

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social
Linha de Pesquisa: Psicologia, Psicanálise e Educação

Marina da Cunha Pinto Colares

**NOVOS SINTOMAS DOS ADOLESCENTES E JOVENS NA EDUCAÇÃO:
tentativa de suicídio e atos de autoagressão**

Belo Horizonte

2022

Marina da Cunha Pinto Colares

**NOVOS SINTOMAS DOS ADOLESCENTES E JOVENS NA EDUCAÇÃO:
tentativa de suicídio e atos de autoagressão**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Doutora em Conhecimento e Inclusão Social.

Linha de Pesquisa: Psicologia, Psicanálise e Educação

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lydia Bezerra Santiago

Belo Horizonte

2022

C683n
T

Colares, Marina da Cunha Pinto, 1981-

Novos sintomas dos adolescentes e jovens na educação [manuscrito] : tentativa de suicídio e atos de autoagressão / Marina da Cunha Pinto Colares. - Belo Horizonte, 2022.

151 f. : enc, il., color.

Tese -- (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação.

Orientadora: Ana Lydia Bezerra Santiago.

Bibliografia: f. 135-137.

Apêndices: f. 138-151.

1. Educação -- Teses. 2. Suicídio -- Aspectos educacionais -- Teses. 3. Escolas -- Prevenção do suicídio -- Teses. 4. Ambiente escolar -- Prevenção do suicídio -- Teses. 5. Estudantes -- Comportamento auto-destrutivo -- Teses. 6. Estudantes -- Prevenção do suicídio -- Teses. 7. Psicologia clínica -- Teses. 8. Psicanálise e educação -- Teses. 9. Psicodiagnóstico -- Aspectos educacionais -- Teses. 10. Violência escolar -- Teses. 11. Psicologia educacional -- Teses. 12. Psicologia do adolescente -- Teses. 13. Psicologia infantil -- Teses. 14. Stress em adolescentes -- Teses. 15. Orientação educacional -- Prevenção do suicídio -- Teses.

I. Título. II. Santiago, Ana Lydia Bezerra. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação.

CDD- 616.85844

Catálogo da fonte: Biblioteca da FaE/UFMG (Setor de referência)

Bibliotecário: Ivanir Fernandes Leandro CRB: MG-002576/O



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
Programa de Pós-Graduação em EDUCAÇÃO - CONHECIMENTO E INCLUSÃO SOCIAL

FOLHA DE APROVAÇÃO

NOVOS SINTOMAS DOS ADOLESCENTES E JOVENS NA EDUCAÇÃO: TENTATIVA DE SUICÍDIO E ATOS DE AUTOAGRESSÃO

MARINA DA CUNHA PINTO COLARES

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em EDUCAÇÃO - CONHECIMENTO E INCLUSÃO SOCIAL, como requisito para obtenção do grau de Doutor em EDUCAÇÃO - CONHECIMENTO E INCLUSÃO SOCIAL.

Aprovada em 25 de fevereiro de 2022, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Ana Lydia Bezerra Santiago - Orientador
UFMG
Prof(a). RAQUEL MARTINS DE ASSIS
UFMG
Prof(a). Aline Aguiar Mendes Vilela
PUC-MG
Prof(a). Bernardo Micherif Carneiro
FCMMG
Prof(a). Ana Maria Costa da Silva Lopes
UFMG

Belo Horizonte, 30 de maio de 2022.

Professora Dra. Rosimar de Fátima Oliveira
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Educação:
Conhecimento e Inclusão Social - FAE/UFMG



Documento assinado eletronicamente por **Rosimar de Fátima Oliveira, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 31/05/2022, às 07:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1493513** e o código CRC **CD17D58A**.

*Aos jovens que não desistiram de
falar do seu sofrimento,*

*Aos profissionais que se propõem a
escutar e intervir,*

*À minha prima querida, médica,
Paula Cristina.*

Agradecimentos

Início os meus agradecimentos às instituições que me formaram e acolheram o meu trabalho, o meu desejo em transformar os espaços e pessoas:

Agradeço à FaE, por ser um espaço que integra a diversidade e nos possibilita aprender diferentes discursos que eu nem pensava que existiam.

Aos professores da FaE, em especial a prof. Ana Lydia e a prof. Raquel Assis, que realmente conseguem despertar o interesse pela educação enquanto um ato político, de amor e de coragem.

Aos funcionários da FaE, que, mesmo no momento da pandemia e de distanciamento social, se disponibilizaram a esclarecer todas as dúvidas e impasses no percurso da Pós-Graduação.

Aos colegas da Pós-Graduação, em especial Luciana e Andréa, pelas trocas e parceria durante a trajetória do doutorado.

Ao NIPSE, que aperfeiçoou a minha escuta e me ensinou formas práticas de fazer pesquisa em psicanálise que realmente intervém nos sintomas dos adolescentes, jovens e instituição.

À FELUMA e à Faculdade Ciências Médicas, que confiam nas ações que o NAAP propõe diante do mal-estar institucional que permeia a educação e a saúde.

Ao diretor da Faculdade Ciências Médicas, José Celso, que, mesmo com todo o saber médico, aposta em aprender, não recua diante das intervenções propostas pela psicanálise e não mede esforços para formarmos os melhores egressos para a sociedade capazes de transformar a vida e o mundo.

Aos professores e coordenadores de cursos da Faculdade Ciências Médicas, por entregar e compartilhar ao NAAP a responsabilidade das ações no que se diz respeito ao sofrimento psíquico e pedagógico dos alunos.

À equipe do NAAP (Lílian, Juliana, Lorena, Samir e Rogéria), que exerce um trabalho com leveza, em conjunto, e desperta o saber dos alunos que nos procuram, permitindo que eles se conectem ao seu desejo singular e a vontade de viver.

À SMED, escola municipal e Universidade, que se abriram para possibilitar a criação de um lugar analítico na instituição e por terem dito sobre o que estava insuportável para o NIPSE.

Às Medidas Socioeducativas e aos Programas da Prevenção à Criminalidade de Minas Gerais, que me introduziram à prática com adolescentes e jovens, cujas marcas que carrego comigo fazem toda a diferença em meu percurso profissional.

Aos jovens e adolescentes que apresentam suas urgências subjetivas: “no decorrer da vida embrulha tudo, esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta”. Vocês me fazem ter coragem!

Ao Bernardo, que está presente em meus agradecimentos desde a formatura da graduação, por me lançar em enormes desafios e testemunhar o meu percurso profissional, acadêmico e pessoal.

À professora Raquel Assis, que me acompanha desde o mestrado e sempre demonstrou interesse, fazendo uma leitura precisa e doce das minhas investigações.

Às professoras Aline Mendes e Ana Maria Lopes, pelo interesse e disponibilidade em atender ao convite para participar da banca examinadora.

Ao meu marido, companheiro diário que vivenciou toda a loucura e angústia da escrita da tese, mas que não titubeou em estar junto nessa travessia. É aquele que nunca duvidou de que eu seria capaz de concluir a escrita, e isso me transcendia de forças.

À minha mãe amada, meu primeiro exemplo de professora/educadora. É aquela que me apresentou o mundo, a quem tenho gratidão e orgulho de ser filha. É a quem recorro e quem me acalenta.

À minha irmã, Maíra, por ser tão igual e diferente de mim. Minha fiel escudeira. Ter você ao meu lado torna mais seguro seguir em frente.

Ao meu pai, que faleceu logo após a notícia da minha aprovação no doutorado. Era quem sempre dava um jeito de estar presente, amando incondicionalmente, e tinha orgulho da minha trajetória profissional mesmo não pactuando das mesmas concepções.

Ao querido Samuel, por todo o seu carinho, amor e parceria em nossa família. Uma pessoa iluminada e disponível para qualquer momento.

À Maria, que cuida há tantos anos da nossa família e desprende um amor incrível às minhas filhas. Sem ela não seria possível a organização da rotina e das tarefas da casa.

À minha família, por não me deixar esquecer das minhas raízes e por estar

junto de mim onde quer que eu esteja, aplaudindo.

Às minhas filhas, Clarice e Helena, por trazerem um colorido, agitação e ternura para a minha vida. Por terem me transformado em mãe e resgatado todas as brincadeiras e detalhes no dia a dia, impossíveis de escrever.

Às minhas amigas, amigos do meu marido, cunhado, sogra e sogro, por favorecerem momentos de descontração e serem a minha rede de apoio nesta escrita.

E, é claro, à Ana Lydia, minha professora, orientadora e analista, por lapidar a minha brochura até se transformar numa tese e por localizar tão bem o meu desejo. É aquela que me autoriza a conduzir a minha própria vida, mesmo com todos os percalços.

Fragmento da música “Carta de suicídio”

Autor: Laranjinha

*Sozinho dentro de casa outra vez deitado
pensando o que eu faço da vida
mp3 com milhares de músicas estourando meu ouvido com
essa repetida
acredito em Deus, mas não sei se suportoo corpo
que deu-me pois sou renegado às vezes eu sou
suicida em pensar
em tomar comprimidos pra dormir. Irado quatro
paredes em casa um teto colunas tocando
define meu mundo às vezes no meio do grupo
eu não marco presença sou imagem de fundo (Oh) complicado
até pro meu lado parado
em frente de mim nesse espelho quebrado com o punho
sangrando recuando
e avançando no espaço que eu tenho todo
limitado.*

Resumo

O suicídio entrou em pauta nos últimos anos, a partir do aumento do índice não só no Brasil, como no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, 800 mil pessoas morreram por essa condição no último ano. A faixa etária que mais se destaca em relação ao suicídio é a de jovens entre 15 e 29 anos. Atualmente, as instituições de ensino têm se tornado palco de exibição do sofrimento dos jovens e adolescentes. Eles apresentam a intenção de se suicidarem, e os corpos cortados ou atos de autoagressão acontecem de variadas formas. Para a surpresa de professores, gestores e colegas, na maioria das vezes, tais práticas são exibidas nos espaços físicos das escolas e das universidades. O objetivo geral desta pesquisa é analisar modos de intervenção nos casos e no ambiente educacional diante da tentativa de suicídio e de atos de autoagressão realizados por adolescentes e jovens. A metodologia utilizada é a Conversação e as Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica, que consistem em um mecanismo criado pelo psicanalista Jacques-Alain Miller. A Conversação trata de fazer a oferta da palavra para um grupo de pares que se identifiquem entre si a fim de discorrer sobre uma questão sintomática apontada por eles. Enquanto isso, as Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica contribuem para a produção de um saber sobre o sujeito, a partir dele próprio, o que possibilita localizar sua posição na vida. Os resultados encontrados foram que a oferta da palavra tem se revelado um operador capaz de facilitar o resgate daquilo que, do desejo para cada um, de uma maneira singular, se conecta e privilegia os laços com a vida. Concluiu-se ser fundamental ter um espaço de acolhimento ofertado pelas instituições de ensino fundamental e superior aos endereçamentos que alguns alunos fazem de seu sofrimento para falar desse mal-estar. Ademais, utilizar as metodologias da pesquisa-intervenção da psicanálise não só compreende e apresenta tal fenômeno, como também proporciona aos analistas e educadores uma posição ética, fazendo com que tais operadores se mobilizem sobre os casos, a fim de que os jovens não morram ou possam, minimamente, elaborar o sofrimento e a angústia, buscando caminhos e respostas ligadas à vida. É possível também colocar-se em movimento diante de um jovem ou adolescente que faz aparecer o seu desespero, em vez de ficar paralisado diante da angústia que o ato transmite.

Palavras-chave: Tentativa de Suicídio. Atos de autoagressão. Entrevista Clínica de Orientação Psicanalítica. Conversação. Educação.

Abstract

Suicide has come into the spotlight recently due to the increase in suicide rates, not only in Brazil but also worldwide. According to the World Health Organization, 800,000 people died by suicide last year. When it comes to suicide, the age group that stands out the most is young people 15-29 years of age. Nowadays, educational institutions have become stages for displaying the suffering of young people and adolescents. They feature suicidal intent and severed bodies or acts of self-aggression in a variety of ways. To the surprise of teachers, managers, and colleagues, these acts are often practiced and displayed in the physical spaces of schools and universities. The general objective of this research is to analyze ways to intervene in cases of attempted suicide and acts of self-injury carried out by adolescents and young people in the educational environment. The methodology used is (Psychoanalytically) Conversation and Psycho-analytically Oriented Clinical Interviews, which consists of a mechanism created by the psychoanalyst Jacques-Alain Miller. The Conversation is about giving the floor to a group of peers who identify with each other to discuss a symptomatic issue they have pointed out. On the other hand, Psychoanalytically-oriented Clinical Interviews contribute to the production of knowledge about an individual, starting from themselves that makes it possible to locate their position in life. The results found that giving the word (to peers) has revealed itself to be an operator capable of facilitating the rescue of that which, from the desire for each one, in a singular way, connects and privileges the bonds with life. It was concluded that it is fundamental to have a welcoming space offered by primary and higher education institutions to the addresses that some students make of their suffering to talk about this discomfort. In addition to that, using the research-intervention methodologies of psychoanalysis not only understands and presents such a phenomenon, but it also provides analysts and educators with an ethical position and makes such operators mobilize themselves on the cases. As a result, young people do not die or can, at least, work through suffering and anguish, seeking paths and answers linked to life. It is also possible to put yourself in motion in front of a young person or teenager who makes your despair appear instead of being paralyzed and facing the anguish that the act displays.

Keywords: Suicide intent. Acts of self-injury. Clinical Interview of Psychoanalytic Orientation. Conversation. Education

Résumé

Le suicide est devenu un sujet d'actualité ces dernières années, en raison de l'augmentation du taux de suicide, aussi bien au Brésil que dans le reste du monde. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 800 000 personnes en sont mortes l'année dernière. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 15 à 29 ans. À l'heure actuelle, les institutions d'enseignements sont devenues le théâtre du spectacle de la souffrance des jeunes et des adolescents ; d'un côté, ils y exposent leur intention de se suicider et leur corps mutilé et d'un autre, une variété d'actes d'auto-agression peut s'y produire. À la surprise des professeurs, du personnel administratif et de leurs camarades de classe, de telles pratiques prennent place dans les espaces physiques des institutions scolaires et des universités. L'objectif général de cette recherche est d'analyser les modes d'intervention dans les cas concernant les jeunes et les adolescents et dans le contexte scolaire et universitaire face à la tentative de suicide et aux actes d'auto-agression. La méthodologie adoptée utilise, d'une part, la Conversation et, d'autre part, les Entretiens Cliniques d'Orientation Psychanalytique, qui consistent dans un mécanisme créé par le psychanalyste Jacques-Alain Miller. La Conversation consiste à offrir la parole à un groupe de pairs s'identifiant les uns aux autres afin de discourir sur une question symptomatique définie par eux-mêmes. En parallèle, les Entretiens Cliniques d'Orientation Psychanalytique contribuent à la production d'un savoir sur le sujet, à partir de lui-même, permettant de localiser sa position dans la vie. Les résultats atteints furent que, la proposition de la parole se révéla être un moyen capable de faciliter le sauvetage de ce qui, relativement au désir de chacun, de manière singulière, se connecte à la vie et privilégie les liens avec elle. Nous avons conclu qu'il est fondamental d'avoir un espace d'accueil offert par les institutions d'enseignement de tous les niveaux pour les manifestations que certains élèves ou étudiants font de leur souffrance et de leur mal-être. De plus, l'utilisation des méthodologies de recherche-intervention de la psychanalyse, ne se limite pas à comprendre et présenter un tel phénomène, mais fournit également aux analystes et au corps enseignant une position éthique, faisant en sorte que ces intervenants se mobilisent sur ces cas afin d'éviter que les jeunes ne meurent et puissent travailler sur la souffrance et l'angoisse en cherchant des chemins et des réponses liés à la vie. Il est également possible de réagir face à un jeune ou un adolescent qui manifeste son désespoir, plutôt que de rester paralysé face à l'angoisse que l'acte transmet.

Mots-clés : Tentative de suicide. Actes d'auto-agressions, Entretiens Cliniques d'Orientation Psychanalytique, Conversation, Education.

Lista de ilustrações

Figura 1 – Mapa referente ao suicídio, por 100.000 habitantes.....	31
Figura 2 – Variação nas taxas de suicídio entre 1990 e 2010, em alguns países.....	31
Figura 3 – Satisfação de vida por idade, em 2007 e 2012.....	32
Figura 4 – Razão entre as taxas de suicídio de homens e mulheres, por faixa etária e nível de renda dos países em 2012.....	34
Figura 5 – Nota da avaliação do Sistema de Avaliação da Educação Básica.....	54
Figura 6 – Análise do desempenho dos alunos na Avaliação da Educação Básica.....	55

Lista de tabelas

Tabela 1 – Países com mais óbitos por suicídio e maiores taxas de suicídio em 2012.....	30
Tabela 2 – Descrição do local, metodologia utilizada e número de participantes.....	64

Lista de abreviaturas e siglas

a.C.	Antes de Cristo
BH	Belo Horizonte
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CERSAM	Centro de Referência de Saúde Mental
CERSAM-I	Centro de Referência de Saúde Mental Infantil
CRUB	Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras
COP	Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica
ECT	Eletroconvulsoterapia
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
IDEB	Índice de Desenvolvimento Escolar Brasileiro
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituições de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual.
MEC	Ministério da Educação
NAAP	Núcleo de Acessibilidade e Apoio Psicopedagógico
NAP	Núcleo de Apoio Psicopedagógico
NIPSE	Núcleo de Pesquisa em Psicanálise e Educação
OCA	Observatório da Criança e Adolescente
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS	Organização Mundial de Saúde
PDI	Plano de Desenvolvimento Institucional
SMED	Secretaria Municipal de Educação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
WHO	World Health Organization

Sumário

Introdução	19
Capítulo 1.....	26
1.1 Suicídio: um problema da saúde coletiva.....	26
1.2 O índice de suicídio com relação à situação econômica dos países.....	28
1.3 Índice de suicídio entre as faixas etárias e sexo.....	30
Capítulo 2.....	34
2.1 Viver ou morrer: uma decisão?.....	34
2.2 O suicídio de jovens no espaço escolar	35
2.3 A exigência da educação é causa do suicídio?	37
Capítulo 3.....	40
3.1 Serviço de apoio psicopedagógico da educação no Brasil	40
3.2 Novos sintomas endereçados à Educação: tentativa de suicídio e autoagressão	43
3.3 Nova proposta de como abordar as tentativas de suicídio e atos de autoagressão numa instituição de educação	44
Capítulo 4.....	47
4.1 Metodologia da Conversação e Entrevistas de Orientação Psicanalítica.....	47
4.2 Demandas de intervenção sobre o suicídio das instituições de educação.....	49
4.3 Universidade.....	49
4.4 Secretaria Municipal de Educação.....	50
4.4.1 Faculdade.....	53
4.5 Procedimentos da pesquisa	56
Capítulo 5.....	63
5.1 O discurso filosófico sobre o suicídio	63
5.1.1 Suicida: “um assassino de si mesmo” em defesa da honra ou por dor subjetiva	63

5.1.2	<i>Abordagem do ato suicida: condenação social e expiação corporal</i>	64
5.1.3	<i>O suicídio heroico na literatura e no teatro a partir do século XV: descortinar o suicídio</i>	66
5.2	O discurso religioso sobre o suicídio	67
5.2.1	<i>Valor moral negativo do suicídio: pacto com satã e renúncia à natureza divina</i>	67
5.2.2	<i>Valor moral positivo do suicídio: matar-se por amor é “divino”</i>	68
5.3	O discurso médico sobre o suicídio	69
5.3.1	<i>A melancolia é um processo psicológico</i>	70
5.3.2	<i>Descriminalização do ato suicida</i>	72
5.4	O discurso sociológico sobre o suicídio	73
5.4.1	<i>O suicídio como fator social: análise durkheimiana</i>	73
5.4.2	<i>O desamparo da juventude: uma leitura de Savage</i>	76
5.5	O discurso analítico sobre o suicídio	79
5.5.1	<i>Freud: o suicídio como ato falho</i>	79
5.5.2	<i>O suicídio no luto e na melancolia</i>	84
5.5.3	<i>Lacan: Vatel e o suicídio como falta moral</i>	89
5.5.4	<i>As quatro modalidades do ato segundo Lacan</i>	94
5.5.5	<i>O ato suicida</i>	96
Capítulo 6.		99
6.1	As cartas suicidas: ato consumado	99
6.2	Conversação na turma “S”: fazer o luto da falsa felicidade	101
6.3	Entrevistas clínicas com jovens que praticam autoagressão e tentativa de suicídio na escola	106
6.3.1	<i>Caso Heloísa</i>	108
6.3.2	<i>Caso Hebe</i>	111
6.4	Casos do Núcleo de Apoio Psicopedagógico	115
6.4.1	<i>Caso Eros</i>	115
6.4.2	<i>Caso Apolo</i>	118
6.4.3	<i>Caso Afrodite</i>	121
Conclusão		124
Bibliografia		134
Apêndices		137

Introdução

*“Viver é muito perigoso... Porque aprender a
viver é que é o viver mesmo... Travessia
perigosa, mas é a da vida. Sertão que se alteia a abaixa...
O mais difícil não é um ser bom e
proceder honesto, dificultoso mesmo, é um saber definido
o que quer, e ter o poder de iraté o rabo da palavra.”*
(Guimarães Rosa)

A pesquisa é, conceitualmente, definida pelo dicionário como a descoberta de novos conhecimentos, seja no domínio artístico, seja no científico, seja no literário. Para iniciar uma investigação, é preciso ter a pergunta como ponto de partida. Ela nasce de uma inquietação, do interesse em querer saber mais sobre algo. Gosto do movimento da inquietude, bem como o de perguntar. Contudo, ao final, toda resposta é inacabada, lança-se para a próxima indagação. Essa busca por um saber é movimento contínuo. Sinto-me viva!

Lembro-me do meu primeiro estágio extracurricular, na graduação do curso de Psicologia: Programa Municipal Bolsa Escola. Tínhamos as visitas domiciliares como uma das atividades realizadas. Sua missão era analisar o motivo por que alguns adolescentes não estavam frequentando a escola. Ali, presenciava, nos becos, as pequenas casas — algumas sem reboco, outras sem banheiro. Famílias com muitos integrantes em um espaço com poucos cômodos. Contavam suas histórias de vida com muitos desafios e dificuldades.

Com relação aos adolescentes estarem evadidos da escola, algumas famílias contavam sobre todo o seu movimento diário em tentar fazê-los ir, mas que, mesmo assim, resistiam. Outras se queixavam por ter perdido o controle sobre os filhos e, por isso, diziam ter desistido deles. Outras usavam como justificativa o fato de eles não mais residirem em suas casas. Na realidade, moravam, mas era a forma encontrada para comprovar o motivo de seu afastamento da escola. Era parte da normalidade que os adolescentes não matriculados na escola tivessem envolvimento na criminalidade. Surge então a

primeira pergunta: por que a entrada na criminalidade não é compatível com a escola?

Havia o desejo de compreender mais profundamente sobre o movimento dos jovens, porém, sem, até então, desenvolver diálogo sobre tal fato. Durante a visita domiciliar, permeada pelas andanças nos becos, era possível visualizá-los. Às vezes, as próprias mães apontavam para eles, chamando-os, mas eles recuavam, por não desejarem conversar. Preferiam permanecer na esquina, fosse sozinhos, fosse acompanhados por outros jovens. Desse modo, minha indagação não seria respondida naquele espaço e momento e, no Programa Bolsa Escola, precisaria alcançar uma ambiência favorável no propósito de estreitar minha interlocução com os jovens em questão.

Assim sendo, tomei a decisão de me inserir noutro estágio, para me aproximar mais daqueles que estavam fora da escola. Foi quando me inseri em uma política pública do Estado de Minas Gerais, o programa “Fica Vivo!”¹. Seu objetivo é a prevenção à criminalidade, com foco no controle de homicídios a partir de intervenções com jovens de 12 a 24 anos nos territórios com alto índice. O ambiente tornou-se propício para o contato com as gangues durante as oficinas de artes, cultura e esporte oferecidas pelo programa. Os oficineiros e as lideranças comunitárias eram suas principais referências. As oficinas se realizavam nos becos e espaços da própria comunidade, no intuito de favorecer a participação dos jovens. Havia a expectativa de os integrantes das gangues circularem pelos eventos do programa. Eles se agrupavam de forma bastante participativa, diferentemente do Bolsa Escola. Diziam que não frequentavam a escola porque tinham descoberto “um novo mundo, o do crime”. Acrescentavam que a escola ficava desinteressante, não conseguiam acompanhar, eram reprovados, indisciplinados e, por isso, desistiam de frequentar. Eu não me contentava com essa resposta, e suscitou-se outra pergunta.

Era absurdo o modo como tais jovens se lançavam em situações de risco. Alguns morriam e, para a minha surpresa, os parceiros da gangue não ficavam chocados; já esperam pela morte. Eu ouvia uma frase recorrente: “se eu morrer

¹ Instituído em 2003, por meio do Decreto Nº 43.334/2003, o programa de controle de homicídio “Fica Vivo!” atua na prevenção e na redução de homicídios dolosos de adolescentes e jovens de 12 a 24 anos.

hoje, amanhã faz dois dias”. Me surpreendia tanta banalização, que não era somente dos jovens. A própria comunidade já avisava: “Mas, também, né?! Estava envolvido com o crime até os dentes!”. Essa relação com a vida e a morte era algo colocado em xeque a todo momento pelas gangues. Enquanto isso, os oficineiros, os profissionais do programa “Fica Vivo!”, apostavam sempre numa perspectiva da palavra, do laço social, formas que favorecessem a esses jovens permanecer vivos. Passei a observar que, quando o adolescente não morria, era apreendido pela polícia. Quando acontecia a apreensão, eles ficavam em uma instituição provisória, que restringia a liberdade até o juiz definir a sentença. Esse era o momento da suspensão, de pausa das ações da vida criminal. Passei a me interessar pelas medidas socioeducativas, pois era um lugar diferente da morte. Era o tempo em que as políticas públicas tinham para acompanhar os adolescentes de perto, realizar intervenções que propiciassem a vida.

Quando me formei em psicologia, passei a trabalhar em duas medidas socioeducativas. A primeira foi uma medida de meio aberto, a liberdade assistida, e, a segunda, uma medida com restrição de liberdade, a semiliberdade. Lá me deparei com os adolescentes iniciando a medida socioeducativa totalmente identificados ao artigo do Código Penal que o Juiz havia sentenciado. Eles se apresentavam como “Eu sou 33”², “sou 157”³, “sou 155”⁴, e faziam questão de contar que eram envolvidos com o crime para todas as instituições em que ingressavam (cursos profissionalizantes, escola, oficinas). Mas, ao final da medida socioeducativa, encontravam outras identificações e tinham vergonha de dizer que cumpriam tais medidas.

Iniciei um novo processo de perguntas e, assim, ingressei no mestrado⁵, após cinco anos de prática, para conseguir trabalhar as questões referentes ao processo de identificação e do laço social dos adolescentes envolvidos que cumpriam medida socioeducativa. As conclusões puderam ser elucidadas junto aos jovens envolvidos com a criminalidade. O recorte de um dos pontos de conclusão foi sobre a medida socioeducativa para os adolescentes ser uma

² Artigo do Código Penal que define os crimes relacionados à prática do tráfico ilícito de drogas.

³ Artigo do Código Penal que define os crimes relacionados à prática do roubo.

⁴ Artigo do Código Penal que define os crimes relacionados à prática do furto.

⁵ Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais.

importante política pública de responsabilização do ato infracional, por ser o tempo que eles têm para se permitirem parar, pensar e falar sobre seus crimes. Os profissionais que ali trabalham precisam ter o dever ético de intervir nos pontos cruciais que os adolescentes entregam a partir dos atendimentos. A medida socioeducativa não pode ser eterna na vida do jovem, bem como a criminalidade não pode ser vivenciada intensamente, pois resulta em morte. E, com a morte, os profissionais da área da socioeducação não devem pactuar.

Logo em seguida, voltei a trabalhar como gestora das políticas de prevenção à criminalidade e, posteriormente, na docência. A minha prática como integrante do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Psicanálise e Educação (NIPSE) perpassou toda a minha trajetória profissional. Acompanhava a coordenadora e pesquisadora do NIPSE nas ações no campo da Educação. Ficava maravilhada com a maneira com que as intervenções dos psicanalistas destrinchavam o sintoma do fracasso escolar e incidiam sobre as diversas formas sintomáticas que se manifestavam em crianças e jovens durante o percurso acadêmico.

Posteriormente, o NIPSE passou a ser solicitado para utilizar a pesquisa-intervenção nos novos sintomas que angustiam os professores e educadores: os alunos apresentavam a intenção de suicídio e atos de autoagressão dentro da escola. Tal solicitação se deu justamente pelo fato de o Núcleo ser conhecido como a referência na educação, capaz de intervir nos sintomas escolares.

Foi exatamente nessa relação com o NIPSE e com as vivências na área da socioeducação que recebi o convite para implantar a nova metodologia de atendimento do Núcleo de Apoio Psicopedagógico em uma faculdade particular com cursos da área da Saúde (enfermagem, fisioterapia, Medicina e psicologia). A principal demanda apresentada pela instituição foi por um setor dentro da faculdade que conseguisse intervir diante dos sintomas da tentativa de suicídio e dos atos de autoagressão praticados pelos discentes testemunhados pelos docentes da faculdade.

Todo o processo de implantação do Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAAP) será detalhado ao longo da tese, mas aqui gostaria de apresentar as minhas primeiras perguntas que serviram para o meu ingresso no doutorado. Como uma instituição permeada pelo saber médico não conseguia intervir na

tentativa de suicídio e nos atos de autoagressão manifestados pelos jovens? Por que os jovens tentam suicídio e se autoagridem? Será que é possível adaptar a metodologia da pesquisa-intervenção do NIPSE para algo permanente, como um setor, dentro da faculdade?

Logo nos primeiros dias da implantação da nova metodologia do NAAP, recebi um projeto do diretório acadêmico (D.A.) de Medicina para análise de deferimento ou indeferimento. A relação do D.A. com a instituição tinha um histórico de tensão muito grande. Esse projeto havia sido construído por discentes com o objetivo de amenizar os impactos na saúde mental dos estudantes e a proposta era instalar poemas variados nas cabines dos banheiros. Dei algumas sugestões de alteração e convidei duas representantes do grupo para discutirmos a proposta.

No momento em que elas chegaram ao NAAP, fui cumprimentá-las de forma calorosa, afinal, era o meu primeiro encontro com as estudantes. As discentes se afastaram do cumprimento e disseram: “viemos aqui para saber a resposta do projeto, porque, se não foi aceito, nem vamos querer conversar”. Fiquei surpresa e assustada com a afirmação decidida da estudante. Logo respondi que, para saber se o projeto teria possibilidade de ser aceito ou não, teríamos que conversar. Diante do impasse da conversa ou de uma resposta imediata, as discentes decidiram dialogar. A princípio, olharam-me nos olhos, fitando-os, enquanto eu fazia as minhas considerações positivas e negativas.

Tentei esclarecer sobre o que seria possível realizar e o necessário para alterar. Entre afirmações e negativas, foi possível iniciar um diálogo. Ao final da nossa conversa, uma das discentes perguntou-me se sou psicóloga e, ao respondê-la de forma positiva, fui convidada para intervir em um grupo de discentes do curso de Medicina de várias faculdades e universidades, pois ocorreria um encontro na semana seguinte. Questionei sobre o que o grupo conversaria e a resposta soou da seguinte forma: “sobre qualquer coisa que não vai bem”. Foi quando confirmei minha presença naquele encontro.

Ao sair da sala de atendimento, alguns funcionários da instituição, curiosos, me procuraram para saber como foi a conversa, pois tais discentes eram conhecidas como jovens que causavam tumultos. Contudo, reverberei minha resposta como positiva, provocando-lhes admiração e espanto.

Chegado o dia da referida reunião do grupo, havia cerca de trinta estudantes de Medicina de várias instituições de ensino superior. Nessa ambiência, eles relataram suas angústias. Os discentes dos primeiros períodos diziam que suas famílias os consideram maduros por terem sido os melhores das turmas de ensino médio, bem como os mais inteligentes da família. Relatam sobre as noites e dias seguidos diante dos livros e exercícios, além de casos de alunas que ficaram cegas durante a prova do Exame Nacional de Ensino Médio (ENEM) e que necessitaram ir embora antes de finalizar a prova. A visão retornou apenas no dia seguinte. Reportaram ainda que “a Medicina é um curso dos sonhos e para poucos; só os melhores conseguem entrar”.

Contam com entusiasmo sobre ver seu nome na aprovação no curso, seus primeiros dias de aula, os novos colegas e professores. Emocionam-se ao dizer sobre os primeiros meses na faculdade, principalmente após as primeiras provas. Seus resultados são notas ruins e aquém do esperado. A partir disso, junto às falas de alguns professores, de que “a Medicina não é para todos”, começam a refletir se realmente desejam permanecer no curso. Muitos cogitam a ideia de trancar a matrícula, mas não falam sobre isso em casa pois imaginam que seus pais não acreditariam que seria o fracasso acadêmico ou uma imaturidade. Os alunos se questionam: “Quem sou eu, então?”.

A partir desse questionamento, outro estudante relata que, num congresso, ao formular uma pergunta para a mesa, apresentou-se dizendo seu nome, o projeto de iniciação científica ao qual pertencia, o grupo de estudos de que participava e o grupo de esporte em que se inseriu para defender a sua universidade. Após a pergunta, relata que se sentou e nem ouviu a resposta do palestrante, pois ficou pensando: “faço várias coisas ao mesmo tempo, sou o grupo de estudo, sou a iniciação científica, sou do esporte, mas quem sou eu para além desse tanto de coisa?”. Assim sendo, ficou perplexo e sem resposta para suas indagações.

Os discentes do quarto período disseram: “Isso passa, fiquem calmos, é importante ir ao psiquiatra e tomar medicação”. Assim, começaram os relatos de outros alunos dizendo da importância da medicação para auxiliar na depressão e na concentração. Foi quando o NAAP interveio e lhes perguntou se havia espaço para relatar acerca do sofrimento apresentado, que se tratava de

angústia legítima e podia ser tratada em atendimento, já que aquele encontro era único. A partir de então, os alunos passaram a frequentar o Núcleo e a indicá-lo aos colegas.

Os atendimentos são permeados de questões pedagógicas e subjetivas. O trabalho do NAAP é realizado pelos profissionais da Pedagogia e da Psicologia, conforme será elucidado no decorrer desta tese. Os principais problemas que os estudantes levam para o NAAP intervir são a intenção de suicidar-se, as tentativas de suicídio e os atos de autoagressão. Assim, a estrutura da presente pesquisa foi fundamentada em torno desses problemas.

A tese é composta por sete capítulos. No primeiro, é realizada a análise de como o suicídio se tornou um problema mundial de saúde. Levou-se em consideração a leitura dos índices e taxas referentes às questões econômicas dos países, faixa etária e gênero. No segundo capítulo, é exposto como o suicídio é apresentado pelos jovens à Educação, uma vez que esse movimento tem se tornado mais comum e angustiante aos professores e educadores. No terceiro capítulo, é apresentado como a educação, em seu processo histórico, tem se organizado com os serviços de apoio psicopedagógico dentro das instituições ao longo do tempo. O quarto capítulo é destinado a apresentar a metodologia utilizada no campo desta pesquisa: as Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica e a Conversação, bem como a forma que tais demandas sobre a tentativa de suicídio e os atos de autoagressão entre jovens foram apresentadas pelas instituições de educação ao NIPSE. O quinto capítulo analisa a perspectiva do suicídio a partir de cinco discursos: filosófico, religioso, médico, sociológico e analítico. Já no capítulo seis, são apresentados os casos e as intervenções realizadas, a partir da metodologia apresentada no capítulo quatro. E, por fim, o capítulo sete, a conclusão.

Espero que cada um que se proponha a ler esta tese de doutorado possa encontrar algo de inédito, e que esta pesquisa o auxilie a propor intervenções no trabalho no campo da Educação com adolescentes e jovens que apresentam os novos sintomas: tentativa de suicídio e atos de autoagressão.

Capítulo 1

O que dizem as taxas e índices de suicídio no mundo

1.1 Suicídio: um problema da saúde coletiva

O suicídio está em pauta do dia da saúde pública porque, nos últimos anos, o aumento de sua incidência não apenas no Brasil, mas em muitos países do mundo, surpreendeu a população, os dirigentes e os órgãos responsáveis pela saúde coletiva. No ano de 2000, por exemplo, estimou-se que cerca de um milhão de pessoas cometeram suicídio, o que fez esse ato autodestrutivo se situar entre as dez mais frequentes principais causas de morte em várias nações. Uma leitura mais geral permitiu afirmar que, nos últimos 50 anos, as taxas de suicídio aumentaram em aproximadamente 60%. De acordo com índices mais recentes aferidos pelo Ministério da Saúde do Brasil, entre os anos de 2000 e 2016, o número de suicídio saltou de 6.780 para 11.736, o que representa um aumento de 73% (BRASIL, 2016). Em pesquisa recente, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a incidência foi ainda mais alarmante: 800 mil pessoas tiraram a vida por um ato suicida no ano de 2018.

Diante dessa constatação, o esforço da OMS tem sido o de estabelecer, junto aos governos nacionais, estratégias para o enfrentamento e a prevenção do comportamento autodestrutivo. Em 2000 foi lançado um manual para profissionais da mídia⁶, uma vez que a comunicação desempenha um importante

⁶ https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf

papel na divulgação de informações que podem produzir conhecimento, influenciar crenças e concepções, proporcionar comportamentos em uma determinada sociedade que a consuma e influencie comportamentos num papel decisivo e ativo na prevenção do suicídio. O manual consta, inclusive, com orientações sobre o que se deve divulgar, como dados relevantes sobre o tema, e destaca alternativas para o ato suicida, com telefones para contato, locais de serviços e grupos de apoio, bem como sinais de alerta sobre o comportamento suicida. Apresenta também o que não se deve divulgar, como fotos ou cartas da pessoa falecida e métodos utilizados, e que não se deve atribuir culpa nem utilizar estereótipos religiosos ou culturais, bem como não fornecer explicações simplistas, não glorificar nem fazer sensacionalismo sobre o caso.

