infância para a idade adulta é tomada a partir da puberdade, das transformações no corpo e correlata a um momento de crise. Contudo, ao contrário de ser entendida como a causa dos fenômenos surgidos na adolescência, essa crise é o reflexo do novo desejo que agita os adolescentes. Para esse autor, há um paradoxo fundamental na adolescência que permite compreender os motivos pelos quais, “quando se fala de crise, trata-se do que desperta o real da sexualidade. Em vez de viabilizar a relação sexual, como se poderia esperar, esse real suscita, em nome da causa, o gozo das fantasias que afastam tal possibilidade” (LACADÉE, 2011, p. 75). Diante de tal gozo, o sujeito inventa saídas particulares.

Jacques-Alain Miller (1944-) aponta, no texto “Em direção à Adolescência” (2015), que a adolescência é uma construção e um artifício significante, em que o sujeito adolescente tem três tarefas básicas a cumprir. Ele deve se ocupar da saída da infância a partir do momento da puberdade; da diferença entre os sexos e a tomada final de posição na partilha sexual; e da reconfiguração do narcisismo. Contudo, Miller acentua que a adolescência é um tempo lógico que, apesar de indicar certa coordenada simbólica que responde ao espírito de uma época, trata-se de um tempo-para-compreender o advir do ser homem e ser mulher e de um tempo de separação do Outro.

A autora Solano (1998) também aponta que a adolescência se refere a um tempo lógico em que está em jogo o movimento bascular do sujeito, da alienação à separação do desejo do Outro. Será como *sujeito do inconsciente*⁴ que ele deverá encontrar uma saída para seu impasse de se definir homem ou mulher. Lacan (1976/2007), no Seminário 23, diz que o sujeito nunca é mais do que suposto: não é o que se pode chamar de sujeito consciente.

⁴ O sujeito lacaniano é correlato ao sujeito do inconsciente e do desejo, sendo, portanto, marcado pela falta a ser que o interroga sobre o seu lugar no desejo do Outro e, dessa forma, organiza seu eu, sedimentado em imagens ideais.

Dessa forma, para a psicanálise de orientação lacaniana, o sujeito adolescente não é incitado por um estado de desenvolvimento e, para que não haja o enquadramento desse sujeito como reflexo de sua faixa-etária e de seus comportamentos esperados – permeados por “*perturbações*”, como se diz no senso comum – é necessário considerá-lo como único e possuidor de desejos. Diferentemente das leituras pós-freudianas realizadas, a questão identitária aqui estabelecida não se coloca estritamente em relação à figura dos pais da infância e aos valores por eles transmitidos, mas em relação à redefinição da posição sexual e da direção a ser dada ao objeto sexual. Portanto, não se trata de dizer da adolescência a partir de um referencial conceitual de uma crise generalizada e, tampouco, de fazer coincidi-la com o significante da crise da adolescência.

Segundo Lacadée (2011), em função de certa deslocalização temporal em que o adolescente submerge, na adolescência, há uma dificuldade em dizer o que se passa. Sendo assim, as relações de causalidade entre os acontecimentos ficam abaladas e geram espaços vazios de onde emergem ficções para a saída do túnel freudiano, o qual pode ser traduzido como o encontro com a inexistência do Outro. Tal encontro contingente com essa dimensão pode “levar ao pior, ou seja, quando o ódio de si mesmo conduz a alguns a patologias depressivas ou suicidas. Ela pode esclarecer a maneira pela qual essa transição é uma tarefa de tradução” (p. 35). Lacadée antecipa, dessa forma, que o suicídio na adolescência apresenta-se na dimensão contingente do encontro do sujeito com a falta e com a impossibilidade de se traduzir em palavras tudo o que se passa em nível inconsciente.

Destaca-se que, para a Psicanálise, há atos que são correspondentes a tentativas inconscientes de autodestruição, ligadas à exigência de satisfação pulsional. Logo, tais atos estariam correlacionados a uma exigência superegóica que impulsionaria o sujeito a uma ação inconscientemente autodestrutiva (FREUD, 1901, p. 183). De acordo com o autor, em “*Recordar, Repetir e Elaborar*” (1914), os *acazos psíquicos* inexistem. Logo, as repetições de atos autodestrutivos correspondem a realidades psíquicas inconscientes não elaboradas, que presentificam, em ato, o passado “esquecido”. Freud nomeia tal presentificação como *acting out*, expressão do recalco colocada em ato. Outra forma estabelecida por Freud de se presentificar o material inconsciente em ato é através da *passagem ao ato*. Nela também a noção de repetição é encontrada.

