

Manejo clínico do comportamento suicida entre adolescentes

**Gabriela Dias Demasi
Jade Rehen**

Resumo

O objetivo do trabalho foi discutir as possibilidades de compreensão e manejo do comportamento suicida em adolescentes. Foi realizado levantamento de literatura sobre o tema, tendo como horizonte a pergunta sobre o manejo clínico a partir de um saber pautado no discurso do paciente. Logo, as referências discutidas constituem-se através de dados estatísticos, epidemiológicos e sócio culturais, e teorias de abordagens da psicologia clínica. Foram sintetizadas e discutidas diretrizes de manejo multidisciplinares e possibilidades de atuação da profissional da psicologia, bem como a concepção de adolescência em sua multiplicidade. A discussão desdobrou-se no sentido da singularidade da escuta clínica, que se orienta na via do manejo caso a caso. Também foi possível observar na literatura uma especificidade no manejo do comportamento suicida que demanda uma postura ativa na escuta e na condução do tratamento. Como apontamentos para estudos futuros, destacamos a necessidade de aprofundamento nos fatores protetores no ambiente escolar, a presença da família nas sessões e as limitações da psicoterapia diante da demanda suicida em adolescentes.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o suicídio como o ato humano de causar a cessação da própria vida (WHO, 2014). O comportamento suicida, por sua vez, é um conceito que abrange três categorias: ideação suicida, que envolve ideias recorrentes, planos e desejos de morte; tentativa de suicídio; e o suicídio consumado (BRAGA & DELL'AGLIO, 2013). Para além de uma definição descritiva, esse é um tema que gera inquietudes entre os humanos, e é apreendido através de diversos entendimentos e suposições. Neste texto serão feitas reflexões acerca de alguns dos significados e funcionamentos psíquicos que podem estar envolvidos no comportamento suicida, com ponderações específicas quanto à população adolescente. O Ministério da Saúde, em consonância com a OMS, considera adolescente o sujeito que tem de dez a dezenove anos incompletos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014), e essa faixa etária representa 17% das tentativas de suicídio notificadas no Brasil entre os anos de 2011 a 2016 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017).

Reconhecer alguns aspectos subjetivos do comportamento suicida pode auxiliar as profissionais da saúde em seus eventuais e constantes encontros com sujeitos em sofrimento: no acolhimento, na avaliação de risco, nas mobilizações e intensificações do cuidado e nos encaminhamentos do caso. Todo esse processo demanda prudência, sensibilidade e respeito por parte das profissionais, o que também torna importante o reconhecimento do seu próprio papel e, necessariamente, dos seus limites.

Discussões

Considerações gerais acerca do comportamento suicida

Ao suicídio não deve ser atribuído um significado universal ou uma interpretação totalizadora. Sabe-se que o fenômeno de cessar a própria vida está presente na história da humanidade de maneira plural e há muito tempo. É importante reconhecer que as literaturas médica e psicológica atuais tendem a referir-se a sujeitos circunscritos num modo de produção específico, no qual a inteligibilidade de um povo passa necessariamente pela experiência da colonialidade. Por isso, muitas formas de ser no mundo e de compreender o suicídio escapam da escrita deste texto. Reconhecendo esse limite, pretendemos falar das ocorrências do comportamento suicida principalmente a partir da maneira como foram sistematizadas e debatidas pelo Ministério da Saúde brasileiro.

O suicídio é um ato que até momentos antes de sua concretização foi considerado pelo sujeito que o praticou como única forma possível de enfrentamento (BOTEGA, 2015). É a busca da morte como promotora de mudança daquilo que se experimenta em vida, uma mudança que seu agente não fica para ver. Machado (2016), ao compartilhar sua experiência num ambulatório de psicologia no sul do país, reconhece nos sujeitos que tentaram suicídio um funcionamento psíquico encurralado diante da dor. Fukumitsu & Scavacini (2013) afirmam que trata-se de um fenômeno multicausal e, portanto, não se pode eleger um acontecido único como motivo do ato suicida. Enquanto seres em situação, incorporamos experiências e atualizamos no presente diversas dimensões de nossas relações com o mundo ao longo da vida. Ao mesmo tempo, as autoras percebem que é possível pensar em termos de desencadeantes de crise, nos quais pode-se escutar um conflito inscrito na fala do sujeito, uma situação aguda que pode estar desorganizando-o. Por mais que o suicida sinta extrema dor e falta de recursos diante do conflito, o papel do terapeuta não é solucioná-lo, mas sim mediar uma transformação para que o conflito possa retornar a um significado primeiro de oportunidade de crescimento.