Sem se bastar com a escrita do manual, em 2006 a OMS lançou outro documento⁷ com orientações para a prevenção do suicídio, que ainda é um instrumento de grande validade para os grupos sociais e para os profissionais que atuam diretamente na sua prevenção junto à população mais propícia ao referido ato. Esse documento foi redigido pelo Departamento de Saúde Mental e de Abusos de Substâncias e pela Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso. A diferença do guia dos profissionais da média para esse documento é que este estabelece fatores de risco e de proteção, descreve os mitos que giram em torno do suicídio, avalia o comportamento dos suicidas e dá um destaque para o trabalho com crianças e adolescentes que anunciam um descontentamento com a vida e dificuldades para resolver os problemas.

Em outra informação sobre suicídio, a OMS (2019) afirma que 75% dos casos de suicídios estão situados em países em desenvolvimento. No relatório em questão, o exemplo dado é o da Grécia. No momento em que o país enfrentou uma séria crise econômica devido à recessão na Europa, a taxa de suicídio disparou drasticamente entre 2000 e 2012, representando um aumento de 10,5%.

⁷ https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf e https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf

1.2 O índice de suicídio com relação à situação econômica dos países

O relatório da OMS (2019)⁸ indica que os países com mais mortes por suicídio, em números absolutos, são Índia, China, Estados Unidos, Rússia, Japão, Coreia do Sul, Paquistão e Brasil, como é possível verificar na Tabela 1. Porém, quando são analisadas as taxas de suicídio por habitantes, os países que mais chamam a atenção são Guiana, Coreia do Sul, Coreia do Norte, Sri Lanka, Lituânia, Suriname, Moçambique e Nepal.

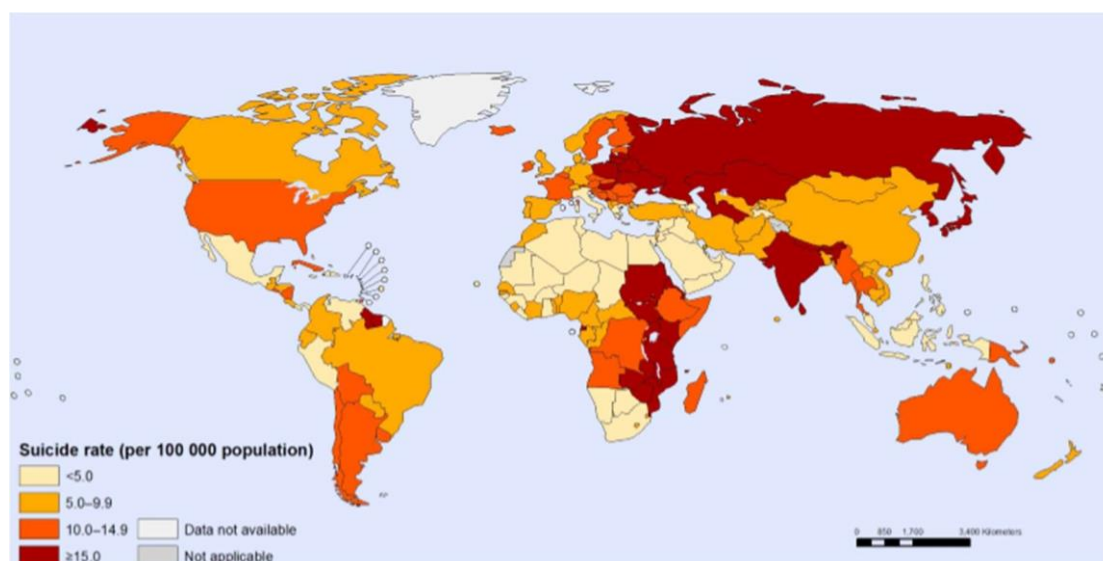
Tabela 1 – Países com mais óbitos por suicídio e maiores taxas de suicídio em 2012

Óbitos por suicídio (mil)		Taxa de suicídio (por 100 mil)			
País	Total	País	Homem	Mulher	Todos
Índia	258	Guiana	70,8	22,1	44,2
China	121	Coreia do Sul	41,7	18	28,9
EUA	43	Coreia do Norte	45,4	35,1	38,5
Rússia	31	Sri Lanka	46,4	12,8	28,8
Japão	29	Lituânia	51	8,4	28,2
Coreia do Sul	17	Suriname	44,5	11,9	27,8
Paquistão	13	Moçambique	34,2	21,1	27,4
Brasil	12	Nepal	30,1	20,0	24,9

Fonte: WHO/OMS

Figura 1 – Mapa referente ao suicídio, por 100.000 habitantes.

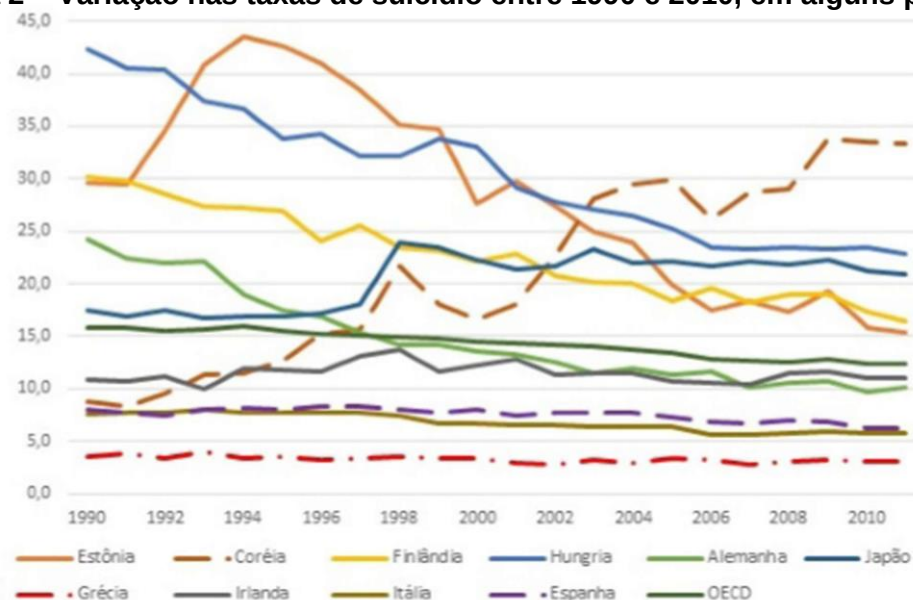
⁸ WHO (World Health Organization). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Genebra. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>. 2021a. Acesso em: 29 agosto 2021.



Fonte: WHO, 2019

Para avaliar a relação entre situação econômica e índice de suicídio, é interessante investigar o relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD)⁹, que utiliza uma metodologia diferente da OMS para calcular o suicídio. No relatório, a OCDE faz acreditar não haver uma relação entre crise econômica e taxas de suicídio.

Figura 2 – Variação nas taxas de suicídio entre 1990 e 2010, em alguns países



Fonte: WHO/OMS

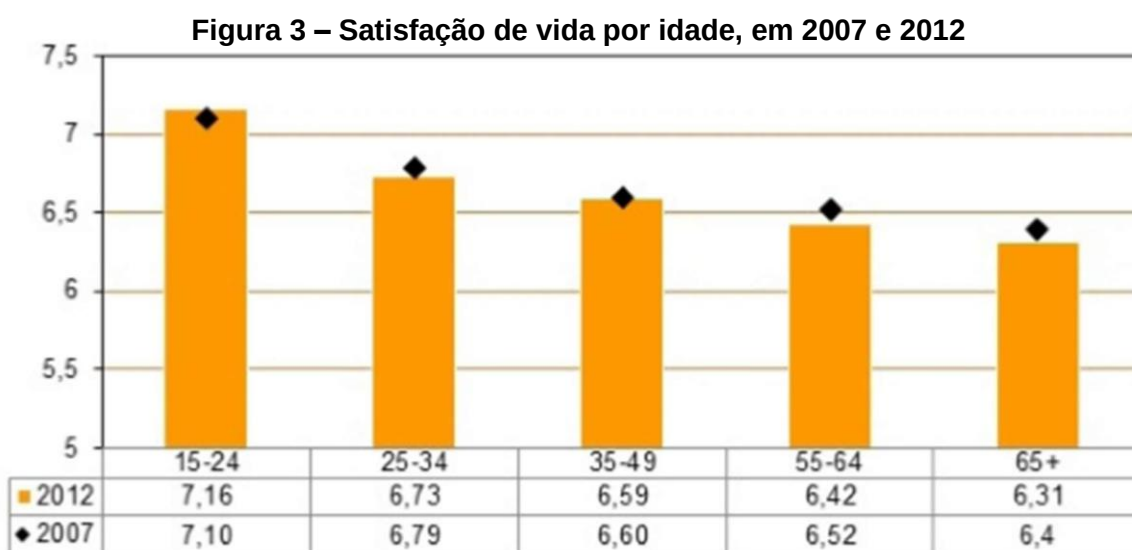
⁹ A sigla no original inglês é OECD, que será utilizada para fazer a referência ao documento consultado.

A partir da Figura 2, pode-se observar que há uma discrepância entre os relatórios da OMS e da OCDE, ambos publicados em 2014. Tomando como exemplo Grécia, Espanha e Irlanda, países que se encontravam em crise econômica, houve uma constante nas taxas entre 1990 e 2010.

Porém, ambos os relatórios apresentam a situação da Coreia do Sul, que, mesmo sendo um dos países mais ricos do mundo, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) alto, possui a segunda maior taxa mundial de suicídio, tendo passado de 8,8 em 1990 para 33,3 em 2011. Dessa forma, a relação econômica dos países desenvolvidos ou em desenvolvimento com a taxa de suicídio permite observar uma variação nos índices dos relatórios a partir das metodologias utilizadas para análise de dados.

1.3 Índice de suicídio entre as faixas etárias e sexo

Outro estudo realizado pela OECD (2014) que merece destaque para este trabalho diz respeito à relação do que eles nomeiam comportamento autodestrutivo com a insatisfação com a vida, conforme a Figura 3. Esse dado é interessante porque indica que, com o avançar da idade dos sujeitos, diminui-se a insatisfação com a vida e, por consequência, o comportamento autodestrutivo. Ou seja, os jovens apresentam-se mais insatisfeitos com a vida do que os idosos, ocasionando a elevação do número de comportamentos autodestrutivos. Esse dado foi comparado em diversos países.



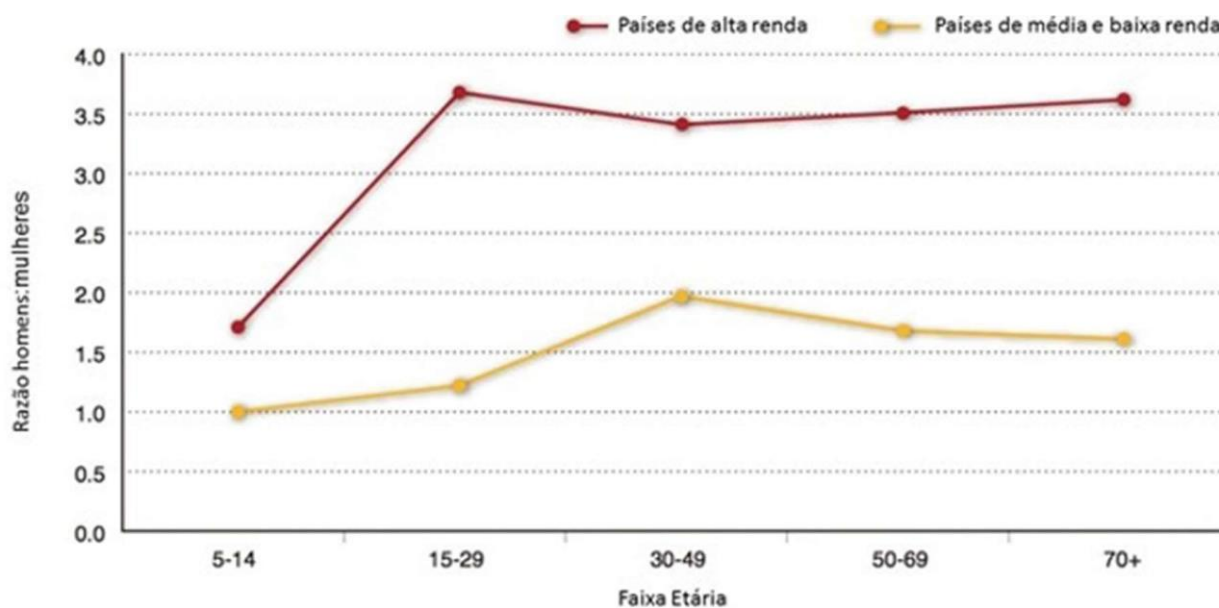
Fonte: OECD 2014

O índice elevado de suicídio entre os jovens é constatado também pela OMS, a partir de relatório publicado em 2002 (OMS, 2002). É um fato preocupante, porque esse dado se repetiu em relatório de 2014. Em 1980, a taxa de suicídio entre esses jovens era de 4,4 por 100 mil habitantes; em 1990, manteve-se em 4,1 e, em 2000, chegou a 4,5. Se observarmos os dados acumulados da década de 1980 até 2014, houve um crescimento de 27,2%. Além disso, a OMS (2014) divulgou que a primeira causa de morte de jovens entre 15 e 29 anos é a violência e, a segunda, o suicídio, ou seja, esse dado é alarmante e merece ser investigado mais profundamente.

No Brasil é que, entre os anos 2011 e 2016, 69% das tentativas de suicídio ocorreram entre mulheres, tendo sido notificados 48.208 casos. Porém, 79% das mortes por suicídio são cometidas por homens, sendo 62.804 óbitos. Dessa forma, as mulheres se destacam pelas tentativas de suicídio e, os homens, pelo ato concretizado. De acordo com a OMS (2019), esse dado se repete no mundo: a taxa global de suicídio entre os homens é de 15,0 por 100 mil habitantes e, entre as mulheres, é de 8,0. Essa é uma tendência histórica, já percebida no século XIX por Marx (2006) e confirmada por Durkheim (2000). Quando somado o total de suicídios, a razão¹⁰ entre a taxa de suicídios de homens e mulheres nos países desenvolvidos é de 3,5, e nos países em desenvolvimento é de 1,6, conforme sugerido na Figura 4.

¹⁰ A razão é usada em matemática para comparar duas grandezas, dividindo uma pela outra. No caso da razão entre o suicídio de homens e mulheres, divide-se o número de suicídios praticados por homens pelo de mulheres e obtém-se quantos homens se suicidam a cada suicídio feminino.

Figura 4 – Razão entre as taxas de suicídio de homens e mulheres, por faixa etária e nível de renda dos países em 2012



Fonte: OECD 2014

De acordo com a OMS (2019) e a OECD (2014), a tentativa de suicídio é um dos principais indicadores de risco, mas suas estatísticas, bem como a de autoagressão, ainda podem não ser confiáveis, por apresentarem pouca notificação e pelo entendimento dos profissionais da saúde quando alguém dá entrada nos hospitais ou postos de saúde. Assim, não há números oficiais sobre tentativas de suicídio, ideação suicida e autolesionamento. Acredita-se que, futuramente, esses dados serão mensurados por entrarem nas fichas de notificação da saúde, educação e outras políticas públicas no Brasil.

Em abril de 2019, o presidente da República e o Congresso Nacional decretaram a Lei n. 13.819¹¹, instituindo a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, pelos Estados, Municípios e Distrito Federal (BRASIL, 2019). Assim, um dos objetivos dessa lei é promover a notificação de eventos e métodos de coleta e análise de dados sobre autoagressão, tentativas de suicídio e suicídios consumados. Todos os estabelecimentos de saúde e ensino, sejam públicos, sejam privados, além do Conselho Tutelar, passaram a notificar compulsoriamente os casos suspeitos e

¹¹ <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>.

confirmados.

Pode-se perceber, nos relatórios publicados pela OMS e OECD, ao longo do período em que se passou a aferir essa questão, que as duas organizações internacionais relacionam o suicídio com a saúde mental, tais como perturbações nas relações entre as pessoas, conflitos psicológicos e doenças mentais. De acordo com a OMS (2002), estima-se que cerca de 90% das pessoas que cometeram suicídio tinham alguma perturbação mental, como alteração do humor, depressão, ansiedade, perturbações do sono, entre outros. Sobre o aumento do número de suicídio, quando se trata de casos que envolvem crianças e adolescentes, o relatório elenca alguns fatores, como a perda de relações românticas, a incapacidade de lidar com desafios acadêmicos, situações estressantes da vida, questões associadas a pouca competência para resolver problemas e conflitos em torno da identidade sexual. Todos esses fatores elencados no relatório demonstram os problemas que perpassam a vida de adolescentes e jovens.

Dessa forma, é possível verificar um consenso entre os dados da OMS e da OECD: o jovem corresponde a uma faixa etária que tem preocupado quando se fala sobre o índice elevado de suicídio, além de, nos últimos anos, esses números terem aumentado. Há também uma relação histórica: quem mais tenta o suicídio são as mulheres, mas os homens estão na frente quando se trata do suicídio concretizado. Quando são comparados os grupos de países desenvolvidos com os países em desenvolvimento, ou, ainda, quando se relacionam esses dados com crises econômicas, a relação do suicídio diverge entre os relatórios da OMS e da OECD.

Capítulo 2

O suicídio entre jovens se apresenta à educação

2.1 Viver ou morrer: uma decisão?

O suicídio vem sendo discutido historicamente, a partir de várias abordagens teóricas, tais como a filosofia, a sociologia, a medicina, a psicologia, a educação e a arte, por ser um fenômeno complexo e um problema grave, que merece atenção.

Segundo a afirmação de Albert Camus (2014, p. xx), o “suicídio deveria ser o único problema verdadeiramente sério com o qual a filosofia deveria se preocupar”. Adquire todo um valor agora, em que se verifica um aumento significativo da incidência dos casos de atentado contra a vida, principalmente entre jovens. Se a filosofia se ocupa de estudar e refletir sobre a relação do homem com a vida e com a sua própria existência, os casos em que essas relações se mostram estar por um fio deveriam ser considerados, seguindo Camus, objetos de investigação tão importantes quanto o estudo de tudo aquilo que constitui um tecido sólido para a existência.

Não se pode desconsiderar que o homem é o único animal a ter conhecimento de seu destino mortal. Ele sabe que vai morrer, mas não sabe quando nem como. Esse saber acarreta consequências sobre sua existência, define respostas e sintomas que devem sempre ser lidos no plano da singularidade, mesmo quando se consideram elementos do meio natural e social. Se o homem sabe desse seu destino, pode decidir antecipar sua morte,

tentar ser mestre em relação a esse momento que lhe é tão imprevisível.

Outra característica própria e exclusiva ao homem é se constituir a partir do Outro e estar inserido num mundo da linguagem, na qual o sujeito está imerso desde o seu nascimento. Como a teoria psicanalítica nos esclarece, nesse primeiro momento é importante acontecer a alienação primordial à linguagem e, em seguida, a separação concomitante a uma perda da parte de vida, ou seja, a perda primordial de gozo (LACAN, 1949/1998). Essa separação é determinante para que o indivíduo se torne um sujeito de desejo, dando sentido ao seu existir. Lacan (1964/1988) exemplifica a alienação na escolha do sujeito diante de uma situação imposta por um assaltante: “ou a bolsa ou a vida!”. Se o sujeito escolhe a bolsa, perde a vida e a bolsa; porém, se escolhe a vida, perde a bolsa e a vida segue decepada. Tal concepção de vida decepada traz consigo a ideia de que o sujeito existe a partir de uma divisão. Portanto, a separação é crucial para o estabelecimento da relação da causa do desejo. Assim, é nessa perda e nesse vazio que se estrutura o inconsciente, dando consciência da finitude da vida, o que gera angústia e mal-estar. Todo ser humano carrega em si o germe dessa decisão — viver ou morrer —, o que suscita as perguntas: tal decisão está presente nos adolescentes como uma tentativa de resolver a angústia? por que atualmente os atos de autoagressão e tentativa de suicídio têm sido apresentados por jovens à educação?

2.2 O suicídio de jovens no espaço escolar

A preocupação com o tema do suicídio começou a transcender a pauta apenas da Saúde e iniciou-se, também, na agenda das reuniões e prioridades dos gestores da Educação. Essa situação surgiu nos últimos anos, como mencionado antes, e tem levado os responsáveis pela educação brasileira a buscar, com urgência, estabelecer orientações e medidas preventivas embasadas em decretos e leis, devido ao aumento dos casos de suicídio no mundo. Por exemplo, na lei brasileira 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, conforme referido anteriormente, há objetivos de promoção, prevenção e articulação das políticas públicas de educação, saúde, segurança pública e comunicação. Já o

Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) das Instituições de Ensino Superior (IES) orienta a criação de espaços para oferecer apoio psicopedagógico aos alunos, o que será melhor detalhado posteriormente nesta tese.

Vale observar que a intenção e o ato suicida, no momento presente, diferentemente do modo como eram tratados anteriormente pela cultura, ganharam a cena do mundo. Antes, o suicídio, quando era tratado, era apenas de forma velada, sob o interdito da palavra, nos bastidores da sociedade ou como um segredo de família. Agora, esse ato ganhou a cena do mundo como nunca visto antes. Os jovens, principalmente, têm se dedicado a mostrar, explicitar e mesmo exhibir o que têm considerado uma solução para as frustrações da vida. Exibem, para um público mais amplo, inclusive nas das redes sociais — que dão acesso a um número imensurável de pessoas de todas as idades — suas intenções e modos de fazer diante do sofrimento. Por outro lado, há a propagação realizada pela ciência, que também transmite, ao livre acesso desses muitos espectadores, propostas de remédio para o sofrimento que a delicada passagem à adolescência impõe.

As instituições de ensino se tornaram um desses palcos de exibição do sofrimento dos jovens e adolescentes, sobretudo por meio das automutilações corporais e de outras variadas formas de autoagressão. Muitas vezes, esses atos são praticados no espaço físico das escolas e das universidades, e, para a surpresa de desarvoramento da comunidade acadêmica, são exibidos para os colegas, professores e gestores. Por exemplo, o relato de uma docente conta que, em sua última aula, numa sexta-feira à noite, determinada aluna, que reside só, longe da família, que habita no interior, lhe apresentou os braços cortados. Sentindo-se impotente, sem saber o que fazer, leva a aluna para sua casa, o que não faz cessar a sua angústia. Fica a todo o momento pensando se procedeu da forma correta, se não haveria uma alternativa e questiona se, caso ela se matasse em sua casa, como explicaria a situação. Essa impotência e angústia sobre tal fato acerca de um corpo retalhado ou a intensão do suicídio é algo presente para o educador que recebe a notícia ou assiste à cena. Outro exemplo é de uma aluna que solicitou a reposição individual de uma aula importante para a professora. Tal reposição não é contada como sendo possível dentro das normas acadêmicas. Como justificativa, apresenta o atestado e o relatório médico da alta no pronto-socorro, onde estava escrito: tentativa de

autoextermínio.

A professora relata que preferiria não ter visto o relatório médico nem ter ciência da situação. Assim sendo, instruiu a aluna que o procedimento de entrega de atestado médico deveria ser o de endereçá-lo à secretaria acadêmica. Contudo, angustiada e pensativa sobre o que seria o correto a se fazer diante de uma discente que havia tentado se matar, perguntou a si própria se deveria abrir exceção para realizar uma aula de reposição com exclusividade.

A forma de autoagressão mais registrada no ambiente escolar se caracteriza pela prática de incisões nos braços, pernas ou outras partes do corpo, cunhada com o nome *cutting*. Incluem-se ainda nessa rubrica os murros e tapas no próprio rosto, os puxões de cabelos ou o bater com a cabeça na parede repetidamente, até o desfalecimento. Angustiados e impotentes, profissionais das escolas onde essas práticas têm se verificado — ensino fundamental, ensino médio e instituições de ensino superior — clamam por auxílio de especialistas para compreender esse fenômeno e buscar intervenções favoráveis que ajudem a conter esses episódios.

2.3 A exigência da educação é causa do suicídio?

São recorrentes as queixas dos alunos em relação às exigências nas instituições de ensino: muitas disciplinas; professores que apresentam textos grandes e muitos livros para leitura; trabalhos em todas as matérias; forma de estudo no ensino médio não favorece o acompanhamento da graduação. Ficam vitados com novas técnicas de estudos apresentados pela pedagogia e pelo YouTube. Alguns conseguem se adaptar, outros obtêm fracasso nas notas.

Reclamam de não conseguir conciliar a vida de estudante com as relações familiares e, com isso, passam também a postergar a vida amorosa. Apresentam um não querer saber do encontro com a sexualidade, mas se angustiam em perceber que chegaram aos 20 anos sem ter se relacionado amorosamente com outra pessoa. Relatam não vivenciar outros ambientes que não sejam a faculdade e os livros, que os fazem se esquecerem de quem são. Queixam de não saberem qual é a sua música preferida, os restaurantes que oferecem as melhores comidas. Ao longo do curso, focam na carreira profissional

tentando alcançar as horas complementares¹² exigidas para a sua formação.

Por outro lado, os professores dizem que também passaram por todas essas exigências em sua época de graduação e que é possível verificar o conflito entre as gerações. As instituições de ensino se debruçam em formas e maneiras de formar um bom profissional para apresentar os melhores egressos para o mercado de trabalho. Porém, tais ações refletem num coro dos jovens que insistem em gritar que não são ouvidos pelas instituições de ensino e as acusam de acabar com a saúde mental dos estudantes por meio das várias exigências.

Assim, é possível retomar abril de 1910, na Sociedade Psicanalítica de Viena, quando o professor Ernest Oppenheim abriu uma discussão sobre as escolas impelirem seus alunos ao suicídio. Apesar de nem todos os argumentos apresentados trazerem fundamentos para se chegar a tal conclusão, Freud faz uma rica contribuição. Reflete que o suicídio não é algo exclusivo das escolas secundárias, mas acontece também entre os aprendizes. Assim, interpreta que a escola toma o lugar dos traumas em que os adolescentes se defrontam em outras condições da vida:

uma escola deve conseguir mais do que não impelir seus alunos ao suicídio. Ela deve lhe dar o desejo de viver e devia oferecer-lhes apoio e amparo numa época da vida que as condições de seu desenvolvimento os compelem a afrouxar seus vínculos com a casa dos pais e com a família. (FREUD, 1910/1969, p. 243).

A entrada da adolescência é marcada exatamente por esse momento. O adolescente quer se desvencilhar, se separar das identificações infantis oriundas da família e buscar suas próprias identificações nos grupos, com seus pares ou com os professores. Fazer parte de um grupo de colegas, ou ter um professor de referência são as expectativas dos jovens universitários. É comum ser indagado por alunos que questionam “como faço para fazer amizade em minha turma?” ou, ainda, “agora que tirei essa nota, o professor vai acreditar que eu não me esforcei o suficiente para a matéria dele. Só de pensar nisso, meu

¹² As horas complementares são atividades obrigatórias de cursos de acadêmicos, e o seu objetivo é de enriquecimento do processo de aprendizagem de aprendizado dos alunos. O intuito é de trazer experiências extracurriculares ao aluno e que ela construa uma visão ampliada sobre a sua área de estudo.

coração fica destruído”.

Sobre o desenvolvimento do adolescente, Freud (1910/1969) acredita que a escola seja fundamental para cumprir o seu dever de proporcionar um substituto das famílias e fazer despertar o interesse pela vida, pelo mundo exterior, ou seja, apresentá-lo, e, junto a isso, as novas possibilidades de identificação. Essa constatação sinaliza a importância de as escolas não se esquecerem de lidar com “sujeitos imaturos a quem não pode ser negado o direito de se demorarem em certos estágios do desenvolvimento e mesmo em que alguns um pouco desagradáveis” (FREUD, 1910/1969, p. 244). Freud elucida então que a escola não pode transferir sua função de ter esse caráter da vida; ela precisa ser mais do que uma maneira de se viver.

É nesse sentido que é importante haver espaços, dentro das instituições de ensino, que deem oportunidade aos alunos para falar e se conectar ao mundo com o seu desejo singular. Nas escolas, encontramos os adolescentes vivenciando os traumas que a vida e a própria travessia desse período se colocam. Chegam à graduação com seus 17, 18 anos, ainda jovens, e precisam saborear o caráter da vida. Dessa forma, os núcleos de apoio psicopedagógicos nas faculdades se debruçam na abordagem do sofrimento psíquico e pedagógico para auxiliar essa travessia a ser mais uma forma de viver.

Capítulo 3

Serviço de apoio psicopedagógico na abordagem do suicídio de jovens

3.1 Serviço de apoio psicopedagógico da educação no Brasil

O Ministério da Educação (MEC), ao longo da história, percebeu a necessidade de ofertar serviços de apoio psicopedagógico aos alunos com queixas pedagógicas e de sofrimento psíquico. Assim, no Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) das Instituições de Ensino Superior (IES), estabelecido pelo MEC, foi dada a orientação de se oferecer um espaço de apoio psicopedagógico, normalmente intitulado Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAP), em que aparecem, na linha de frente, os profissionais da pedagogia e da psicologia. Esses serviços têm sofrido mudanças, de acordo com a época.

A primeira menção ao cargo de orientador nas escolas no Brasil se deu pelo Decreto n. 17.698, de 1947, referente às Escolas Técnicas e Industriais. De acordo com Pimenta (1985), a Orientação Educacional no Brasil teve origem por volta de 1940, devido à influência da orientação profissional que se fazia nos Estados Unidos em 1930. Nesse período, havia a implementação das ocupações e ampliou-se a necessidade de orientar os jovens para uma correta decisão, capaz de lhe assegurar êxito no recente mercado de trabalho. O destaque dado ao trabalho do Orientador Educacional, nesse momento, era apoiar os adolescentes em suas escolhas profissionais.

De acordo com Nogueira (2010), na França, diferentemente dos Estados Unidos, a orientação educacional era desenvolvida em âmbito escolar, como um

serviço de psicologia escolar com o objetivo de conhecer o educando no ambiente formal e informal. Com base na aplicação de testes, tornou-se orientação profissional, sendo o profissional da área, denominado psicólogo escolar, o encarregado de elaborar dossiês com todas as informações disponíveis sobre os educandos.

No Brasil, a história da orientação educacional se inspira nos modelos americano e francês que, embora divergentes em alguns aspectos, estão alicerçados em um mesmo conceito de sociedade. De acordo com Pimenta (1985), as Leis Orgânicas do Ensino referentes ao período de 1942 a 1946 fazem alusão à orientação educacional. Naquela época, não se sabia qual profissional deveria ocupar esse cargo. Por esse motivo, os profissionais eram chamados de “técnicos de educação”. A autora menciona ainda que, até 1958, na tentativa de delimitar a função e formar profissionais com a finalidade de prestar a orientação educacional, o Estado de São Paulo contava com cinco faculdades que ministravam o curso superior de Orientação Educacional. Em 1958, o MEC regulamentou, provisoriamente, o exercício da função e o registro de Orientador Educacional pela Portaria n. 105, de março de 1958, a qual permaneceu provisória até 1961, quando a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) 4.024 regulamentou a formação do Orientador Educacional. A Lei n. 5.564, de 21 de dezembro de 1968, demonstra, assim como a LDB, em vigor naquela época, preocupação com a formação integral do adolescente, embora traga orientações também referentes ao ensino primário, como era o ensino fundamental designado naquela época:

Art. 1º A Orientação Educacional se destina a assistir ao educando, individualmente ou em grupo, no âmbito das escolas e sistemas escolares de nível médio e primário, visando o desenvolvimento integral e harmonioso de sua personalidade, ordenando e integrando os elementos que exercem influência em sua formação e preparando-o para o exercício das opções básicas (BRASIL, 1968).

Segundo Pimenta (1985), o Orientador Educacional teve uma grande importância no ambiente educacional a partir do momento em que sua função

era se valer do diálogo no trabalho, na organização escolar, para intermediar conflitos escolares e auxiliar o corpo docente em relação às dificuldades de aprendizagem, quando houvesse casos que necessitassem de ajuda e intervenção. Essas funções específicas do cargo de orientador educacional foram regulamentadas pelo Decreto Federal n. 72.846, de 26 de setembro de 1973, que apresenta as atribuições privativas desse profissional. O decreto registra:

Art. 8º São atribuições privativas do Orientador Educacional: Planejar e coordenar a implantação e funcionamento do Serviço de Orientação Educacional em nível de: 1- Escola; 2- Comunidade. Planejar e coordenar a implantação e funcionamento do Serviço de Orientação Educacional dos órgãos do Serviço Público Federal, Municipal e Autárquico; das Sociedades de Economia Mista Empresas Estatais, Paraestatais e Privadas. Coordenar a orientação vocacional do educando, incorporando-o ao processo educativo global. Coordenar o processo de sondagem de interesses, aptidões e habilidades do educando. Coordenar o processo de informação educacional e profissional com vista à orientação vocacional. Sistematizar o processo de intercâmbio das informações necessárias ao conhecimento global do educando. Sistematizar o processo de acompanhamento dos alunos, encaminhando a outros especialistas aqueles que exigirem assistência especial (DECRETO nº 72.846, 1973).

Com relação ao ensino superior, não existiu, oficialmente, a orientação educacional, embora recomendações enfáticas fossem sinalizadas para isso. De acordo com Hoirisch e coautores (1993), no princípio da década de 1970, o Ministério da Educação (MEC), por meio de um documento da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), sugeriu a implantação de serviços de aconselhamento e orientação aos estudantes, levando o Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB) a recomendar tal criação. Muitas universidades envidaram esforços quanto à prática de orientação educacional psicopedagógica. Conforme dito, atualmente, o Serviço de Orientação Psicopedagógica consta no roteiro de elaboração do

Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) das Instituições de Ensino Superior (IES), entre as exigências estabelecidas pelo MEC. Na modernidade, os casos de sofrimento mental, angústia e ansiedade na vida acadêmica têm sido endereçados aos núcleos de apoio psicopedagógico, exigindo das instituições de ensino superior a se reinventarem para acolher, intervir no mal-estar e, quando necessário, fazer os encaminhamentos para tratamento.

3.2 Novos sintomas endereçados à Educação: tentativa de suicídio e autoagressão

Durante muitos anos, as principais queixas dos professores em relação aos alunos eram destinadas aos problemas de comportamento (hostilidade, apatia, falta de interesse) e dificuldade na aprendizagem. Atualmente, os profissionais das instituições de ensino fundamental, médio e superior têm se deparado com outras preocupações e angústias: os atos de autoagressão e tentativa de suicídio praticados pelos discentes. Muitas vezes esses atos acontecem dentro dos muros da escola e da universidade. Não apenas o espaço escolar tem sido eleito o cenário, como também se observa um endereçamento ao outro — pares e/ou professores — da intenção suicida ou do resultado da autoagressão, como um tipo de “dar a saber” o que está para acontecer, ou um “dar a ver” o corpo retalhado.

O endereçamento do aluno ao Outro, seja comunicando sua intenção suicida, seja expondo seus cortes, é porque esse aspecto parece algo novo e oportuno para uma possível intervenção. De fato, esse endereçamento cria um intervalo antecedente ao que se situaria como uma passagem ao ato radical. Podemos mencionar que o ato suicida, desde muito tempo, foi interpretado como o testemunho de uma mensagem visando ao Outro simbólico — mensagem de protesto contra uma decepção amorosa, política, um fracasso etc. — que resta fixado pelo imaginário da cena escolhida pelo sujeito e o efeito desta sobre o público, os familiares e a posteridade (ŽIŽEK, 2002, p. 183–193). Diferentemente dessa leitura, postula-se que, na atualidade, esse endereçamento do adolescente e do jovem ao Outro, tal como se manifesta no cotidiano escolar, pode atingir o estatuto simbólico apenas se passar de uma “carta na mão” a um enunciado do sujeito, que busca tratar a emergência, para ele, nessa fase da

vida, daquilo que Freud chama de sexualidade, que faz furo no real (LACAN, 2003, p. 558). Nos casos de suicídio em que uma carta é deixada, quem a lê dificilmente consegue se furtar de procurar, nas linhas e entrelinhas do escrito, o motivo, justificativa ou explicação para o ato cometido. No pedido de ajuda, ao contrário, a “carta na mão” traduz apenas a urgência do sujeito em se haver com os enigmas da existência, do sexo e do desejo que clamam por uma abordagem.

Na perspectiva do social, o suicídio é uma calamidade, como os fatos diversos e as estatísticas o demonstram. Abordar o tema é eversivo. A omissão dos dados geralmente se justifica no temor de que reportar casos de suicídio coincida com a dissipação do caráter destrutivo que prevalece nessa decisão insondável. Outrora, famílias atingidas geralmente encobriam o assunto com um véu mesclado de sofrimento e culpa. Por outro lado, o problema já atingiu diferentes domínios de reflexão na sociedade moderna, e todo esforço no sentido de manter o tema do suicídio fora de qualquer pauta foi definitivamente abalado pela força das novas formas de interação humana, intermediada por mensagens, fóruns e redes sociais oferecidos pela internet. Os jovens acessam o tema, compartilham experiências, sugerem práticas e propõem desafios. As escolas e instituições de ensino superior requerem especialistas, visando a cessar os episódios de tentativa de suicídio e autoagressão. Na contramão das hesitações e interdições, que, por pudor ou pelo caráter ameaçador fazem do tema do suicídio um tabu, os psicanalistas incitam o sujeito a falar na sequência de seu ato, cuja característica é justamente a de interceptar a via da palavra.