Todavia, ao contrário do *acting-out*, em que há um endereçamento em transferência daquilo que não pode ser repetido – e dito ao Outro, na *passagem ao ato*, o sujeito rompe com a vacilação entre pensamento e ação e dispensa esse Outro de sua cena (FREUD, 1914; FARAHA, 2012). Dessa forma, ao buscar apagar a angústia que o invade, o sujeito rompe com o Outro, retirando de cena seu próprio ser e seu próprio corpo, por meio de uma ação autodestrutiva.

Jacques Lacan terá o suicídio como modelo paradigmático das formas de manifestação das atuações inconscientes. É por esse motivo que Lacan (1960) vai colocar o suicídio como uma passagem ao ato que responde a uma manifestação irrefreável de gozo, em que o significante não se reduz à significação. Trata-se sempre de um fracasso do recalco em mediar as exigências pulsionais presentes na compulsão à repetição e na conseqüente segregação do significante.

Nesse momento de transição, o suicídio na adolescência pode se configurar como uma saída sintomática diante da angústia do impossível de dizer sobre aquilo que causa mal-estar. O suicídio configura-se, assim, como a precipitação do sujeito ao ato no lugar da palavra, saída esta que está colocada na particularidade do encontro do sujeito adolescente com o traumático enunciado pela sexualidade, pelo encontro com o outro sexo e pela báscula de alienação e separação ao desejo do Outro, na sua constituição como sujeito desejante.

5 MATERIAIS E MÉTODOS: A PESQUISA DE CAMPO

Esta pesquisa teve caráter qualitativo, tendo sido desenvolvida em um hospital geral da cidade de Patos de Minas. A escolha por tal instituição se deu pelo fato de a mesma ser o principal local para onde os casos de tentativa de suicídio são encaminhados. Essa instituição recebe pacientes do Sistema Único de Saúde e realiza procedimentos de urgência de alta complexidade em casos de politraumatizados ou com risco severo de morte.

Ao darmos início à pesquisa de campo, não houve eleição prévia em relação ao tipo de profissional de saúde a ser entrevistado. Contudo, em razão das observações feitas sobre a dinâmica de trabalho desse hospital, no que se refere ao atendimento a casos de tentativas de suicídio na adolescência, no decorrer de sua realização, foi privilegiada a investigação junto aos profissionais do setor de observação do Pronto Socorro, formando-se uma concentração em torno dos técnicos de enfermagem.

Essa direção nos auxiliou a extrair uma caracterização comum entre os profissionais desse setor no que se refere à formação das representações sociais dos casos de tentativas de suicídio em adolescentes, como manifestação sintomática da equipe que compõe o serviço. Os profissionais que compõem a equipe de técnicos de enfermagem serão identificados, nesta análise de dados, como PS1, PS2, PS3, PS4, PS6.

As entrevistas com outros segmentos de profissionais de saúde – assistente social e médica (PS5 e PS7), foram analisadas à parte e nos serviram como base de estudos complementares em relação aos dados levantados com o referido grupo de profissionais. Destaca-se que um desses profissionais (PS6) foi entrevistado mais de uma vez, o que possibilitou o recolhimento de efeitos sobre sua posição subjetiva frente aos casos de que trata este trabalho.

Em um formato de entrevistas livres e após terem lido e assinado o Termo de Livre Consentimento Esclarecido⁵, a eles foram dirigidas basicamente duas questões centrais: i) qual é a sua percepção em relação à adolescência? e ii) qual é a sua percepção em relação a pacientes adolescentes que entram no hospital por tentativa de suicídio? As respostas a essas questões foram investigadas a partir de pontos particulares e subjetivos do discurso dos profissionais que evidenciassem tanto a noção conceitual que eles tinham a respeito da temática do suicídio na adolescência quanto de sua disposição subjetiva para o atendimento em saúde a esses casos.