Aquele que tem planos para se matar vive uma experiência subjetiva de desesperança e desamparo, e as cartilhas de prevenção ao suicídio destacam também três aspectos recorrentes envolvidos nesse desejo de morte: ambiguidade, rigidez e impulsividade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006). A ambiguidade é percebida na vontade de transformação da vida, na ideia de que tudo poderia ser diferente, que opera concomitantemente à idealização da morte como garantia dessa mudança. Botega (2015) identifica a ambiguidade justamente na busca por outra vida através da morte. Fukumitsu & Scavacini (2013) caracterizam a rigidez como uma constrição de pensamentos, de maneira que o sujeito em sofrimento apresenta uma importante dificuldade em vislumbrar saídas criativas para seus conflitos. Também há dificuldade no exercício de formas outras de ser no mundo, ou até mesmo de projetar-se no futuro. A impulsividade da tentativa de suicídio relaciona-se com o que a literatura psicológica chama de passagem ao ato, ou *acting out*. Esse termo refere-se a um gesto de hetero ou auto agressão que traz consigo conteúdos que não puderam ser extravasados pela fala ou pela via psicossomática (MACHADO, 2016), no caso do suicídio, o sujeito migra da sensação para a ação num gesto de autoextermínio (FUKUMITSU & SCAVACINI, 2013).

Pode-se dizer que o ato autoagressivo é conduzido por cargas afetivas que não encontraram meios possíveis de elaboração ao longo da história do sujeito, significando um aviso para si e para os outros de que algo não vai bem. A nomeação do suicídio como recurso também é uma maneira de solicitar um cuidado diferente daquele experimentado até então (MACHADO, 2016). Vislumbrar na morte a solução para um conflito pode trazer como consequência a reincidência de

tentativas de suicídio enquanto permanece o conflito, caso não haja acolhida do sofrimento ou a busca de novas estratégias (MACHADO, 2016).

Segundo levantamentos do Ministério da Saúde (2017), tanto as lesões autoprovocadas quanto o suicídio aumentaram no Brasil nos últimos anos. Entre 2011 e 2016, houve um aumento de 209,5% nas notificações de lesões autoprovocadas no sexo feminino, e de 194,7% no sexo masculino. Em 2011, a taxa de suicídio registrada no Brasil foi de 5,3/100 mil hab., já em 2015 essa taxa marcava 5,7/100 mil hab. O número de tentativas de suicídio entre adolescentes também segue crescendo nas diversas regiões do país (NASCIMENTO & SOARES, 2019). Numa escala global, de acordo com a OMS (WHO, 2019), o suicídio é a segunda maior causa da morte de sujeitos entre 15 e 29 anos.

O sujeito adolescente e as formas de significar o sofrimento

Ao falar de adolescência o psicanalista Contardo Calligaris, em seu livro *A Adolescência* (2000), define esse período da vida como um fenômeno cultural, se distanciando das concepções puramente biologicistas que depositam grande ênfase neste período como sendo o de maturação biológica, um preparo para a vida adulta. De fato, a concepção de preparação para a vida adulta parece estar presente no ideário formado socialmente de adolescência. No entanto, o autor analisa a concepção imaginária que sustenta esse conceito e seu excesso de idealização na contemporaneidade, bem como os efeitos de tal dinâmica.

É importante salientar que, justamente por seu caráter cultural, a adolescência se encontra inscrita em uma determinada época e contexto histórico, ganhando contornos diferentes a depender dos recursos simbólicos e materiais de uma determinada sociedade ou extrato social. A adolescência pode simplesmente inexistir em classes sociais economicamente precarizadas, bem como a infância - ao passo que a condição de obtenção de cidadania e participação no coletivo está atrelada às atividades às quais a criança ou o adolescente são destinados a fazer (Barus-Michel, 2005). Dessa forma, se estabelece uma distinção no imaginário social sobre o que caracteriza uma criança e o que se constitui por adolescência de acordo com recortes culturais; uma criança que precisa trabalhar é inserida de maneira diferente nas decisões coletivas que uma outra que tem ao seu alcance recursos materiais que possibilitam a sustentação de uma infância idealizada. Tais condições políticas, econômicas e culturais compõem uma variedade de expressões sociais para o que se denomina como adolescência, o que, não obstante, não anula determinado fator comum que parece operar sobre estas diferentes expressões, a saber: o imperativo de gozo sobre a juventude, aproveitável propagandisticamente, que se apresenta como um atravessamento dos modos de subjetivação contemporâneos.