3.3 Nova proposta de como abordar as tentativas de suicídio e atos de autoagressão numa instituição de educação

A diretoria de uma faculdade particular de Belo Horizonte com cursos de graduação da área da Saúde (Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia), diante do impasse provocado pelo sofrimento psíquico apresentado por discentes, preocupada com a angústia dos seus profissionais diante desse mal-estar e visando garantir o cumprimento das legislações brasileiras que instituem a assistência estudantil e avaliam o desempenho do Ensino Superior¹³, convidou

¹³ Instrumento de Avaliação Institucional Externa Presencial e a distância. Recredenciamento Transformação de Organização Acadêmica e, também, a Portaria Normativa n. 39, de 12 de dezembro de 2007 (Ministério da Educação): Institui o Programa Nacional de Assistência

a pesquisadora autora desta tese para compreender o trabalho realizado do Núcleo de Pesquisa em Psicanálise e Educação (NIPSE)¹⁴.

Até aquela ocasião, algumas formas de oferecer o apoio psicopedagógico já haviam sido implantadas na instituição e não estavam de acordo com o esperado pela diretoria, pois o local não conseguia fazer intervenções que pudessem dar encaminhamentos e respostas para os casos. Num primeiro momento, a faculdade disponibilizou um docente psiquiatra e duas docentes psicólogas que realizavam os atendimentos aos alunos que demandavam acompanhamento. Após um tempo, a instituição começou a perceber que a maneira com que os discentes estavam utilizando esse espaço se caracterizava mais como um tratamento psiquiátrico ou analítico do que cumprindo com o objetivo proposto de ser uma assistência ou apoio pedagógico, como orientado pelo Ministério da Educação (MEC).

No segundo momento, uma pedagoga e uma psicóloga foram contratadas para prestar o apoio psicopedagógico. Porém, os sujeitos em sofrimento psíquico que demandavam intervenção subjetiva rápida eram orientados a ler livros de autoajuda, a fazer meditação. Construía-se cronogramas para organizar a rotina acadêmica, o que não fazia cessar atos de autoagressão nem tentativas de suicídio, além de não tranquilizar os profissionais e docentes da instituição. Não havia diferença entre os atendimentos da pedagogia e da psicologia. Os sintomas de sofrimento psíquico se repetiam dentro da instituição. Os casos considerados sem resposta pela pedagogia e pela psicologia, devido à gravidade e à urgência psíquica, começaram a chegar para a coordenação de curso e diretoria resolverem. Foi diante desse impasse que a instituição, a partir de um não saber fazer diante dessas situações, almejou conhecer o trabalho realizado pelo NIPSE, elucidado com uma abordagem do suicídio pela palavra.

A pesquisadora apresentou as metodologias utilizadas pelo NIPSE de pesquisa-intervenção nas escolas públicas e privadas. Face ao fracasso e sintomas escolares, foram utilizados o Diagnóstico Clínico e Pedagógico, as

Estudantil.

¹⁴ O NIPSE é Coordenado pela Profa. Dra. Ana Lydia Santiago, desenvolve pesquisa-intervenção clínica e pedagógica sobre os seguintes sintomas escolares: problemas de aprendizagem, distúrbios de comportamento, mal-estar docente e outras formas de manifestação do fracasso escolar, na interfaceda psicanálise, educação e saúde mental.

Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica (ECOP) e as Conversações. Santiago (2005) propõe uma ação interdisciplinar por meio do diagnóstico clínico-pedagógico e defende a realização de um diagnóstico pedagógico antes da investigação analítica, com o objetivo de esclarecer o processo do aluno frente aos mecanismos próprios da aquisição do conhecimento.

A partir dessa apresentação, foi feito o convite à pesquisadora para assumir o cargo de Coordenadora do Núcleo de Acessibilidade e Apoio Psicopedagógico (NAAP), a fim de implantar uma nova metodologia de trabalho, baseada na forma de atuação do NIPSE nas escolas. Dessa forma, uma nova proposta de trabalho precisou ser modelada junto a uma equipe selecionada pela pesquisadora.

Capítulo 4

Metodologia de Pesquisa Intervenção de Orientação Psicanalítica

Para as investigações de campo, serão utilizadas duas metodologias de pesquisa-intervenção propostas e desenvolvidas pelo NIPSE para a abordagem dos sintomas de jovens e adolescentes na instituição pela via da palavra: as Conversações de Orientação Psicanalítica e as Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica.

4.1 Metodologia da Conversação e Entrevistas de Orientação Psicanalítica

A Conversação, proposta por Jacques-Alain Miller (2006/2014) para os encontros clínicos do Campo Freudiano, em que psicanalistas e psiquiatras se reúnem para discutir casos paradigmáticos e desafiadores de pacientes atendidos em instituições de saúde mental, foi adaptada pela professora Ana Lydia Santiago e apresentada como uma metodologia de investigação clínica para os casos de alunos que desafiam a escola e a educação.

Trata-se de fazer a oferta de palavra para um grupo de pares, a fim de discorrer sobre uma questão sintomática apontada por eles. A fala que se espera é um tipo de associação livre sobre o problema: na medida em que se desenvolve, a sessão é conduzida pelo psicanalista animador da Conversação, de forma a permitir a emergência de algo jamais dito, difícil de se expressar ou de enfrentar. Essa experiência, quando compartilhada, provoca os pares para

responder, cada um dizendo como se comporta diante do mesmo problema.

No curso da Conversação, quando uma pessoa toma a palavra, sua fala pode dar ideias às outras e assim por diante, permitindo uma reflexão, um reposicionamento, o resgate do saber fazer, que é intrínseco à própria experiência subjetiva. Em suma, o dispositivo da Conversação é uma “oferta de palavra que traz consequências” ao produzir um saber sobre o sintoma em foco, que antes era vivido como angústia, fracasso, falha ou impotência para enfrentá-lo. A Conversação acolhe o enigma, propõe sua abordagem por meio da palavra e abre para a criação de novas invenções.

Conforme mencionado anteriormente, através do NIPSE, Santiago inaugurou, de forma inédita, a proposta da Conversação nas escolas públicas de Belo Horizonte. Assim, a escolha pela Conversação como metodologia de pesquisa se deu principalmente pela possibilidade de apresentar ao grupo de adolescentes o que não vai bem, com a finalidade de fazer circular uma conversa que coloque em palavras aquilo que até então era apresentado pelos adolescentes nos seus corpos, como são os casos dos cortes e da tentativa de suicídio.

A metodologia da Conversação não pretende ser conclusiva, enunciativa de uma resposta única coletiva, que sirva como resposta satisfatória para todos. Não se pretende qualquer consenso no grupo, senão uma conversa coletivizada, na qual a palavra possa fazer sentido em alguém e produzir algo, algum saber, do qual não era compreendido anteriormente. Na Conversação, é perceptível o movimento para desequilibrar as identificações mortíferas que paralisam o sujeito e possibilitam a criação de novas identificações ligadas à vida, até então desconhecidas por ele.

Já a Entrevista Clínica de Orientação Psicanalítica (ECOP) é um dispositivo clínico inspirado na “apresentação de paciente”, utilizado por Lacan e consolidado pelo Campo Freudiano¹⁵. As apresentações de pacientes são realizadas até os dias de hoje pelos psicanalistas na educação, saúde e demais políticas públicas. Trata-se de fazer o uso da palavra para compreender o sujeito e restituir-lhe o status de sujeito. Para determinar o lugar dos protagonistas

¹⁵ O Campo Freudiano é uma fundação, criada por Jacques Lacan em fevereiro de 1979, que recebe aqueles que tentam sustentar, difundir e aprofundar a orientação lacaniana na psicanálise em seus países, em suas línguas e em suas culturas

envolvidos na Entrevista Clínica de Orientação Psicanalítica, destaca-se a relação entre o entrevistador e o entrevistado. O entrevistador se coloca no lugar de um não saber, possibilita a fala e interroga o sujeito na busca de que algo novo surja e uma intervenção seja possível. O que se observa é que essas entrevistas contribuem para a produção de um saber sobre o sujeito a partir dele próprio, o que possibilita localizar sua posição na vida.

Os encontros das ECOPs exigem uma abordagem dos sintomas que se expressam no espaço institucional como respostas aos impasses subjetivos. Esses encontros com o psicanalista são pontuais e com duração limitada: “nesse particular, a entrevista — por ser pontual e basear-se em encontro e duração restritos — visa a explicitar, para além do que se manifesta como mal-estar contemporâneo da civilização, o sintoma do sujeito” (SANTIAGO, 2009, p. 137).

Assim, as duas metodologias são favoráveis por serem consideradas dispositivos de tratamento do sintoma. Elas possibilitarão que o adolescente e o jovem possam tratar com palavras aquilo que, até então, está posto no corpo através dos atos de autoagressão e tentativa de suicídio. Eles terão a possibilidade de encontrar identificações inéditas e novas saídas singulares, ligadas à vida, para esse sintoma endereçado à educação.

4.2 Demandas de intervenção sobre o suicídio das instituições de educação

As demandas por uma intervenção do NIPSE sobre o suicídio surgiram através da solicitação de três instituições distintas: universidade, Secretaria Municipal de Educação e pela faculdade em que a pesquisadora deste doutorado havia implementado a metodologia de atendimento do Núcleo de Apoio Psicopedagógico. A seguir, as formas e circunstâncias das demandas apresentadas e, posteriormente, no capítulo 6, os casos serão apresentados e analisados.

4.3 Universidade

Com a proposta da pesquisa-intervenção do NIPSE acontecendo nos diversos contextos da educação, uma solicitação apareceu no colegiado de um

curso de graduação. A proposta seria realizar a Conversação em uma turma de graduação, a partir do pedido feito pelo representante de turma. O mal-estar era devido a um suicídio de uma colega no semestre anterior e, ao início das aulas, outro integrante da turma também havia tentado suicídio dentro da instituição. Solicitavam suporte para auxiliá-los a lidar com esse colega e principalmente para não ficarem identificados como a “turma do suicídio”, pois, naquela ocasião, alguns alunos começaram a solicitar troca de turma. Por fim, afirmava-se que a turma não estava apta para lidar com nada daquilo. O colegiado ofereceu à turma o trabalho do NIPSE para solucionar a questão, tendo sido prontamente aceito. Uma das professoras daquele período concedeu parte da carga horária de sua disciplina para a realização das Conversações, que aconteceram semanalmente durante pouco mais de um mês, nos primeiros horários. Na ocasião, além de considerar a necessidade da turma de se submeter a algum trabalho terapêutico, a docente testemunhou a dificuldade em desenvolver suas aulas com aqueles alunos, que faziam de qualquer temática uma oportunidade para abordar o mal-estar ambiente.

4.4 Secretaria Municipal de Educação

A partir das vivências e intervenções realizadas pela pesquisadora no Núcleo de Apoio Psicopedagógico com os jovens do ensino superior, surgiu o convite para apresentar o trabalho¹⁶ em um encontro promovido pelo NIPSE. Os participantes, em sua maioria, eram educadores e profissionais da saúde. Após a apresentação, a Secretaria Municipal de Educação (SMED), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, solicitou uma reunião com o NIPSE para dizer sobre os novos sintomas que estavam aparecendo nas escolas: atos de autoagressão e tentativas de suicídio dos alunos do ensino fundamental. Naquela ocasião, havia acabado de acontecer o suicídio de um aluno de 14 anos, da rede municipal.

A gestão estava percebendo uma crescente notificação das escolas referente à tentativa de suicídio e cortes pelo corpo, principalmente nos braços.

¹⁶ Terceiro Colóquio Internacional do OCA – Observatório da Criança e Adolescente, dia 29 de novembro de 2018, Salão Nobre, Faculdade de Medicina, UFMG.

O curioso é que esses cortes muitas vezes são denunciados à direção, coordenação ou professores por amigos de sala de aula, que, preocupados com o colega e em manter a amizade, pedem sigilo na informação. Porém, quando o estudante é chamado para conversar, ao ser interpelado sobre os cortes, imediatamente mostra o braço ou as pernas cortadas. Outras vezes, os próprios professores visualizam os cortes e ficam sem reação, sem saber se conversam com o aluno ou se fingem que não veem e compartilham com a direção da escola. As escolas acionam a SMED para buscar orientações sobre como proceder e intervir com esses alunos, além de fazer o encaminhamento para a área de saúde e o Conselho Tutelar. Existiam escolas com um número maior de notificações. Preocupadas, elas haviam solicitado o apoio para a possibilidade de um trabalho em âmbito interno. Algumas propostas da saúde já eram realizadas em algumas escolas, tais como rodas de conversa, dia do abraço e encaminhamento para atendimento dos casos nas unidades básicas de saúde e no Centro de Referência de Saúde Mental Infantil. Porém, mesmo assim, os sintomas não cessavam de aparecer nas escolas.

Dessa forma, a SMED, que já conhecia as ações do NIPSE a partir da parceria para executar do Projeto 3317, propôs um novo trabalho, com objetivo diferente: dessa vez, o mal-estar estava localizado nos fenômenos da tentativa de suicídio e nos atos de autoagressão. O interesse pelo trabalho do NIPSE foi, principalmente, a utilização da metodologia pesquisa-intervenção com as entrevistas clínicas. O diferencial dessa metodologia é o efeito que surge para a escola, alunos e professores, que, diante do impasse e do mal-estar, conseguem produzir um saber fazer com a situação.

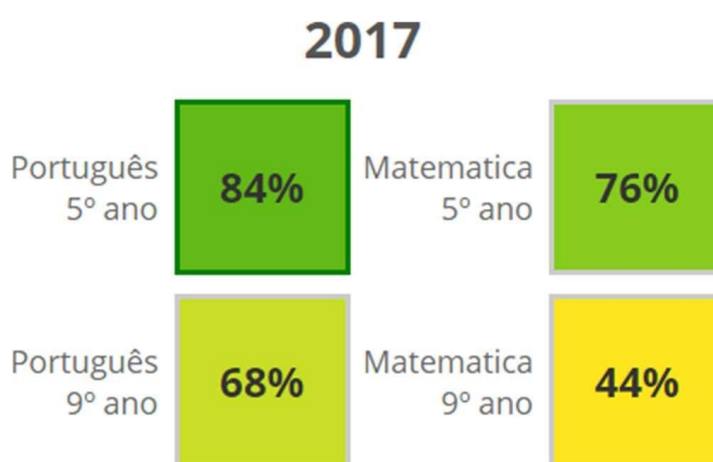
A escola selecionada para a realização da pesquisa-intervenção possui mais de 25 anos de funcionamento e acredita que conseguiu construir, nesses anos, uma amistosa relação com os alunos, por meio dos vários projetos pedagógicos nela existentes. Oferecem olimpíadas e jogos de matemática, produzem materiais artísticos e literários e os trabalhos interdisciplinares ficam expostos por toda a escola. De fato, é uma instituição composta de muitas cores, além de ser cuidadosamente bem tratada pelos seus profissionais e pelos grupos

¹⁷ Projeto criado para atender 33 escolas da rede municipal de Belo Horizonte que obtiveram resultados insatisfatórios em dois indicadores de qualidade de educação: Índice de Desenvolvimento Escolar Brasileiro (IDEB) e Avaliação Censitária (INIP, Brasil).

de estudantes. Os alunos circulam a todo o momento entre os diversos espaços — pátio, biblioteca, cantina e salas de aulas.

Nas últimas avaliações externas realizadas pelo governo, o desempenho da escola foi tido como satisfatório e, no Sistema de Avaliação da Educação Básica (SAEB)¹⁸, a escola obteve a seguinte pontuação e desempenho, conforme Figuras 5 e 6:

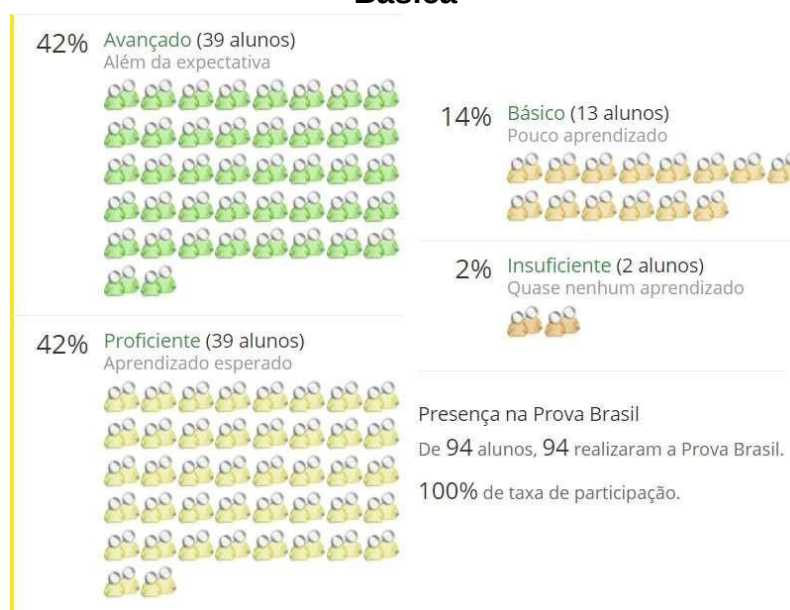
Figura 5 – Nota da avaliação do Sistema de Avaliação da Educação Básica



Fonte: <https://www.qedu.org.br/escola/>

¹⁸ O Sistema de Avaliação da Educação Básica (SAEB) é um conjunto de avaliações externas em larga escala que permite ao Inep realizar um diagnóstico da educação básica brasileira e de fatores que podem interferir no desempenho do estudante.

Figura 6 – Análise do desempenho dos alunos na Avaliação da Educação Básica



Fonte: Prova Brasil, 2017, Inep.

Assim, é possível perceber que 84% dos alunos são considerados com um nível avançado ou com o aprendizado esperado; outros 16% foram considerados com pouco aprendizado ou insuficiente. Mesmo com todos esses resultados, os sintomas de atos de autoagressão causavam mal-estar entre os profissionais, que não sabiam o que fazer diante dos corpos retalhados apresentados pelos alunos. Em tal contexto, a psicanálise propõe-se a intervir diretamente no que paralisa; onde não se sabe mais o que fazer, o analista oferece a palavra, promovendo a associação livre de saberes inconscientes, a fim de que possa advir alguma resposta singular e diferente da que causa o sofrimento. O desafio da psicanálise em sua aplicação na educação é o que Santiago (2015) chamou de “criar um respiradouro no seio do espaço institucional, em que a singularidade finalmente se inscreva” (p. 15).

4.4.1 Faculdade

Os casos da faculdade foram escolhidos para participar deste trabalho com a finalidade de verificar as formas de intervenção e condução do Núcleo de Apoio Psicopedagógico, além de analisar casos de jovens universitários com a prática de tentativa de suicídio e atos de autoagressão. Os casos foram

escolhidos por ensinarem como a oferta da palavra é fundamental no campo da clínica do suicídio e como esses sintomas podem ser manejados dentro de uma instituição de educação de ensino superior.

O NAAP possui, em sua equipe, um auxiliar administrativo, uma coordenadora, duas psicólogas educacionais, uma psicopedagoga e uma psicóloga educacional de acessibilidade. O setor funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 21h, e oferece atendimento presencial e on-line. O objetivo é fornecer apoio psicopedagógico aos discentes, visando qualidade no processo educativo e garantia de acessibilidade na instituição de acordo com a legislação vigente.

O apoio psicopedagógico tem a finalidade de auxiliar o discente que encontra alguma dificuldade ou sofrimento diante das situações pedagógicas e subjetivas que interferem no seu desenvolvimento acadêmico. O atendimento individual ocorre de forma espontânea, por demanda do discente, encaminhada por professores, coordenadores de cursos, colaboradores da instituição e familiares. Na primeira entrevista com o aluno, já se diferencia a queixa subjetiva da pedagógica para verificar se o discente será acompanhado pela psicologia ou pedagogia. Essa distinção é realizada a partir do Diagnóstico Clínico-Pedagógico. As demandas pedagógicas se apresentam intermediadas pela fala dos alunos a partir dos seus problemas relacionados à falta de organização na rotina acadêmica e familiar, definição de prioridades, técnicas de memorização, novas estratégias e formato de estudo. Esse levantamento ajuda a elucidar a melhor maneira que cada um tem para aprender os conteúdos e conceitos, melhorar a gestão do tempo, descobrir novas habilidades e até mesmo autorizar um tempo para atividades de lazer e distração.

Já as queixas/problemas subjetivos dos alunos são angústia, ansiedade, dificuldade no relacionamento com colegas e familiares, sofrimento diante do não encontro do sentido na vida, luto, entre outros. Assim, ainda nessa primeira entrevista, o discente é questionado sobre essas queixas com o objetivo de delimitar o seu sintoma e a sua identificação mortífera que o paralisa, causando inibição, fracasso acadêmico, vontade de desistir da vida e atos de autoagressão.

A implantação do Núcleo de Apoio Psicopedagógico foi marcada pela delimitação dos atendimentos individuais, que foram restritos em até cinco

encontros por problema ou queixa do aluno. Esse número foi baseado na prática das Conversações realizadas pelo NIPSE. Assim, com essa delimitação, o discente precipita em dizer sobre seu problema/queixa marcando um início, meio e fim do acompanhamento feito pelo setor, não sendo confundido como um espaço de tratamento.

Quando o discente necessita de um tratamento psicológico/psiquiátrico/pedagógico a longo prazo e não o faz, é então encaminhado para a rede de parceiros externos da faculdade. Já os casos considerados de monitoramento de risco (discentes que tenham um histórico de tentativa de suicídio) e de monitoramento de atenção (casos com ideação suicida e/ou discurso desesperançoso) podem ultrapassar os cinco atendimentos até a adesão ao tratamento externo e/ou apresentar melhora do quadro apresentado. Semanalmente, a equipe se reúne para discutir os casos com maiores impasses, a fim de pensar no manejo e nas possíveis intervenções com a família, coordenação de curso, professores e rede de atendimento externa.

A Coordenação, psicólogas e pedagoga do NAAP se reúnem semanalmente para discutir os casos no formato de supervisão como forma de encontrar o manejo da transferência e possibilidades de intervenção, bem como capturar o ponto de identificação que paralisa o aluno, com o objetivo de possibilitar uma mudança do discente diante do seu sofrimento. A coordenação de curso de Medicina também solicitou reuniões semanais para discutir casos e situações que geram dificuldades no manejo do dia a dia da faculdade. Em alguns casos, a Coordenação do NAAP convoca os familiares para uma conversa, bem como discute o caso com os psicólogos e psiquiatras externos à faculdade responsáveis pelo tratamento do discente.

O trabalho do setor começou a ser divulgado entre os próprios alunos. Os colegas e os professores encontraram no NAAP um lugar no qual poderiam encaminhar os discentes e discutir situações para refletir no manejo. É comum o professor entrar em contato com a coordenação do NAAP, após a aula, angustiado por ter discutido temas acusados pelos alunos de despertar mal-estar e estraçalhar-lhes a saúde mental. O NAAP também recebe alunos com os corpos tremendo, com partes catatônicas, diante de “crise de ansiedade”, ou até mesmo sangramento bucal, testa e bochechas vermelhas devido a autoagressões. O setor tornou-se um espaço de diálogo com familiares,

conversa com a rede externa de tratamento e, ao mesmo tempo, de intervir com o objetivo de fazer os discentes encontrar respostas e falar de seu sofrimento.

Desde a implementação do setor com a nova metodologia (segundo semestre de 2018), o NAAP se tornou um ponto de referência. Os alunos entendem o espaço como um lugar de orientação e suporte para a vida acadêmica. Lugar em que se conecta com o desejo singular, trazendo mais vida e leveza para o percurso acadêmico. O corpo gestor da faculdade ressalta, nas reuniões, a importância desse espaço como um ambiente que consegue acolher e intervir nos sintomas que geralmente escapam do saber médico e educativo.

Na avaliação institucional interna, o NAAP é um dos setores mais bem avaliados pelos docentes e discentes. Em 2021, foram realizados em torno de 1.700 atendimentos, e cerca de 450 alunos passaram pelo acompanhamento psicológico e pedagógico, o que corresponde a 14% dos discentes matriculados na faculdade. Os alunos que passam pelos atendimentos são convidados para deixar uma avaliação sobre o que o NAAP proporcionou de mudança em sua vida. As principais mudanças elencadas por eles foram angústia, ansiedade, encontro de objetivo para a vida, organização pedagógica da rotina acadêmica e vida pessoal, aprendizado de novas técnicas de estudo e melhora de relacionamento interpessoal e familiar.

4.5 Procedimentos da pesquisa

Como procedimento desta pesquisa, primeiramente foi feita a submissão do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), visto que o objeto de estudo são seres humanos (adolescentes do ensino fundamental e jovens universitários). Após autorização para a realização da pesquisa, o NIPSE retomou o diálogo com a escola municipal previamente selecionada pela Secretaria Municipal de Educação (SMED).

A escolha pela escola se deu por ser essa a instituição de educação que mais apresenta notificações de estudantes com autoagressão e tentativa de suicídio encaminhadas ao Conselho Tutelar e Saúde — em torno de 15 adolescentes do sexto ao nono ano do ensino fundamental. São casos isolados, não formam grupo e não se identificam. Dessa forma, a proposta metodológica

para a escola são as Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica, por serem casos singulares.

Os adolescentes selecionados para participar das ECOPs são alunos sobre os quais a escola já tomou ciência da prática de autoagressão e tentativa de suicídio.

Quando a instituição toma conhecimento do fato, os pais são acionados e a saúde e a rede de garantia de direitos passam a acompanhar os casos. Assim, todos os alunos indicados pela escola seguiram esse fluxo. Porém, o que a educação percebe é que esses estudantes se tornam um enigma para a saúde, família e escola. Por esse motivo, a SMED acionou o NIPSE para realizar as intervenções. Posteriormente, após aprovação do CEP, é apresentado à escola municipal o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para alunos e responsáveis (por se tratar de sujeitos menores de idade).

Para que ocorra a Conversação e as Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica, é necessário, primeiramente, uma conversa com os gestores da instituição de ensino. Acredita-se que eles possam “reconhecer determinadas situações como indesejáveis, excessivas ou invulneráveis a iniciativas de controle e redirecionamento” (SANTIAGO, 2015, p. 14), visto que a instituição permite o atravessamento da psicanálise somente quando os recursos educacionais à disposição da escola se esgotam e se revelam inoperantes e, ainda assim, os problemas se repetem. Em seguida, é agendada uma Conversação com professores ou funcionários da escola que percebam o fenômeno da autoagressão e tentativa de suicídio. Essa proposta de intervenção é iniciada por meio da leitura do que “não vai bem” no contexto escolar, ao escutar a queixa dos educadores, sendo que, a partir dessa leitura, casos de alunos podem se especificar e demandar uma intervenção mais particularizada, que considere a subjetividade de cada aluno.

A partir dessa conversa inicial, a pesquisadora terá o nome dos alunos que participarão das ECOP e das Conversações. Assim, a escola aciona os pais e a pesquisadora, que explica aos responsáveis a proposta do projeto de doutorado e apresenta o TCLE. Com relação aos estudantes do Ensino Fundamental, é feito um convite aos jovens para lhes explicar os procedimentos, as intervenções e a metodologia, seja da Conversação, seja da Entrevista Clínica de Orientação Psicanalítica. Nesse momento, o TCLE também é apresentado.

A Conversação se dá com o grupo universitário que solicitou tal intervenção ao colegiado. A proposta é fazer cinco encontros de Conversações, sendo um por semana, com duração de 01 (uma) hora, nos dias e horários predefinidos com a universidade e alunos. Todas as Conversações serão gravadas (com gravador de voz) e transcritas, com o objetivo de facilitar a análise dos encontros.

A Conversação é conduzida por duas animadoras psicanalistas que tenham experiência com a metodologia. No primeiro encontro, as animadoras dão início questionando aos alunos se eles sabem o motivo pelo qual foram selecionados pela escola para participar das Conversações. Assim, o que “não vai bem” começa a ser colocado em palavras. Na Conversação não há um roteiro com os temas de cada encontro. Entre uma Conversação e outra, as animadoras se reúnem com a orientadora deste projeto de doutorado para fazer supervisão e tirar os principais pontos que se destacaram em seu decorrer. Assim, o próximo encontro é preparado. Na quinta e última Conversação, os alunos sugerem o que gostariam que as animadoras levassem para discussão com a universidade. Dessa forma, uma Conversação devolutiva é agendada com a instituição, podendo favorecer esclarecimentos a questões que a universidade pode ter sobre os discentes, desmistificando o lugar carregado de imaginários e de nomeações que esses jovens ocupam na escola.

Dessa forma, a Conversação na universidade apresentou o seguinte cronograma:

- 1) Conversação diagnóstica com colegiado
- 3) Apresentação dos TCLE para os discentes da turma
- 4) Conversações com os discentes (cinco encontros semanais)
- 5) Conversação devolutiva com o colegiado

Na escola municipal foi realizada a metodologia da Entrevista Clínica de Orientação Psicanalítica. Foram 15 alunos, matriculados do sexto ao nono ano do ensino fundamental, conforme dito anteriormente, nos quais a escola já percebeu comportamentos de autoagressão e de tentativa de suicídio. A pesquisa-intervenção se inicia com a Conversação Diagnóstica com os diretores;

depois, com aqueles funcionários ou docentes da escola que saibam transmitir os casos dos alunos selecionados. Em seguida, é feita uma análise dos dados dos arquivos escolares do aluno para verificar as intervenções já realizadas pela escola, possíveis encaminhamentos feitos para saúde e demais políticas públicas, relatórios, entre outros pontos relevantes do percurso escolar do aluno. Assim, o TCLE será apresentado aos responsáveis e aos estudantes. Cada discente pode ter em torno de cinco entrevistas, que acontecerão em semanas distintas. As primeiras delas são conduzidas pela orientadora deste projeto de doutorado. Em seguida, a pesquisadora faz as entrevistas sob as diretrizes de sua orientadora.

Os áudios de todas as Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica serão gravados (com gravador de voz) e transcritos, com o objetivo de facilitar a análise dos encontros. A ECOP não possui um roteiro predefinido a seguir, e as perguntas são feitas a partir do que o sujeito nos apresenta sobre sua história. Isso porque tudo o que é relatado é de interesse da pesquisa, e, no caso dos adolescentes-foco da investigação, principalmente o que eles dizem sobre a sua relação com a vida e seus pontos de angústia. Por isso, as perguntas não são elaboradas previamente, mas feitas no momento da entrevista, a partir do que se explicitava do sintoma de cada um, à medida que cada adolescente fala. A condução das ECOP possibilita aos adolescentes, que, em um primeiro momento, não apresentam um saber sobre seus sintomas (autoagressão e tentativa de suicídio), construam esse saber. Seguindo essa perspectiva, alguns pontos são orientados na condução das entrevistas. Eles são extraídos de elementos isolados a partir de uma orientação clínica e que permitem centrar nos impasses explicitados pelos adolescentes. Nesse sentido, faz-se imprescindível saber sobre os impasses encontrados por eles, oriundos da puberdade, sobre a dinâmica da relação familiar, bem como sobre a escola e amigos. O objetivo é que, por intermédio da linguagem, seja possível que os alunos encontrem novas formas de fazer laço com a vida e, nos momentos de angústia, buscar formas e estratégias que não coloquem a vida e o corpo em risco. Cada um poderá encontrar essas alternativas a partir das Entrevistas Clínicas e das Conversações.

Ao final de todas as entrevistas, a pesquisadora faz, quando necessário, a Conversação Devolutiva para a escola, familiares e profissionais da saúde que

atendam o estudante. Assim, caso haja alguma orientação ou encaminhamento a ser realizado com o adolescente, é discutido com a escola e os familiares nesse momento, exceto em casos de risco de vida iminente, que serão mais bem esclarecidos, abaixo, nos riscos desta pesquisa. Dessa forma, a proposta de intervenção na escola teve o seguinte cronograma:

- 1) Conversação diagnóstica com diretores
- 2) Conversação diagnóstica com professores e profissionais da escola que vivenciam autoagressão e tentativa de suicídio dos alunos
- 3) Realização da análise dos dados dos arquivos escolares do aluno
- 4) Apresentação dos TCLE para os pais e alunos selecionados
- 5) Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica
- 6) Conversação devolutiva com a escola e os familiares

Com relação aos jovens da faculdade, estes passaram pelas Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica, por ser a metodologia utilizada pelo setor responsável em ofertar o apoio psicopedagógico aos discentes. A faculdade particular de Belo Horizonte, local de ação desta pesquisa, também passou pelo COEP próprio para aprovar a utilização das informações contidas nos prontuários. Assim, três discentes que fizeram o acompanhamento e apresentaram a tentativa de suicídio foram selecionados para participar desta pesquisa de doutorado. Os casos selecionados foram os dos discentes que passaram pelas entrevistas do setor e tiveram as intervenções das ECOP e seus processos concluídos. Assim, foi favorecida uma análise com mais elementos sobre a história de vida, sintomas, impasses e percurso acadêmico. Como os universitários já são maiores de idade, não será necessária a aprovação prévia dos responsáveis. O TCLE será apresentado a esses alunos, que autorizarão a utilização dos documentos produzidos nas ECOP realizadas pelo setor da faculdade.

De acordo com Santiago (2008), as metodologias da Conversação e das Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica estão intimamente ligadas à ética por um motivo muito preciso: nelas, dirigimo-nos ao sujeito, que é uma categoria ética, e, diante da metodologia exposta acima, fica evidente que não é

o sujeito que procura o psicanalista por iniciativa própria para falar sobre seu problema. Se ele vem, é por ter sido designado pelos outros, pela educação, que lhe determinam o que fazer. Esse é o caso, na prática analítica, apenas da intervenção com crianças e adolescentes, em que a decisão de falar a um psicanalista é geralmente uma escolha dos pais ou acontece, como nesta pesquisa, por indicação de uma instituição. Por esse motivo, optou-se pelas ECOP e Conversações como procedimentos para a realização da pesquisa de doutorado.

Podem-se mencionar alguns riscos que participantes da Conversação e das Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica correm durante a pesquisa: 1) timidez diante das Entrevistas Clínicas e Conversações — caso isso ocorra, os participantes podem se manifestar à pesquisadora; 2) desejo de não responder a alguma pergunta, o que é respeitado pela entrevistadora; 3) abalo emocional ao falar sobre suas angústias, ao que é imediatamente acolhido e feita uma intervenção (importante ressaltar que as metodologias escolhidas e utilizadas por essa pesquisa são exatamente para propiciar tratamento diante da queixa apresentada); 4) indicação de tratamento psiquiátrico e contínuo, em que será possível fazer o encaminhamento para atendimento psicológico e psiquiátrico para a rede parceira externa (posto de saúde da área de abrangência do aluno, clínicas sociais e clínicas-escola); 5) ocorrência de algum incidente que implique risco de vida iminente, diante do qual o responsável (que terá deixado o contato telefônico no TCLE) é contatado para ciência da situação e acompanhamento do aluno, que será imediatamente encaminhado para o Centro de Referência de Saúde Mental (CERSAM), quando maiores de 18 anos, e para o CERSAM-I, no caso de adolescentes — referência do atendimento de urgência da saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), parceiro das escolas e já conhecido do NIPSE.

Dessa forma, a metodologia desta pesquisa se dá do seguinte modo:

Tabela 2 – Descrição do local, metodologia utilizada e número de participantes

Local	Metodologia utilizada	Número de participantes
Universidade	Conversação	15

Escola municipal	Entrevista Clínica de Orientação Psicanalítica	15
Faculdade de ensino superior	Análise das Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica realizadas pelo setor NAAP	3

Fonte: Elaborado pela autora.

Capítulo 5

O suicida: discursos no curso dos tempos

5.1 O discurso filosófico sobre o suicídio

5.1.1 *Suicida: “um assassino de si mesmo” em defesa da honra ou por dor subjetiva*

O termo suicídio é nascido no século XVII, introduzido na língua inglesa apenas em 1636 e, a partir de 1734, verifica-se seu emprego também na língua francesa. A palavra deriva do latim (*sui + cidium*), sendo *sui* para “si mesmo” e *cidium* como a forma combinada de *caedere*, que significa “bater, golpear, matar” (FARIA, 1992). Anteriormente a isso, eram utilizadas as expressões “matar a si mesmo”, “homicida de si mesmo”, “assassino de si mesmo”, “sacrificar-se”. O surgimento da palavra suicídio reflete o desejo de diferenciar esse ato do homicídio de terceiros.

O filósofo Platão, em 373 a.C., já faz referência ao ato suicida se perguntando sobre qual seria o destino daquele que mata a si mesmo, com violência, privando-se da parte que recebeu do destino: “O homem que mata aquilo que de todas as coisas que lhe é mais familiar e, como se diz, mais amável, o que deve sofrer? Falo daquele que mata a si mesmo, aquele que, com violência, priva-se da parte que recebeu do destino” (PLATÃO, Leis IX, 873 c2-d8).

Furtar-se do próprio destino aparece como a reprovação que o filósofo atribui ao ato suicida.

No contexto da época de Platão (2011), os casos de suicídio eram

classificados em duas modalidades. A primeira delas reunia os casos em que a finalidade era a de honrar o próprio nome ou o nome da família, isto é, o suicídio se justificava na honra, para o sujeito em questão não passar por uma vergonha ou vexame. A segunda forma é aquela que sobrevém a partir de uma intensa dor não física, e sim uma dor interna, subjetiva. Para Platão, seria necessário uma explicação para o ato de tirar a própria vida. Apenas se houvesse uma explicação, o suicídio seria aceitável. Se o ato era cometido a partir de casos autorizados pelo comandado, pela lei divina, justiça da cidade ou, ainda, quando era necessário eliminar “uma dor inevitável” ou “alguma vergonha sem saída”, poderia ser aceitável. A honra, a vergonha e a dor subjetiva eram algo que justificava o ato tornando-o aceitável perante a sociedade. Qualquer outro motivo seria inadmissível. Assim, o filósofo condena a morte voluntária, reprovando a morte realizada por “indolência e por uma covardia não viril”. Acreditava que, nesses casos, a morte seria imposição de uma pena injusta sobre si mesmo. O que se pode notar a partir dessas primeiras considerações sobre o suicídio é que o censurável advém de algo incompreensível no ato. Buscar uma explicação para o ato suicida, interpretá-lo ou interpretar do que sofrem as pessoas que tiravam suas vidas por “indolência”, passa a ser uma via possível de abordagem do ato suicida.