A intenção de se realizar entrevistas livres foi a de buscar verificar quais seriam os pontos de impasse que pudessem configurar uma manifestação sintomática desses

⁵ Redigido e apresentado conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

profissionais no decorrer do atendimento prestado, constituindo-se, assim, um sintoma institucional pertinente ao grupo de profissionais de saúde que atuam na observação do Pronto Socorro do hospital investigado. Tal como proposto no projeto de pesquisa, o resultado dessa investigação foi analisado a partir de Estudos de Casos de Orientação Psicanalítica.

6 DAS FALAS QUE INTERROGAM SOBRE OS MOTIVOS PARA O SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

As pesquisas, inicialmente levantadas para a construção do projeto de pesquisa que deu origem a este trabalho, identificam a existência de percepções em torno do suicídio na adolescência ser ocasionado por problemas psiquiátricos, por rupturas amorosas vivenciadas pelos adolescentes ou por dificuldades afetivas de ordem familiar (VIEIRA *et al.*, 2009; TEIXEIRA, 2004; BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010; BORGES; WERLANG; COPATTI, 2008; KONDO *et al.*, 2011). Silva e Boemer (2004) apontaram, em sua pesquisa, como os profissionais diziam que o desespero poderia culminar em suicídio, o qual funcionaria como uma forma de *chamar atenção*.

Essa dimensão de construção também foi evidenciada em nossa pesquisa de campo. Das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, extraem-se as seguintes passagens. PS1 acredita que o suicídio se dê por “conflito em casa, briga com namorado... A maioria! 90%”. PS2 também remete o suicídio na adolescência a uma questão afetiva e uma saída fácil “por causa de namorado”.

Na concepção de PS3, muitos casos que dão entrada no hospital são decorrentes de problemas familiares e de algum distúrbio, que podem envolver o desencadeamento da tentativa de suicídio: “e... eles chega... e é lógico, toda pessoa que faz uma coisa dessa deve tá passando por um distúrbio, por um problema familiar. E a gente atende eles assim, tenta conversar”. O mesmo é confirmado na fala de PS4, quando afirma que “os adolescentes de hoje, a maioria deles tem as coisas assim, muito fácil. Eles têm celular de última geração, às vezes o pai nem tem condição, mas faz um esforço pra dar tudo pro filho. Aí eu ficava pensando assim: gente, mas por que a pessoa faz isso? Mas aí, depois eu fui ver, que a pessoa tem carência de amor, de atenção”.

Dessas falas extrai-se a interrogação sobre o que motiva o adolescente a realizar a passagem ao ato. Verifica-se que, diante do enigma sobre os motivos que a deflagram, os profissionais de saúde encontram resposta em formulações que podemos dizer serem imaginárias sobre a vida amorosa dos adolescentes ou sobre a ausência ou o distanciamento da família em relação a eles.

7 DAS FALAS QUE CONSTROEM O CONCEITO SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE INVESTIGADOS

Machin (2009) revela como os profissionais deslegitimam os atos suicidas e, conseqüentemente, aqueles que tentaram se matar: a explicação que dá é o fato de o modelo de tratamento ser calcado pelo modelo biomédico. Assim, as lesões

autoprovocadas (como as tentativas de suicídio) seriam fruto de uma escolha intencional, acarretando, dessa maneira, a não-identificação de seus autores como vítimas e/ou doentes.

Assim como foi indicado anteriormente, a concepção conceitual a respeito da adolescência como um período de crise é proveniente do campo teórico da Psicologia do Desenvolvimento. Portanto, trata-se de uma noção que ganhou espaço, inclusive no campo social, e que, de certa forma, estabelece o adolescente em um lugar específico de turbulência e do adoecimento, a partir da apropriação do conceito de *crise da adolescência* pela circulação do senso comum.

Dessa forma, a passagem ao ato suicida, uma das saídas para a mais delicada das transições, se transforma em um signo de capricho e uma forma de chamar a atenção. Em relação ao que se conjuga como significante formador de sintoma para o grupo de profissionais de saúde que atendem a adolescentes suicidas no hospital pesquisado, recolhem-se passagens demonstrativas de uma montagem conceitual e convencional sobre essa crise que nem sempre permite aos profissionais desenvolverem suas funções assim como é esperado.

PS1 acreditava que o suicídio era uma forma de “chamar a atenção, como os outros profissionais ainda acreditam que seja”. Ele também acredita que os médicos não estejam preparados para lidar com esses pacientes e relata que, para a maioria desses profissionais, ressalta a noção do ato de suicídio ser coincidente com uma tentativa de chamar a atenção.