Jovem ou adolescente são qualificações vagas, arbitrárias e não científicas, correspondendo a representações que uma sociedade elabora, a partir de certas balizas convencionais, para designar aqueles que foram socializados nos primeiros anos de vida, dos quais se espera que venham a se mostrar capazes de autonomia e de participar da vida social, em termos de produção e reprodução. O adolescente é uma invenção recente da cultura ocidental contemporânea (BARUS-MICHEL, 2005, online).

A concepção que vigora sobre a adolescência na contemporaneidade do laço social parece conceber tal período como extremamente valorizado e perseguido, inclusive por quem

teoricamente já passou por ela, como no caso dos adultos (CALLIGARIS, 2000). Na imagem da adolescência parecem estar contidos diversos ideais da modernidade, diante da postergação da infância, também excessivamente valorizada, seja por uma tentativa de estender um período onde supostamente não existem preocupações que assolam a vida adulta, seja pelo ideal estético de juventude, ou como um momento de preparação para esta adulez incumbida de responsabilidades (BARUS-MICHEL, 2005).

A adolescência, portanto, constitui-se como uma moratória, um período dilatado temporalmente, para a qual a justificativa encontra-se disponível na suposta imaturidade do sujeito, apesar de sua aparente maturação biológica. Calligaris (2000) discute que o que se oferece ao adolescente é uma promessa de uma fase proveitosa, onde as possibilidades de usufruir da vida estão à disposição, o que se manifesta como contraditório no cerne desta mesma moratória, já que a idealização de felicidade adolescente vai de encontro às restrições particulares deste período, como a privação de sua autonomia. O sujeito que, até então, durante a infância, foi inserido em um universo de valores, linguagem e dinâmica social complexas se depara com um impeditivo de usufruir destes recursos justamente no momento em que, somado à maturação biológica, ele estaria apto a “tornar-se adulto”. Com isso, o adolescente se vê diante de um enigma: lhe é imposta uma moratória que parece contradizer os ideais de liberdade e autonomia da sociedade, não sabendo ao certo quando este período termina.

A configuração do laço social é um fator fundamental para as construções do período da adolescência, são os discursos que operam socialmente que sustentarão a experiência de temporalidade, a subjetividade e os sentidos que são construídos a partir dos códigos de cada tempo cultural (GURSKI e PEREIRA, 2016). O sofrimento surge como um produto social, como uma produção da cultura e aponta em uma determinada direção, desvelando o que parece não estar funcionando muito bem em sua dinâmica. As maneiras de sofrer estão relacionadas com os recursos disponíveis culturalmente para a elaboração de narrativas, de modo que o sofrimento se aproxima a um estado de incapacidade de assimilação de elementos da experiência (BARUS-MICHEL, 2005). A experiência de sofrimento está ligada a uma perda de sentido, onde o sujeito se vê desorientado e sem recursos simbólicos para apropriar-se da situação, de modo a não conseguir atribuí-la algum sentido.

Dentro da sociedade de consumo a busca pela satisfação e pelo prazer assume uma positividade moral, de modo a se instaurar como discurso o imperativo de gozo (RAMOS, 2007). A expectativa aparece como discurso onipresente do mundo na era do imperativo da felicidade. Diante deste cenário, os adolescentes parecem ser habilmente capturados por esta lógica de perseguição da satisfação, tanto pelo grande ideal depositado sobre o período da adolescência que assola todas as faixas etárias, quanto pela especificidade de tal período que aparece como o de consolidação dos referenciais discursivos e construção identitária, o que coloca o sujeito diante da pergunta sobre qual seria o desejo do adulto sobre ele para que possa haver um reconhecimento da igualdade entre ambos? (CALLIGARIS, 2000).