Em Atenas, cidade onde Platão viveu por vinte anos, quando uma pessoa tirava a sua própria vida por uma “covardia não viril”, ou seja, uma forma condenável e abominável, os parentes mais próximos eram orientados a consultar conselheiros. As leis agiam, ordenando que as sepulturas dos que morriam dessa forma deveriam ficar isoladas, sem que ninguém pudesse ser enterrado junto, e que os suicidas fossem enterrados sem glória, sem lápides e sem indicação de seus nomes. Essas determinações evidenciam, por um lado, a crítica e a tentativa de censurar o suicídio, e, por outro, o interesse em buscar uma explicação que fosse junto aos parentes próximos.

5.1.2 Abordagem do ato suicida: condenação social e expiação corporal

A perspectiva da condenação da exposição corporal de quem cometia o ato suicida é explícita em vários registos históricos. O rei Luís XIV, na França, em 1670, por exemplo, lançou um decreto-lei criminal segundo o qual a pessoa

que cometesse suicídio teria seus bens confiscados e seu corpo arrastado pelas ruas, virado para baixo e jogado no lixo ou esgoto (JAMISON, 2002). Na Alemanha, os corpos eram colocados em barris que deslizavam para o rio de forma que não conseguissem voltar à sua cidade natal. Na Noruega, os cadáveres dos suicidas eram enterrados junto aos demais criminosos na floresta ou jogados na maré.

Na Idade Média, há uma lacuna documental sobre o ato suicida, pois os arquivos são incompletos, mas os historiadores recorrem a fontes como crônicas, diários e a literatura para levantar dados. George Minois (2018) registra, nesse sentido, que não é possível estudar o suicídio da mesma forma que se investiga um fato histórico, como a peste ou a tuberculose, pois esse tipo de morte não é da ordem demográfica, mas sim filosófica, religiosa, moral e cultural. Por isso, a lacuna documental pode ser comparada ao silêncio que rodeou o tema durante muito tempo, corroborando para aumentar o clima de mal-estar em torno dele. Ainda na Idade Média, a partir de pesquisas extraídas de diários e memórias, foram construídas breves crônicas do suicídio:

1257: um parisiense se joga no Sena; retirado da água a tempo, ele comunga antes de morrer. Sua família reclama o corpo, já que ele morreu em estado de graça; porém, como houve suicídio e ele estava em pleno uso das faculdades mentais — na verdade, deu sinais de arrependimento —, a justiça condena o corpo ao suplício.

1238 e 1266: duas mulheres se suicidam na jurisdição da justiça da abadia de Santa Genoveva, em Paris; seus corpos serão “escondidos”.

1274: Pierre Crochet, de Boissy-Saint-Maur-Léger, suspeito de assassinato, se mata. A justiça de abadia de Saint-Maur-des-Fossés condena o cadáver a ser arrastado e enforcado.

1278: Philippe Testard, centenário, antigo preboste do arcebispo de Paris, levanta-se certa noite com o pretexto de ir urinar pela janela e se joga na rua. Reconduzido ao leito, ele se apunhala depois de ter recebido a comunhão. Para evitar o confisco de seus bens, os herdeiros atribuem o gesto à loucura. Um protesto é aberto, durante o qual doze testemunhas ratificaram seu

comportamento estranho: “Ele cometia tantos disparates que todos diziam que estava fora de si”.

1423: Michelet le Cavelier, bordador parisiense, ao contrair uma doença que o fez sofrer terrivelmente, se joga pela janela.

1426: Jeannette Mayard, mulher de um cordeiro, católica devotada, mas que bebe demais e tem ciúmes do marido, se enforca (MINOIS, 2018, p. 7-9).

Diante dos fragmentos das crônicas acima, é possível perceber que a abordagem do ato suicida era avaliada a partir do motivo em si, o que levou a pessoa a tirar a própria vida e, logo em seguida, aplicava-se a condenação para cada caso. O arcebispo e o parisiense que se joga no Sena comungam antes de morrer. Para ambos, a sanidade mental é posta em questão com o objetivo de a família não perder a herança ou conseguir efetivar os rituais do velório e enterro digno. Os demais elencam os possíveis motivos e apresentam as consequências da tomada de decisão pelo suicídio. A sanidade mental começa a ser discutida a partir do século XVII. Antes dessa discussão, o suicídio se apresenta nos palcos como um ato heroico.

5.1.3 O suicídio heroico na literatura e no teatro a partir do século XV: descortinar o suicídio

Com a revolução da imprensa, as obras deixam de ser consumidas apenas pelo público religioso, burguês e nobre da sociedade. Com a expansão do teatro, permite alcançar as camadas mais populares, inclusive os analfabetos. Portanto, um dos aspectos mais marcantes é o retorno em massa da Antiguidade, representada por publicação e tradução de obras filosóficas que retomam os grandes suicidas heroicos da história greco-romana. Essas obras se tornam atraentes na medida em que não há interferência cristã de uma moral paralela. Georges Minois (2018) transmite que a “ideia do suicídio penetra subrepticamente o pensamento das pessoas; o véu que até então o envolvia, produzido pela vergonha e pelo medo, vai se desfazendo aos poucos” (p. 77). Na literatura, o suicídio pode ser apresentado por motivos considerados nobres. Assim, ganha um valor moral positivo, como dois exemplos shakespearianos: o primeiro, *Romeu e Julieta*, que se divide entre a condenação e a compaixão

diante do suicídio dos dois amantes; e o segundo, com *Hamlet*. Assim, com a capacidade de atingir um amplo público no teatro, o suicídio começa a repercutir e ganha um destaque triunfal. Esse fenômeno foi investigado por Bernard Paulin (1977), na Inglaterra, em que o autor apresenta duas grandes conclusões. A primeira é que, entre os anos 1500 e 1580, foram lançadas mais de trinta peças contendo um ou vários casos de morte voluntária. Em sua maioria, o motivo do suicídio nessas peças dava destaque à honra e ao amor. A segunda conclusão é a respeito do tratamento, em particular, à “moralidade”, que condena amplamente a morte voluntária, apresentando, como resultado, uma vida imoral e abre as portas do inferno. Embora as peças teatrais não façam apologia ao suicídio, o número importante de casos e o surgimento de exemplos antigos admiráveis começaram a deixar as pessoas e a religião incomodadas.

5.2 O discurso religioso sobre o suicídio

5.2.1 *Valor moral negativo do suicídio: pacto com satã e renúncia à natureza divina*

Com a Reforma Católica, no século XV, aumenta a tensão nos textos fundadores do cristianismo, em especial nos Evangelhos. A espiritualidade protestante também sentiu a tensão, e é por isso que Philippe de Mornay (1583) se dedica à escrita com a finalidade de reprovar o suicídio, categorizando como um ato de covardia: “o cristão deve deixar de bom grado esta vida, mas não deve fugir na covardia” (p. 138). Assim, a religião tenta conter e reprovar o suicídio de forma incisiva, tanto para os católicos quanto para os luteranos, calvinistas e anglicanos. O suicídio, para todos, era considerado um ato diabólico, a prova do caráter satânico. Cada grupo religioso fica responsável por vigiar e reprimir o suicídio entre seus membros e cultivar as notícias de suicídio entre os inimigos.

Georges Minois (2018) descreve como a origem satânica do suicídio pregado pelas religiões se organizava nos rituais praticados com os cadáveres do suicida:

Os rituais de inversão, por exemplo, servem para indicar que o corpo do suicida, habitado por Satã, inverteu a ordem da criação. Portanto, o cadáver será colocado com o rosto virado para baixo,

em um buraco com orientação norte-sul, em vez da orientação normal oeste-leste, posição favorável à ressurreição, cujo sinal virá do Leste. A estaca atravessada no corpo também pode impedir a ressurreição, e, em todo caso não permitirá que o suicida venha incomodar os vivos, enquanto o sepultamento em uma encruzilhada o fará hesitar, ao mesmo tempo que impressionará os fiéis que se sentirem tentados a se matar. (MINOIS, 2018, p. 91).

O suplício do corpo morto, as multas, os bens confiscados e as penas medievais continuavam sendo aplicadas na França. Por outro lado, a lei de Carlos V, de 1551, começou a diferenciar aqueles que se matam para escapar da justiça daqueles “em razão de uma doença do corpo, de melancolia, de perda de consciência ou qualquer outra enfermidade semelhante”, surgindo, assim, a loucura como uma fonte de sofrimento.

5.2.2 *Valor moral positivo do suicídio: matar-se por amor é “divino”*

O filósofo francês Michel Montaigne, em seus escritos (1588–1589/1988), apresenta o suicídio como uma possível solução aos males da vida. Afirmar que “quanto mais a morte é voluntária, mais é bela” e faz uma análise divina: “Deus nos conferiu tanta liberdade que, quando isso está em causa, viver é pior que morrer” (p.53). Para o autor, a vida depende de outra pessoa, já a morte só depende do sujeito.

Diante da exposição desses novos pensamentos e do suicídio nos palcos, no final do século XIV surge o conflito de valores da primeira geração humanista, em que levantam a crítica da morte voluntária “não temos o direito de desertar, é preciso encarar a dificuldade, a vida nos foi dada por Deus, matar-se é renunciar à própria natureza” (MINOIS, 2018, p. 77). Porém, a tradição do suicídio por amor é histórica, insiste em assumir o lugar das histórias romanescas atribuindo-se um valor moral positivo.

Em 1535, Thomas More escreve seu livro *Utopia* sugerindo a concordância dos padres quando o suicídio é realizado por aqueles que sofrem de uma doença dolorosa e incurável:

é privado de todos os prazeres e vantagens da vida, não passa de uma fonte de preocupação para os outros, prejudica a si mesmo, é um verdadeiro morto-vivo, ele não deve alimentar mais desse mal, e, considerado que sua vida não passa de um inferno, não deve ter medo de morrer, mas, pelo contrário, encher-se de esperança e livrar-se, ele mesmo, dessa vida dolorosa e miserável, como de uma prisão e de um aguilhão que o ferre sem parar, ou aceitar que os outros o livrem; e, ao fazê-lo, ele destituirá com a sua morte não sua felicidade e seu conforto, mas seu suplício (...). Isso seria um ato piedoso e sagrado (MORE, 1535/2017, p. 108-109).

Enquanto isso, Georges Minois (2018) relembra que Chaucer já proferia que as mulheres eram tão capazes quanto os homens de dar a prova de coragem suprema. Aproveita o exemplo de Baldassare Castiglione, em 1528, que evoca o suicídio entre mulheres de Sagunto exaltando, nesse caso, a beleza do gesto e do sentimento. O suicídio assume, assim, um valor moral positivo quando é provocado por motivos nobres. Outro exemplo apresentado pelo autor é quando o bispo de Cádiz, Antônio de Guevara, conta extasiado uma espécie de utopia dos bárbaros oriundos da Índia, que tinham o costume de se matar sistematicamente aos 50 anos de idade para evitar o sofrimento da velhice.

E esses bárbaros tinham o costume de não desejar viver mais de cinquenta anos e, por isso, quando atingiam essa idade, faziam grandes montes de madeira e acendiam o fogo, e ali se queimavam vivos, sacrificando-se voluntariamente aos deuses (MORE, 1535/1964, p. 108-109).

5.3 O discurso médico sobre o suicídio

A partir do século XVII, observa-se uma mudança na interpretação e nas normas que definiam padrões e punições para o suicídio, principalmente na Inglaterra e nos Estados Unidos, quando estudos sobre os casos permitem

considerar que alguns dos atos de suicídio poderiam estar relacionados com alguma insanidade mental. Essa discussão se estende por muitos anos. Apenas a partir do século XIX, o suicídio ganha um enfoque de cunho patológico, passando inclusive a ser designado por “ato insano”.

A principal motivação era o desespero em decorrência de dívidas ou ataques de loucura que eram caracterizados por se matar após ter cometido ou tentado um homicídio. Alguns casos passam a ser descritos, como no trecho da prisão de um médico, em 1586: “sofre um ataque de loucura, mata um dos companheiros e fere outro. Levado ao calabouço, ele se asfixia com a camisa, ele foi arrastado por um cavalo até o depósito de lixo, onde foi pendurado pelos pés” (MINOIS, 2018, p. 74). Ou, ainda, o suicídio de Balduino, chefe de um bando de espadachins italianos que foi preso por tentativa de homicídio do Duque de Alençon “temendo suplícios mais cruéis se esperasse o resultado do processo criminal ao qual queriam submetê-lo, [ele] desferiu alguns golpes no estômago com sua adegua, vindo morrer logo depois” (*Ibid.*, p. 76). A religião apostava que a pessoa que pensa em cometer suicídio pudesse ter medo e desespero da ação por ser considerada uma obra Satânica. Esse desespero é um conceito moral, considerado um pecado, como dito anteriormente.

5.3.1 *A melancolia é um processo psicológico*

O médico Robert Burton¹⁹ inaugura um contraponto à religião quando passa a analisar o processo psicológico que conduz o ato suicida e lhe dá o nome de melancolia. Mas esse conceito de melancolia se difere do que Sigmund Freud formula séculos depois. Esse primeiro conceito da melancolia se baseia em explicações fisiológicas e analógicas. Em 1607, outro conceito surge como “humor melancólico”, que estava relacionado à terra, ao outono, ao temperamento frio e seco. Acreditava-se que o excesso desse humor no cérebro era responsável pelos pensamentos sombrios de um melancólico. Assim, tirar a própria vida começou a ser considerada como doença, quando a causa era

¹⁹ Médico inglês (1577–1640) conhecido pela obra *A anatomia da melancolia* (1621), pioneira no estudo das doenças mentais.

considerada fruto da melancolia. Normalmente, a melancolia era particularmente identificada nos estudiosos por estes serem reflexivos, e o tratamento variava de acordo com a rotina e os prazeres de cada paciente.

(...) um tratamento psicológico destinado a reencontrar o equilíbrio: diversificar as atividades, ler menos, interessar-se por assuntos diferentes. Não existe um remédio universal, e cada um deve adotar um tipo de vida adequado: o solitário deve sair mais e confiar nos familiares, os sociáveis devem se isolar às vezes; é bom namorar mulheres bonitas, cuja visão alegra o coração, e ter uma vida sexual normal, pois a frustração nessa esfera é fonte de melancolia, mas também é preciso evitar a devassidão; deve-se cultivar a matemática e outras ciências que absorvam bastante a mente, como a cronologia. Resumindo, levar uma vida equilibrada (MINOIS, 2018, p. 121).

A melancolia podia ser parcialmente curada ou se agravar. Nesse caso, o sujeito se apresenta prostrado, cansado de viver, e deseja se matar. Assim, o suicídio começa a ser interpretado como uma doença, e não um pecado satânico. Por outro lado, as igrejas discordaram veementemente de ampliar esse debate do suicídio como uma doença e continuaram pregando sua condenação moral.

Essas duas concepções antagônicas vão se opor até o século XIX. A concepção religiosa era tão enraizada que mesmo o próprio Burton não rompeu totalmente com as crenças e receitava remédios, como plantas utilizados pelos Antigos nos cemitérios para afastar os maus espíritos. Mas essa teoria da melancolia, nesse momento, foi a primeira tentativa de descriminalizar o suicídio. Georges Minois (2018) apresenta que, nos séculos XVII e XVIII, a corrente médica e filosófica atribuirá as tendências suicidas aos transtornos da melancolia.

Após 1700, os asilos, hospícios e “médicos de loucos” começam a se proliferar e foi em Londres, no hospital São Lucas, em que o espaço destinado a 220 pessoas já era insuficiente. Willian Black calcula que 15% dos pacientes internos em Beldam eram pessoas que haviam tentado se matar ao menos uma

vez. Assim, os suicidas começaram a receber o diagnóstico de melancolia e passaram a ser tratados como um problema visível, destinado aos cuidados da Medicina.

5.3.2 *Descriminalização do ato suicida*

Com a nova hipótese e causa do suicídio advinda da melancolia apresentada pela Medicina, os juristas começam a concluir que “cabe a Deus punir esse gênero de crime, e que confiscar os bens serviria apenas para fornecer um motivo de suicídio para herdeiros” (MINOIS, 2018). É nesse ano que os historiadores enxergaram um aumento decisivo da repressão contra o suicídio. No contexto jurídico, as mudanças não são consideradas inovadoras nem um retrocesso, mas é a codificação do costume vigente. Não é observado nenhum aumento da repressão em consequência da nova lei.

A relação do suicídio como um ato de loucura ou disfunção psicológica avança entre muitos filósofos, principalmente levando em consideração a crítica sobre o tema do suicídio ser discutido no campo da Medicina, e não do da justiça ou religião.

Existe, é verdade, uma espécie de melancolia (...) que parece estar acompanhada do que se poderia chamar de desejo irresistível de autodestruição (...). As pessoas infelizes que perecem dessa forma lamentável são indivíduos que não merecem censura, e sim compaixão. Tentar puni-los quando eles estão fora do alcance de uma punição humana é tão absurdo quanto injusto (SMITH, 1976, p. 287).

Georges Minois (2018) apresenta que, nesse sentido, houve a pressão de alguns juristas, populares, discussões filosóficas e da Medicina pela descriminalização do suicídio, o que influenciou diretamente para desculpabilizar a ideia da morte voluntária. Tempos depois de solicitar a descriminalização do suicídio, o autor avalia que “todos estão de acordo sobre este aspecto: é intolerável, bárbaro e, no mínimo, absurdo punir cadáver e fazer que as verdadeiras sanções caiam sobre os inocentes. A campanha conduzida sobre

esse tema tende a dissociar o suicídio do crime” (MINOIS, 2018, p. 306).

5.4 O discurso sociológico sobre o suicídio

5.4.1 *O suicídio como fator social: análise durkheimiana*

O sociólogo francês Émile Durkheim foi quem utilizou o método das ciências positivas para elaborar um estudo sobre os fenômenos sociais. Sua obra *O suicídio, estudo de sociologia*, publicada em 1897 (2000), desdobra esse raciocínio sobre a relação das causas sociais do suicídio. Seus estudos foram baseados na análise de casos, números, taxas e no tipo de população em que esse fato social acontece.

As questões expostas para a construção do suicídio durkheimiana seguem rigorosamente dois eixos fundamentais da linguagem: o paradigmático e o sintagmático. Constrói a definição útil de suicídio efetuando a composição sintagmática, que percorre todas as equivalências paradigmáticas essenciais para essa definição, equivalências paradigmáticas estas que marcam, por sua vez, as escolhas que incluem ou excluem os eventos que cabem na definição.

Durkheim (1897/2000) elabora a questão da diversidade dos vínculos sociais que constituem muitas fontes variadas da moral, ou as possibilidades diferenciadas para o indivíduo elevar-se à vida moral. O homem solidário de Durkheim é uma pessoa que, ao mesmo tempo, é autônomo e ligado a outros e à sociedade; um indivíduo consciente das regras morais que implicam a participação na vida social. O autor apresenta uma forma particular de regulação social dos vínculos a partir de uma representação organicista da solidariedade. A teoria social do vínculo é, ao mesmo tempo, a herdeira do núcleo conceitual deixado pelo fundador da sociologia francesa e o resultado das aquisições da sociologia comparativa, que é fundada sobre uma abordagem não normativa das sociedades modernas e sensível à sua diversidade.

Porém, a análise durkheimiana do suicídio que será realizada neste trabalho é capaz de chamar a atenção para algo que foge aos números. Durkheim fala de muitas variáveis e combinações estatísticas, mas apresenta dois fatores relevantes: os fatores sociais e extrassociais. O fator social diz

respeito às maneiras de agir de um determinado sujeito diante de um grupo ou da humanidade em geral. O conjunto de fatores sociais é construído a partir de hábitos praticados pelas pessoas por meio de suas ações e permite uma identificação coletiva que age por trás dos indivíduos, influenciando-os na tomada de decisões e ações, ou seja, fatores sociais que podem moldar a maneira de agir das pessoas pela influência que exercem sobre elas.

Já sobre os fatores extrassociais, o autor faz uma discussão do tema acerca dos fatores psicopáticos, hereditários, climáticos e de imitação. A análise dos dados lhe permitiu observar três elementos: o primeiro é a permanência das taxas de suicídio ao longo dos anos para uma mesma sociedade; o segundo é sobre a variação das taxas de suicídio, se comparadas a diferentes sociedades; o terceiro é a constância, durante longos períodos, das taxas de suicídio comparadas às taxas de mortalidade geral da população dos países estudados. Ele conclui que essas explicações quase nada contribuem para o entendimento do fenômeno do suicídio: “[...] não há nenhum estado psicopático que mantenha com o suicídio uma relação regular e incontestável. Não é porque uma sociedade tem um número maior ou menor de neuropatas que ela tem número maior ou menor de suicidas” (DURKHEIM, 1897/2000, p. 68). O sociólogo ainda relata que o suicida pode passar ao ato sob a ação de outros fatores que merecem ser pesquisados, sendo possível destacar, por isso, que algo foge aos números.

Durkheim (1897/2000) distingue o suicídio de três formas: o suicídio egoísta, o suicídio altruísta e o suicídio anônimo. O suicídio egoísta é motivado pelo isolamento exagerado do indivíduo com relação à sociedade. Assim, o sujeito fica “marginalizado”, sem laços sólidos de solidariedade com o grupo social. O suicídio egoísta é enquadrado no terreno de uma decisão individual, que não considera os outros, o que se apresenta quando há desintegração ou perda de coesão de uma sociedade e falhas em sua função de suporte social.

O segundo é o suicídio altruísta, em que o sujeito está imerso, demasiadamente ligado à sociedade. Ocorre quando o sujeito assume a necessidade de sua morte como um ato heroico para o bem da sociedade ou do grupo do qual ele faz parte, geralmente com uma forte marca de religião no sentido amplo da palavra. Por fim, a terceira forma de suicídio, o anônimo, é a mais importante para a sua obra, pois gerou vários estudos sobre a anomia, que seria a ausência de normas.

Já o suicida por anomia é o sujeito que não aceita limites morais impostos pela sociedade, que deseja mais do que pode; suas demandas estão acima de suas possibilidades reais e, assim, ele sucumbe no desespero. O anônimo apareceria em uma sociedade com um sistema normativo enfraquecido e com o colapso dos valores sociais, segundo Durkheim, que poderia vincular individualmente com a ausência de Lei e total desproteção aos sujeitos que então se encontrariam em total desamparo.

Ainda que o autor classifique as causas do suicídio, conclui dizendo que se podem sempre identificar aquelas formas fundamentais e que as características gerais do suicídio resultam em causas sociais. Porém, Durkheim (1897/2000) reconhece que, ao se verificar caso a caso, podem-se encontrar variáveis que não foram quantificadas, mas evidenciadas em seu estudo. Conclui dizendo que “individualizando-se os casos particulares, elas [características gerais e causas sociais do suicídio] adquirem nuances variadas, conforme o temperamento pessoal da vítima e as circunstâncias especiais que se encontra” (p. 378).

Por fim, o autor faz considerações sobre outros fenômenos sociais e sobre remédios contra os diferentes tipos de suicídio. Ele elabora uma reflexão sobre as particularidades individuais que não podem explicar a taxa social de suicídios, por ser uma variável em proporções consideráveis, bem como as diversas combinações de circunstâncias que mantêm mais ou menos a mesma frequência. Por outro lado, mesmo tentando verificar as causas, os números são infinitos. Durkheim (1897/2000) dá exemplos de sujeitos que se matam na abundância, outros na pobreza; outro infeliz no casamento, outro acabava de romper por divórcio o casamento que o fazia infeliz. Os mais diversos acontecimentos da vida e até os mais contraditórios podem servir igualmente para acontecer o suicídio. Portanto, nenhum deles é sua causa específica. Durkheim (1897/2000) conclui sua teoria sobre o suicídio refletindo que

se é possível estabelecermos a existência do mal, em que ele consiste e de que depende, as características gerais do remédio e o ponto em que ele deve ser aplicado, o essencial não é fixar de antemão um plano que prevê tudo; é pôr resolutamente mãos à obra (p. 513).

Dessa forma, pode-se perceber que não há algo que delimita todos os casos.

É impossível prever o que é singular do sujeito e estabelecer um plano para todos, como se fosse um remédio para o fenômeno. Cabe aos pesquisadores, profissionais e especialistas que se deparam com a tentativa de suicídio e autoagressão se debruçar a partir desse sintoma para buscar intervenções que possam surtir efeito para cada sujeito.

5.4.2 O desamparo da juventude: uma leitura de Savage

Savage (2009) apresenta um fragmento do diário de uma adolescente, no ano 1903, que demonstrou a forma com que a juventude se sentia desamparada, sem orientação e referência: “Sinto-me como se fosse um capitão que salta da segurança do seu navio para o mar, que se agarra a uma prancha de madeira e se deixa levar pelo tumulto do mar, agora aqui, agora ali. Ele não sabe para onde está indo” (SAVAGE, 2009, p. 119).

Na década de 1900, novos movimentos juvenis surgiram na Grã-Bretanha e na Alemanha em resposta ao militarismo e ao industrialismo. Os movimentos juvenis passaram a criticar o casamento, desejavam a liberdade emocional e sexual e passaram a adorar a natureza. Enquanto as jovens meninas lutavam por uma igualdade social e sexual, os rapazes aspiravam encontrar outro tipo de identidade que não fosse o soldado ou o atleta. Almejavam se livrar das restrições do adulto e questionavam a moralidade “toda a nossa moral e moralidade ou são absurdas ou são imorais” (SAVAGE, 2009, p. 119), afirmavam os jovens da época.

5.4.2.1 O suicídio entre jovens como resposta ao militarismo

Na Alemanha, enquanto acontecia a expansão militar, a expectativa como forçada nação estava concentrada em sua juventude. De acordo com Savage, “o jovem que não estivesse à altura não só era fraco ou pouco patriota, como significava uma ameaça para o futuro da raça. O efeito foi reduzir os adversários

do militarismo aselvagens subumanos” (2009, p. 37). O jovem que se recusasse ou se fizesse objeção ao serviço militar era considerado um “degenerado”. O suicídio nesse momento estava sendo discutido na Europa e interpretado como um problema social²⁰.

O fato de os jovens da nação mais avançada e triunfal do mundo estarem inclinados a se matarem tinha um tom sinistro em meio ao militarismo triunfante. Os jovens costumam ser um reflexo para os adultos dos valores dominantes da sociedade e esses suicídios adolescentes levavam ao pressentimento de colapso que jazia sob a robusta superfície da Europa dos anos 1890. Enquanto seus exércitos e esquadras varriam o globo, os grandes impérios eram assediados por temores com relação à nova era da massa e à consequente involução da sociedade humana” (SAVAGE, 2009, p. 38).

Filósofos dessa época, como Gustave Le Bon (1841–1931), acreditavam que a nova sociedade do “direito divino dos reis” fora substituída pelo “direito divino das massas”. Le Bon descreve, em *The Crowd* (1892/2002), algumas características das massas e das multidões, como impulsividade, irritabilidade, incapacidade de raciocinar, além do exagero de sentimentos. Essas são as mesmas características encontradas nos jovens. Assim, os militares acreditavam ser preciso ter o controle social da massa, o controle e a disciplina dos corpos dos jovens, para não se ter uma geração de “degenerados”. Diante disso, observa-se uma forte manifestação de raiva dos adolescentes, que rivalizavam para definir o novo século: esse foi o conflito ideológico que politizou a juventude do norte da Europa.

5.4.2.2 O suicídio como resposta ao autoritarismo escolar

Com a expansão do militarismo, o sistema governamental expressava e favorecia a rígida ideologia nacionalista. A relação entre pais e filhos começou a

²⁰ Época em que Durkheim escreveu sua obra sobre o suicídio.

tensionar, e nas escolas não era diferente. O sistema de educação semi-interna e das escolas públicas pregava, cada vez mais, uma disciplina rígida, produzindo alunos angustiados. Foi diante desse autoritarismo das escolas britânicas que a sociedade passou a assistir a uma enxurrada de suicídio de estudantes em idade escolar.

Na Alemanha imperial, os jovens passaram a transmitir e apoiar a ideia do “pássaro errante”, manifestada por longas caminhadas pelos campos e acampamentos. Essas excursões ficaram cada vez mais populares entre os jovens e vários grupos começaram a surgir. Alguns se identificavam com bonés, broches e chapéus. Normalmente a faixa etária era entre 12 e 19 anos, pois, antes dos 12, eram considerados crianças e, após os 19, muitos já estavam servindo ao exército. A comida era feita em fogueiras e os leitos eram em tendas e celeiros. A essência do “pássaro errante” foi descrita por um jovem como “fugir dos limites da escola e da cidade para o mundo aberto, afastar-se dos deveres acadêmicos e da disciplina da vida cotidiana para a atmosfera de aventuras” (SAVAGE, 2009, p. 121).

Apesar de os jovens alemães almejem a liberdade e fugir da disciplina militar, a vida em torno da natureza começou a ficar complicada. Sem orientação e referência do adulto, a rotina começou a ficar assustadora. Enquanto um grupo descontraído de jovens que gostava de apreciar a natureza passou a ser um movimento cindido por lutas mutuamente destrutivas, outro promovia a higiene racial e, ao mesmo tempo, condenava a decadência, o álcool, o tabaco e a sociedade de massa. Com a falta de uma liderança hierarquizada dos adultos, os jovens da Alemanha preferiram policiar a si mesmos. As tentativas de viver fora das restrições dos adultos foram subvertidas de dentro para fora pelo autoritarismo imposto por eles próprios.

Em 1930, o suicídio entre os jovens estudantes secundaristas continuava sendo um problema nacional. O apelo do partido para a ação direta atraía um grande segmento da juventude alemã, que se mostrava hostil à democracia e entediado com a falta de esperança. Qualquer outro movimento juvenil que pudesse fazer um contraponto democrático era em vão. Nesse período aumentou a fome e o desemprego, e a população vivia em condições insalubres, abrindo portas para doenças como o sarampo, gripe, difteria e quadros de doenças mentais, assistidos com o final trágico do suicídio.

5.5 O discurso analítico sobre o suicídio

5.5.1 *Freud: o suicídio como ato falho*

O suicídio, bem como situações em que o sujeito se machuca em um suposto acidente, pode ser considerado um ato falho para Freud. O autor apresenta casos de mortes acidentais, em que a explicação parece duvidosa e um espectador afastado vê o ocorrido apenas como uma casualidade. Porém, uma pessoa mais próxima do acidentado pode suspeitar de uma ação inconsciente por trás. Essa autodestruição, de acordo com Freud (1901/1969), pode ser proveniente de uma intenção inconsciente e mascarada em um acidente, num momento oportuno.

Freud (1901/1969) apresenta que não é o primeiro a supor sentido ou um propósito por trás das pequenas perturbações funcionais da vida cotidiana das pessoas sadias e cita a obra de Meringer Mayer (1895–98), em que a autora acredita que “os equívocos da fala não deixam de ter paralelos. Correspondem às falhas que frequentemente ocorrem em outras atividades humanas e são conhecidas pela denominação de ‘descuidos’” (MAYER, citada por FREUD, 1901/1969, p. 167).

O autor se atenta para duas formas de se verificar esses “descuidos” e os nomeiam “equívocos da ação”²¹ e “atos sintomáticos e acidentais”. Os atos sintomáticos e acidentais são discretos; é preciso que seus feitos sejam insignificantes, expressam algo que o próprio agente não suspeita e que, em regra geral, não pretende comunicar, e sim guardar para si, ou seja, desempenham papel de sintoma. Já os “equívocos da ação” são os casos em que o efeito falho, um desvio do que fora intencionado é o elemento essencial.

A fim de demonstrar esses atos falhos, equívocos da ação, Freud apresenta diversos exemplos da vida pessoal e de pacientes atendidos por ele. A primeira experiência demonstrada foi que, em visita a alguns pacientes, ele tirava do bolso as chaves de casa em vez de bater ou tocar campainha. Esse ato

²¹ Termo apresentado por Meringer Mayer.

falho, a partir da interpretação de Freud, indicava uma relação de afeição ao paciente, pois ali se sentia tão bem quanto em casa. A falha presente no ato falho tem a representação simbólica de um pensamento que, na verdade, não se destinava a ser admitido de maneira séria e consciente pelo sujeito.

O ato falho com as chaves casa/consultório era algo percebido com um certo estranhamento por outros médicos, como o dr. Hanns Sachs, que relatou a Freud que sempre carregava duas chaves: a de casa e a do consultório. O médico avalia a impossibilidade de confundi-las, uma vez que a chave do consultório, além de carregá-la no bolso do colete, era três vezes maior do que a de casa, guardada no bolso da calça. Dr. Hanns Sachs fez uma experiência estatística e constatou que frequentemente pegava a chave de casa diante da porta do consultório, ao passo que o inverso aconteceu apenas uma vez, quando o médico chegou em casa cansado e sabendo que havia uma visita lhe aguardando ali.

Outro caso relatado por Freud é sua curiosidade pelo fato de ele ter quebrado o tinteiro da sua escrivaninha, já que era, na maioria das vezes, cauteloso com seus objetos. A explicação não foi difícil de encontrar, uma vez que, horas antes, sua irmã havia entrado em seu quarto para analisar suas novas aquisições. Elogiou a escrivaninha, mas comentou que o tinteiro não combinava. Horas depois, Freud quebra o tinteiro num ato cuidadoso, já que os outros objetos que estavam em cima da escrivaninha se mantiveram intactos. O autor conclui que a irmã iria presenteá-lo com um mais bonito e ele teria quebrado o que era velho e feio, forçando-a tal ato.

Assim, a realização desses atos falhos ou equívocos da ação portam motivações e propósitos inconscientes. Quando se investigam as razões da ocorrência de um desses atos falhos tão íntimos, observam-se relações com a vida atual e, também, com a pré-história do sujeito. Os atos falhos podem dizer respeito tanto aos casos de ações acidentais desajeitadas e inofensivas quanto aos erros capazes de provocar danos graves à vida do próprio sujeito ou de outrem, como o erro médico. Essas ações ou movimentos desajeitados e aparentemente acidentais exibem algo de violento e impetuoso.

Freud (1901/1969) marca ser característico que, após algum tempo, o sujeito não recorde nada sobre o seu ato falho ou o que lhe teria motivado tal ação. Ressalta que os atos falhos em geral, apesar de se tornarem uma fonte de

mal-entendidos nas relações humanas, oferecem a quem tem uma observação atenta a melhor abordagem para a compreensão de questões íntimas da vida psíquica. Entretanto, o sujeito demonstra indignação quando conclusões extraídas de seus atos falhos lhe são comunicados, alegando que tais fundamentações seriam infundadas.

De maneira semelhante, cair, dar um passo em falso, escorregar, nem sempre precisa ser interpretado como falhas puramente acidentais das ações motoras. Pode haver uma repetição de um comportamento em atos acidentais, e é precisamente por isso que há um interesse especial em saber se os erros de importância considerável, que podem ser acompanhados de consequências desagradáveis, se enquadram, de algum modo, em um ato falho. “Sabe-se que, nos casos mais graves de psiconeuroses, os ferimentos auto infligidos ocasionalmente aparecem como sintomas patológicos e que, nesses casos, nunca se pode excluir o suicídio como um possível desfecho do conflito psíquico” (FREUD, 1901/1969, p. 181). Freud prova com exemplos que muitos ferimentos aparentemente acidentais sofridos por esses sujeitos são, na realidade, lesões que o autor os chama de autoinfligidas. Acredita-se que aconteça uma tendência à autopunição, que pode ser expressa por três aspectos: a primeira é a autocensura; a segunda pode contribuir para a formação de um sintoma; e a terceira contribui para um efeito lesivo desejado. Essas ocorrências não são raras, inclusive possuem casos de gravidade moderada e denunciam o papel desempenhado pela intenção inconsciente através de traços particulares, como a notável serenidade com que os pacientes encaram o suposto acidente.

Freud (1901/1969) descreve detalhadamente casos de pessoas que sofreram acidentes e ficaram severamente feridas. O primeiro é o de uma jovem senhora que havia quebrado os ossos de uma perna num acidente de carruagem, ao que foi preciso ficar semanas acamada. O intrigante foi a ausência de expressão de dor e a tranquilidade que a jovem demonstrou diante do acidente. Certa noite, estava hospedada com seu ciumento marido na casa de sua irmã, junto a seus familiares e cunhados. Diante do seu círculo íntimo, fez uma demonstração de dança e foi fortemente aplaudida. Seu marido, não contente, sussurrou que tal atitude a havia deixado parecida com uma meretriz. A jovem senhora passou a noite inquieta e, na manhã seguinte, foi a um passeio de carruagem e escolheu os cavalos pessoalmente, recusando os pré-

selecionados. A irmã mais nova queria que seu bebê e a ama fossem com ela na carruagem, mas a jovem senhora recusou. Durante o passeio, mostrou-se nervosa e expôs ao cocheiro que os cavalos estavam espantados, e, quando os animais, inquietos, criaram uma dificuldade momentânea, ela saltou da carruagem e quebrou a perna. As outras pessoas que permaneceram no veículo saíram ilesas.

A jovem senhora não recebeu de Freud a compaixão esperada, e sim a pergunta: “por que você fez isso?”. O psicanalista, nesse momento, descarta a hipótese de acidente e conclui que ela se impôs um castigo tão adequado ao crime: por muito tempo ela ficou impossibilitada de dançar novamente. Assim, o autor chama a atenção para ouvir as circunstâncias e os pensamentos de quando aparece um paciente que sofreu algum tipo de acidente e não demonstra surpresa nem dor, e sim tranquilidade diante do fato.

Essa pergunta é essencial e pode ser utilizada, ainda hoje, no atendimento com os jovens que apresentam atos de autoagressão. Muitos, quando questionados, tentam dar sentido de forma consciente, como se fosse um coro já dito entre o grupo de adolescentes: “me machuco porque a dor externa fica maior do que a dor interna, assim, esqueço da angústia de dentro”. Aos serem indagados se realmente passa a dor externa, suas respostas são negativas. Assim, começam a construir uma relação de saber sobre o fato. Após alguns atendimentos, eles começam a elaborar que essa ação de se machucarem, na verdade, faz com que o corpo se acalme.

