

REFLETINDO SOBRE O SUICÍDIO A MORTE E O SOFRIMENTO NA CLÍNICA

Andréia Kaufmann de Oliveira Fritsch¹

Jerto Cardoso da Silva²

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar um estudo de caso que foi elaborado através dos atendimentos realizados no estágio integrado de Psicologia I no Serviço Integrado de Saúde (SIS) na UNISC, com ênfase em clínica psicanalítica. Realizou-se um estudo buscando compreender teoricamente o Suicídio a Morte e Sofrimento na Clínica. Questões presentes nos atendimentos de uma adolescente de dezesseis anos, abrigada e com uma história de vida marcada pelo abandono, rejeição e sofrimento.

Palavras-chave: Suicídio; morte; sofrimento; Psicologia.

INTRODUÇÃO

O caso foi elaborado através dos atendimentos realizados no estágio integrado de Psicologia I no Serviço Integrado de Saúde (SIS) na UNISC, com ênfase em clínica psicanalítica.

Tendo como tema “Refletindo Sobre o Suicídio a Morte e o Sofrimento na Clínica”, fundamentado na perspectiva teórica da psicanálise. Será feito um relato dos atendimentos com falas da paciente provindas das sessões e percepções da estagiária, sendo estes articulados com algumas teorias da psicanálise que envolvem o tema em questão.

Para Nasio (2001), caso se refere ao interesse particular que um analista dedica a um paciente, e essas experiências levadas ao intercâmbio com seus colegas e quando escritas, constitui um caso clínico. Para a psicanálise o caso é o relato de uma experiência singular de um sujeito que sofre, escrito por um terapeuta para atestar seu encontro com um paciente e respaldar um avanço teórico.

¹ Acadêmica do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul e estagiária do Serviço Integrado de Saúde (SIS) na abordagem Psicanalítica.

² Docente do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul; Orientadora de estágio curricular do Serviço Integrado de Saúde (SIS) na abordagem Psicanalítica.

ENTENDIMENTO DO CASO

O caso analisado nesse trabalho trata sobre os atendimentos realizados a uma paciente adolescente de dezesseis anos que veio encaminhada para o SIS, pelo CAPSIA, a qual irei chamar neste relato por Ana, um nome fictício para não expor a mesma. A paciente foi atendida primeiramente pela estagiária no plantão de acolhimento e, após foi encaminhada para psicoterapia semanalmente. Foi atendida no serviço de julho à novembro de 2016.

Moradora do Abrigo Municipal, por decisão judicial, a menina chegou ao serviço com histórico de vários abandonos e visivelmente depressiva. Segundo a menina, a mãe a abandonou quando ela nasceu, assim como seus outros dois irmãos. Conta também que a avó materna alega que ela não é filha do pai biológico que ela conhece, pois ocorreu uma traição por parte de sua mãe no casamento.

Minha mãe não me quis quando eu nasci, nem eu nem meus irmãos. Eu não nunca quero ver minha mãe, ela abandonou eu e meus irmãos. Tenho raiva dela! Então a mãe “pulou a cerca” e engravidou de mim. (Ana)

Morava então com a avó, o pai alcoolista e um dos irmãos. Quando criança seu relacionamento com a avó era bom, mas com a chegada da adolescência começou a pedir para sair com as amigas e os conflitos ficaram constantes e intensos, inclusive com situações de agressividade.

A gente sempre brigava e eu saía de casa, ia pra rua. Naquele dia ela me bateu muito, me machucou... aí a vizinha ouviu meus gritos e chamou o Conselho Tutelar, e aí eles me levaram pro abrigo. (Ana)

Outro relato da menina é o de um aborto que sofreu com nove meses de gestação. De primeiro momento, contou que havia sido por um tombo que caiu da escada e por medo de ser repreendida pela avó, não contou para ninguém. As falas da paciente eram carregadas de culpa quando falava da morte do bebê.

Eu sinto culpa por não ter tido o meu filho. Por ter caído da escada e não ter falado para ninguém. Medo do meu pai, minha vó, meus irmãos do que eles iam falar, me culpar e me xingar. (Ana)

A paciente durante os atendimentos, se mostrou bem resistente, muitas vezes quando era questionada pela terapeuta dizia que não queria falar sobre o assunto, outra questão da resistência eram as faltas e os atrasos no horário marcado para os atendimentos.

*Eu não gosto de falar da minha vida.
 Não gosto de falar das minhas coisas pra todo mundo, prefiro ficar quieta.
 Posso ir embora, preciso falar ainda? Eu não quero falar mais.
 Eu não quero falar disso.
 Eu não quero falar mais tia. (Ana)*

Zimerman, (2005), afirma que durante muito tempo o conceito de resistência foi considerada com uma conotação negativa como um empecilho ao conhecimento dos desejos proibidos e reprimidos, entretanto, na maioria das vezes, são positivas, uma vez que expressam a forma como o ego do paciente se mobiliza para enfrentar as angústias, e também porque o paciente resiste como uma forma de se proteger contra os ataques que sofreu no passado.