Em 2017, no artigo de título “Suicídios Adolescentes”, Calligaris fundamenta-se em Durkheim para discutir brevemente o interesse adolescente pelo suicídio. Segundo o sociólogo, o ato de cessar a própria vida relaciona-se com níveis muito altos ou muito baixos de integração social. Na leitura do psicanalista, a integração agudamente baixa remete à ausência de pertencimento no mundo, enquanto a integração excessivamente alta traz consigo o custo árduo da domesticação do desejo. A experiência de tais extremos é recorrentemente narrada pelo sujeito adolescente contemporâneo.

Finalmente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) chama atenção para o agravamento do sofrimento humano durante a pandemia COVID-19 e o risco das crianças e adolescentes tornarem-se (mais) vulneráveis nesse cenário. As incertezas, o luto, a recessão econômica, o isolamento e o desarranjo de planejamentos para o futuro são consequências desse período. A necessária permanência em casa e o afastamento do ambiente escolar aumentam o contato das crianças e adolescentes com estressores financeiros, conflitos familiares, episódios de violência doméstica e com o uso abusivo de álcool e outras drogas (por parte do adolescente ou de seus familiares). De acordo com o Ministério da Saúde, esse contexto pode suscitar ou agravar determinados transtornos psiquiátricos e também o comportamento suicida.

Manejo clínico do comportamento suicida entre adolescentes

Na produção de saúde infanto-juvenil, compreender crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos é um reconhecimento fundamental. Assim sendo, essa população é concebida como responsável por sua demanda e pelo seu sintoma, justamente para que seja considerada detentora de acesso a cuidados essenciais, protegidos e garantidos pelo Estado e pela sociedade (tais como saúde, educação, moradia, cultura, convivência comunitária, etc.). Essa responsabilização é afirmada pela “escuta daquele a quem se quer responsabilizar” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014, p.23), de forma que a profissional de saúde que recebe a criança ou o adolescente deve dar prioridade à sua fala e à maneira como esses sujeitos contam suas histórias. Ao mesmo tempo, é imprescindível comprometer os responsáveis pelo sujeito no processo de atenção, sejam eles familiares ou agentes institucionais (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

Enquanto profissional que acolhe o comportamento suicida em qualquer uma de suas dimensões, é possível dar ênfase positiva ao fato de que o adolescente sobreviveu e chegou até um acolhimento, passando a poder contar com outras pessoas num processo de fortalecimento. A profissional deve ter em mente que é preciso separar um bom tempo para ouvir o adolescente individualmente, isso sem descartar a escuta à família ou responsável, que não raramente relatam uma experiência de intensificação de sofrimento. Ademais, essas pessoas podem multiplicar as informações disponíveis sobre a vida do adolescente, especialmente aquelas que concernem o período gestacional, eventos do desenvolvimento e, não menos importante, à maneira como a família refere-se ao sujeito. Num primeiro momento, tudo isso vai contribuir com uma avaliação de risco da tentativa de suicídio, seja em forma de reincidência ou não.

Não é possível prever absolutamente se um sujeito tentará ou não suicídio, mas é importante ter em mente que alguns fatos e falas merecem atenção focal da profissional. Os fatores de risco para uma tentativa de suicídio envolvem a presença de tentativas prévias, sendo que cada tentativa anterior aumenta o fator de risco; pensamentos e planejamento intensos e recorrentes de cessação da própria vida; acesso a um método letal; comprometimentos no autocontrole do sujeito, expressos principalmente através da impulsividade; a presença de transtornos psiquiátricos diagnosticados, com destaque estatístico para os diagnósticos de depressão, bipolaridade, esquizofrenia e transtorno de personalidade borderline; a intensidade do isolamento em que o sujeito se encontra e a fragilidade de sua rede; o uso abusivo de álcool e outras drogas; se perdas importantes foram vividas recentemente, por exemplo a morte de alguém próximo ou afastamento de alguém querido; se na história do sujeito alguém próximo tentou ou consumou suicídio; alterações importantes no sono e no apetite; o sentimento de estar encurralado; a presença do sentimento de culpa; e o abandono escolar (MACHADO, 2016; BOTEGA, 2015; FUKUMITSU & SCAVACINI, 2013; BRASIL. Ministério da Saúde, 2006). Isso posto, a melhor maneira de

descobrir se um adolescente ou qualquer outra pessoa têm planos de se matar, é perguntar para eles. Essa pergunta não é responsável por “dar ideias” ao sujeito, tampouco poderia em si desestruturá-lo, ela faz parte do posicionamento ativo da profissional e pode muitas vezes trazer alívio para a pessoa.