Encontrar formas de acalmar o corpo é possível por intermédio da fala. Outros já chegam aos atendimentos com a pergunta “por que eu faço isso comigo?”. É importante destacar que a pergunta tira o sujeito da inércia, sozinho, isolado com a sua dor. Provoca um movimento de encontrar estratégias e novas saídas para algo que não vai bem.

Outros exemplos foram dados por Freud, como o de um oficial que, em uma prova hípica com outros companheiros, caiu do cavalo, feriu-se gravemente e faleceu alguns dias depois. Anteriormente ao fato, ele estava profundamente desgostoso com a morte da sua mãe. Apresentava crises de choro, dissera que estava farto de sua vida e que inclusive havia desistido de ir a uma guerra na África, da qual não podia se esquivar. Antes da corrida, manifestou que estava com mau pressentimento. Freud enfatiza que uma pessoa nesse estado não

conseguiria dominar um cavalo tão bem quanto em dias normais e que tal inibição motora produzida por esse estado de “nervosismo” tinha a intenção de autodestruição.

Quem acreditar na ocorrência de ferimentos semi-intencionais auto-infligidos também estará disposto a supor que, além do suicídio intencional consciente, existe uma autodestruição semi-intencional (com uma intenção inconsciente), capaz de extrapolar habitualmente uma ameaça à vida e mascarar-la como um acidente casual. Não há por que supor que essa autodestruição seja rara. É que a tendência à autodestruição está presente em certa medida num número muito maior de pessoas do que aquelas em que chega a ser posta em prática; os ferimentos auto infligidos são, em geral, um compromisso entre essa pulsão e as forças que ainda se opõem a ela. Mesmo nos casos em que realmente se consuma o suicídio, a propensão a ele terá estado presente desde longa data, com menor intensidade ou sob forma de uma tendência inconsciente e suprimida. Mesmo a intenção consciente de cometer suicídio escolhe sua época, seus meios e sua oportunidade; e é perfeitamente consonante com isso que a intenção inconsciente aguarde uma ocasião que possa tomar a seu encargo parte da causação e que, ao requisitar as forças defensivas do sujeito, liberte a intenção da pressão destas. As considerações que aqui proponho estão longe de ser fúteis (FREUD, 1901/1969, p. 183-184).

A autoagressão e a tentativa de suicídio na contemporaneidade também estão longe de ser fúteis, principalmente quando verificamos essas ações entre os adolescentes. Assim, a intenção inconsciente do ato praticado precisa ganhar espaço num local em que se possa falar sobre isso, para uma possível elaboração ou inauguração de uma pergunta para o sujeito que se autoagride, seja por incisões no corpo, seja por acidentes, seja por se colocar em situações que possam colocar sua vida em risco.

5.5.2 *O suicídio no luto e na melancolia*

O percurso que Freud traçou no item anterior acerca do suicídio pode ser compreendido a partir dos atos falhos ou equívocos da ação que apresentam motivações e propósitos inconscientes. Outro elemento importante é que há uma tendência à autodestruição implícita nos ferimentos autoinfligidos e nos suicídios — concluídos ou não. Essa tendência será discutida em “Luto e melancolia”, como o sadismo que retorna ao Eu e, posteriormente, como a cultura pura de pulsão de morte. Inicialmente, torna-se essencial fazer a diferença do luto e da melancolia a partir da leitura do autor. Freud (1917/1996) se debruçou em explicar a melancolia para além dos aspectos puramente neurológicos, que, em geral, se descrevem como estado de depressão, logo substituído por uma abordagem psicológica. Inicialmente, o autor demonstrou os impulsos hostis contra os pais (“desejo que morram”), presentes na neurose e na paranoia com delírios de perseguição — e até mesmo quando esses desejos são reprimidos, no momento que a compaixão pelos pais é ativa nas ocasiões de morte —, e os nomeou luto. Apresentou também a forma de se punir de uma maneira histérica, por intermédio da retribuição. A identificação construída nesses exemplos não passa de uma modalidade de pensar e não exime a necessidade de procurar motivo. Porém, a aplicação da melancolia e do luto, delineados nesse formato, foi deixada completamente de lado por Freud.

Para conceituar a melancolia e diferenciá-la do luto, Freud (1916–17/1990) acredita que este último, de forma geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de uma pessoa querida — que pode ser um país, a liberdade, o ideal de alguém. O luto envolve o afastamento daquilo que é considerado habitual para com a vida. O luto jamais pode ser considerado um afeto patológico, pois é doloroso e pode ser superado após um lapso de tempo. Nessa condição, o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Esse processo é penoso e causa um desprazer em aceitá-lo como algo natural. A inibição e a perda de interesse são plenamente justificáveis pelo trabalho do luto no qual o Eu é absorvido. O mundo se torna pobre, vazio, sem o colorido diferente de quando se tinha o objeto ali, diante do sujeito. Assim, no luto há um objeto bem delimitado; o que se perdeu é bem definido e nomeável.

Contudo, quando o trabalho do luto se conclui, o Eu fica novamente desinibido e livre. O movimento realizado pelo luto é se apoiar em lembranças e situações que demonstrem a ligação da libido ao objeto perdido e se defronta com o veredicto da realidade na qual aquele objeto não existe mais. O Eu confrontado com essa situação se partilhará desse destino; é persuadido pela soma das satisfações narcisistas de que deveria estar vivo e rompe sua ligação com o objeto abolido. Esse rompimento é lento e gradual e, quando tiver sido concluído, o dispêndio de energia necessária a ele também se dissipará e poderá ir em busca de um objeto substitutivo. Assim, o luto obriga o Eu a desistir do objeto, declarando-o morto, e oferece incentivo de continuar a viver.

Já a melancolia pode ser considerada patológica, uma vez que o desânimo é profundamente penoso. Há cessação de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição por toda e qualquer atividade e diminuição do sentimento de autoestima a ponto de encontrar a autorrecriação, culminando na autopunição. Na melancolia, talvez o objeto não tenha morrido, mas se perde, sem clareza do que se perdeu. A perda é inconsciente. Essa perda desconhecida está relacionada àquela objetual, retirada da consciência, e resulta num trabalho interno semelhante ao do luto, porém, responsável pela inibição melancólica. A inibição do melancólico é enigmática, porque não se sabe ver o que o está absorvendo tão completamente. O melancólico apresenta um empobrecimento do seu Eu em grande escala. O sujeito apresenta-se desprovido de valor, incapaz de qualquer realização e é moralmente desprezível, espera ser expulso ou punido. Degrada-se diante de todos e tem piedade de seus familiares e amigos por estarem ligados a uma pessoa tão desprezível. Não apresenta uma mudança que tenha ocorrido no percurso de sua vida e estende a sua autocrítica até o passado, declarando-se que nunca foi melhor.

Diante de um melancólico, Freud (1916–17/1990) acredita ser infrutífero, do ponto de vista científico e terapêutico, contradizer um paciente que faz tais acusações contra o seu Eu. “Ele perdeu o seu amor-próprio e deve ter dito boas razões para tanto” (p. 253). O autor sugere que se devem confirmar, de imediato e sem ressalvas, algumas de suas declarações, pois o paciente “se encontra, de fato, tão desinteressado e tão incapaz de amor e de realização quanto afirma” (*Ibid.*, p. 252). O paciente também parece justificado em fazer outras autoacusações, na medida em que ele acredita se dispor de uma visão mais a

fundo da verdade do que outras pessoas não melancólicas. Em sua autocrítica, se descreve como mesquinho, egoísta, desonesto e carente de independência.

Freud (1916–17/1990) conclui que uma pessoa que se apresenta dessa forma, que sustenta e comunica aos outros uma opinião de si mesmo, sem vergonha ou remorso pela autorrecriação, só pode estar doente. Não cabe saber se a autodifamação aflitiva do melancólico é correta, no sentido de que sua autocrítica esteja de acordo com a opinião de outras pessoas. O autor sugere que o melancólico perdeu o seu amor-próprio e deve ter tido boas razões para tanto. No quadro clínico da melancolia, a insatisfação com o Eu constitui duas características marcantes: a primeira é a pouca preocupação com a enfermidade do corpo, feiura ou fraqueza, e a segunda é que se deve considerar que as diversas autorrecriações são feitas a um objeto amado; na verdade, foram deslocadas desse objeto para o Eu do próprio paciente.

As queixas de um melancólico são “queixumes”; ele não se envergonha e não se esconde, pois, no fundo, isso se refere a outra pessoa. Torna-se uma pessoa maçante e é tratada com grande injustiça. Freud (1916–17/1990) acredita que exista um dado momento em que houve uma escolha objetal e uma ligação libidinal a uma pessoa particular, após uma real desconsideração ou desapontamento proveniente da pessoa amada, cuja relação objetal foi destroçada. O resultado disso deveria ser a retirada da libido desse objeto e o deslocamento para um novo objeto. Porém, na melancolia, esse processo é diferente. A libido livre não foi deslocada para um outro objeto, foi retirada para o Eu, estabelecendo uma identificação do Eu com o objeto abandonado. Assim, a sombra do objeto caiu sobre o Eu e, a partir daí, pôde ser julgado como um objeto abandonado. A perda objetal se transformou numa perda do Eu alterado pela identificação.

Freud (1916–17/1990) cita Otto Rank no que se refere a essa contradição que implica a escolha objetal quando esta é efetuada numa base narcisista, de forma que a catexia objetal, ao se defrontar com obstáculos, pode retroceder ao narcisismo. A identificação narcisista com o objeto se torna um substituto da catexia erótica. Apesar do conflito com a pessoa amada, não é preciso renunciar à relação amorosa. Essa substituição da identificação pelo amor objetal constitui o mecanismo nas afecções narcisistas. A identificação é uma etapa preliminar da escolha objetal, que é a primeira forma pela qual o Eu escolhe um objeto. Na

fase oral, canibalista, o Eu deseja incorporar a si esse objeto devorando-o. Assim, na melancolia reside a predominância do tipo narcisista da escolha objetal.

Na melancolia pode-se constatar uma perda por morte, mas também se incluem as situações de desconsideração, desprezo ou desapontamentos, que podem trazer a relação de sentimentos de ódio e amor ou reforçar uma ambivalência já existente. Se o amor pelo objeto se refugiar na identificação narcísica, o ódio entra em ação nesse objeto substitutivo, dele abusando e degradando, fazendo sofrer e tirando satisfação sádica desse sofrimento.

A autotortura na melancolia é agradável ao melancólico; ele consegue, pelo caminho da autopunição, se vingar do objeto original e torturar o ente amado através da sua doença e expressar abertamente a sua hostilidade para com ele. Freud (1916–17/1990) destaca que a catexia erótica do melancólico, no que se refere ao seu objeto, sofreu uma dupla vicissitude: parte retrocedeu à identificação e outra parte foi levada de volta à etapa do sadismo, que se acha mais próxima do conflito. “É exclusivamente esse sadismo que soluciona o enigma da tendência ao suicídio, que torna a melancolia tão interessante e tão perigosa” (p. 257).

O sadismo tem estreitas relações com masoquismo. Freud (1924/1990) retoma as duas formas de pulsão no organismo: a pulsão de morte, de destruição, que procura desintegrar para um estado inorgânico; e a pulsão de vida, em que a libido tem a missão de tornar inócua a pulsão destruidora e a faz desviando essa pulsão, em grande parte, para fora, no sentido a objetos do mundo externo. Parte dessa pulsão é colocada diretamente a serviço da função sexual, e esse é o que se pode chamar de sadismo, propriamente dito. Em parte do que foi transferido para os objetos externos, resta, como um resíduo, o masoquismo erógeno, que, por um lado, incorporou a libido e, por outro, ainda tem o Eu como objeto. Dessa forma, é comum acontecer, em certas circunstâncias, o sadismo, que, antes dirigido para fora, projetado, pode ser mais uma vez introjetado, ou seja, voltado para dentro, regredindo à situação anterior e produzindo o masoquismo secundário, acrescentado ao masoquismo original.

A forma patológica extrema e inequívoca do masoquismo, Freud (1924/1990) descreve como o tratamento analítico se depara com esses pacientes. O autor sugere atribuir um sentimento de culpa inconsciente. Tais

peças podem ser reconhecidas como uma das mais sérias resistências e o maior perigo ao sucesso dos objetivos médicos ou educativos.

A satisfação do sentimento inconsciente de culpa é talvez o mais poderoso bastião do indivíduo no lucro que auferir a doença — na soma de forças que lutam contra o restabelecimento e se recusam a ceder seu estado de enfermidade (FREUD, 1924/1990, p. 183).

É nesse sentido que Freud (1924/1990) sugere abandonar o termo sentimento de culpa. A culpa estaria muito mais ligada à consciência de uma tensão entre o Eu e o superego. O Eu reage com sentimentos de ansiedade à percepção de que não esteve à altura das exigências feitas por seu ideal, ou por um papel exigente, e porque o Eu, no caso de uma diferença com o seu ideal, deve ter medo. A função do Eu é unir e reconciliar as reivindicações das três instâncias a que serve; deveria ser um representante do princípio do prazer quanto às regras, leis e exigências do mundo externo.

O sadismo contra o Eu ocorre regularmente, ao passo que a cultura impede que grande parte da pulsão de morte do sujeito seja exercida na vida. Os fenômenos da consciência levam a interferir na destrutividade que retorna do mundo externo e que é assumida pelo superego, e, se não houver essa transformação, aumenta o sadismo contra o Eu. Só assim pode se resultar um sentimento de culpa, e a consciência de uma pessoa se torna mais severa e mais sensível quanto mais se abstém da agressão contra os outros: “Poder-se-ia esperar que um homem, se sabe que tem o hábito de evitar o cometimento de atos de agressividade, indesejáveis de um ponto de vista cultural, terá por isso uma boa consciência e vigiará seu Eu com menos suspeita” (FREUD, 1924/1990, p. 187). Na melancolia é tão imenso o amor de si mesmo, do Eu, e é tão grande a quantidade de libido narcísica, que pode ser constatado, no medo surgido de ameaça à vida, que não se pode conceber com o Eu em sua própria destruição. De outra maneira, é visível que nenhum neurótico abriga pensamentos de suicídio que não consistam em impulsos assassinos contra outros voltados contra si mesmo. Já a melancolia mostra que o Eu só pode se matar se, devido ao retorno da catexia objetal, puder tratar a si mesmo como objeto. Dirige contra

si mesmo a hostilidade relacionada a um objeto, o que representa a reação original do Eu para com os objetos do mundo externo. Tanto na paixão intensa quanto no suicídio, o Eu é dominado pelo objeto.

A melancolia pode desaparecer após certo tempo, sem deixar quaisquer vestígios de grandes alterações. Freud (1916–17/1990) compara a melancolia a uma ferida aberta que atrai para si as energias catexiais provenientes de todas as direções e esvazia o Eu até este ficar totalmente empobrecido. Outra característica notável na melancolia é de se transformar em mania (estado oposto nos sintomas da melancolia). Assim, pode-se observar alterações regulares de fases melancólicas e maníacas. Ambas as fases lutam com o mesmo “complexo”, mas, na melancolia, o Eu sucumbe a ele, e, na mania, o domina, ou o põe de lado. Porém, isso que o Eu conseguiu dominar aparece num estado de exaltação, de euforia. Na mania, parece que o Eu superou a perda do objeto e toda a quota de anticatexia que o penoso sofrimento da melancolia tinha atraído para si, que, vinda do Eu, se tornará disponível. O indivíduo maníaco demonstra claramente sua liberação do objeto que causou seu sofrimento, procurando devorar novas catexias objetais.

5.5.3 *Lacan: Vatel e o suicídio como falta moral*

François Vatel foi um célebre cozinheiro francês, talvez o criador do creme de chantilly, que trabalhava para o príncipe de Condé. Em abril de 1671, a França estava prestes a enviar suas tropas contra a Holanda. O príncipe de Condé desejava comandar o exército Francês com vistas a recuperar seu prestígio e finanças. Com esse objetivo, delegou ao Vatel o maior desafio de sua vida: promover, para o rei Luiz XIV e toda a nobreza (cerca de três mil pessoas), três dias e três noites de festividades no castelo de Chantilly. Vatel criou um tema para cada dia e noite, como teatro e música, jogos e caçadas. Durante os três dias e três noites, a bebida e a comida eram fartas e de alta qualidade. O cozinheiro era o responsável por toda a produção: chefiar as ações da cozinha, efetivar a negociação com os fornecedores, prometer o pagamento dos alimentos e de todos os utensílios utilizados na festa, como louças, talheres, peças de ouro e prata, luminárias.

Durante todo o evento, Vatel foi pego de surpresa diante de vários imprevistos, principalmente com os fornecedores, devido às dívidas do príncipe. Os abastecedores estavam se recusando a fornecer insumos para a festa e, quando forneciam, não havia quantidade suficiente para o evento. Diante de tudo isso, Vatel elaborava alternativas que fizessem a situação ser contornada sem prejuízos.

Porém, no último jantar de gala, Vatel havia previsto dezenas de cargas de peixe e frutos do mar, mas chegaram apenas duas. Vatel se encaminha até seu quarto, fixa uma espada na porta, atira-se contra ela três vezes e morre, deixando assim seu nome na história. Alguns minutos depois, todo o carregamento de peixe e frutos do mar chegam ao castelo. Madame de Sévigné relatou o ocorrido, em que transparece sua admiração por parte da grande nobreza, surpresa ao constatar que um criado pudesse chegar a tal ponto do sentimento de honra. Após toda a agitação da constatação do suicídio de Vatel, a festa continua com o rei Luís XIV e a toda a sua corte, admirados pela atitude de um empregado cuja morte se tornou uma tragédia nacional e conhecida por todos.

Vatel sobe para o seu quarto, põe a espada contra a porta e trespasa com ela o coração, mas só consegue fazê-lo no terceiro golpe, pois os dois primeiros não foram fatais; ele cai morto. Enquanto isso, peixes e crustáceos frescos chegam por toda a parte. Procuram Vatel para distribuí-los. Vão até seu quarto. Batem, forçam a porta e encontram-no afogado no próprio sangue. Correram até o senhor príncipe, que cai em desespero. O senhor duque chorou: sua viagem à Borgonha fora organizada inteiramente por Vatel. O senhor príncipe diz isso ao rei profundamente triste. Dizem que foi a força de considerar a honra à sua maneira; elogiam-no bastante. Elogiam e censuram a sua coragem. O rei diz que fazia cinco anos que ele postergava a vinda a Chantilly, porque compreendia o enorme incômodo causado. Ele diz ao senhor príncipe que ele só deveria ter duas mesas e não se ocupar de todo o resto; jurou que não sofreria mais, que o senhor príncipe estava se consumindo com aquilo. Porém era tarde demais para o pobre Vatel. Nesse meio tempo,

Gourville tenta reparar a perda de Vatel; ela o fez. Jantaram muito bem, tomaram uma refeição leve, cearam, caminharam, jogaram, foram à caça. O perfume dos narcisos a tudo impregnava, tudo estava encantador. Ontem, que foi sábado, fizeram o mesmo (DE SÉVIGNÉ, 1972, p. 236).

Lacan (1969-1970/1992) utiliza a história de Vatel como o paradigma daquele que preza a honra e, diante disso, morre de vergonha. Era um serviçal inserido no mundo em que a honra era algo nobre, “é preciso dizer, morrer de vergonha é um feito raramente obtido” (LACAN, 1969–70/1992, p. 172). A vergonha, nessa perspectiva, configura-se como um afeto que atesta a presença de um significante-mestre e que justifica ao sujeito o seu próprio existir. Vatel tem a fixação com o seu significante-mestre; o S1 é o que confere ao sujeito a sua singularidade, é a marca daquilo que lhe é próprio. Dessa forma, renunciar ao seu significante-mestre, o sujeito perde a capacidade de sentir vergonha. Por outro lado, permanecer fixado a ele pode levar o sujeito à morte, como no caso de Vatel.

Porém, Lacan (1969–1970/1992) afirma que, na sociedade contemporânea, a vergonha não existe mais; deu lugar ao seu avesso, nomeado desvergonha. A contemporaneidade está obscena, um lugar onde a vergonha não está mais em circulação. Miller (2003) apresenta pergunta e resposta de Éric Laurent:

O desaparecimento da vergonha na civilização deveria mobilizar um psicanalista? Tomando o viés de Vatel, podemos responder: porque o desaparecimento da vergonha muda o sentido da vida. Muda o sentido da vida porque muda o sentido da morte. Vatel morre de vergonha, morreu pela honra, em nome da honra. (...). Quando a honra é um valor que resiste, a vida como tal não prevalece sobre ela. Quando há honra, a vida pura e simples é desvalorizada (LAURENT, citado por MILLER, 2003, p. 38).

Lacan (1969–1970/1992) constata que, hoje, “morrer de vergonha é um feito raramente obtido” (p. 172). O autor aborda a vergonha como um afeto que atesta a presença de um significante-mestre (S1) e que justificaria para o sujeito o seu próprio existir. Finaliza concluindo que, “tendo em vista o que exponho

para a maioria de vocês, é que, não demasiado, mas o suficiente, me acontece provocar-lhes vergonha” (p. 184).

No dia 29 de maio de 2002, no seminário de Miller, Éric Laurent (2002) retoma essa última fala de Lacan para inserir e argumentar o tema da culpa.

A vergonha é um afeto eminentemente psicanalítico que faz parte da série da culpabilidade. Uma das bússolas da ação psicanalítica, pela qual Lacan reconduziu a franquia psicanalítica freudiana, é de jamais desculpabilizar. Quando o sujeito diz que é culpado, tem excelentes razões para ser, tem sempre razão. É o que diz a hipótese do sentimento inconsciente de culpabilidade: o sujeito tem sempre razão de ser culpado. Simplesmente ele não sabe o porquê. E, contrariamente às psicoterapias, a psicanálise reconhece, admite essa culpabilidade. Nesse sentido, ‘fazer vergonha’ inscreve-se na vontade de cristalizar a culpabilidade (LAURENT, 2003, p. 270).

A partir do comentário acima, Miller (2003) apresenta a disjunção entre a vergonha e a culpa, pois são conceitos que, ao mesmo tempo em que se juntam, também se separam. A primeira diferença é que a vergonha é um afeto primário da relação com o Outro. Já a culpa é posterior, “é um efeito sobre o sujeito, de um Outro que julga, um Outro guardião de valores que o sujeito teria transgredido” (MILLER, 2003, p. 9). Na vergonha, “o Outro primordial apenas vê ou dá a ver”. Miller (2003) acrescenta que a culpa é uma relação com o desejo, ao passo que a vergonha se relaciona com o gozo, o gozo sadiano, que atravessa a vontade do sujeito para se instalar em seu mais íntimo do que a sua vontade, para provocá-lo mais além dela, tanto do bem quanto do mal, atingindo, assim, o seu pudor, que é o antônimo da vergonha. O pudor está ligado tanto do lado do sujeito quanto do lado do Outro. Conclui explicitando que o “impudor de um viola o pudor do outro” (MILLER, 2003, p. 9).

Miller (2003) retoma o *Seminário 11*, referente ao episódio da referência de Sartre, para introduzir a dimensão do olhar na vergonha. O primeiro momento é quando Sartre descreve “estou olhando pelo buraco da fechadura” e o segundo momento é “escuto passos no corredor: alguém me olha. E, então, sou tomado pela vergonha”. Enquanto o sujeito está ali olhando no buraco, ele é o

espectador, absorvido pelo espetáculo, em um gozo autístico, solitário. Esse gozo pode remeter ao gozo contemporâneo dos *reality shows*. É como se o sujeito desaparecesse; “olhando pelo buraco da fechadura, eu não sou nada”. É o sujeito representado sem barra, o S. Já no segundo momento da cena, ao ouvir os passos, faz surgir o olhar em que subentende a dimensão do Outro. É um olhar anônimo, que pressupõe alguém: é o olhar do Outro. Assim, a partir da suspeita de que alguém o olha, o sujeito se torna objeto vendo-se a si próprio, por meio dessa mediação, como objeto no mundo. Assim, o sujeito sente a vergonha, porque supõe o olhar do Outro, diferentemente da culpa, que tem o julgamento do Outro.

O julgamento do olhar do Outro traz uma questão e faz vacilar. Para julgar, é preciso falar e, mesmo tendo boas razões para olhar pela fechadura, o que acontece do outro lado é o que deve ser julgado e reprovado. Retomando a frase de Lacan (1969-70), sobre hoje não haver mais a vergonha, Miller traduz (2003) que “estamos numa época de um eclipse do olhar do Outro como portador da vergonha” (p. 10).

O autor exemplifica essa mudança do olhar na época contemporânea dando o exemplo dos *reality shows*, como se houvesse um imperativo “olhe eles gozarem”.

O olhar, que anteriormente provocava a vergonha, hoje é um olhar vazio, inócuo. É como se a imagem do espetáculo capturasse o sujeito, hipnotizando-o, e cabendo a ele gozar junto. É um olhar que não provoca vergonha, e sim um olhar que goza também, repercutindo o que “o Outro não existe”. Com o desaparecimento da vergonha, Miller (2003) apresenta que o sentido da vida muda, instaurando o que ele nomeia *primum vivere*, que é: primeiro se vive e depois se verá o porquê. “O desaparecimento da vergonha quer dizer que o sujeito cessa de ser representado por um significante que valha” (MILLER, 2003, p. 13). Isso é um movimento contrário ao da honra, pois, quando há a honra, se vive por algum motivo, a partir de uma causa que movimenta o sujeito. No momento em que o sujeito possui significantes que o marca, ele sabe qual é o seu lugar no mundo. Miller (2003) retoma o que Lacan postulou sobre a vida sem honra: a “vida ignóbil”. Porém, quando os significantes não preenchem essa função e desaparecem, o sujeito não se inscreve ao qual não há mais a vergonha. O autor discute que isso põe uma questão à psicanálise.

A operação analítica supõe um além do *primum vivere*, pois ela tem relação com a segunda morte. A segunda morte é diferente da morte pura e simples. Ela é a morte do que dá sentido para a vida do sujeito, é a relação de como ele é representado por um significante. O que dá sentido para a vida do sujeito não pode ser sacrificado, exterminado. Cabe à operação analítica colocar-se em movimento para intervir nesse ponto. Lacan (1959-60), no *Seminário 7*, “A ética da psicanálise”, supõe uma diferença entre a morte, que consiste em fechar os olhos, e a morte do ser-para-a-morte. Esta última é aquela em que o ser quer a morte, morte esta marcada pela relação com o significante-mestre. É nesse sentido que Miller (2003) retoma o conceito da honra para articular com o “provocar vergonha” que Lacan institui ao que cabe aos psicanalistas. A honra da psicanálise é a que “decorre do laço mantido do sujeito com o significante mestre (...). Para fazer o sujeito cuspi-lo é preciso primeiro que ele tenha sido marcado” (p. 14). Assim, o significante-mestre marca o sujeito com a sua singularidade.

5.5.4 As quatro modalidades do ato segundo Lacan

Na psicanálise, é possível verificar quatro modalidades de atos: o ato psicanalítico/analítico, o *acting-out*, a passagem ao ato e o ato falho. Podemos encontrar a relação com o suicídio, a tentativa de suicídio e a autoagressão nessas quatro modalidades, que serão descritas nos próximos tópicos.

Na primeira modalidade, Lacan (1967–68) apresenta a importância do conceito do ato para a teoria psicanalítica por este ter a ver com a palavra e o corte. Como palavra, o significante é o que representa o sujeito e aquilo para que se reconheça que “um ato é uma palavra” (LACAN, 1967–68, p. 279). Já como corte, tem uma função no sentido de operação matemática: envolve o vazio, o lugar do desejo do sujeito. A transferência entra como um conceito na forma de atuação e de atualização do inconsciente. Assim, o ato psicanalítico pode ser considerado criador do sujeito do desejo. O corte do ato psicanalítico também é falho e sempre incompleto; é declaradamente o portador da falta, pois necessariamente abre, questiona, obedecendo a uma lógica do inconsciente. O ato psicanalítico é sempre um ato da palavra falada, mesmo que tenha efeitos

visíveis e consequências no imaginário do corpo e no real da estrutura do sujeito. Assim, o analista, diante de um suicida ou de uma pessoa que se autoagride, precisa se colocar em ação, apostar na transferência com a finalidade de fazer, nesse espaço, aparecer e circular a fala, e, com o ato analítico, suscitar o desejo do sujeito. É nesse sentido que Lacan concebe o ato analítico como da mesma estrutura que o suicídio, pois o analista só se autoriza por si.

Na segunda e terceira modalidade, Lacan (1958) afirma que o *acting-out* demonstra que o campo da ação é considerado insurreição do sujeito em relação ao Outro que saiu do seu lugar simbólico, demitindo-se de sua função. O *acting-out* corresponde a uma demanda endereçada ao Outro sob a forma de convocá-lo. No seminário sobre a angústia (1962–63), o autor traça a distinção do *acting-out* e passagem ao ato sobre a vertente da relação com o objeto a. Lacan define o primeiro como um subir à cena do objeto, enquanto o segundo seria um deixar-se cair ou um sair de cena. A diferença entre os dois é que, na passagem ao ato, haveria um curto-circuito do objeto com o sujeito, sendo o sujeito quem cai, enquanto no *acting-out* haveria uma subida à cena do objeto, mas agora endereçado ao Outro. Desse modo, o *acting-out* é uma transferência selvagem, e cabe ao analista, diante disso, restituir ao objeto o seu lugar de causa de desejo.

Na quarta modalidade, o ato falho, termo utilizado por Freud em “Psicopatologia da vida cotidiana” (1901) como uma das manifestações da formação do inconsciente. Tomar em consideração não somente os atos falhos, mas também os lapsos e sonhos como fatos psíquicos, insere a possibilidade de supor que determinados acontecimentos não intencionais não são casuais, mas determinados por razões inconscientes. Assim, o sentido dos atos falhos só poderá ser explicitado, para cada um deles, por aquele que produziu esse fenômeno. Sugere que cada analista deverá se lançar na aventura de produzir uma interpretação do ocorrido, a partir de uma chave de leitura que tem princípios e pressupostos teóricos gerais e um percurso associativo singular. Para Freud (1901), cada ato falho pressupõe a existência de uma razão inconsciente para o ocorrido. Com esse movimento, o autor institui como possibilidade de leitura dos fenômenos a noção de inconsciente, de determinismo psíquico e, por conseguinte, a necessária técnica da associação livre em lugar da prática de introspecção.

O pensamento científico revela que o ato ou a ação é absorvido pelo pensamento, desde que este seja matematizado, ou simplesmente racional. Essa ação calculada aparece como a conclusão de um raciocínio, a conclusão de uma demonstração. Nesse sentido, o pensamento é temporal, uma vez que é realizado um raciocínio, um cálculo necessário. Já a filosofia concerne o ato em uma antinomia entre pensamento e ação. Miller (2014) apresenta esses dois ensinamentos, ciência e filosofia, para diferenciar o ato para a psicanálise, que é elucidado como uma ruptura, seguindo o estilo da inibição e da procrastinação, ou seja, uma reação susceptível de romper-se bruscamente sob a forma da pressa, de uma precipitação de agir. É nesse sentido que a clínica tem algo a dizer, especialmente sob a forma da urgência subjetiva.

A clínica do ato questiona o postulado de que o sujeito do pensamento quer seu próprio bem, pois o ato suicida demonstra, especialmente, a autodestruição. Os meios de autodestruição ultrapassam o indivíduo e se estendem à humanidade. Miller retoma Lacan para refletir sobre o ato suicida e o toma como o paradigma do ato propriamente dito. “Digo o suicídio, e não acrescento o psicótico, perverso, neurótico, heroico (...) aqui isso não importa” (MILLER, 2014, p. 5).

Há algo no sujeito susceptível de não trabalhar para o seu bem, pelo útil, e sim para a autodestruição. Lacan (1967–68) utiliza o conceito de “suicídio do sujeito” para dizer que um ato não é apenas uma ação ou um movimento ou uma agitação motora, e sim uma mutação, pois o sujeito é um e, após o ato, renasce. Existe um antes e um depois; o ato marca uma transgressão, na medida em que ultrapassa um código, uma lei; é um conjunto de simbólico que o sujeito ultrapassa infringindo uma regra, na tentativa de remanejar uma nova codificação. Assim, Miller (2014) destaca que o sujeito pode renascer disso, mas renasce diferente; o sujeito não é mais o mesmo de antes.

5.5.5 *O ato suicida*

O ato suicida demonstra certa disjunção, na medida em que aquilo que se pode operar e esperar da vida de um organismo é o interesse pelo vivo e pela sobrevivência, pelo seu bem-estar, sua homeostase, mas que, por outro lado, se

corrói e se destrói. O bem-estar e o suicídio estão num ponto paradoxal, o que Freud demonstra como pulsão de vida e pulsão de morte e Lacan aponta como o gozo do sujeito. O gozo é um conceito necessário para ordenar o que Freud trabalha como o sintoma. O gozo não deve ser confundido com o prazer e deve ser aliado à dor, a uma satisfação da dor que coloca o organismo em perigo a ponto de esse gozo se autonomizar até a morte. O termo “passagem ao ato” abandona os equívocos do pensamento, da fala e da linguagem pelo ato. No ato, a partir da sua passagem ao ato, o sujeito se subtrai, coloca o Outro em um impasse — e é por isso que o propósito do ato não é cifrável. De acordo com Miller (2014), o cerne de todo ato há um “não!” proferido em direção ao Outro. Por outro lado, isso se difere do *acting-out*, que é uma forma de comunicação. É possível falar quando há uma cena, e, nela, o sujeito se põe a agir diante do Outro. É preciso do Outro, é preciso de um espectador. Na passagem ao ato não existe um espectador, há o desaparecimento dessa cena, ou seja, o sujeito está eventualmente morto; é ele quem olha os outros, desconectado do laço social. É nesse sentido que o ato é sempre “auto”, um ato de autopunição; precisamente o que separa do Outro. É em relação a isso que Lacan pôde formular que o único ato que pode ser considerado bem-sucedido é o suicídio, sob o preço de não querer mais saber nada sobre nada, quer dizer, de se separar efetivamente do que Miller (2014) chama de equívocos da fala como da dialética do reconhecimento.

O autor apresenta a passagem ao ato falho, que é o estatuto do ato na experiência analítica. O estatuto eminente do ato é o ato falho, e não o ato bem-sucedido, na medida em que o ato falho é o pensamento inconsciente que emerge no pensamento consciente, na fala, no corpo, e desloca o ato. É nesse sentido que o suicídio é o ato limite. A essência do pensamento é a dúvida e produz a fala, a linguagem. Já a essência do ato é a certeza, e é mudo que clama pela interpretação do analista. Assim, a interpretação complementa e é a única forma de tornar a experiência possível.

Miller (2014) ensina que, apesar de mudo, o suicídio é, no entanto, o ato que pode obter a linguagem e suas coordenadas, por ser sempre uma passagem. É nesse sentido que o autor retoma Lacan para afirmar que o ato tem sempre um lugar de dizer, ou seja, não basta ter um movimento, uma ação; é preciso que haja um enquadre e fixe o ato. No ato pode haver o desaparecimento

do depois, pois, em seguida, pode renascer outro. É nessa perspectiva que, mesmo apresentando a antinomia entre o pensamento e o ato, o analista não deve ficar paralisado e se sentir impedido de aprender com as conexões entre o ato e a linguagem. Parece importante destacar que é nesse instante entre o pensamento e o ato que algo pode aparecer para ser captado por um Outro: um anúncio pode surgir ao analista, educadores, pessoas referência para os jovens.

A orientação é que é preciso levar em conta para avaliar o anúncio do suicídio, e, na ocasião, adivinhá-lo, antecipá-lo precisamente no ponto em que desaparece certo tipo de anúncio. É o que fazemos mais comumente na prática, que se trata, talvez, de estabelecer. Trata-se, igualmente, de reconhecer o suicídio a se prevenir quando ele se anuncia como solução da dúvida, ali onde, no entanto, ele não está de modo algum em primeiro plano (MILLER, 2014, p. 12).

Miller (2014) conclui que o analista precisa saber o que está em jogo diante do ato e do suicídio. É importante saber distinguir o suicídio quando realmente ocorre. O suicídio falho, o suicídio *acting-out*, é um apelo ao Outro, que é também falho, e o suicídio que é a separação do Outro. Assim, há a importância de compreender como surge a dimensão do ato falho no suicídio e nos atos de autoagressão. Na educação, é fundamental se antecipar quando há o anúncio. Os educadores parecem ser pessoas fundamentais nesse processo, quando o jovem se depara com uma figura a quem pode recorrer e endereçar um apelo, mandar um recado sobre o seu sofrimento estar transbordando.

Capítulo 6

O suicídio adolescente e juvenil

6.1 As cartas suicidas: ato consumado

Há algum tempo, estudiosos se interessaram pelo conteúdo das cartas e bilhetes dos suicidas. As pesquisas normalmente são para buscar nas entrelinhas alguma resposta, alguma motivação; encontrar pistas e enumerar as razões para tal ato. Durante o século XVIII, cartas e bilhetes de crianças e adolescentes permitiram a análise do tema e elencar algumas razões para estes tirarem a própria vida. Entre elas estão, em primeiro lugar, o maltrato e a vida precária, seguidos de trabalhos pesados e sem perspectiva de melhora para o futuro. Em 1729, uma criança se mata com medo de apanhar do pai por ter jogado um pedaço de vidro no irmão²². Em 1778, uma criança tenta se matar ao ser aprisionada pela patroa por não ter trazido uma quantidade suficiente de batatas do mercado²³. Criança se mata porque perdeu um chapéu novinho e seu pai ameaçava espancá-la até a morte caso isso acontecesse²⁴.

As cartas do público juvenil foram utilizadas de maneira diferentes em países diversos. Na Inglaterra, por exemplo, houve ampla divulgação por meio de jornais, seguida por inúmeros comentários: julgavam a atitude do suicida, levantavam culpados para o ato, verificavam se o motivo realmente era digno de um suicídio. Por outro lado, o suicida tentava deixar registrado nas cartas um

²² Fog's Weekly Journal, 5 de julho de 1729.