De forma surpreendente, PS2 afirma que os casos em que se revelam métodos que expõem o adolescente a maior risco de morte são considerados por ela como verdadeiras tentativas de suicídio. No entanto, nos outros casos, em que as pessoas geralmente tomam medicamentos e sabem que não haverá grandes consequências, ela considera que seja “uma coisa só pra chamar a atenção” (sic). Essa percepção é conjugada pelos demais profissionais. Para PS3, trata-se de “chamar atenção. Não sei, eu diria que é chamar atenção. Muitos aqui tomam alguma coisa pra chamar a atenção. A maioria. [...]”.

Em princípio, PS5 busca assumir uma postura de não julgamento para com as pessoas que tentam se matar. Entretanto, significantes como “catástrofe” e “palhaçada” são por ela vinculadas à passagem ao ato suicida na adolescência: “muitas vezes a gente pensa nessa palhaçada. Num sei se a gente vai ficando mais fria...”. Contudo, de certa forma, essa noção vai sendo desconstruída na medida em que os relatos dos profissionais de saúde vão tocando em pontos mais particulares de sua própria história de vida. Essa profissional, ao dizer sobre sua história, vai revelar “já ter passado por isso”. Ela afirma como sua própria experiência possibilita que ela tenha um olhar mais amplo e “humano” em direção a esses sujeitos.

Da mesma maneira, PS6 revela sua concepção sobre a adolescência e sobre as questões que a cercam. “De início, a gente recebe, acho que todo ser humano tem, aquela negação, né: ‘Pra que fazer isso? Tão jovem, tem a vida toda pela frente... Adolescente bobo’”. Ao ser interrogada sobre o que seria uma “coisa boba de adolescente”, a profissional responde que “adolescente é muito chato, a gente fica chato quando é adolescente. Então tudo é motivo pra fazer alguma coisa. Hoje é assim, na minha época não era assim. Hoje tem as coisas muito fácil, muito viável...”.

Contudo, ao ser entrevistada novamente, ela vai apresentar uma nova versão para essas afirmações. Alega que não havia percebido o quanto a sua visão sobre a adolescência e sobre a passagem ao ato suicida estava vinculada à forma de vivência de sua própria adolescência. “A gente não pode achar que todo mundo é igual. Cada um reage à vida de uma forma. Ter conversado com vocês me fez entender isto e eu passei a agir de jeito diferente no meu trabalho” (sic).

PS7, componente do serviço do hospital, mas pertencente a outro setor, afirma que não se atém muito às questões relacionadas ao suicídio e às tentativas de suicídio, referindo-se mais aos aspectos biológicos do tratamento dos casos que chegam. Todavia, acredita que pacientes psiquiátricos tentam “chamar a atenção” por meio de suas tentativas de autoextermínio. PS7 relata que, nesse setor, os profissionais são muito imediatistas: “nós somos muito imediatistas”. O intuito é reabilitar o paciente para que ele vá para a enfermaria. Em relação a isso, PS7 disse não haver uma comunicação entre os profissionais de diferentes departamentos (UTI – Enfermaria, por exemplo). Revela-se, aqui, um distanciamento subjetivo talvez próprio à profissão que essa pessoa exerce e, ao mesmo tempo, uma possibilidade de que isso não diga respeito apenas a uma circunstância técnica.

Portanto, evidencia-se, por essas falas, um modo sintomático de fazer com que os significantes “adolescência” e “suicídio na adolescência” circulem entre os componentes do serviço de pronto atendimento e entre os serviços que lhe são auxiliares. Na análise que se pode fazer sobre isso, colocar a adolescência como signo de uma crise que se impõe a todo adolescente torna-se índice de capricho, descaso com outro, falta de afeto.

Dessa forma, constitui-se uma maneira de fazer frente ao mal-estar que se abate sobre certa possibilidade de lidar com esses casos de forma mais objetiva. Adolescentes suicidas tornam-se casos que interpelam o ser dos profissionais de saúde em um ponto sobre o qual eles não têm como responder. Em sua fala, PS3 deixa explícita a ideia de que o atendimento a esses casos lhe causa mal-estar: “uai, eu fico dos mais mal. Se tiver alguma coisa pra fazer eu prefiro fazer outra coisa e deixar pras meninas. Eu sinto muito mal. (...) eu não sei o que eu faço. Às vezes eu converso. Eu não gosto de ficar entrando muito em detalhe. (...) Aí, eu converso, pergunto se arrependeu de ter feito isso”.