É importante estar atenta às experiências de violência que o adolescente pode ter vivido, seja ela doméstica, institucional ou Estatal. Como afirmam Patias *et al* (2016), a exposição à violência pode ter efeito direto e comprometedor no desenvolvimento de crianças e adolescentes, relacionando-se, por exemplo, com o aumento de transtornos psiquiátricos, ideação suicida e problemas externalizantes. Aqui é reafirmada a imprescindibilidade de que os responsáveis pelo adolescente comprometam-se com o processo terapêutico desencadeado pelo comportamento suicida, inclusive nas mobilizações de enfrentamento da violência circunstancial. Há casos em que são denunciados familiares violentos, outros nos quais adolescentes relatam experiências de abuso sexual vivido dentro de abrigos, ou até mesmo ameaças de morte proferidas no território onde moram. O Estatuto da Criança e do Adolescente e a Política Nacional de Assistência Social proporcionam bases legais para a urgência desse enfrentamento.

O simples contato com esse texto até o momento já nos provoca algumas tensões da complexa cena que foi aqui intitulada *manejo clínico do comportamento suicida entre adolescentes*. De fato, ela envolve tensões. Nesse caso, a tensão que se pretende valorizar é aquela que impulsiona nossa ação responsável, a postura ativa da profissional da saúde. Machado (2016, p. 75) elenca algumas manifestações clínicas do posicionamento profissional quando é constatado risco de tentativa de suicídio:

Com este modo mais participativo, o terapeuta trabalha com sugestões (omitindo sua opinião pessoal, evidentemente) utilizando os recursos do próprio paciente. Também parte de um controle mais ativo acerca da continuidade dos atendimentos (marcação dos dias, horários, etc) além de reforçar constantemente a autoestima, expressando aprovação ou concordância a respeito de ideias e atitudes do paciente que podem ser consideradas realistas e adaptativas.

Outras ações importantes envolvem a orientação e acompanhamento dos responsáveis, solicitando a vigia constante do adolescente para que ele não fique sozinho; instruir a retirada de quaisquer objetos que apresentem potencial autolesivo (como objetos cortantes, medicamentos e venenos) do ambiente do sujeito; entrar em contato com outros profissionais com os quais o adolescente se encontra, inclusive aqueles do ambiente escolar; e a efetivação de um combinado de não suicídio. Um exemplo desse combinado é fornecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL. 2006, p.65): “Extraia uma promessa sincera do indivíduo de que ele ou ela não vai cometer suicídio: 1. sem que se comunique com a equipe de saúde; 2. por um período específico”.

O manejo sintetizado até o momento costuma ser colocado em ação por diversas profissionais da saúde, como técnicas de enfermagem, médicas, enfermeiras e psicólogas. O objetivo a partir de agora é discutir e pensar criativamente a atuação da profissional psicóloga a partir do momento em que o adolescente retorna para dar início aos seus atendimentos, estejam eles ocorrendo na rede pública ou na clínica privada.

As possibilidades de atuação da psicóloga retomam a concepção existencialista de que aos sujeitos no período da adolescência são mais requisitados movimentos da consciência crítica, que

se reconhece na experiência e reflete sobre ela (SCHNEIDER, 2002). Sendo assim, o processo psicoterapêutico pode ser elaborado a partir da construção de uma autobiografia do adolescente, num trabalho que encoraje-o a produzir uma narrativa de si mesmo, contando sua história a partir de um lugar diferente daquele vivido na infância. Nessa narrativa, é significativo perceber as vicissitudes da sexualidade e como o adolescente tem se relacionado com ela. Na medida em que a temporalidade da biografia se compara ao presente, pode ser que se perceba uma tentativa de elaboração da perda da infância, bem como das mudanças de postura das figuras paternas e maternas, que não parecem mais manter a posição de protetores onipotentes.

Não é tarefa simples, em qualquer momento da vida, reconhecer o que se é, até porque não se permanece o mesmo por muito tempo. Mas em seu processo de subjetivação, o adolescente percebe estar sendo convidado pela primeira vez a afirmar uma espécie de identidade diante de uma demanda cultural. A busca, no caminho da clínica, não é por respostas essencialistas e pragmáticas. Pode-se começar pela permissão da elaboração de perguntas de autoria do próprio adolescente: sobre si, sobre seu sofrimento, e também sobre o sofrimento do mundo. Também é possível trabalhar pela negativa: “o que você não é?”. No encontro com o não-eu, limites importantes são estabelecidos, por mais que tal exercício seja enquadrado como rebeldia quando seu agente é um adolescente.