²³ Annual Register, t. XXI, p. 172.

²⁴ Weekly Miscellany, 13 janeiro 1737.

pedido de desculpas ou apresentar um destino injusto. Alguns jornais exibiam os comentários e, quando necessário, inventavam conteúdo para que o enredo da história ficasse ainda mais dramático. Quando mais cartas eram divulgadas, mais as pessoas consumiam os jornais que as publicavam.

Enquanto a Inglaterra publicava os bilhetes e cartas nos jornais, autoridades da França preferiram manter o tema sob sigilo, como era a prática mais comum. Inclusive os jornais ficam proibidos de falar das mortes voluntárias e qualquer texto que fazia menção ao suicídio, aplicando-se pena de morte a todos os autores.

As cartas de suicidas ainda são utilizadas como material de pesquisa e análise conforme se pode verificar no trabalho realizado por Vítor Pereira e Liza Fensterseifer em 2018. Os autores analisaram quatro cartas de pessoas públicas e buscaram, a partir da análise documental qualitativa, subsídios para o entendimento do comportamento suicida, e, a partir do conteúdo das cartas, identificar os sentimentos, a finalidade do bilhete e localizar os fatores de risco e proteção apresentados pelas pessoas que cometeram suicídio.

Porém, agora, as cartas têm sido substituídas por um outro recurso: o uso da imagem. São fotos, vídeos e clips amplamente divulgados via internet, pelas redes sociais, que nos colocam em contato com o suicida em potencial. Essa transmissão no ciberespaço pode ser um fator influenciador de novos casos pela via da identificação. Contudo, pode ser positivo na medida em que algum internauta pode captar a mensagem e propor intervenções. Ou seja, falar, divulgar nas redes sociais, também tem a vantagem devido à possibilidade de se evitar o ato.

Assim, é possível perceber que o suicídio foi sendo modificado em seus diversos aspectos ao longo dos tempos. No campo da Educação, tal ato realizado pelos adolescentes e jovens parece ter um apelo ao Outro. Investigar essa mudança é se debruçar nos conceitos da psicanálise não só para compreender e apresentar tal fenômeno, mas também para que os analistas e educadores tenham uma posição ética e se mobilizem sobre os casos, para que os jovens não morram e/ou possam, minimamente, elaborar o sofrimento e a angústia, buscando caminhos e respostas ligados à vida. É colocar-se em movimento diante de um jovem que faz aparecer o seu desespero, e não paralisar diante da angústia que o ato transmite aos educadores e nem das

impossibilidades apresentadas pelos próprios jovens aos analistas.

Conforme exposto na metodologia, a seguir será apresentada a Conversação realizada numa turma de graduação, solicitada pelos próprios alunos após o acontecimento de um suicídio de uma colega e a tentativa de outro. Em seguida, dois casos de alunas que participaram das Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica na escola municipal selecionada para a pesquisa.

Posteriormente, serão apresentados três casos de jovens estudantes do curso de Medicina acompanhados pelo Núcleo de Acessibilidade e Apoio Psicopedagógico.

Para manter sigilo dos nomes dos participantes da entrevista, serão usados nomes fictícios. Para as alunas do ensino fundamental da escola municipal, serão utilizados nomes com a letra “H”, Heloísa e Hebe; já os jovens universitários, todos terão nomes retirados da mitologia grega, percebendo as características de cada caso: primeiro, Eros, Deus do Amor; o segundo caso é de Apolo, Deus do Sol, da Música, das Artes, da Medicina, e o terceiro caso é o de Afrodite, a Deusa da Beleza.

6.2 Conversação na turma “S”: fazer o luto da falsa felicidade

Conforme mencionado anteriormente, o NIPSE²⁵ foi convidado pelo colegiado de um curso de graduação para intervir junto a uma turma de estudantes que haviam solicitado apoio psicológico. O representante de turma dizia sobre um mal-estar ambiente que estava impactando no desempenho acadêmico e nas relações da própria turma — ali reunidas inicialmente ao acaso, em determinado ano, em função da escolha por aquela graduação —, que foi se construindo desde então, na medida em que se firmavam laços de amizade, solidariedade e trabalho. Localizava-se o fator perturbador e desagregador da turma sobre um aluno específico. Demandava-se à instituição oferecer um suporte para ajudá-los a lidar com esse colega. A despeito de reconhecerem seu direito de integrar a turma, consideravam tratar-se de uma pessoa cujo

²⁵ A pesquisa-intervenção foi realizada pela autora e orientadora desta tese. Tal ação tornou-se publicação de um capítulo no livro *O sofrimento psíquico de jovens no espaço universitário*, de Aline Mendes e Ilka Ferrari (São Paulo: Editora Escuta, 2021).

comportamento dentro e fora da sala de aula gerava tensão e denotava fragilidade e falta de equilíbrio psíquico. Por fim, afirmava-se que a turma não estava apta para lidar com nada daquilo, ainda mais após o colega em foco ter cometido uma tentativa de suicídio.

Em um semestre precedente, essa turma já havia perdido um de seus integrantes por suicídio. Na época, a reação foi de extrema estupefação, pois se tratava de uma moça com alto astral, muito alegre e considerada de sorte e bem-sucedida, por ter conseguido um trabalho valorizado na área profissional. Além disso, estava noiva e, em diversas ocasiões, havia compartilhado com os colegas, de maneira entusiasmada, seus planos para o casamento. Quando acontece, tempos depois, portanto, de um outro colega precipitar-se em uma tentativa de suicídio, a ameaça de destruição, morte e desagregação começa a pesar sobre a turma. É dito na primeira Conversação: “Não queremos que a letra que identifica nossa turma, a letra S, passe a significar suicídio”. Esse sentido — que, de fato, fora cunhado pelos próprios participantes da turma —, na sequência do segundo ocorrido, estava sendo reforçado por outras situações aleatórias, como solicitações de mudança de turma e trancamento de matrículas, o que acarretava na recomposição da turma com novos alunos. A seguir, serão apresentados os fragmentos das Conversações assinalando os eixos principais.

Durante os primeiros minutos da primeira Conversação, as animadoras que ainda estavam com a palavra para apresentar a proposta e esclarecer o trabalho perderam a atenção dos alunos, desviada para o colega que havia tentado suicídio e que entrava na sala. Era a primeira vez que ele aparecia, depois de um considerável período de licença médica. Naquele momento, instala-se um silêncio mesclado de mal-estar. Quem toma a palavra, então, vai criticar a oferta de palavra. Falam do absurdo de se falar sobre suicídio e consideram que o ocorrido é um assunto que não deveria ser tratado daquela forma. O coletivo consente com gestos de apoio e mais uma vez se faz silêncio, quebrado pela fala da representante de turma, dizendo: “Fomos nós que pedimos isso, esqueceram?”.

Assim, é quebrado o tabu sobre o tema do suicídio e a palavra recupera a cena, circulando a partir da manifestação “É! Sim, queremos falar!”. Destacam, em seguida, que era a primeira vez que alguém se propunha a ouvir o que tinham a dizer, pois queriam ter compreensão sobre o que estava acontecendo com

aquela turma. O aluno que havia entrado deu saída, sem que ninguém fosse atrás. Os remanescentes consentem em prosseguir a Conversação. Apresentam a turma como um grupo atualmente composto por alunos regulares e irregulares. Os regulares se dizem acolhedores com os que chegam, mas estes destacam a dificuldade de se integrarem.

Na segunda Conversação, “o aluno problema” está presente e permanece até o final, sem se manifestar nem olhar para os demais: mantém-se sentado na mesma posição, descansando a cabeça sobre os braços cruzados em cima da mesa. A conversa proposta pelos alunos da turma S, nesse encontro, teve como ponto de partida a expectativa no ensino superior, formulada na seguinte frase: “Antes de entrar, o desejo é de fazer diferença na vida das pessoas”. Dentro da universidade, no entanto, são envolvidos em uma “fazeção” de coisas — inúmeras leituras de textos, muitas reuniões de trabalho em grupo, monitoria, estágio e, ainda, a conciliação da vida acadêmica e pessoal. Reverberou sobre a possibilidade da imersão em todas as tarefas, focados na formatura, se não fosse a emergência da angústia subtraindo o sentido e fazendo questionamentos: “Para que isso? De que vale isso? Fazer por fazer, no automático, porque se é obrigado, sem razão de ser? Fazer para que, mesmo? Para ganhar dinheiro, comprar casa, carro e objetos de desejo. Mas essa profissão não dá dinheiro. Então, para quê?”.

A Conversação prossegue por essa via até que a colocação de uma aluna tem efeito de corte sobre os questionamentos anteriores. Ela interroga: “Por que fazer todas essas coisas se todo mundo morre?”. Novamente faz-se silêncio. A pergunta é registrada no quadro pela animadora da Conversação. Nesse momento, o “aluno problema” sai da imobilidade e exclama para todos: “Nossa, gente! Vocês são muito pessimistas!”. A turma S reage com espanto e ele prossegue, relatando todas as responsabilidades que tem fora da universidade: atividades, obrigações e iniciativas que fazem muito sentido em sua vida.

A terceira Conversação começa com atraso. As animadoras já estão na sala, assim como a maioria dos alunos, quando alguém anuncia em voz alta a mensagem do “aluno problema”, avisando que está a caminho e pedindo para esperarem por ele. Nesse dia, para lançar a conversa, as animadoras apresentam breves considerações, a partir da teoria psicanalítica, sobre os temas do desencantamento do mundo e da divisão do sujeito entre o desejo e

ideais. A seguir, as considerações feitas pelos participantes vão tecendo um rosário de queixas, lamentações e manifestações de desesperanças relativas ao cenário da política vigente no país. As animadoras assinalam, então, que, mesmo em um contexto indesejado, fosse o dos pais, fosse o daquela turma, ainda haveria algo a ser dito. No caso da turma S, a angústia suscitada pelo suicídio da colega.

Nesse ponto, quem toma a palavra não poupa elogios para lembrar da maravilhosa colega que tinha namorado e família igualmente maravilhosos, gozando de boa condição financeira, acesso a um estilo de vida invejável, viagens e todo tipo de bens de consumo. Devido a tudo isso, a notícia de seu suicídio foi desacreditada em um primeiro momento. A colega, que representava “a felicidade” nessa situação extremamente favorável e almejada por todos, desistiu da vida por quê? Essa pergunta faz alguém chamar os demais colegas de “farsantes”, por não terem conquistado nada, mas por estarem passando por ali sem se implicarem, fingindo. Uma das animadoras interroga, então: “quem é o farsante?”. Tal questão surpreende e gera um breve tempo de reflexão, interrompido por um dos participantes com a resposta: “Farsante é a falsa felicidade”.

A turma S foi feliz! Por um tempo, ao menos, logo no início do curso, com o grupo aleatoriamente formado pela entrada na universidade. Quando esse grupo perde um de seus elementos — não qualquer um, pois se tratou da colega maravilhosa, estandarte da felicidade —, a consequência é sua desestruturação. Começa a perder outros membros até se reduzir a um terço da formação inicial. Desde então, a letra de identificação adquire um sentido atrelado ao mortífero: ficam conhecidos como a turma do Suicídio. A Conversação serve de oportunidade para compartilhamento de fotos e lembranças da forma marcante e singular da presença da colega. O quarto encontro foi marcado por um sintagma anunciado em coro pelos participantes, que lhes traduzia a experiência da Conversação precedente: “a impressionante falsa felicidade”. A turma S finalmente despediu-se da colega, à sua maneira, e, à sua maneira, inventou uma forma de se recompor com os alunos novatos. Situam com pertinência o estatuto traumático do suicídio, que estabeleceu um antes e um depois do ato e que fez aparecerem todos os medos em relação às incertezas da profissão no mercado de trabalho. A destituição do sentido mortífero que tinha se atrelado à

turma abriu-lhes espaço para novas possibilidades, como eles testemunham, dizendo que os textos sugeridos pelos professores como referência bibliográfica passaram a fazer sentido, assim como os estágios e monitorias.

O último encontro foi marcado por considerações avaliativas e conclusivas sobre o trabalho. Disseram que as Conversações lhes permitiram “tratar a ferida, elaborar o luto da falsa felicidade”. A maior surpresa da conversação, segundo eles, foi a de perceber o efeito da retomada do investimento na graduação. Além disso, consideraram importante poder saber que o outro (colega) sofre, e sofre à sua maneira.

É fundamental o acolhimento que as instituições de ensino superior podem dar aos endereçamentos que alguns alunos fazem de seu sofrimento ao ofertar um espaço de tratamento para esse mal-estar pela via da palavra. Para o sujeito, a escola constitui um lugar de Outro, e é por isso que se encontra em posição de poder interpretar o sintoma que emerge inicialmente no corpo, sem sentido, sem formulação. Diante desse tipo de manifestação, a formulação de um enigma, de uma pergunta sobre o que isso quer dizer, já é um encaminhamento crucial na interceptação do ato, que pode chegar a ser irremediável em relação à própria vida. A oferta da palavra que a Conversação promove e direciona, nesse sentido, tem se revelado um operador capaz de facilitar o resgate daquilo que, do desejo, para cada um, de uma maneira singular, se conecta e privilegia os laços com a vida. Assim foi o caso da Conversação na turma S, como seus integrantes o testemunharam, revelando a função da escola como manancial de palavras para a expressão do desejo.

A professora, que havia cedido um período do horário da sua aula e assistia à dificuldade de desenvolver suas aulas com aqueles alunos, diante do mal-estar por eles exposto, apresentou que a turma estava mais interessada nos conteúdos apresentados. Outros professores também puderam dizer como a turma se tornou mais produtiva e entusiasmada. O colegiado se surpreendeu ao constatar como a demanda de um espaço para falar da angústia havia se dissolvido.

6.3 Entrevistas clínicas com jovens que praticam autoagressão e tentativa de suicídio na escola

No primeiro encontro da coordenadora e pesquisadora do NIPSE com a escola, estava presente a gestão escolar — diretora, coordenadoras e supervisoras. Elas iniciaram a reunião apresentando alguns registros realizados pela escola em 2017. Apontaram dois casos de autoagressão e uma tentativa de suicídio de alunos matriculados no ensino fundamental. No ano seguinte, em 2018, a situação se alarmou: a escola notificou 20 casos de alunos com prática de autoagressão e, a partir daí, passou a encaminhar os casos para o posto de saúde da região, para que fossem atendidos por psicólogo e psiquiatra.

Em 2019, muitos deles já estavam em acompanhamento psicológico e psiquiátrico, mas a escola percebia que, ainda assim, a autoagressão e a tentativa de suicídio não cessaram e que outros alunos estavam começando a praticá-las. A maior parte deles estavam matriculados no 3º ciclo, na faixa etária de 12 a 15 anos. A escola relata que as alunas dizem “todo mundo faz, vou fazer também”; que acreditam que há uma disputa de quem sofre mais: “o meu sofrimento é maior do que o dela, olha, me cortei”. A gestão escolar, junto aos professores, começou a formular hipóteses para compreender tal fenômeno. Acreditam que alguns alunos têm histórico familiar complicado, outros possuem problemas oriundos da adolescência, porém, acabam se cortando. Surpreendem por perceberem que a maior parte desses alunos não são indisciplinados e alguns não têm queixas do desempenho escolar. Geralmente, os alunos chegam à escola com blusa de frio, mesmo no calor. Os professores ficam desconfiados e aparece um colega denunciando a amiga que está se cortando. O surpreendente é que, ao ser solicitada pela coordenação, a aluna mostra seus cortes. A escola acredita que estavam com uma média de 30 casos registrados com autoagressão e tentativas de suicídio. Reclamavam da quantidade de alunos que estavam tomando medicação e que, quando estavam na escola em tempo integral, as coordenadoras falavam “não aguento mais dar remédio para esses alunos, são vários ao mesmo tempo. Estão medicados, e na hora do almoço é aquela confusão; dá um remédio aqui, corre, dá para o outro”.

O NIPSE agendou um novo encontro para que o corpo gestor da escola pudesse fazer o levantamento dos casos. No segundo encontro, o corpo diretivo

apresentou a instituição e os casos. A escola possuía 480 discentes no turno da manhã, sendo que 22 alunos apresentavam o sofrimento psíquico e praticavam cortes, batiam a cabeça na parede e faziam tentativas de suicídio. Relataram que alguns cortes eram praticados dentro da escola e que a família, muitas vezes, desconhece o fato. Os alunos em crise são acompanhados pelo CERSAM-I, outros, pela psicologia do posto de saúde, pois nem todos os casos entram em crise. A escola apresentou cada um dos alunos e como eles se apresentam. Eram casos com demandas particulares e singulares, não eram casos que formavam um grupo. Assim ficou definido que a metodologia utilizada para a intervenção na escola seriam as Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica (ECOPs).

O NIPSE permaneceu na escola com a pesquisa-intervenção durante seis meses do ano de 2019, indo uma vez na semana, no turno da manhã. Essas manhãs ficavam diferentes das outras; a rotina era modificada por algo que se apresentava pelos alunos e instituição. Muitas vezes era o dia em que acontecia de uma aluna quebrar a gilete do apontador e sinalizar para o professor que iria se cortar, ou outra que, chorando, descia correndo para o banheiro e se trancava, mobilizando todos ao redor. Então o NIPSE perguntava a esses alunos se desejavam conversar. E, nesse momento, a porta do banheiro se abria. Do contrário, eles próprios batiam na porta da sala onde os integrantes do NIPSE estavam e perguntavam se poderiam participar. Durante seis meses, doze casos participaram das ECOPs. A maioria deles foram indicados pela escola, autorizados pela família a participar. Para isso, foi realizada a leitura prévia dos prontuários dos alunos recomendados.

Nos casos que serão apresentados a seguir, sujeitos diversos nos ensinam sobre seu impasse, sofrimento, angústia e dificuldades. Eles são interrogados sobre o que não vai bem e falam sobre o seu sintoma, sendo possível apresentar as circunstâncias por uma pragmática da psicanálise que ressoe nessa experiência junto à Educação, contribuindo para que, no lugar do vazio, se inscrevam relações com um saber.

6.3.1 Caso *Heloísa*

Heloísa, 13 anos, cursa o ensino fundamental com ótimo rendimento em todas as disciplinas. Foi uma de suas amigas e colega de sala quem levou ao conhecimento da coordenadora pedagógica sobre sua prática de escarificações nos próprios braços. Desde então, alguns sinais de instabilidade, próprios da idade adolescente, serão interpretados como sendo devidos a um estado elevado de ansiedade: um dia, não quer participar da atividade extra-sala e sua família é acionada para buscá-la; em outro, envolve-se completamente com os preparativos de uma festa comemorativa e não quer ir embora no horário convencionado. A exasperação dos educadores diante de atos de autoagressão como esses aciona imediatamente um movimento interpretativo que, nos dias atuais, estará sempre mesclado de estados patológicos da psiquiatria amplamente difundidos e apropriados pelo discurso comum. O empenho de Heloísa em ser destaque acadêmico e ajudar os colegas na realização das tarefas escolares também será interpretado na mesma lógica.

Na Entrevista Clínica Orientação Psicanalítica (ECOP), após a apresentação do trabalho e dos profissionais presentes, a psicanalista pergunta para Heloísa se ela sabe por que foi convidada para aquela conversa. Ela responde dizendo que acreditava ter relação com questões de saúde mental. Em seguida, esclarece:

Eu tenho crises de ansiedade e, às vezes, depressão. A depressão já faz um ano; mas as crises de choro e as coisas no corpo passaram a ser mais fortes esse ano. Desde pequena, eu sempre fui ansiosa em tudo que ia fazer. Ficava com as mãos trêmulas, suava muito.

Na sequência da entrevista, comenta que sempre pensa muito sobre como uma coisa vai acontecer; se “vai dar certo ou errado”, funcionar ou fracassar. A entrevistadora pergunta-lhe, então, qual é a sua lembrança mais antiga sobre essa preocupação. Heloísa pensa um pouco e responde: “tem uma lembrança muito marcante, que não consigo esquecer”. Refere-se à circunstância da morte de seu bisavô: ele passou mal em casa, foi levado para

o hospital por sua mãe e lá ficou internado. Passados alguns dias, chega a notícia de que tinha falecido.

De um dia para o outro, Heloísa perdeu aquele que considerava ser a principal fonte de carinho e um exemplo de vida. Foi a partir desse dia que o tremor apareceu, sobretudo no momento de realizar atos muito simples, como pegar um copo d'água. Depois da morte do bisavô, a ideia de fracasso foi se exacerbando. Tentava planejar o que ia fazer e o que ia dizer às pessoas, na tentativa de se defender do inesperado. Temia que suas palavras pudessem ser premonitórias de atos ruins. A entrevistadora lhe pergunta, nesse momento, se ela sente culpa pela morte do bisavô. Heloísa responde afirmativamente, dizendo que não é apenas pela morte do bisavô que se sente culpada, mas também pela morte de seu pai.

Esclarece as circunstâncias da morte do pai contando a seguinte estória: seus pais, brasileiros, moravam em Portugal, onde foram procurar trabalho. Sua mãe fica grávida dela e, no quinto mês de gestação, decide voltar para o Brasil. Veio sozinha, justificando ser por causa da depressão e da solidão que estava sentindo. O marido trabalhava viajando e ela ficava sem ter com quem conversar.

Heloísa foi criada na família materna e adotou o tio materno como pai. Quando estava com 8 anos, teve um sonho: via um barco no meio de um lago, com um homem dentro, de mesmo porte físico que esse tio. O barco vira. No dia seguinte, o tio passa em sua casa para se despedir, antes de sair de uma viagem de pesca. Usava uma blusa igual à do homem do sonho. Naquele mesmo dia, à noite, chega a notícia de que o barco tinha virado. Os corpos dos tripulantes foram encontrados dois dias depois. Heloísa acredita que o sonho foi uma profecia e que deveria ter contado a respeito a seu tio, evitar a tragédia.

A entrevistadora pontua que, desde muito cedo, Heloísa se sente culpada por perdas: a perda do avô, do tio, do pai. Heloísa se surpreende com essa pontuação e se lembra de, quando pequena, ficar ao lado do leito do avô acamado, brincando de médica — sua brincadeira favorita —, usando-o como paciente. O avô se divertia e lhe dizia: “um dia você será uma medicazinha”. Um dia, porém, no curso da brincadeira, seu paciente passa mal de verdade, e a medicazinha se vê impotente para tratá-lo. Entre a crise do avô e a chegada da ambulância, Heloísa fica paralisada, mãos suando, palpitações.

A entrevistadora observa que a pequena médica de 4 anos desejou ter

salvado seu paciente, o que é bem diferente de ser responsável por sua morte. Esclarece que, com o tio, foi diferente, pois se tratou de uma contingência, ou seja, um imprevisto inesperado. Explica-lhe que não é possível sabermos quando um acidente como esse vai acontecer. E que, às vezes, é comum darmos sentido para um sonho depois que o acidente já aconteceu.

O tio a tratava por “minha princesinha”. Depois de seu desaparecimento, sentiu seu “reino cor-de-rosa desabar”, sua força acabar. Conta então que, no dia da prática das escarificações, fazia cinco anos que seu tio havia falecido e, para não esquecer sua culpa, marcou-se para sempre.

A entrevistadora interveio dizendo que era exatamente aquela interpretação que não estava boa, pois perder pessoas queridas é algo passível de acontecer —por acidente, idade, doença—, mas se responsabilizar por essas perdas estava atrapalhando-a viver.

Outra lembrança vem à tona: quando estava no 7º ano, um outro tio materno, que morava em uma cidade do interior, veio se hospedar em sua casa para tratar um câncer. Porém, ele não resistiu ao tratamento e faleceu poucos dias antes da data marcada para a comemoração do aniversário de Heloísa. A entrevistadora interpreta dizendo que sempre que morre um homem em sua família, o impacto sobre ela é muito grande. Pergunta se percebe que, desde criança, procura por um pai, adota um substituto e, ao perdê-lo, reforça a crença de que não é merecedora da relação paterna.

Heloísa passa a comentar os sintomas que foram surgindo cada vez que um homem da família se foi: depressão, isolamento, crises de choro, crise de ansiedade. Mais recentemente, nas datas comemorativas dessas perdas, sentia falta de ar, praticava escarificações rasas nos pulsos e ficava pensando se o suicídio era uma solução. Heloísa conta que ficou sabendo pelas amigas que um corte no corpo, com sangue, poderia ser uma alternativa para apaziguar a angústia e o descontrole do corpo: “A gente acha que vai aliviar a dor, mas o alívio não vem. Eu achei que, se eu conseguisse me matar, ia acabar com toda aquela angústia, mas não acaba”.

Vale observar que, em outros casos estudados, essa ideia apresentada por Heloísa, de que as escarificações são um tratamento para a angústia e o descontrole dos fenômenos que se instalam no corpo, configurando a crise de ansiedade, também foi mencionada. Muitos jovens escutam isso dos colegas ou

são confrontados com esse saber nas redes sociais de vídeos curtos e chamadas breves.

Nesse ponto da entrevista, uma crise de ansiedade na escola foi mencionada por Heloísa de uma outra forma: foi uma intriga da parte de uma amiga que desencadeou o quadro de ansiedade. Heloísa estava gostando de um menino. A amiga lhe diz que ele estava ficado com outra menina. “Foi uma trolagem, mas eu achei que ele estava me trocando. Eu sempre me apego muito, faço tudo pela pessoa que amo e, quando sou trocada, me sinto inútil”.

Foi-lhe observado que, para ela, em situações em que um homem/menino se afasta, essa crise aparece. Foi-lhe assinalado também que esse seu jeito de ser talvez não estivesse lhe servindo tão bem. Heloísa concorda. Diz sentir-se inútil nas situações com os meninos, como foi inútil com o avô. A entrevista chegara ao seu fim. Foi sugerido a Heloísa buscar um atendimento psicológico, para poder falar de suas relações com os meninos e como esse ponto do “inútil”, que foi sua experiência aos 4 anos de idade, aparecia na forma de uma repetição sintomática, tornando sua vida difícil.

No segundo encontro com Heloísa, ela nos faz saber que a ECOP lhe tinha trazido grande alívio. Dedicou-se a nos fazer saber como ela tinha retificado algumas de suas ideias, como sua interpretação sobre a morte do tio.

Heloísa parou de se cortar. “Parei de me cortar porque me cortar já não traz mais um alívio. Aliás, nunca trouxe. Foi só uma forma de tentar trazer a dor externa ao invés da interna, mas não aconteceu”. Ainda acontece de acordar péssima, desanimada, sem vontade de ir para a escola. Para isso, lhe foi reforçado o uso da palavra como meio de se tratar e, se preciso, também o uso do tratamento medicamentoso pontual.

6.3.2 *Caso Hebe*

Hebe, 15 anos, cursa o último ano do ensino fundamental. Foi indicada para a entrevista por seu jeito arreado de se relacionar na escola. Suas colegas de sala contam para a coordenadora pedagógica que ela pratica escarificações nos braços. Hebe nega. Os diretores não descartam a possibilidade de alguma coisa estar impactando o estado psicológico de Hebe e logo atribuem o fato ao

luto pelo perda materna. A aluna desinteressou-se pelos estudos há um ano, precisamente após o falecimento da mãe. Seu pai percebeu a mudança e solicitou ajuda da escola. Relatou que o ambiente em casa estava conflituoso por causa do jeito da filha.

No caderno de registro da escola sobre os casos de alunos que precisam de acompanhamento consta o nome de Hebe em duas ocasiões: (1) indicação para a aluna participar do projeto "Saúde na escola"; (2) convocatória de reunião com o pai pela recusa da aluna em participar dos ensaios da festa junina. Para fugir do ensaio, Hebe e uma colega se refugiam no banheiro e se trancam em uma cabine, o que é suficiente para se supor que estariam se beijando. Hebe nega. Diz que estava apenas "matando aula e tirando fotos no celular". Vale observar que a perda de interesse pelos estudos não colocou em risco sua aprovação no final do ano acadêmico. Hebe não estudava como antes, não prestava atenção nas aulas como antes, mas também nem passava perto de ser reprovada.

Hebe aceita de bom grado participar da Entrevista Clínica de Orientação Psicanalítica (ECOP). Sinaliza com precisão os motivos que teriam motivado os educadores a propor o seu nome para participar das entrevistas: a perda da mãe e ter se trancado na cabine do banheiro com outra menina. Observa, entretanto, que nenhum desses dois motivos é o que mais lhe preocupa e começa, sem demora, a discorrer sobre sua história familiar.

Filha única do casal, tem dois irmãos mais velhos por parte de mãe. A irmã é casada e reside em um outro país. O irmão, ainda solteiro, mora com o pai em outro Estado. O contato entre eles se faz por meio virtual: ligações de áudio e vídeo, via internet.

O quadro de saúde da mãe era instável, exigindo repetidas internações hospitalares inesperadas. Hebe o caracterizava da seguinte maneira: "do nada, estar bem e, do nada, estar mal". No dia em que a mãe faleceu, estava em casa, tricotando feliz e, de repente, sentiu-se mal. Foi levado ao hospital e não voltou. Era véspera do aniversário de Hebe. Depois desse dia, Hebe mudou: não quis mais ficar perto das pessoas, preferia ficar sozinha, evitar tumulto.

Nesse ponto, a psicanalista entrevistadora pergunta para Hebe como ela era antes desse dia. Ela responde que era diferente: pedia para sair com as amigas, queria passear na rua com o cachorro. Depois da morte da mãe, não

desejava sair nem do próprio quarto e doou o cachorro por causa do barulho que ele fazia. Então, a entrevistadora lhe diz que ela havia se desligado de tudo o que desejava fazer longe da mãe. Hebe concorda. E acrescenta: ficava sozinha, ouvindo música, chorando muito e nervosa por causa disso tudo. Lembra-se, contudo, que o desejo de ficar sozinha já tinha aparecido antes mesmo da morte da mãe: “Estou pensando aqui... essa minha mudança veio antes de minha mãe falecer, mas com a morte dela, ficou bem mais intenso. Antes, eu conseguia disfarçar, saindo um pouco para encontrar minhas amigas. Depois, só se agravou”.

A entrevistadora pede-lhe para situar o momento preciso em que essa mudança teve início. Sugere alguns momentos marcantes da vida de um jovem surpreendido pela puberdade. Hebe diz então que, quando fez 12 anos, ficou menstruada e percebeu que queria ficar o mais longe possível das pessoas: “Comecei a desapegar de algumas coisas e gostar de outras. Comecei a gostar de rock, de eletrônica e de ficar mais quieta, na minha, e não gostar de bater papo, de conversar... Queria entender o que estava acontecendo comigo, descobrir o motivo daquelas mudanças no corpo”.

A entrevistadora sinaliza para Hebe que a puberdade chegou, não sem causar algum espanto. Encoraja Hebe a falar um pouco mais e, então, ela menciona que a mudança de humor foi o mais difícil. Quando era criança, brincava, era feliz; acordava e dormia do mesmo jeito. Depois que virou moça, estava conversando com as amigas e, “do nada”, começava a chorar. Estava escutando música e, “do nada”, começava a chorar. Cada dia acordava de um jeito. Tinha momentos em que sentia muita raiva: “do nada”, tinha vontade de bater em alguém. Sempre “do nada”, destaca a entrevistadora, aproximando a forma como ela estava experimentando o humor com a marca da saúde da mãe.

Na segunda entrevista, Hebe comenta sobre as saídas que tem buscado para seu problema: “Eu comecei a criar poesia, inventar algumas letras de músicas e, assim, consigo me controlar mais. Toda vez que eu percebo que vou ficar mal 'do nada', começo a escrever”. Continua a associar livremente a partir de seu problema e surge um ponto contraditório que lhe é assinalado. Ela diz: “quando me isolo, fico sem conversar com as pessoas. Mas não posso ficar quieta, tenho que ficar agitada com alguma coisa, fazer algo... pois sempre que eu fico quieta, fico mal, sofrendo, chorando muito”. A entrevistadora sinaliza-lhe

que, para ela, realmente, ficar quieta tem sido um problema. Hebe complementa: “a pressão cai; aí me agito para a pressão subir”. Para não ficar oscilando, “eu tenho que viver entre ficar quieta e não ficar quieta”. A entrevistadora mostra-se surpresa e retifica: “então, não se trata de oscilação de humor. Ademais, ficar agitada não faz subir a pressão. Você tem medo de que lhe aconteça algo, assim, ‘do nada’?”. Hebe prossegue contando que a hipótese do médico de sua mãe era de que sua irmã e ela mesma pudessem ter a mesma doença. Hebe registrou as palavras do médico e acha que, em seu caso, trata-se de uma dupla herança, também da parte do pai. “Quando ele fica nervoso, eu percebo que a pressão dele cai; aí ele tenta ficar mais calmo. Acho que puxei isso dele. Muito do meu jeito, eu puxei do meu pai”.

A entrevista é concluída com um esclarecimento a esse respeito e com uma proposta para Hebe resgatar suas amizades, que são muito importantes nesse momento da vida.

Sugere que ela tente, à sua maneira, dentro do seu tempo, e, se desejar, voltar a nos procurar para contar como estava indo nessa empreitada. Hebe consente.

Por fim, a entrevistadora pergunta para Hebe se ela sabia que os educadores daquela escola estavam preocupados com as escarificações que ela vinha fazendo no corpo e se, de fato, estavam acontecendo. Hebe confirma que estava se cortando realmente, e que achava muito ruim. “Eu faço para aliviar, mas não alivia nada”. “Algumas amigas minhas que já fizeram dizem que serve pra isso”.

Algumas semanas depois, Hebe volta para contar que tinha retomado a amizade com um colega. Este, por sua vez, já estava andando com outras meninas e deu a impressão de não ligar mais para ela, como antes. Hebe chorou por isso e resolveu lhe escrever uma carta, se abrindo. Esse amigo a procurou para conversar e lamentou, dizendo que podia ser amigo de todos. Hebe ficou surpresa com o efeito favorável de sua carta.

De acordo com o que Freud preconiza (1916–17/1996), o processo de luto tem a característica de deixar o mundo pobre, vazio, sem colorido. Foi bem assim que ficou o mundo para Hebe com a perda da mãe, e também a perda de sua infância, como ela sinaliza durante a entrevista. No caso da perda do objeto amado, retirar o investimento de afeto devido ao desaparecimento real desse

objeto — processo intrínseco ao luto — é bem diferente de se proibir reavivar qualquer lembrança relacionada a ele. Muito pelo contrário, as lembranças e histórias podem favorecer o processo de luto. Por isso, pode-se dizer que a decisão de se isolar não trouxe alento, como a prática da escrita, que só se apresentou como um recurso favorável a partir do momento em que decide endereça-la a alguém, a algum de seus pares.

6.4 Casos do Núcleo de Apoio Psicopedagógico

6.4.1 Caso Eros

Eros, 19 anos, cursa o ensino superior, no qual ingressou antes da maioridade. Ele procura o Núcleo de Acessibilidade e Apoio Psicopedagógico (NAAP) da Faculdade onde estuda solicitando ser atendido por um dos profissionais. Foi uma de suas colegas que o encaminhou ou, segundo seus próprios termos, o arrastou para o Núcleo assim que soube, por ele próprio, de uma tentativa de autoextermínio.

No acolhimento do NAAP, Eros assegura ao profissional que o recebe que estava sendo acompanhado por tratamento psiquiátrico e psicológico, ambos iniciados desde os primeiros sinais da puberdade, quando foi acometido por um quadro depressivo. A queixa, desde essa época, permanece a mesma: sentimento de desamparo. Os atendimentos ofertados pelo NAAP foram fixados com frequência regular. Nesses atendimentos, Eros se apresenta como alguém que foi esquisito na infância. Sua imagem destoava dos demais pelo porte físico e sua capacidade cognitiva se destacava. Por esses dois aspectos, sofreu *bullying* na escola por parte dos colegas.

Ideias em relação à própria morte são situadas na infância a partir dos 8 anos de idade. Lembra-se de chorar muito, por longos períodos, pensando em se ivrar da difícil convivência com o irmão. Se desaparecesse, pensava, desapareceria de sua frente aquele “centro das atenções” dos pais, que capturava-lhes o olhar pais integralmente, a atenção e o amor, mesmo com sua chegada ao mundo. O irmão mais velho é o bebê rival e a presença perturbadora para Eros. Os adultos em seu entorno não percebem o seu sofrimento, no que ele pode situar com o termo “desamparo”. Além do mais, esse irmão caracterizava-se pela conduta intolerante, caprichosa e de recusa das regras

educativas aplicadas no ambiente familiar. Reagia com violência contra tudo e todos.

Eros situa essa descrição nas lembranças que tem do tempo posterior à separação de seus pais. Foi o pai quem ficou com a guarda integral dos filhos, e sua atitude diante do conflito entre os irmãos era a de fazer vista grossa, negar o problema ou, como explicitava, não querer saber.

De menino feio, Eros tornou-se um jovem muito bonito na adolescência. Ganhou popularidade na escola, era querido no grupo de amigos. Ainda que a imagem e a inserção social lhe tenham sido muito favoráveis nessa época, o sentimento de desamparo permanecia, acrescido da ideia de não pertencimento a grupo nenhum. O afeto de solidão sobressai e ele se afasta dos amigos. O contato com o pai se reduz expressivamente. Duas preocupações passam a ocupar sobremaneira sua cogitação: que profissão escolher e como se situar em relação à sexualidade. O estar sozinho também se aplica à falta de orientação da família para tratar essas duas questões.