Muitas vezes, a esses profissionais resta o silêncio diante do assombro do adolescente que não quer viver e da obediência hierárquica ao saber do médico: “mas, eu vejo assim que aqui não tem um acompanhamento depois. Faz aquele primeiro atendimento e vai embora e pronto. E por parte não da enfermagem, mas dos médicos, eles ficam querendo castigar a pessoa. Tipo assim: ‘Cê não tava querendo morrer’? Daí usa sonda mais grossa. Eu acho que não é por esse lado, você não sabe o que tem por trás disso. Tipo assim, eu não precisava passar uma sonda mais grossa. Às vezes você faz até o que você não queria fazer. [...] passar sonda...” (sic PS3).

Sobre possíveis encaminhamentos, essa profissional diz que esses procedimentos não podem partir dela, também por questões hierárquicas. Ela diz: “aqui é difícil de mexer. [...] eu tive muitas dificuldades quando entrei aqui. [...]. Tanto com colega, quanto com médico, com gente que era mais superior. [...] Mas essa fase passou. [...] Cê não tem muito com quem questionar.”.

Em relação ao que ainda se pode extrair desses dados, demarca-se a questão da segregação tanto da palavra do corpo de técnicos auxiliares quanto do significante “adolescência” para os profissionais entrevistados. Contudo, nem por isso, tal significante deixa de fazer seus efeitos em sua prática diária. O silêncio referido torna-se, então, um agir automático em que a dimensão da escuta ao adolescente suicida é deixada à deriva, até que uma escuta específica possa auxiliar esses profissionais a localizarem o seu mal-estar frente ao mal-estar do sujeito adolescente. A retificação subjetiva desse discurso somente pode ser realizada mediante tal escuta, assim como nos aponta a fala trazida por PS6, quando ela se refere ao encontro com o grupo de pesquisadores.

A partir da análise feita, é possível afirmar que as hipóteses estabelecidas no projeto de pesquisa são confirmadas. Há uma posição subjetiva determinante para a forma com que os profissionais exercem os cuidados com o adolescente suicida. Assim, confirma-se que esse significante determina a forma desse cuidado, a partir de sua circulação pelo senso comum. Aparentemente, quando esse fenômeno acontece nos atendimentos de urgência aos adolescentes, o ato suicida recrudescer e ganha ainda a característica de ser ato caprichoso, praticado pelos jovens, com o intuito de chamar a atenção para si.

Diante disso e das demais variáveis demonstradas e analisadas neste trabalho, o grupo de profissionais que compõe o atendimento emergencial fixa-se em uma identificação cristalizada e, portanto, sintomática frente à passagem ao ato suicida na adolescência. Percebeu-se que, em função de determinantes individuais de gozo, há uma impotência de parte dos profissionais de saúde frente ao atendimento a casos de adolescentes suicidas. Por outro lado, apontou para uma atitude compreensiva quando as determinações para o ato suicida dos adolescentes os fazem lembrar de experiências pessoais vivenciadas anteriormente.

Contudo, observa-se que tal compreensão não é significativa em termos de promover uma atitude de retificação subjetiva frente ao adolescente, à noção de adolescência e mesmo frente ao ato cometido por eles. Também apontou como as posições hierárquicas da instituição são determinantes para que os profissionais pesquisados se coloquem em posição de não enfrentamento da problemática em questão – passa-se a se constituir um silêncio sintomático frente ao seu próprio saber.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto em que foi realizado o trabalho ora apresentado, a Psicanálise de Orientação Lacaniana configura-se como um dispositivo de pesquisa-intervenção pertinente à leitura dos fenômenos grupais que se apresentam nas instituições. Mesmo tendo sido realizada a partir de entrevistas individuais, puderam-se recolher efeitos sobre os sujeitos que compõem tal grupo.