A atenção ao pertencimento pode ser promovida através da busca pelos vínculos da rede do sujeito nos quais se identificam confiança e reciprocidade de cuidado. O objetivo é endossar esse vínculo e aprofundar-se nas cenas onde ele ocorre (FUKUMITSU&SCAVACINI, 2013). Como discutido anteriormente, na especificidade do adolescente há de se ter cuidado com o que Calligaris (2017) chama de domesticação do desejo. É importante que através da sua autobiografia o adolescente seja incentivado a elencar seus próprios critérios acerca do que lhe faz bem, o que lhe interessa, e também daquilo ao que não tem que se submeter no contato com o outro. A terapia em grupo entre adolescentes também pode ser um bom dispositivo para trabalhar com o pertencimento na medida em que seus participantes tecem um ambiente protegido no qual podem socializar e colocar em diálogo dimensões importantes da construção de uma identidade (NÓBREGA, 2019).

Com objetivo de lidar com a rigidez e a impulsividade do comportamento suicida, é possível orientar a psicoterapia para que sejam descobertas formas diferentes de enfrentar um conflito (FUKUMITSU&SCAVACINI, 2013). A terapeuta pode incitar algumas perguntas, como “em que outras situações já me vi encurralado mas consegui encontrar uma saída que não envolveu a autolesão?”, “quem estava comigo?”, “onde eu estava?”, “agora, olhando para minha história, consigo resgatar algo dessa criatividade?” “que aspectos desses atos de coragem passados permanecem comigo até hoje?”. Vale a pena instigar no adolescente um olhar mais carinhoso e compreensivo em relação a si mesmo e sua própria história.

A maneira como o sujeito se relaciona com ideais e expectativas merece ênfase no processo psicoterapêutico. Durante a adolescência, as figuras de referência têm função importante na organização das relações sociais e também na elaboração de uma autoimagem, elas também podem auxiliar na superação da ideia de pais superpoderosos. São destacados modos de vida e personagens-modelo que permanecem num horizonte em relação ao qual o adolescente busca recorrentemente se ajustar. A comparação, entretanto, tem potencial para causar sofrimento, cenário que é reforçado no encontro com as mídias sociais e sua publicidade, que não raramente se utilizam da insegurança do consumidor para vender seus produtos. O trabalho com essa relação que o adolescente mantém com os ideais, desmistificando alguns deles, pode fortalecer sua autoconfiança.

Há alguns outros pontos interessantes para o processo psicoterapêutico do adolescente, a saber, o gradual investimento na elaboração de projetos de futuro, e também a aposta no cuidado de si como forma de afirmação de autonomia. O trabalho com objetos intermediários no setting terapêutico da clínica com adolescentes também tem se mostrado proveitoso na ponte da comunicação entre terapeuta e paciente, suavizando algumas tensões e abrindo caminho para que questões complexas sejam convocadas para a cena. Alguns exemplos de objetos intermediários são máscaras, figurinos, bonecos, fotos ou até mesmo um lugar diferente na cidade (NÓBREGA, 2019). Todos esses recursos fazem parte do manejo clínico do comportamento suicida, diante do qual a psicóloga reafirma uma posição condizente com a vida. Isso não significa que seu papel seja o de preencher faltas ou resolver conflitos, mas sim de fortalecer aquela direção da ambivalência que aponta para a vontade de viver, de ficar para viver.

Considerações Finais

Neste trabalho nos propusemos a adentrar na discussão sobre o manejo clínico do comportamento suicida, enfatizando o período da adolescência. Pensar o manejo clínico em si, constitui-se como tarefa complexa na medida em que a escuta clínica é extremamente singular a depender dos sujeitos em cena, bem como a relação que se estabelece entre ambos, permitindo que esta escuta aconteça. Em geral, as orientações de manejo clínico atuam como horizontes, balizas para a prática profissional, tendo em vista o código de ética que respalda os profissionais psicólogos. E nesse sentido, os desdobramentos de nossa escrita para pensar o tema deste estudo operaram nessa direção, pensando possíveis balizas na atuação profissional e chaves de leitura no entendimento dos fenômenos, como a contextualização das adolescências em sua pluralidade e do sofrimento psíquico, bem como o que pode estar em jogo quando se trata de ideação suicida.