É nesse momento que a resposta infantil — chorar muito, por muito tempo — se reinstala, associada à prática de escarificações. Eros chorava e se cortava. Cortava-se para parar de chorar; chorava porque tinha se cortado. A resposta difundida na atualidade do discurso adolescente se mistura com a resposta infantil, sem favorecer o tratamento de sua angústia. Eros opta por se dizer bissexual. Começa a frequentar os ambientes LGBTQIA+, sempre sozinho, como destaca, sem o apoio de amigos ou de seus pais. O irmão, com quem dividia a moradia, se tornou o espectador daquele intenso sofrimento com as escolhas, no qual seu próprio corpo era palco privilegiado. A reação do irmão era a de não poupar Eros em nada. Em alguns momentos, desafiava-o a passar às vias de fato em relação à intenção anunciada de se suicidar. O pai, que não tinha sido informado do sofrimento do filho, se surpreende em uma visita, ao ver seu estado de perto. Decide levá-lo de volta para casa, no interior. Eros o acompanha de bom grado.

Eros sabia que não estava nada bem. A decisão do pai foi muito acertada: ele percebeu e interveio, sem demora. Eros inicia os tratamentos psiquiátrico e psicológico a partir dessa crise. Na casa do pai, dá prosseguimento à preparação para o ENEM, ainda sem saber qual curso escolher. No último

minuto, decide pela profissão do pai. A entrada na universidade o traz de volta à capital.

O início da vida amorosa não tardou. Enamorou-se de um homem, a quem se ligou intensamente. Sentia-se amparado. Esse sentimento era tão decisivo para ele, que se permitiu passar por uma série de traições, não sem algum sofrimento. Um dia, criou coragem e terminou o relacionamento. Em resposta, o namorado fez uma tentativa de suicídio calculada, enviando fotos e mensagens de apelo a Eros. Não tendo surtido o resultado esperado, passou a importuná-lo com uma enxurrada de mensagens, também encaminhadas a seu círculo de amigos. Seguiu-o por todos os lados. Como essa estratégia tampouco surtiu efeito, finalmente declara enfaticamente que Eros não tinha significado nada em sua vida. Eros, que estava levando bem os incômodos decorrentes do término do namoro, se vê abatido por essa última frase. O amor invalidado faz reaparecer o sentimento de desamparo, que o invade, então, com força brutal.

Eros se desespera e aposta a vida em uma jogada: tarde da noite, decide ligar para um amigo, expor seu desamparo e pedir pela sua companhia. Se esse amigo viesse ao seu encontro, tudo ok! Se não viesse, iria se matar. Ele liga. O amigo não atende a chamada. Chegando em casa, Eros ingere uma dose excessiva de sua medicação psiquiátrica diária. Adormece. No dia seguinte, acorda passando mal. Chama o mesmo amigo para quem tinha ligado na madrugada anterior. Esse amigo atende e se dirige imediatamente para sua casa. Toma as providências de urgência necessárias. Eros teve que ser hospitalizado, mas negou para a família que teria sido por uma tentativa de suicídio. Justificou-se dizendo que a ingestão dos remédios foi "um ato falho de bêbado". O pai não retrucou. Esteve presente por ligações e acompanhou de perto o reestabelecimento do filho. O irmão também compareceu.

Quando Eros teve alta, o ex-namorado, que ficou sabendo do ocorrido, foi até sua casa sem ser convidado, sentou-se à porta e lá ficou de plantão. Eros recusou recebê-lo. O rapaz aproveitou uma deixa e forçou sua entrada. Inicia-se uma discussão com agressões verbais e mesmo físicas. O irmão entra, interrompe a discórdia e encontra meios de expulsar o indesejado.

Eros não reconhece a intervenção do irmão em sua defesa. Fragilizado, demanda a presença do pai, mas este não responde, e ele chora. Nos atendimentos do NAAP, Eros também chora. Relata situações preocupantes que

levam o profissional do NAAP a não ter outra saída que não a de convocar seu pai. Porém, a cada vez que o pai é acionado e comparece, algum detalhe de sua presença serve para Eros demonstrar mais uma vez sua tese de que é o preterido, desprezado, o que, por via de consequência, reforça o sentimento de desamparo. Visto essa repetição, a questão que se coloca é a do limite do atendimento no Núcleo Universitário, por meio do qual é possível isolar o ponto crucial do sofrimento do aluno, que pode levar ao pior, mas não tem o alcance de tratar o sujeito do inconsciente e sua estrutura de forma a intervir sobre o sintoma, explorando a plasticidade deste na perspectiva de um novo arranjo, de uma nova solução.

Eros reconhece a importância do NAAP como um espaço de oferta de palavra que permite ao aluno acuado pelo seu sofrimento situar o ponto central do problema e, assim, poder ter um recurso distinto da passagem ao ato imediata.

O NAAP é um instrumento de apoio absurdo! Antes, vivia um dia de cada vez, porque não sabia se amanhã estaria aqui. Os atendimentos me ajudaram a enxergar o futuro, mesmo nos momentos em que eu não estava bem e não conseguia traçar metas. Me ajudou a enxergar as minhas relações de forma diferente. Antes, acreditava que era o papel dos outros me dar apoio. Não me sentia amado, querido. Me dei conta de que preciso fazer a minha parte.

Os atendimentos a Eros foram encerrados a partir do momento em que se encontrou estável com relação ao risco de vida. Ele decidiu adiar a decisão sobre sua posição sexual até que as coisas estivessem mais claras para ele, e, enquanto isso, focar nos estudos. O NAAP pôde saber que ele se integrou à Liga Acadêmica da Faculdade e tem investido na produção de artigos com outros colegas.

6.4.2 *Caso Apolo*

Apolo, 18 anos, ingressa na universidade para um curso da área de Ciências Exatas. No final do primeiro semestre letivo, questiona sua escolha e se aplica para outro curso, da área da Saúde, o que o destina a um grande centro

urbano, distinto da pequena cidade onde nasceu e viveu até então. Essa mudança realiza um velho sonho de morar na capital.

No ato da matrícula na nova faculdade, Apolo apresentou atestado psiquiátrico justificado por tentativa de suicídio. Por essa razão, o NAAP busca contato com esse aluno, que não responde às inúmeras tentativas. Dezoito meses após o seu ingresso à faculdade, uma colega de sala vai até ao NAAP para mostrar a rede social de Apolo. Essa colega tinha visto uma enquete postada por ele nas redes sociais e mostrou para a psicóloga do NAAP. A enquete dizia: “O suicídio nunca é uma saída. Confere? Sim ou Não”. Logo depois, ele posta um texto endereçado aos colegas de turma:

Galera, sei que muitos de vocês não têm tempo para ficar lendo *stories* grandes e tal, mas estou bastante chateado com o que vem acontecendo nos últimos anos e vou fazer um desabafo. Caso não se sintam confortável em ler/comentar, peço que só ignore. Obrigado.

Estou cursando Medicina e venho percebendo a cada dia que a minha saúde está ficando prejudicada. Pensei que seria tudo lindo, que eu amaria o curso e seria um ótimo profissional. (...) No entanto, *não sou bem-vindo*²⁶ entre os estudantes da faculdade. (...) Me sinto excluído, (...) me pego chorando com uma puta vontade de me matar. Pode parecer frescura, mas eu não suporto acordar e saber que terei de ir mais um dia para aquele lugar. (...)

Não há nada garantido que eu não desista da ideia, mas estou pensando sinceramente em desistir do curso ou tentar uma transferência. Peço desculpas pelo texto, mas eu precisava compartilhar isso”.

Essa mensagem causa grande desconforto aos coordenadores do curso, que acreditam ser necessário intervir com medidas preventivas drásticas contra o suicídio, independentemente da vontade do aluno. Entre mensagem e medidas, o NAAP intervém como mediador e com a oferta da palavra. Apolo é

²⁶ Grifo nosso.

contactado e, dessa vez, prontamente atende ao chamado. Um atendimento é agendado para o dia seguinte.

Nos atendimentos, Apolo comenta que, até então, não tinha conseguido aderir a nenhuma terapia. Admite estar no limite e, daquela vez, estava disposto a conversar com o psicólogo do NAAP. Inicia sua fala dizendo estar surpreso com o número elevado de comentários em resposta à sua postagem. Amigos de infância, colegas de turma e outras pessoas que ele nem conhecia responderam ao seu apelo com palavras de apoio acolhedoras. Sentiu-se amado.

Desde o ingresso na faculdade, não conseguiu estabelecer nenhum laço de amizade com os colegas. A constatação “não sou bem-vindo”, que se encontra presente no texto da mensagem postada via internet, também aparece em sua fala diversas vezes. Esse ponto foi destacado para ele durante o atendimento. Apolo, então, se dá conta de que se trata do gatilho de seu sofrimento.

No primeiro período do curso, não se sentia bem-vindo. No segundo, muda de turma, mas a experiência com os novos colegas segue a mesma. No terceiro período, nada muda mais uma vez. Buscando em outras experiências, situa o “não ser bem-vindo” em sua própria história de vida, pois é fruto de um casal cujo laço afetivo se desfaz quando ainda era uma criança muito pequena.

Na adolescência, o quadro muda: teve muitos relacionamentos, todos breves, mas por sua própria decisão. Enfim, teve todas as meninas que desejou ter e a boa lembrança dessa época ficou fixada em um traço de sua imagem: “a época feliz de minha vida foi aquela em que eu usava o cabelo comprido”. No pior momento de sua vida, estava com o cabelo raspado. Entre uma imagem e outra, um encontro contingente com uma cena de suicídio foi determinante. Primeiramente, foi um colega que passou ao ato, mas seu amigo, que era vizinho desse colega, percebeu a tempo, pulou o muro, arrombou a porta e o tirou da corda. Pouco tempo depois é a vez de Apolo: ele liga para uma amiga e, como esta não atende, dirige-se para a casa dela, onde a encontra já sem vida. Diferentemente do vizinho, Apolo não chegou a tempo; falhou em salvar alguém.

Foi depois disso que fez reopção de curso, para o de Medicina. Ele justifica: ser médica era o sonho de minha amiga que morreu. Por outro lado, a Medicina parece estar ligada à falha em salvar. A cena que ele diz voltar-lhe à mente cotidianamente se revelou traumática, fez surgir a angústia, o que ele

situa, por enquanto, como uma identificação ao estado deprimido de sua amiga antes do ato suicida. Resolveu tratar-se fazendo uso de medicação para dormir e avisou ao amigo que tinha tido sucesso em salvar o vizinho. Apolo acordou no hospital. Fica muito surpreso com seu ato falho, pois pensava ter tomado apenas dois comprimidos, mas, de fato, a dose ingerida tinha sido bem maior. Após a alta médica, dirigiu-se imediatamente para a capital, visto que o semestre letivo já começava. Adaptou-se bem à rotina acadêmica, mas o problema, como mencionado antes, foi o de não se sentir acolhido. Bancava o diferente, apresentando-se no espaço escolar com uma imagem que gerava preocupação até nos professores: o jeito tímido e o isolamento ganham mais expressão, os cabelos longos cobrindo a face, as lentes dos óculos de cores diferentes diante de cada um dos olhos, entre outros detalhes de sua aparência física.

“O NAAP me ajudou e me enxergar”. Uma questão se introduz: “será que não sou bem-vindo? Ou sou eu mesmo que acho que as pessoas acham isso?”. Essa questão inaugura uma nova etapa, em que Apolo isola seu desejo de “fazer diferença”. A verificar... Os atendimentos no NAAP são encerrados. O aluno está integrado em sua turma, participa dos trabalhos em grupos e se desloca sem inibição pelo espaço da faculdade.

6.4.3 *Caso Afrodite*

Afrodite, 18 anos, procura o NAAP por iniciativa própria, logo que ingressa na faculdade. O ano anterior foi o de preparação para o vestibular e chegou ao fim exausta. A aprovação para o curso superior lhe trouxe alívio, mas não comemoração de sua vitória, pois considerava que passar na prova era uma obrigação. Na faculdade, não conseguiu obter média em nenhuma das provas. Tinha para si que “a nota define quem a pessoa é” e, por isso, sentia-se péssima, adoecendo. Diante desse quadro, sua demanda à psicóloga e à pedagoga do NAAP foi explícita: conseguir estudar e ter um rendimento escolar minimamente satisfatório. Por sugestão de sua família, já vinha sendo acompanhada por psiquiatra e psicológico fora do espaço universitário.

Nas sessões de acompanhamento, relata para a psicóloga que, desde criança, se interroga sobre a razão de sua existência. Nunca se considerou uma pessoa dotada de inteligência, ideia que lhe gerava muita raiva. Com as outras

crianças, impunha seu jeito de brincar e, se alguém se recusasse a fazer do jeito que ela determinava, saía distribuindo mordidas e gritos e fazia birra. Por essas e outras, ganhou da mãe o apelido de “menina difícil”.

Gostava de ir para a escola, mesmo não tendo amigos que aceitassem brincar com ela. Desde cedo escolheu ser médica. Gostava de assistir aos documentários da organização humanitária internacional Médicos sem Fronteira.

Na adolescência, o ódio que sentia de si mesma na infância foi transferido para a imagem do corpo afetado pela puberdade. Não conseguia se olhar no espelho, principalmente depois que um colega lhe disse que estava gorda. Fez um quadro de bulimia, o que a levou a iniciar um tratamento psiquiátrico.

No ano de preparação para o vestibular, não estudava o necessário e, para mudar isso, interditou-se de qualquer atividade de entretenimento, mesmo nos finais de semana. Seu esforço desmedido para estudar sem descanso lhe causou uma lesão no braço. Foi diagnosticada com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e iniciou também uso de medicação para melhorar o rendimento escolar.

Na faculdade, alguns professores notificam ao NAAP o comportamento estranho da aluna Afrodite na sala de aula: ela se levanta da carteira de tempos em tempos e bate a cabeça na parede repetidas vezes. Se autoagredia com tapas no rosto quando estava fazendo trabalho em grupo. Nas aulas práticas, pega o bisturi e encena incisões nos próprios pulsos. O NAAP toma conhecimento da medicação diária absurda que ela ingeria — quase vinte tipos de drogas diferentes —, o que passa a justificar parte de seu comportamento: sono pesado durante os momentos de estudo na biblioteca; períodos de euforia intercalados com de prostração. Com certa frequência, Afrodite costumava comparecer à enfermaria da instituição queixando-se de dores abdominais, enjoos e mal-estar.

No final do primeiro período letivo, seu resultado foi de reprovação na maioria das disciplinas. O segundo período letivo teve início, e nada mudou. Um dia, após uma prova, Afrodite dirige-se para o banheiro e tranca-se em uma cabine. Uma funcionária observa o tempo de uso fora do normal e aciona o NAAP. Afrodite é chamada, mas não responde. Recusa-se a abrir a porta. Esse drama dura um bom espaço de tempo. Finalmente ela cede, sai da cabine e diz que estava tentado se enforcar. No atendimento, desabafa: “Não aguento mais

meus pais pensarem que os remédios vão me consertar. Minha mãe não acredita que estou doente, acha que não tenho motivos. É por isso que eu preferia ter um câncer, coisa palpável, para ninguém duvidar.”

A faculdade de Medicina, razão da sua vida, se tornara um pesadelo. A situação foi exposta para a família e, esta, juntamente com o psiquiatra, decide pelo trancamento temporário do curso²⁷ e pela internação hospitalar, visando revisão da medicação e prevenção contra possíveis tentativas de suicídio. O início do tratamento por eletroconvulsoterapia (ECT) deixa Afrodite sem reação e totalmente dependente para qualquer atividade da vida diária, como ela reportará, posteriormente, ao profissional do NAAP. Quando retornou à faculdade, relatou que passou a maior parte do tempo do tratamento dormindo, vigiada 24 horas por dia, pois bastava recobrar a consciência para tentar suicídio. Observa que aquele tratamento a deixou sem memória, incapaz de ler um texto, assistir a um filme ou fazer qualquer outra atividade que exigisse a cognição. Sentia-se dopada.

Apenas no ano seguinte ela voltou para a faculdade e cursou duas das disciplinas, em que fora reprovada. Sentindo-se indisposta com a medicação, decide suspendê-la. Discute com seu psiquiatra, que consentiu em reduzi-la significativamente. O efeito foi experimentado logo depois: mais disposta para as atividades acadêmicas e integração social. O período de provas chegou gerando grande ansiedade. O NAAP interveio propondo a realização das provas em sala reservada. Essa decisão foi acertada, visto o resultado final da aluna.

Afrodite declara que NAAP foi muito importante como mediador entre ela e os familiares, que não tinham a menor ideia do que estava acontecendo. Para ela, poder recorrer a alguém no espaço da faculdade quando o problema aparece dentro da instituição é fundamental. O banheiro torna público o desespero. O NAAP acolhe e propõe encaminhamentos próprios para cada pessoa, individualmente, diz ela.

²⁷ No período quem ficou com a matrícula trancada, Afrodite não foi acompanhada pelo NAAP.

Conclusão

O objeto de estudo desta pesquisa foi delimitado a partir dos novos sintomas apresentados por adolescentes e jovens na educação: a tentativa de suicídio e os atos de autoagressão. O percurso realizado neste trabalho foi a junção entre a prática, a teoria e a pesquisa-intervenção. O estudo de autores e da literatura puderam auxiliar a responder perguntas norteadoras que já existiam previamente, como: Por que os adolescentes estão praticando a autoagressão? Por que a tentativa de suicídio está sendo considerada uma alternativa para os jovens diante do seu sofrimento? Por que tais atos estão aparecendo no espaço da educação? Como a Educação pode intervir diante desses novos sintomas?

No primeiro capítulo, a análise das taxas e índices permitiram constatar que realmente o suicídio tem sido um problema mundial para a saúde coletiva, diante do aumento de seus números nas últimas décadas. A faixa etária de jovens de 15 a 29 anos é algo alarmante e que merece investigação. Porém, a relação econômica dos países desenvolvidos ou em desenvolvimento permite observar uma variação nos índices dos relatórios, a partir das metodologias utilizadas para análise de dados.

No segundo capítulo, o tema do suicídio aparece como algo que transcende a pauta apenas da Saúde e começa a ganhar espaço na agenda das reuniões e prioridades dos gestores da Educação. As instituições de ensino, que já discutiam sobre o fracasso escolar, indisciplina e questões sobre sexualidade começam a se deparar com um novo sintoma: seus alunos que, diante do sofrimento, praticam atos de autoagressão e tentativa de suicídio.

No terceiro capítulo, ao desenhar o histórico dos serviços de apoio psicopedagógico, foi possível perceber que esses espaços, inicialmente, eram destinados à formação integral do adolescente e ao apoio a eles em suas escolhas profissionais, a partir das aplicações de testes vocacionais e psicológicos. Logo em seguida, esses espaços intermediavam conflitos

escolares e auxiliavam o corpo docente em relação às dificuldades de aprendizagem escolar. Atualmente, os casos de sofrimento mental, angústia, atos de autoagressão e tentativa de suicídio têm sido endereçados aos núcleos de apoio psicopedagógico, exigindo das instituições de ensino superior que se reinventem, para acolher e intervir nesse mal-estar.

O capítulo quatro foi a apresentação e elucidação da metodologia de campo utilizada. A pesquisa-intervenção de orientação psicanalítica utiliza-se da Conversação e das Entrevistas de Orientação Psicanalítica para ações no ambiente da educação diante dos sintomas apresentados pelas escolas e universidades. Foi abordado, nesse capítulo, como as demandas das instituições de ensino chegaram até a pesquisadora.

No capítulo cinco, puderam ser investigados, através do percurso teórico elaborado, cinco discursos sobre o suicídio: o discurso filosófico, o discurso religioso, o discurso médico, o discurso sociológico e o discurso analítico. Com relação ao discurso filosófico, é possível concluir que, na Antiguidade, os casos de suicídio eram aceitos e classificados em duas modalidades: a primeira, para honrar o próprio nome, ou o da família, visando não passar por algum tipo vergonha. A segunda, para sanar uma dor intensa, que não seja a física, e sim a subjetiva. Porém, não eram aceitos os casos em que o suicídio acontecia por indolência ou covardia não viril — tal ato era julgado pelo sistema de justiça e o corpo do suicida ou sua família sofria algum tipo de punição, como perda da herança ou bens confiscados, e o corpo não podia passar pelos rituais de velório, pois era destinado aos castigos. Nesse período, o suicídio também tinha o valor moral positivo: quando era por um ato heroico, a causa era considerada nobre.

Atualmente, o suicídio se modificou, e Lacan (1969-70) apresenta que, na sociedade contemporânea, não existe mais a vergonha em um mundo onde “o Outro não existe”. Assim, é possível verificar, nos casos apresentados neste trabalho, que a honra e a vergonha não apareceram pelas falas dos jovens e adolescentes. Já a segunda modalidade de suicídio da Antiguidade, que é cessar uma dor subjetiva, ainda é algo recorrente. O suicídio enquanto um ato heroico também não apareceu nos casos apresentados.

No discurso religioso, a Igreja era a principal instituição que trabalhava na tentativa de coibir o suicídio. Para conter o suicídio, a religião transmitia que tal ato era efeito de uma obra satânica. O suicídio era considerado e propagado

como um ato de covardia. Desconsideravam questões subjetivas e não relacionava às questões referentes à saúde mental. A pessoa que cometia suicídio tinha a religião como punitiva do corpo, como os rituais de inversão. O defunto era colocado com o rosto virado de cabeça para baixo em um buraco com orientação norte-sul, em vez oeste-leste, posição favorável para a ressurreição. Hoje, algumas religiões já concebem a necessidade da intervenção dos profissionais ligados à área da Saúde, como a psicologia e psiquiatria. Outras preconizam o ato como pecado ou continuam dizendo que é uma obra satânica, e muitas pregam que a punição vem após a morte, como a reencarnação em vidas futuras como seres irracionais ou que a alma passará por algum tipo de suplício.

O discurso médico foi um marco importante para determinar a possibilidade de tratamento das pessoas que tinham a intenção de se suicidarem. Foi o marco que dividiu o discurso religioso, apontando para a possibilidade da patologia. Tal fato auxiliou muitos países na decisão de modificar a legislação e passar a descriminalizar o ato suicida. Ainda hoje há em torno de vinte países que ainda aplicam multa e pena de prisão para as pessoas que tentam se suicidar. Outros, como a Holanda, Bélgica, Suíça e Espanha, autorizam o suicídio assistido conhecido como eutanásia para os casos graves de saúde para os quais não há tratamento. A clínica psiquiátrica contemporânea tem colocado à disposição no mercado diagnósticos como depressão, transtornos de personalidade, *borderline*, entre outros, para nomear o mal-estar subjetivo e a intenção do suicídio. Muitas vezes os jovens colam na identificação desses diagnósticos como forma de encontrar resposta para o que sentem. Porém, essa resposta não pode ter o efeito de silenciá-los, de forma a não produzir perguntas e propiciar um saber sobre si.

O discurso sociológico se divide em três: egoísta, altruísta e anômico. O suicídio é o egoísta quando há isolamento exagerado do sujeito em relação à sociedade. Esse isolamento foi perceptível nos casos dos adolescentes e jovens que ficavam ou se sentiam sozinhos, como Hebe e Apolo. O suicídio altruísta é considerado como o ato heroico para aquelas pessoas que estão demasiadamente imersas na sociedade. Atualmente, o suicídio heroico tem um valor positivo em algumas religiões, como alguns grupos da teologia islâmica que realizam missões cujo resultado é suicídio do sujeito, mas esse tipo não é

discutido nesta pesquisa. O suicídio anômico é a ausência das normas impostas pela sociedade, também um ponto não relacionado aos casos desta pesquisa. Porém, quando Durkheim faz a reflexão sobre as particularidades individuais e conclui que não podem ser explicadas ou mensuradas, por terem variáveis em proporções consideráveis, é o que se pode dizer sobre aquilo que esta pesquisa se debruçou para compreender. A intensão não foi mensurar através da análise quantitativa, mas sim de verificar, a partir de cada caso, formas de intervenção. Assim, é nesse ponto que o discurso analítico aborda as ações relacionadas aos adolescentes e jovens que praticam atos de autoagressão e tentativa de suicídio.

A partir do discurso analítico, com este trabalho foi possível aprender as modalidades do ato e pensar nas possíveis intervenções com os sujeitos que apresentam autoagressão e tentativa de suicídio no ambiente educacional.

Os casos estudados permitiram verificar a singularidade presente no ato visando o suicídio, assim como nas práticas autoagressivas de escarificação no corpo, ambos difundidos amplamente entre os jovens na atualidade, como algo propício para tratar a angústia, o sofrimento e o mal-estar. Situar o ato suicida como um ato falho a partir das contribuições teóricas da psicanálise foi fundamental para poder propor uma intervenção pontual por meio da oferta da palavra in loco, ou seja, no espaço da escola e da universidade, onde se tem aumentado a cada dia a incidência da demonstração do sofrimento adolescente por meio dessas práticas. Como se pode delimitar, no ato falho, se o sujeito demonstra a sua intenção inconsciente, é bem na realização de uma ação falha, de um tropeço, um descuido, um desacerto. Esse foi o caso de Apolo, por exemplo, cuja intenção de tomar apenas dois comprimidos para dormir falha, e, assim, o que parecia ser apenas um tratamento para “a cabeça (que) não estava muito boa”, o conduz para estar à morte por um fio. Foi sem se dar conta, como disse, que tomou toda a medicação disponível em casa. A surpresa ao acordar no hospital torna evidente o ato falho: ele não queria morrer, mas chegou bem perto.

Se a dita intenção é sempre um desejo criminoso, uma transgressão do sujeito, é preciso considerar, por outro lado, para uma intervenção possível nas instituições de ensino sobre o ato suicida, o que Santiago (2021) esclarece a respeito: “o ato do suicídio não está na morte em si, mas na rejeição radical do saber da qual se deve supor que esta é a principal decisão tomada pelo sujeito”

(p. 122). Isso quer dizer que não se pode saber de um ato antes de interpretá-lo. Todo ato pede uma interpretação. O psicanalista, que opera com a interpretação e a situa no cerne mesmo de seu ato, junto ao paciente, precisa saber lidar com o risco do suicídio. Por isso os profissionais do NAAP se valem da formação e da orientação psicanalítica para um trabalho preventivo dentro da Universidade, cuja proposta é a de oferecer ao aluno uma oportunidade de interpretação de seu ato falho suicida. É por meio do trabalho com a palavra, na série de atendimentos, que se busca permitir ao aluno que o fio de um discurso possa se tecer para ele, mais além da atuação.

No campo da educação, nas escolas de ensino médio ou nas faculdades, o ato suicida, se ato falho é, coloca em evidência a intensão do jovem ou do adolescente de expor seu sofrimento diante dos olhos dos professores e de seus pares naquele coletivo. É fundamental que a reação de quem assiste a isso que é mostrado, por mais que cause horror e desconforto, não seja a desistência que paralisa ou a sanção que exclui. Velar o que aparece assim, de forma tão crua, só se torna possível através de um processo que pode levar algum tempo. Alguns atos precisam ser respondidos com uma ação urgente, imediata. Porém, mesmo nesses casos, importa o que pode vir depois, ou seja, um espaço de tempo para a elaboração de um saber, a partir do ato, cuja característica, ao contrário, é a de ser uma resposta desprovida de saber. Se, nesse lugar, o sujeito consegue introduzir uma questão, formular uma pergunta, essa será a chance da introdução da singularidade que envolve a intenção do ato.

A clínica do *acting-out*, a partir do ensino de Lacan e da orientação de Jacques-Alain Miller, nos forneceu uma contribuição importante para a leitura do ato suicida nos casos de estudantes do ensino médio e superior. O *acting-out* é uma demanda endereçada ao Outro sob a forma de convocar esse Outro. É uma maneira de se comunicar, pode-se dizer. Assim, podemos considerar a cena do ato suicida na instituição de ensino como uma tentativa do sujeito de convocar o Outro e estabelecer algum tipo de relação. É necessário, portanto, que o Outro implicado no endereçamento do sujeito possa receber a mensagem e responder. Entre os casos estudados nesta pesquisa, quando a adolescente, sem nenhuma hesitação, exhibe seus braços escarificados à orientadora educacional, esta última se configura como o Outro do endereçamento do sofrimento da jovem. Na mesma perspectiva, Afrodite mostra sua perturbação atuando as crises de

desespero que a levam a bater a cabeça na parede e estapear-se na face dentro de sala de aula, ou tentar se enforcar trancada na cabine do banheiro para que o NAAP, enquanto Outro, tome conhecimento e faça alguma coisa. No caso de Apolo, a ligação para o amigo que já havia salvado o vizinho também constitui um exemplo de endereçamento, assim como sua mensagem postada nas redes sociais.

O ponto do endereçamento ao Outro concernente ao *acting-out* nos permite também situar e distinguir os atos em que o lugar do Outro que responde está em questão para o sujeito. Tal é o caso de Eros quando aposta a vida em uma jogada, deixando ao acaso ou para “o Universo decidir” se ele iria se matar ou não. Ele monta uma cena em que o espectador de seu sofrimento pode comparecer, ou não. Como aconteceu de o amigo não atender a seu telefonema — o que, aliás, era bem improvável, dado o avanço das horas —, ele faz a passagem ao ato. O que caracteriza a passagem ao ato é justamente não existir um espectador e, sim, o desaparecimento desse Outro na cena, que deixa o sujeito desconectado de qualquer laço social. As tentativas de suicídio insistentes de Afrodite durante os intervalos das sessões de eletroconvulsoterapia constituem um outro exemplo.

Vale notar que não foi objeto desse trabalho o suicídio que decorre da passagem ao ato considerada totalmente “bem-sucedida”, como designada por Lacan para se referir ao suicídio de fato. Nesse caso, o sujeito que morre de seu ato deixa de ser passível de interpretação. Não é possível interpretá-lo, pois caberia a ele próprio contar sua história e dar um sentido ao que lhe acontece, o que não é mais o caso.

Apolo e Eros se propõem a falar sobre os seus atos e buscam um sentido para o que era mais forte que eles. É por isso que conseguem algo inédito, a saber, fazer aparecer o que, até então, não sabiam. Apolo se responsabiliza por não ser bem-vindo na turma e nos grupos. Eros adia o encontro com o Outro sexo dando-se conta do quanto se tratava de algo perturbador para ele. Afrodite toma a frente do próprio sofrimento recusando o excesso de medicamentos, o que lhe abre uma via de reconciliação com o próprio corpo, via atestada pelo surgimento da vaidade nos cuidados consigo mesma.

“O que o suicida não quer saber é que o que não tem solução, solucionado está, ou seja, não existe uma solução que não inclui em si mesma o problema”,

afirma Santiago (2021, p. 123), que, a título de conclusão sobre o ato suicida, também diz: “É exatamente isso que o ato suicida rechaça e do qual não quer absolutamente nada saber” (*Ibid.*). Intervir de forma a favorecer a inclusão do sujeito na solução de seu problema é a visada do analista em seu ato, ato este que privilegia a relação com o inconsciente naquilo que se produz por meio de tropeços e sintomas e que se expressa, inicialmente, apenas como uma queixa contra os outros. Como assinala Lacan, a posição do analista de incluir o sujeito na solução do seu problema constitui o próprio do ato analítico, concebido como da mesma estrutura do suicídio, quer dizer, a de autorizar-se por si mesmo. Miller (2013), ao comentar o suicídio como o paradigma do ato propriamente dito, se abstém de adjetivá-lo: “digo o suicídio, e não acrescento o psicótico, perverso, neurótico, heroico (...), aqui isso não importa” (p. 5).

O enfoque escolhido para a leitura dos casos apresentados no presente estudo foi o da clínica do ato, precisamente porque a única possibilidade para uma intervenção sobre as tentativas de suicídio e os atos autoagressivos de escarificação empreendidos por jovens nas instituições de ensino — escolas de ensino médio e universidades — é situar esses atos como *acting-out*, ou seja, como algo endereçado ao Outro, portanto, algo que pede uma interpretação. A chance de uma interpretação é pela mediação, que pode fazer com que a tentativa de suicídio não venha a ser uma passagem ao ato, ou seja, um suicídio em si, bem-sucedido. O objetivo, portanto, não é estabelecer um diagnóstico da estrutura clínica do aluno, o que, a nosso ver, e como nos adverte Miller, serviria apenas para adjetivar o ato de neurótico ou psicótico, por exemplo, o que nada acrescenta ao aluno.

A diferenciação estabelecida por Freud entre luto e melancolia constituiu um outro referencial importante para a leitura do ato suicida. Foi o caso de intervenção por meio da metodologia da Conversação junto a uma turma de alunos afetada por um mal-estar generalizado em função do suicídio bem-sucedido de um membro do grupo. Como descrito, o processo do luto, segundo Freud, tem início a partir do desaparecimento de um objeto amado, investido libidinalmente pelo Eu. Diante da perda do objeto, é preciso, então, transferir a libido para outros objetos substitutos ou reinvesti-la em lembranças, histórias e recordações. Para que esse processo tenha lugar, antes de mais nada, deve-se consentir com a desistência do objeto, ou seja, é necessário declará-lo perdido

para sempre. Apenas a partir desse ponto, inicia-se um movimento gradual, que pode ser bastante lento, em alguns casos, o que não significa patológico. Concluído, o reinvestimento transforma-se em incentivo para a vida.

A Conversação de orientação psicanalítica revelou-se uma metodologia de pesquisa/intervenção bastante apropriada para favorecer o processo de luto da Turma “S” de universitários, que se viu assolada pelo suicídio de uma colega e, pouco tempo depois, foi surpreendida pela tentativa de suicídio de uma outra colega, revivendo, com isso, a primeira perda. O trabalho de intervenção permitiu verificar que o processo de luto não tinha podido se instalar, justamente porque o objeto perdido, a colega que faleceu de seu ato, ainda não havia sido declarado um objeto perdido. Como se tratava de uma jovem cheia de vida em seu jeito de ser, essa colega encarnou o ideal de profissional com futuro de sucesso, na área da formação proposta pelo curso. O desaparecimento da colega seguia sendo algo irrealizado devido à dificuldade dos integrantes da turma de desinvestir o ideal, em detrimento do desejo, que só se situa na singularidade de cada um, ao fazer sua escolha profissional. A Conversação, que promove uma livre associação da palavra, com o intuito de que a posição apreendida no discurso de um possa servir de interpretação para outro, permitiu isolar o ponto ideal maciçamente investido e incarnado em um membro da turma. Esse passo foi fundamental para o processo do luto poder se instalar. Por via de consequência, o sentido subentendido conferido à letra “S” que identificava a turma — s de suicídio — caiu, explicitando o caráter de semblante de felicidade atrelado à colega suicida.

No caso de Hebe, o que se pôde explicitar por meio da Entrevista Clínica de Orientação Psicanalítica (ECOP) foi também um difícil processo de luto, sobreposto ao trabalho próprio da adolescência de ter que inventar uma solução sintomática em resposta à incidência da puberdade. Hebe começou a se isolar, escamoteando para os adultos em seu entorno o desejo de ficar sozinha, com as saídas regulares para levar os animais domésticos para passear. Após o falecimento da mãe, o isolamento intensificou-se, ficou marcado por crises de choro e raiva. A prática das escarificações tem início nesse momento. As intervenções realizadas no curso das ECOPs lhe permitiram situar as perdas e iniciar a conclusão do processo de luto encontrando uma saída pela via da palavra, mais favorável ao laço social.

Especificamente no que diz respeito à clínica da melancolia, destacamos do texto de Freud o desânimo profundamente penoso, que determina o desinteresse radical do sujeito pelo mundo externo. A inibição que incide sobre toda e qualquer atividade é acompanhada de uma diminuição do sentimento de autoestima, que atinge seu cume na autorrecriação e autopunição. Na melancolia, não há um objeto perdido; o que se perde é desconhecido, da ordem do inconsciente. Por isso a inibição do melancólico é enigmática: é difícil situar aquilo que o absorve tão completamente. No melancólico, o Eu se encontra em empobrecimento em grande escala, o que leva o sujeito a se apresentar desprovido de valor, incapaz de qualquer realização, moralmente desprezível, a espera de ser expulso ou punido. Degrada-se diante de todos e tem piedade de seus familiares e amigos, por estarem ligados a uma pessoa tão desprezível. Não tem lembrança de alguma mudança ter ocorrido no percurso de sua vida. Sua autocrítica atinge o passado, tendo certo de que em nenhum momento foi melhor.

Essa descrição do melancólico caracteriza o que exprime Afrodite a seu próprio respeito: ódio de si mesma durante a infância; ódio de seu corpo com o advento da puberdade. Pensa que o namorado e a família não são dignos de sua convivência e que ela piora a vida deles. Porém, diferentemente do melancólico, ela consegue situar um antes e um depois em sua mudança subjetiva: “Antes eu amava futebol, hoje não dou mais notícias; antes eu amava me maquiar, agora fujo do espelho; cozinava, estudava e, hoje, sinto-me completamente incapaz de fazer isso”. Indigna-se com o estado em que se encontra: “hoje não consigo me cuidar, me pentear, só quero ficar deitada, esperando e rezando para ir embora”. Na adolescência, Afrodite recoloca para si a questão de sua existência.

A contribuição preciosa de Freud a respeito do luto e da melancolia permite uma leitura mais precisa da avaliação do risco de um sujeito cometer suicídio. As metodologias de pesquisa/intervenção — Conversação de orientação psicanalítica e ECOPs — constituem o instrumento fundamental para uma abordagem do ato suicida e dos atos de autoagressão que favorecem a emergência da singularidade subjetiva de cada caso. No ambiente educativo, é preciso reintroduzir o debate com professores, educadores e gestores sobre o injustificado, ou não, da acusação de que a escola impele seus alunos ao suicídio

devido às elevadas exigências educativas e coerções punitivas. A opinião de Freud (1910/1969, p. 217), segundo a qual a escola pode, sim, tomar o lugar dos traumas com que outros adolescentes se defrontam em outras condições de vida, merece ser discutida e atualizada. Porém, a nosso ver, mais importante que empenhar-se em não impelir os alunos ao suicídio é a escola cumprir sua função de oferecer algo que lhes dê vontade de viver, e, também, lhes oferecer apoio e amparo numa época da vida em que são compelidos, pelas condições de seu desenvolvimento, a afrouxar seus vínculos com os pais e com a família (*Ibid.*, p. 218). No delicado momento em que o adolescente se encontra, confrontado com o real da sexualidade e com a difícil tarefa de se separar dos pais e desafiado a encontrar novas identificações, a escola, insiste Freud, não deve falhar em sua tarefa de oferecer um substituto da família e despertar o interesse pela vida exterior e pelo mundo.