Destaca-se a evidente sensação de alívio que o encontro com as pesquisadoras trouxe para vários profissionais. Evidencia-se a possibilidade e a necessidade de dar a palavra aos sujeitos que compõem os serviços de saúde que atendem aos casos de passagem ao ato suicida na adolescência. Ao contrário do que se pode concluir de forma apressada, a atenção a esses casos não diz respeito apenas a uma falta de

capacitação técnica, mas mais especificamente à possibilidade de se dar lugar ao discurso daqueles que estão cotidianamente envolvidos com esses casos. Dessa forma, é possível romper o silêncio desses profissionais e dar lugar a uma possibilidade de invenção frente ao inominável da angústia do outro; invenção esta que não seja referente ao senso comum ou a um lugar banalizado.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ARAÚJO, M. C. A teoria das representações sociais e a pesquisa antropológica. *Revista Hospitalidade*, São Paulo, n. 2, p. 98-119, Jul./Dez. 2008.

BEE, H. *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo. v. 32, n. 2, Out. 2010.

BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G.; COPATTI, M. Ideação suicida em Adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói – Revista do departamento de ciências humanas e do departamento de psicologia*, Santa Cruz do Sul, n. 28, Jan./Jun. 2008.

FARAH, C. A. *Passagem ao ato, Acting out e Ato Psicanalítico: uma introdução*. Escola Brasileira de Psicanálise. Sessão Minas. Ago. 2012.

ERIKSON, E. H. *Identidade: juventude e crise*. Rio de Janeiro. Zahar, 1976.

FREUD, S. (1926). *Obras completas de Sigmund Freud (Inibição, Sintoma e Angústia)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.20).

_____. (1916). *Obras completas de Sigmund Freud (O Sentido do Sintoma)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.16).

_____. (1914). *Obras completas de Sigmund Freud (Recordar, Repetir, Elaborar)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.14).

_____. (1905). *Obras completas de Sigmund Freud (Os Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.08).

_____. (1901). *Obras completas de Sigmund Freud* (Psicopatologia da Vida Cotidiana). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.08).

_____. (1901). *Obras completas de Sigmund Freud* (Psicopatologia da Vida Cotidiana). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.06).

KONDO, E. H.; VILELLA, J. C.; BORBA, L. O.; PAES, M. R.; MAFTUM, M. A. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. *Revista Escola de Enfermagem – USP*, São Paulo v. 45, n. 2, Abr. 2011.

LACADÉE, P. *O Despertar e o exílio: ensinamentos psicanalíticos da mais delicada das transições, a adolescência*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2011.

LACAN, J. (1969). *O Seminário*. Livro 16. (De um Outro ao outro). Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. (1976). *O Seminário*. Livro 23. (O Sinthoma). Rio de Janeiro. Zahar, 2007.

_____. (1974). *Outros Escritos* (Prefácio ao Despertar da Primavera). Rio de Janeiro. Zahar, 2003.

_____. (1960). *O Seminário*. Livro 07. (A Ética da Psicanálise). Rio de Janeiro, Zahar, 1997.

_____. (1957). *Escritos* (A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud). Rio de Janeiro, Zahar, 1957.

LAGUARDIA, N. *Psicanálise e Educação: um tratamento possível para as queixas escolares*. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, 2015.

MACHIN, R. Nem doente, nem vítima. O atendimento às “lesões auto provocadas” nas emergências. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol.14, n.5, Nov./Dec. 2009.

MAIA A. B.; MEDEIROS, C. P.; FONTES F. O Conceito de Sintoma na Psicanálise: uma introdução. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 17, n. 1. p, 51. Jun. 2012.

MATHEUS, T. C. *Adolescência: história e política do conceito na psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MILLER, J. A. *Em direção à adolescência: intervenção de encerramento da 3ª jornada do Instituto da Criança*. In: Portal Minas com Lacan. 2015.

MOSCOVICI, S. *A Representação social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1978.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D.; MARTORELL, G. *Desenvolvimento humano*. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SILVA, V. P. da; BOEMER, M. R. O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, p. 143-152, 2004.

SOLANO, E. *Conferências*. Arquivos de Biblioteca no1. Rio de Janeiro: EBP RJ, 1998.

STEVENS, A. Adolescência, sintoma da puberdade. In: *Curinga*, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, Seção Minas Gerais, n. 20, 2004, p. 27-39.

TEIXEIRA, C. M. F. da S. Tentativa de suicídio na adolescência. *Revista da UFG*, Vol. 6, No. 1, jun. 2004.

VIEIRA, L. J. E. de S. *et al.* "Amor não correspondido": discursos de adolescentes que tentaram suicídio. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.5, pp.1825-1834. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500024>.