Como vimos, não é possível fornecer significações universais para o sofrimento e para a demanda do comportamento suicida, sendo necessário no processo terapêutico que a psicóloga esteja orientando sua escuta para o que há de singular naquela demanda. Dessa forma, é possível escutar o sofrimento em sua especificidade, escutando a alteridade do sujeito que se apresenta, abrindo espaço para que possam emergir formas de significar o sofrimento, de maneira inventiva. Podemos pensar que o trabalho no manejo clínico do comportamento suicida em adolescentes possui como especificidade a necessidade da profissional posicionar-se ativamente na condução do tratamento, dando contornos mais delineados para o que se apresenta, na tentativa de costurar as tramas que aparecem esvaziadas de sentido e posicionar o sujeito diante do seu desejo.

É importante sinalizar que para uma melhor compreensão do fenômeno seria interessante abordar outros pontos, de modo a complexificar a discussão que foi iniciada no presente texto. Deixamos aqui alguns pontos que não foram discutidos, mas que podem, como aberturas possíveis, suscitar questionamentos. Dessa forma, é interessante refletir sobre as relações da família no processo terapêutico com adolescentes, onde muitas vezes familiares são convidados às sessões; bem como investigar e identificar fatores protetores no ambiente escolar. Essas desdobramentos da discussão nos levam a pensar os limites da psicoterapia e as ações do trabalho em rede.

Referências

BARUS-MICHEL, Jacqueline. Entre sofrimento e violência: a produção social da adolescência.. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 1., 2005, São Paulo. Proceedings

Disponível em
<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000082005000100018&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 02 Nov. 2020.

BRAGA, Luiza de Lima; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínic**, São Leopoldo , v. 6, n. 1, p. 2-14, jun. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.61.01>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde Mental. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos. Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasil. Volume 48 N° 30. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Suicídio na Pandemia COVID-19. Fundação Oswaldo Cruz, Brasil, 2020.

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

CALLIGARIS, Contardo. Suicídios Adolescentes. Folha de São Paulo. São Paulo. Coluna online. 27/04/2017. Disponível em
<<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/contardocalligaris/2017/04/1878793-suicidios-adolescentes.shtml>>

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

FUKUMITSU, Karina O.; SCAVACINI, Carla. Suicídio e Manejo Psicoterapêutico em Situações de Crise: uma Abordagem Gestáltica. **Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies**. XIX(2): 198-204, jul-dez, 2013.

GURSKI, Rose; PEREIRA, Marcelo Ricardo. A experiência e o tempo na passagem da adolescência contemporânea. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 27, n. 3, p. 429-440, Dez. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642016000300429&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-656420150005>.

MACHADO, Gustavo S. **Outro modo de tentar: significados atribuídos a um ambulatório de psicologia por pessoas que tentaram suicídio.** Nunes. Trabalho de Conclusão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (HU/UFSC). Florianópolis. p.107. 2016.

NASCIMENTO, Flaviana P.; SOARES, Raquel J. Revisão Integrativa Sobre Suicídio e Tentativa de Suicídio na Adolescência. **Revista Eletrônica Estácio Saúde.** vol. 8, número 1. 2019

NÓBREGA, J. G. (Des) **Mascarando a Persona: Máscaras num Grupo de Psicodrama com Adolescentes.** Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Universidade do Porto. p.66. 2019.

PATIAS, Naiana Dapieve; SILVA, Doralúcia Gil da; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Exposição de adolescentes à violência em diferentes contextos: relações com a saúde mental. *Temas psicol., Ribeirão Preto*, v. 24, n. 1, p. 205-218, mar. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-14>

§

SCHNEIDER, D. R. Nascimento Existencial: o salto qualitativo da infância para a adolescência. *Anais do III Congresso Nacional de Reorientação Curricular*, Blumenau, 2002

§

WHO. Figures and facts about suicide: Department of Mental Health, World Health Organization. 2014. Disponível em <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/66097>> Acesso em 20 Out. 2020.

WHO. Suicide. Department of Mental Health, World Health Organization. 2019. Disponível em <https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1> Acesso em 20 Out. 2020.