Na psicanálise, no que concerne ao tema do suicídio em sua conexão com a instituição escolar, Freud tece uma consideração que merece destaque: diz que a escola não deve reivindicar para si a inexorabilidade da vida, mas deve tentar ser nada mais que um jogo da vida! Quando uma instituição de educação se empenha em oferecer aos alunos a Conversação e a ECOP por meio dos núcleos de apoio, como uma opção de jogo da palavra, o que se visa é justamente valorizar o reinvestimento na vida, nas escolhas; uma eleição de uma formação que, por carregar a marca do desejo, abre a possibilidade de se vislumbrar ganhos futuros.

Bibliografia

BONIFACE, H. *Arrêts notables de la cour du parlement de Provence*, t.II, Paris, 1670, 3ª parte, p. 329.

BRASIL. *Lei 5.564, de 21 de dezembro de 1968*. Provê sobre o exercício da profissão de Orientador Educacional.

BRASIL. *Decreto n. 72.846, de 26 de setembro de 1973*. Provê sobre o exercício da profissão de Orientador Educacional.

BRASIL. *Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019*. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e altera a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Informações de Saúde – Estatísticas Vitais*. Sistema de Informações sobre Mortalidade/MS/SUS/DASIS. 2016. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso em: jan/2022.

CAMUS, A. *O mito de Sísifo*. Trad. Ari Roitman e Paulina Watch. Rio de Janeiro: Best Bolso, 2014.

DE SÉVIGNÉ. *Correspondance*. Paris: La Pléiade, 1972, t.I.

DURKHEIM, É. *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FARIA, E. *Dicionário escolar latino-português*. 6ª ed. Rio de Janeiro: FAE, 1992.

FREUD, S. (1901). Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. VI. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. (1910) Breves escritos: contribuições para uma discussão acerca do suicídio. FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. (1915). Luto e melancolia. FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

HOIRISCH, A.; BARROS D. I. M.; SOUZA, I. S. *Orientação psicopedagógica no ensino superior*. São Paulo: Cortez 1993.

JAMISON, K. R. *Quando a noite cai: entendendo o suicídio*. Rio de Janeiro: Gryphus, 2002.

LACAN, J. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. (1955-56) *O seminário: livro 3, as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, J. (1958). A direção do tratamento e os princípios do seu poder. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998

LACAN, J. (1959-60). *O seminário: livro 7, a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997

LACAN, J. (1962–63) *O seminário: livro 10, a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LACAN, J. (1964). *O seminário: livro 11, os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, J. (1967–68). *O seminário: livro 15, o ato analítico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2016.

LACAN, J. (1969–70). *O seminário: livro 17, o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, J. (1974) *Televisão. Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

MARX, K. *Sobre o suicídio*. São Paulo: Boitempo, 2011.

MILLER, J.-A. Nota sobre a vergonha e a honra. *Opção Lacaniana*, n. 38, nov. 2003.

MILLER, J.-A. *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 2003a.

MILLER, J.-A. Jacques Lacan: observações sobre seu conceito de passagem ao ato. *Opção Lacaniana online*, v. 5, p. 13, mar. 2014.

MINOIS, G. *História do suicídio: a sociedade ocidental perante a morte voluntária*. Lisboa: Teorema 1998.

MONTAIGNE, M. S. de. *Les Essais*. Paris: Quadrige/Presses Universitaires de France, 1988.

MORE, T. (1535). *A Utopia*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

NOGUEIRA, T. M. S. Atribuições e objetivos da orientação educacional. *Artigonal*, 2010. Disponível em: <http://www.artigonal.com/educacaoartigos/atribuicoes-e-objetivos-da-orientacao-educacional-1884514.html>. Acesso em: janeiro/2022.

OECD. Society at a Glance 2014: The Crisis and its Aftermath. 2014. *OECD*

Publishing. Disponível em: <https://www.oecd.org>. Acesso em: janeiro/2022

PAULIN, B. *Du couteau à la plume: le suicide dans la littérature anglaise de la Renaissance*. Paris: FeniXX, 1977.

PIMENTA, S. G. *Uma proposta de atuação do orientador educacional na escola pública*. Tese (Doutorado pela PUC-São Paulo), 1985.

PLATÃO. *As Leis*. São Paulo: EDIPRO, 1999.

PLATÃO. *Fédon*. Edição bilíngue. Belém: UFPA, 2011.

SANTIAGO, A. L. O mal-estar na educação e a conversação como metodologia de pesquisa: intervenção em psicanálise e educação. CASTRO, L. R. de; BESSET, V. L. (Orgs.) *Pesquisa-intervenção na infância e juventude*. Rio de Janeiro: NAU Editora Trarepa/FAPERJ, 2008.

SANTIAGO, A. L. Apresentação. SANTIAGO, A. L.; ASSIS, R. M. *O que esse menino tem? Sobre alunos que não aprendem e a intervenção da psicanálise na escola*. Local: Belo Horizonte. Editora Sintoma, 2015.

SANTIAGO, J. Metapsicologia do suicídio. IANNINI, G. *Vamos falar sobre suicídio?* São Paulo: Cult Editora, 2021.

SAVAGE, J. *A criação da juventude: como o conceito de teenage revolucionou o século XX*. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

WHO. World Health Organization. *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. Geneva, Switzerland, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643> Acesso em: maio de 2022

WHO. World Health Organization. *Changes in the age distribution of cases of suicide 1950-2000*. 2002. World WHO, Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/changes_distribution. Acesso em: janeiro/ 2022

WHO. World Health Organization. *Preventing suicide: a global imperative*. 2014. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779>>. Acesso em: janeiro/ 2022

ŽIŽEK, S. *Welcome to the desert of the real*. Londres: Verso, 2002.

Apêndices

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Meu nome é Marina da Cunha Pinto Colares, sou psicóloga, pesquisadora e doutoranda da pós-graduação da Faculdade de Educação (FAE) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), minha orientadora é a prof. dra. Ana Lydia Bezzeria Santiago. Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: "Novos sintomas dos adolescentes e jovens na educação: ideias de suicídio e atos de automutilação". Seus responsáveis já autorizaram a sua participação. O seu papel na pesquisa é muito importante como se fosse um personagem de uma história, que irá nos contar como é sua vida na escola, em casa, quais são suas dificuldades, angústia e quais são as principais motivações para viver e ter sonhos a serem conquistados. Os adolescentes que irão participar desta pesquisa, são estudantes do ensino fundamental e têm de 12 a 16 anos de idade.

Queremos saber se a participação na entrevista clínica de orientação psicanalítica (que é essa conversa que citamos acima), pode auxiliar aos alunos que se cortam ou tentam suicídio a encontrar sentido na vida e descobrir novas formas de eliminar a angustiar que não seja se machucando. Outro objetivo da pesquisa é criar formas de como a Educação pode intervir quando encontra um aluno angustiado na escola.

Por este motivo, o (a) convidamos a realizar as entrevistas clínicas de orientação psicanalítica. O seu aceite ou não a este convite e sua eventual participação na pesquisa são de caráter estritamente voluntário, estando você livre para retirar seu consentimento a qualquer instante durante seu desenvolvimento, sem que haja qualquer prejuízo na relação com o pesquisador e com a escola. A sua participação nesta pesquisa, além de voluntária, não envolverá qualquer natureza de gastos financeiros. Os gastos previstos serão custeados pelo pesquisador principal que também assume os riscos e danos que por ventura vierem a acontecer em decorrência desse estudo.

Você poderá ter alguns desconfortos ou riscos em participar da entrevista, tais como: ficar tímido diante das Entrevistas Clínicas, caso isso ocorra, você porá se manifestar à pesquisadora e tomará as seguintes medidas: respeito à sua opinião e conceitos, dar-lhe a liberdade de responder apenas as questões que quiser. Caso tenha alguma pergunta que você não se sinta à vontade ou não queira responder é só avisar a entrevistadora que a sua vontade será respeitada. Você tem a garantia de anonimato, pois utilizaremos pseudônimos (nome fictício). Caso você se sinta abalado emocionalmente, em falar sobre suas angústias, você será imediatamente acolhido pela pesquisadora (é importante dizer que a pesquisadora é psicóloga e trabalha com adolescentes e jovens). Porém, se mesmo assim, você permanecer inquieto, inseguro com suas recordações e questões será possível fazer encaminhamento para atendimento psicológico da rede parceira externa (posto de saúde da sua área de abrangência, clínicas sociais, psicólogos que atendem voluntariamente e clínicas-escola). Porém, caso a pesquisadora perceba algum risco de vida eminente será preciso ligar para o seu responsável, que deixou o contato telefônico no momento em que autorizou a sua participação (TCLE) e acompanhá-lo até o Centro de Referência de Saúde Mental Infantil (CERSAMI), referência do atendimento de urgência da saúde mental do Sistema Único de saúde (SUS), parceiro da escola e das pesquisadoras. Os principais benefícios em sua participação desta pesquisa é que com esse estudo você poderá ajudar a outros adolescentes, no futuro, a encontrar sentido na vida e a buscar novas formas de eliminar ou diminuir a angústia. Outro aspecto positivo é que irá possibilitar a educação a criar formas de intervenção quando perceber que um estudante está desistindo da vida ou se cortando.

Rubrica da coord. da pesquisa

Rubrica da pesquisadora

Rubrica do adolescente

Serão realizados até 5 encontros, divididos em um encontro por semana e com duração de uma hora. Esses encontros acontecerão na própria escola, Escola [REDACTED] na cidade de Belo Horizonte - MG, numa sala reservada que estará presente apenas você, a pesquisadora e a professora orientadora da pesquisa, no melhor horário que será combinado com você. Para acontecer as entrevistas clínicas de orientação psicanalítica, iremos fazer perguntas, anotações de fatos e ações que observarmos em um caderno e gravar através de um gravador de voz o áudio da nossa entrevista. Na segunda etapa dessa pesquisa, todo esse material será analisado por mim. Nada do que for gravado, ou dito nas entrevistas, ou anotado no caderno da pesquisadora será mostrado para os seus professores, diretores da escola, colegas, e não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Porém, conforme dito acima, se houver a identificação de um risco iminente de vida ao participante, a pesquisadora poderá quebrar o sigilo para informar os responsáveis legais. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em sites ou revistas, em textos, para educadores e outros pesquisadores, mas sem identificar os adolescentes que participaram.

Caso você tenha a necessidade de nos procurar, você pode nos acionar pelos telefones que tem no final do texto, ou se a dúvida for em relação a questões éticas, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais pelo telefone (31) 3409-4592 ou pelo endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II, 2º andar – Campus Pampulha, Belo Horizonte- MG, sala 2005.

Caso você aceite participar da pesquisa, e esteja de acordo com os termos deste assentimento, você precisa assinar as duas vias deste documento. Uma das vias será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra fornecida a você.

- () Concordo e autorizo a gravação e realização da pesquisa.
 () Discordo e desautorizo a gravação e realização da pesquisa.

Consentimento Pós informado

Eu, _____
 aceito participar da pesquisa: "Novos sintomas dos adolescentes e jovens na educação: ideias de suicídio e atos de automutilação". Entendi os riscos e benefícios que podem acontecer. Entendi que posso dizer "sim" e participar, mas que a qualquer momento, posso dizer "não" que serei respeitado(a). Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e pegaram autorização da minha participação com os meus responsáveis.
 Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

 Assinatura do adolescente

 Marina da Cunha Pinto Colares
 (Pesquisadora)
 Telefone: (31) 99208-5419
 Email: marinacpc12@hotmail.com

 Ana Lydia B. Santiago
 (Coordenadora da Pesquisa)
 Telefone: (31) 9982-5603
 E-mail: analydia.ebp@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NOVOS SINTOMAS DOS ADOLESCENTES E JOVENS NA EDUCAÇÃO: IDEIAS DE SUICÍDIO E ATOS DE AUTOMUTILAÇÃO

Pesquisador: Ana Lydia Bezerra Santiago

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25879719.2.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.233.323

Apresentação do Projeto:

A pesquisa de doutorado parte das seguintes indagações: Quais são os impasses encontrados pelos adolescentes do ensino fundamental e jovens universitários que os fazem tentar suicídio e se automutilar? Por que os adolescentes do ensino fundamental e o jovem universitário estão endereçando à educação um novo sintoma escolar: a tentativa de suicídio? Como a pesquisa-intervenção de orientação psicanalítica pode auxiliar a educação com esse novo sintoma escolar? O projeto parte da experiência da pesquisadora em um grupo de estudantes de medicina que se reúne para discutir as angústias e ideias suicidas. A partir dessa experiência, a pesquisadora propõe compreender as possíveis formas de intervenção que as instituições de educação podem oferecer, além de compreender os fatores principais das ideias suicidas e seus endereçamentos.

A pesquisa se utiliza de duas metodologias. A Conversação, que é um mecanismo oriado pelo psicanalista Jacques-Alain Miller, cuja proposta é que se converse livremente sobre temas de interesse comum, com o objetivo de permitir a emergência de novas ou diferentes construções em torno do tema que está sendo abordado. Uma segunda proposta metodológica que se soma à primeira são as "as Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica", realizadas individualmente. O público alvo são "adolescentes do ensino fundamental e jovens universitário que tenham como queixa e sofrimento a ideia suicida e/ou tentativa de suicídio".

A pesquisadora faz parte do NIPSE (Núcleo de Pesquisa em Psicanálise e Educação) que já possuía

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Si 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.233.323

parceria com a SMED (Secretaria Municipal de Educação) em projetos sobre fracasso escolar. A parceria se estendeu para o projeto em questão propondo trabalhar especificamente com a intervenção do NIPSE em casos de tentativa de suicídio e automutilação na rede municipal. Foram selecionadas duas escolas municipais que mais apresentam notificações de estudantes com automutilação e tentativa de suicídio encaminhadas para o Conselho Tutelar e Saúde. Uma das escolas apresentou cerca de vinte adolescentes do terceiro ciclo com esse novo sintoma, alunos que possuem convivência próxima entre si. Na outra foram em torno de 15 adolescentes do sexto ao nono ano do ensino fundamental, com casos isolados. Dessa forma, a proposta metodológica para a primeira escola "é a Conversação por haver uma identificação entre o grupo" e para a segunda escola "as Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica por serem caso singulares". São alunos que as escolas já tomaram ciência da automutilação e tentativa de suicídio.

Para as duas escolas, a primeira etapa da abordagem é "uma conversa com os gestores da instituição de ensino. Em seguida é agendada uma Conversação com professores ou funcionário da escola que percebem o fenômeno da automutilação e tentativa de suicídio. A partir dessa conversa inicial a pesquisadora terá o nome dos alunos que participarão das Entrevistas Clínicas e das Conversações. Todas as Conversações e Entrevistas serão gravadas com gravador de voz e transcritas com o objetivo de facilitar a análise dos encontros.

Na primeira escola, "a proposta metodológica da Conversação é fazer cinco encontros de Conversações, sendo um por semana, com duração de 01 (uma) hora, nos dias e horários pré-definidos com a escola, alunos e responsáveis. A Conversação será conduzida por duas animadoras, psicanalistas, que tenham experiência com a metodologia. No primeiro encontro as animadoras iniciam questionando aos alunos se eles conhecem o motivo pelo qual foram selecionados pela escola para participar das Conversações. Na quinta e última Conversação, os alunos sugerem demandas que gostariam que as animadoras levem para discussão com a escola ou com a família".

Na segunda escola onde serão realizadas as Entrevistas, "cada discente poderá ter em torno de cinco entrevistas, que acontecerão em semanas distintas. Nas primeiras entrevistas a orientadora desse projeto de doutorado irá conduzir. Em seguida a pesquisadora fará as entrevistas sob orientação da orientadora". As entrevistas não possuem um roteiro pré-definido. As perguntas são feitas a partir do que o sujeito apresenta sobre sua história. "Tudo o que ele nos diz interessa-nos.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/ 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.233.323

E, no caso dos adolescentes foco de nossa investigação, principalmente o que eles dizem sobre a sua relação com a vida e seus pontos de angústias”.

Já com a turma de jovens universitários será utilizado a análise dos registros das Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica feitas pelo setor da Faculdade responsável por receber os casos de automutilação e ideação suicida.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo primário “Analisar formas de intervenções que a educação de ensino superior podem realizar diante do mal-estar da tentativa ou ideação suicida”. Como objetivos secundários: a) Verificar se os adolescentes e jovens elegem fatores de risco para que o suicídio aconteça; b) Compreender se o anúncio do suicídio pode ser um endereçamento ao Outro; c) Entender a partir da teoria da psicanálise, de que forma a educação pode intervir diante da tentativa de suicídio dos adolescentes e jovens.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto aponta como riscos da pesquisa:

- 1 - “ficar tímido diante das Entrevistas Clínicas e Conversações. Caso isso ocorra, os participantes poderão se manifestar à pesquisadora”.
- 2 – “Não querer responder alguma pergunta e isso será respeitado pela entrevistadora”
- 3 - Ficar “abalado emocionalmente em falar sobre suas angústias”. “Isso será imediatamente acolhido e feito intervenção”. A pesquisadora ressalta “que as metodologias escolhidas e utilizadas por essa pesquisa são exatamente para propiciar tratamento diante da queixa apresentada”. “Caso seja indicado o tratamento psiquiátrico e contínuo será possível fazer encaminhamento para atendimento psicológico e psiquiátrico para a rede parceira externa (posto de saúde da área de abrangência do aluno, clínicas sociais e clínicas-escola)”
- 4 – Em casos de eminente risco de vida, o responsável será contatado para ciência da situação e acompanhamento do aluno, “que será imediatamente encaminhado para o Centro de Referência de Saúde Mental Infantil (CERSAMI), referência do atendimento de urgência da saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), parceiro das escolas e já conhecido do NIPSE”. O contato do responsável será registrado no TCLE.

São mencionados como benefícios: a) Apresentar para as instituições de ensino mecanismos de intervenção diante da ideação ou tentativa de suicídio; b) Discutir a interface das formas do

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Si 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.233.323

suicídio dos jovens no século XXI com a questão educacional; c) Elaborar formas de ações conjuntas entre o campo da clínica, social e educacional; d) Auxiliar os jovens a descobrirem outras formas de manifestar o sofrimento através da fala; e) Aprimorar a relação professor/aluno no que tange a questão transferencial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresentado em resposta à diligência apresentou dois Termos de Assentimento Livre e Esclarecido: um para alunos da escola que utiliza o método da conversação e outro para alunos da escola que utiliza o método de entrevista. Foram apresentados também três modelos de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido: um para os alunos da universidade na qual serão analisados os registros de atendimento psicológico, um para os pais de alunos da escola que utiliza o método da conversação e outro para os pais de alunos da escola que utiliza o método de entrevista. Foi anexada também uma carta-resposta dirigida ao Coep dirimindo as dúvidas apontadas no parecer anterior. Duas pendências deixaram de ser contempladas: um parecer do Programa de Pós-graduação com considerações éticas e os documentos de autorização das escolas, com o novo título do projeto. A justificativa é de que com a pandemia, o fechamento das escolas dificultou o acesso a esses documentos.

Orienta-se que o mesmo modelo da anuência anteriormente concedida pela escola [REDACTED] seja utilizado para a produção dos documentos das duas escolas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram adequadamente refeitos, conforme orientações do parecer anterior. É necessário incluir a informação sobre os dados de áudio resultantes das gravações das entrevistas e conversações. Os cinco termos devem informar com quem, onde e por quanto tempo ficarão armazenados. O tempo ideal é de 5 a 10 anos, podendo haver também destruição dos dados logo após transcrição dos mesmos.

Recomendações:

- Orienta-se que o mesmo modelo da anuência anteriormente concedida pela escola [REDACTED] seja utilizado para a produção dos documentos das duas escolas. O documento anexado está correto e necessita apenas de alteração no título do projeto. O mesmo modelo pode ser utilizado para a anuência da segunda escola e também da faculdade.
- De posse das autorizações das duas escolas e da faculdade, além do novo parecer do colegiado,

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@pq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.233.323

e das correções dos termos TCLE e TALE, indica-se anexar como emenda à Plataforma Brasil, dando ciência ao CEP e atualizando os documentos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Incluir nos termos obrigatórios (TCLE e TALE):

- É necessário incluir a informação sobre os dados de áudio resultantes das gravações das entrevistas e conversações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1349862.pdf	26/06/2020 18:22:35		Aceito
Outros	CARTARESPOTA.pdf	26/06/2020 00:03:25	MARINA COLARES	Aceito
Outros	TALEDOIS.pdf	26/06/2020 00:00:37	MARINA COLARES	Aceito
Outros	TALEUM.pdf	25/06/2020 23:59:30	MARINA COLARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEDOIS.pdf	25/06/2020 23:59:13	MARINA COLARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETRES.pdf	25/06/2020 23:58:57	MARINA COLARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUM.pdf	25/06/2020 23:58:32	MARINA COLARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.pdf	25/06/2020 23:50:01	MARINA COLARES	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@pq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.233.323

Investigador	Projeto.pdf	25/06/2020 23:50:01	MARINA COLARES	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto2.pdf	10/11/2019 15:27:18	MARINA COLARES	Aceito
Outros	Autorizacao_instituicao_verso.pdf	27/10/2019 15:51:03	Ana Lydia Bezerra Santiago	Aceito
Outros	Autorizacao_frente.pdf	27/10/2019 15:49:34	Ana Lydia Bezerra Santiago	Aceito
Outros	Parecer_verso.pdf	27/10/2019 15:21:30	MARINA COLARES	Aceito
Outros	Paracer_frente.pdf	27/10/2019 15:20:10	MARINA COLARES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 24 de Agosto de 2020

Assinado por:
Críssia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) RESPONSÁVEIS

Prezado(a) _____, meu nome é Marina da Cunha Pinto Colares, sou psicologia, pesquisadora e doutoranda da pós-graduação da Faculdade de Educação (FAE) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), minha orientadora é a prof. dra. Ana Lydia Bezzera Santiago.

O seu filho(a) _____ está sendo convidado a participar da pesquisa: "Novos sintomas dos adolescentes e jovens na educação: ideias de suicídio e atos de automutilação". O papel do seu filho na pesquisa é muito importante ele irá nos contar como é a vida na escola, em casa, quais são as dificuldades, angústia e as principais motivações para viver e ter sonhos a serem conquistados. Outros adolescentes serão convidados a participar destas Entrevistas e todos, são estudantes do ensino fundamental e têm de 12 a 16 anos de idade.

Queremos saber se a participação na entrevista clínica de orientação psicanalítica (que é essa conversa que citamos acima), pode auxiliar aos alunos que se cortam ou tentam suicídio a encontrar sentido na vida e descobrir novas formas de eliminar a angustiar que não seja se machucando. Outro objetivo da pesquisa é criar formas de como a Educação pode intervir quando encontra um aluno angustiado na escola. Por este motivo, convidamos o(a) seu(sua) filha a realizar as entrevistas clínicas de orientação psicanalítica. A sua autorização ou não a este convite e a participação do seu filho na pesquisa é de caráter estritamente voluntário, além de não envolver qualquer gastos financeiros. estando você livre para retirar a sua autorização a qualquer instante, sem que haja qualquer prejuízo na relação com o pesquisador e com a escola. Os gastos previstos serão custeados pelo pesquisador principal que também assume os riscos e danos que por ventura vierem a acontecer em decorrência desse estudo.

O(a) seu(sua) filho(a) poderá ter alguns desconfortos ou riscos em participar das Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica, tais como: ficar tímido diante dos colegas, caso isso ocorra, você ou seu filho poderá se manifestar à pesquisadora e tomará as seguintes medidas: respeito à opinião do seu filho, dar a ele a liberdade de responder e falar apenas o que quiser. Caso em algum momento ele(ela) não se sinta à vontade ou não queira responder é só avisar as pesquisadoras da Entrevista que a sua vontade será respeitada. Seu filho tem a garantia de anonimato, pois utilizaremos pseudônimos (nome fictício). Caso ele se sinta abalado emocionalmente, em falar sobre as angústias, ele será imediatamente acolhido pelas pesquisadoras (é importante dizer que as pesquisadoras são psicóloga e já trabalharam com essa metodologia e com adolescentes). Porém, se mesmo assim, ele permanecer inquieto, inseguro com suas recordações e questões será possível fazer encaminhamento para atendimento psicológico da rede parceira externa (posto de saúde da sua área de abrangência, clínicas sociais, psicólogos que atendem voluntariamente e clínicas-escola). Porém, caso as pesquisadoras percebam algum risco de vida eminente será você será acionado através do contato que o(a) senhor(a) deixará ao final deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As pesquisadoras irão encaminhá-lo ao Centro de Referência de Saúde Mental Infantil (CERSAMI), referência do atendimento de urgência da saúde mental do Sistema Único de saúde (SUS), parceiro da escola e das pesquisadoras.

Os principais benefícios da participação do seu filho(a) nesta pesquisa é que com esse estudo ele(ela) poderá ajudar a outros adolescentes, no futuro, a encontrar sentido na vida e a buscar novas formas de eliminar ou diminuir a angústia. Outro aspecto positivo é que irá possibilitar a educação a criar formas de intervenção quando perceber que um estudante está desistindo da vida ou se cortando.

Rubrica da coord. da pesquisa

Rubrica da pesquisadora

Rubrica do responsável

Serão realizados até 5 encontros, divididos em um encontro por semana e com duração de uma hora. Esses encontros acontecerão na própria escola, (nome da escola), na cidade de Belo Horizonte - MG, numa sala reservada que estará presente apenas seu filho, a pesquisadora e a professora orientadora da pesquisa, no melhor horário que será combinado com vocês. Para acontecer as entrevistas clínicas de orientação psicanalítica, iremos fazer perguntas, anotações de fatos e ações que observarmos em um caderno e gravar através de um gravador de voz o áudio da nossa entrevista. Na segunda etapa dessa pesquisa, todo esse material será analisado por mim. Nada do que for gravado, ou dito nas entrevistas, ou anotado no caderno da pesquisadora será mostrado para os professores, diretores da escola, colegas, responsáveis e não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações sobre seu filho. Porém, conforme dito acima, se houver a identificação de um risco iminente de vida ao participante, a pesquisadora poderá quebrar o sigilo para informar os responsáveis legais. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em sites ou revistas, em textos, para educadores e outros pesquisadores, mas sem identificar os adolescentes que participaram.

Os resultados da pesquisa vão ser publicados em sites ou revistas, em textos, para educadores e outros pesquisadores, mas sem identificar os adolescentes que participaram. Caso você tenha a necessidade de nos procurar, você pode nos acionar pelos telefones que tem no final do texto, ou se a dúvida for em relação a questões éticas, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais pelo telefone (31) 3409-4592 ou pelo endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II, 2º andar – Campus Pampulha, Belo Horizonte- MG, sala 2005.

Caso você autorize seu filho a participar da pesquisa, e esteja de acordo com os termos deste consentimento livre e esclarecido, você precisa assinar as duas vias deste documento. Uma das vias será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra fornecida a você.

- () Concordo e autorizo a participação do meu filho na pesquisa e a gravação do áudio.
 () Discordo e desautorizo a participação do meu filho na pesquisa e a gravação do áudio.

Consentimento Pós informado

Eu, _____ autorizo o meu filho _____ a participar da pesquisa: "Novos sintomas dos adolescentes e jovens na educação: ideias de suicídio e atos de automutilação". Entendi os riscos e benefícios que podem acontecer. Entendi que posso autorizar e desautorizar a qualquer momento e serei respeitado(a). Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e pegaram autorização da minha participação com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Endereço: _____

Telefones em caso de urgência: _____

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____

Assinatura do responsável

Marina da Cunha Pinto Colares
 (Pesquisadora)
 Telefone: (31) 99208-5419
 Email: marinacpc12@hotmail.com

Ana Lydia B. Santiago
 (Coordenadora da Pesquisa)
 Telefone: (31) 9982-5603
 E-mail: analydia.ebp@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é Marina da Cunha Pinto Colares, sou psicóloga, pesquisadora e doutoranda da pós-graduação da Faculdade de Educação (FAE) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), minha orientadora é a prof. dra. Ana Lydia Bezzera Santiago. Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: "Novos sintomas dos adolescentes e jovens na educação: ideias de suicídio e atos de automutilação". A forma da sua participação será autorizar a utilização das anotações realizadas das Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica que você realizou através dos atendimentos do Núcleo de Acessibilidade e Apoio Psicopedagógico (NAAP) da Faculdade [REDACTED]

Na ocasião que você passou pelas Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica você apresentou um sofrimento e angústia que tem sido recorrente entre os jovens universitários. Assim, queremos saber se a participação na entrevista clínica de orientação psicanalítica (que é a metodologia utilizada pelo NAAP no atendimento aos discentes), pode auxiliar aos alunos que se cortam ou tentam suicídio a encontrar sentido na vida pessoal, acadêmica, além de descobrir novas formas de eliminar a angústia que não seja colocando a vida em risco. Outro objetivo da pesquisa é criar formas de como as Instituições de Ensino Superior podem intervir quando se depara com alunos se cortando ou tentando suicídio.

Por este motivo, o (a) gostaríamos de analisar as entrevistas clínicas de orientação psicanalítica que foram realizadas com você. A sua permissão ou não a utilização das anotações realizadas dos atendimentos por essa pesquisa tem de caráter estritamente voluntário, não envolverá qualquer natureza de gastos financeiros sem que haja qualquer prejuízo na relação com o pesquisador e com a faculdade. Os gastos previstos serão custeados pelo pesquisador principal que também assume os riscos e danos que por ventura vierem a acontecer em decorrência desse estudo.

Assim, a participação do seu caso será a partir da análise e leitura das Entrevistas Clínicas de Orientação Psicanalítica. Consideramos que os desconfortos ou riscos em participar são mínimos, como por exemplo, alguém identifica-lo como sujeito da pesquisa, mas para que isso não ocorra a sua identidade será mantida em sigilo, o seu nome não será divulgado e nem os dados pessoais para que não seja possível sua identificação. Com a finalidade do anonimato, a pesquisadora utilizará nomes fictícios.

Os principais benefícios em autorizar a utilização do seu caso nesta pesquisa é que com esse estudo você poderá ajudar a outros jovens, no futuro, a encontrar sentido na vida e a buscar novas formas de eliminar ou diminuir a angústia diante dos impasses acadêmicos. Outro aspecto positivo é que irá possibilitar as instituições de ensino superior a criar formas de intervenção quando perceber que um discente está desistindo da vida ou se cortando.

Caso você tenha a necessidade de nos procurar, você pode nos acionar pelos telefones que tem no final do texto, ou se a dúvida for em relação a questões éticas, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais pelo telefone (31) 3409-4592 ou pelo endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II, 2º andar – Campus Pampulha, Belo Horizonte- MG, sala 2005.

Caso você aceite participar da pesquisa, e esteja de acordo com os termos deste consentimento, você precisa assinar as duas vias deste documento. Uma das vias será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra fornecida a você.

Rubrica da coord. da pesquisa

Rubrica da pesquisadora

Rubrica do jovem

- () Concordo e autorizo a análise e leitura das minhas entrevistas já realizadas.
 () Discordo e desautorizo a análise e leitura das minhas entrevistas já realizadas .

Consentimento Pós informado

Eu, _____
 aceito participar da pesquisa: "Novos sintomas dos adolescentes e jovens na educação: ideias de suicídio e atos de automutilação". Entendi os riscos e benefícios que podem acontecer. Entendi que posso dizer "sim" e participar, mas que a qualquer momento, posso dizer "não" que serei respeitado(a). Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e pegaram autorização da minha participação com os meus responsáveis.
 Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____

 Assinatura do jovem

 Marina da Cunha Pinto Colares
 (Pesquisadora)
 Telefone: (31) 99208-5419
 Email: marinacpc12@hotmail.com

 Ana Lydia B. Santiago
 (Coordenadora da Pesquisa)
 Telefone: (31) 9982-5603
 E-mail: analydia.ebp@gmail.com

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Meu nome é Marina da Cunha Pinto Colares, sou psicóloga, pesquisadora e doutoranda da pós-graduação da Faculdade de Educação (FAE) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), minha orientadora é a prof. dra. Ana Lydia Bezerra Santiago. Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Novos sintomas dos adolescentes e jovens na educação: ideias de suicídio e atos de automutilação”. Seus responsáveis já autorizaram a sua participação. O seu papel na pesquisa é participar da Conversação que é um grupo de jovens que apresentam dificuldades e angústias parecidas, conduzido por duas psicólogas do Núcleo de Pesquisa Psicanálise e Educação. Nesse grupo vamos conversar sobre essas dificuldades e angústias para descobrir as principais novas formas de lidar com esses problemas enfrentados no dia a dia dos jovens. Os universitários que irão participar desta pesquisa, são estudantes da mesma graduação. Queremos saber se a participação na Conversação (que é esse grupo de conversa que citamos acima), pode auxiliar os alunos que se cortam ou tentam suicídio a encontrar sentido na vida e descobrir novas formas de eliminar a angústia que não seja se machucando. Outro objetivo da pesquisa é criar formas de como a Educação pode intervir quando encontra um aluno angustiado na universidade. Por este motivo, o (a) convidamos a realizar cinco encontros de Conversação. O seu aceite ou não a este convite e sua eventual participação na pesquisa são de caráter estritamente voluntário, estando você livre para retirar seu consentimento a qualquer instante durante seu desenvolvimento, sem que haja qualquer prejuízo na relação com o pesquisador e com a escola. A sua participação nesta pesquisa, além de voluntária, não envolverá qualquer natureza de gastos financeiros. Os gastos previstos serão custeados pelo pesquisador principal que também assume os riscos e danos que porventura vierem a acontecer em decorrência desse estudo. Você poderá ter alguns desconfortos ou riscos em participar da Conversação, tais como: ficar tímido diante dos colegas, caso isso ocorra, você porá se manifestar à pesquisadora e tomará as seguintes medidas: respeito à sua opinião e conceitos, dar-lhe a liberdade de responder e falar apenas o que quiser. Caso em algum momento você não se sinta à vontade ou não queira responder é só avisar as animadoras da Conversação que a sua vontade será respeitada. Caso queira ficar em silêncio e apenas escutando ou observando seus colegas, também será permitido. Você tem a garantia de anonimato, pois utilizaremos pseudônimos (nome fictício). Caso você se sinta abalado emocionalmente, em falar sobre suas angústias, você será imediatamente acolhido pelas animadoras/pesquisadoras (é importante dizer que as pesquisadoras são psicóloga e já trabalharam com essa metodologia e com adolescentes e jovens). Porém, se mesmo assim, você permanecer inquieto, inseguro com suas recordações e questões será possível fazer encaminhamento para atendimento psicológico da rede parceira externa (posto de saúde da sua área de abrangência, clínicas sociais, psicólogos que atendem voluntariamente e clínicas-escola). Porém, caso as pesquisadoras percebam algum risco de vida eminente será preciso ligar para o seu responsável, que deixou o contato telefônico no momento em que autorizou a sua participação (TCLE) e acompanhá-lo até o Centro de Referência de Saúde Mental (CERSAM), referência do atendimento de urgência da saúde mental do Sistema Único de saúde (SUS), parceiro das universidades e das pesquisadoras. Os principais benefícios em sua participação desta pesquisa é que com esse estudo você poderá ajudar a outros jovens, no futuro, a encontrar sentido na vida e a buscar novas formas de eliminar ou diminuir a angústia. Outro aspecto positivo é que irá possibilitar a educação a criar formas de intervenção quando perceber que um estudante está desistindo da vida ou se cortando.

Rubrica da coord. da pesquisa

Rubrica da pesquisadora

Rubrica do jovem

Serão realizados 5 encontros do grupo, divididos em um encontro por semana e com duração de uma hora. Esses encontros acontecerão na própria universidade, (nome da Universidade/

Faculdade), na cidade de Belo Horizonte - MG, numa sala reservada que estará presente seus colegas convidados e as duas pesquisadoras da pesquisa. Para acontecer as Conversações, iremos fazer perguntas, anotações de falas, situações e ações que observarmos em um caderno e gravar através de um gravador de voz o áudio toda a Conversação. A cada encontro um tema central da última Conversação será destacado para ser o início da conversa. Na segunda etapa dessa pesquisa, todo esse material será analisado por mim. Nada do que for gravado, ou dito nas entrevistas, ou anotado no caderno da pesquisadora será mostrado para os seus professores, diretores da escola, colegas, e não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Porém, conforme dito acima, se houver a identificação de um risco iminente de vida ao participante, a pesquisadora poderá quebrar o sigilo para informar os responsáveis legais. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em sites ou revistas, em textos, para educadores e outros pesquisadores, mas sem identificar os jovens que participaram. Caso você tenha a necessidade de nos procurar, você pode nos acionar pelos telefones que tem no final do texto, ou se a dúvida for em relação a questões éticas, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais pelo telefone (31) 3409- 4592 ou pelo endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II, 2º andar – Campus Pampulha, Belo Horizonte- MG, sala 2005.

Caso você aceite participar da pesquisa, e esteja de acordo com os termos deste assentimento, você precisa assinar as duas vias deste documento. Uma das vias será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra fornecida a você.

- () Concordo e autorizo a gravação e realização da pesquisa.
 () Discordo e desautorizo a gravação e realização da pesquisa.

Consentimento Pós informado

Eu,

aceito participar da pesquisa: “Novos sintomas dos adolescentes e jovens na educação: ideias de suicídio e atos de automutilação”. Entendi os riscos e benefícios que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que a qualquer momento, posso dizer “não” que serei respeitado(a). Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em
 participar da pesquisa. Belo Horizonte, _____ de _____ de ____.

Assinatura do jovem

Marina da Cunha Pinto Colares
 (Pesquisadora)
 Telefone: (31) 99208-5419
 E-mail: marinacpc12@hotmail.com

Ana Lydia B. Santiago
 (Coordenadora da Pesquisa)
 Telefone: (31) 9982-5603
 E-mail: analydia.ebp@gmail.com