Mesmo demonstrando resistências mostrava estar bem transferenciada e em alguns momentos conseguia dentro do “setting” trazer questões importantes da sua história de vida.

Nos últimos dois meses em que foi atendida no serviço, os sintomas da paciente agudizaram, apresentando várias crises conversivas, convulsivas e surtos psicóticos com crises de delírios e alucinações, onde trazia conteúdos relacionados a perseguição de um antigo namorado e com imagens e cuidados com o bebê que havia perdido. Outra questão foi a sua saúde que estava mais debilitada. Seguidamente trazia para as sessões que precisou consultar ou ficar internada no Hospital por questões de infecção na bexiga ou pedras nos rins.

*Semana passada eu estava no Hospital com infecção na bexiga e pedras nos rins.
 Eu saí com minhas amigas e bebi porque estava com raiva de uma amiga que ficou com o guri que eu gosto. Bebi para esquecer. Não lembro mais de nada, só eu bebi...Só lembro de estar no Hospitalzinho me sentindo tonta. Falaram que eu tive uma convulsão.
 Aí lembro do meu bebê ...fui no banheiro e passei mal, não consigo tirar isso da minha cabeça.
 Segunda eu tive convulsão de novo. Eu fico preocupada com minha irmã que está grávida, tenho medo que ela perde igual eu perdi.
 Eu sinto medo que ele me sequestre, me mate e me jogue por aí.
 Medo do meu ex que me persegue. (Ana)*

Em alguns surtos de crises psicóticas a menina tinha reações agressivas, em uma delas quebrou todos os móveis do quarto no abrigo, tendo que ser contida por profissionais da saúde. Nestas situações normalmente era encaminhada para o Plantão e medicada.

Ana era uma paciente que no “setting” terapêutico sempre se mostrava sem pulsão de vida, depressiva, apática, triste, e sempre com a questão da culpada muito presente pelas suas histórias tristes de vida. Em um dos atendimentos a paciente chegou diferente no olhar da terapeuta. Veio, maquiada, bem vestida, como se estivesse arrumada para uma festa, e logo que chegou, mostrou-se ansiosa para falar, o que normalmente não acontecia nas outras sessões. Demonstrou também muitas expectativas para o futuro em relação aos seus estudos e o desejo por uma profissão. Neste dia a menina trouxe questões bem importantes relacionadas ao aborto, onde relatou uma nova história. Conta que o aborto aconteceu por ela ter adquirido sífilis e que na época não sabia que tinha a doença e também por não ter feito todas as consultas do pré-natal como deveria ter feito.

Eu penso que eu não fiz o pré-natal direitinho. Se eu tivesse feito o bebê não teria morrido.

Quando eu vi ele morto, eu senti muita culpa, raiva, muito triste por ter perdido ele. Eu olhava pra ele e ficava imaginando ele mamando na minha teta e dormindo no meu colo. (Ana)

A questão da culpa sempre esteve muito presente em relação a morte do filho.

No mesmo dia desse último atendimento, a estagiária recebeu da psicóloga do abrigo municipal onde a menina estava institucionalizada, uma ligação comunicando que a menina havia feito uma tentativa de suicídio, amarrando um cadarço de tênis no pescoço e não conseguiu em função das colegas do abrigo terem visto. Após esta tentativa, ela ficou internada no Hospital Geral de Monte Alverne por alguns dias. A terapeuta também foi informada que a menina havia planejado o suicídio na casa da avó materna, onde ela esteve na mesma tarde do atendimento, armando uma forma de se enforcar em uma árvore nos fundos da casa da avó.

O que nos chamou a atenção, foi o fato da paciente não ter demonstrado nenhum indicativo de ideação suicida dentro do “setting” durante o atendimento, pelo contrário diferentemente dos outros atendimentos chegou aparentemente com mais pulsão de vida.

Durante este período a estagiária continuou mantendo contato com a psicóloga do abrigo municipal para buscar informações da menina. Ela ficou um período internada, sendo medicada e acompanhada pelos funcionários do abrigo e também recebendo visitas da avó, do

pai e do irmão. Quando estava um pouco mais recuperada ela veio ao serviço para atendimento. Chegou visivelmente fragilizada, dopada de remédios, triste, a impressão que tive era que estava morta. Neste atendimento conta que não foi tão ruim ficar no Hospital, mas que ela sempre sentia muito sono enquanto estava lá.

*Estou bem, só com muito sono. Eu e minhas amigas do abrigo ficamos até tarde ontem, rindo, brincando e contando piadas.
Não foi tão chato assim, eu caminhava lá dentro, comia e conversava, só tinha muito sono. (Ana)*

Em supervisão de estágio ficou determinado que em função do período de recesso de férias do serviço e a gravidade e necessidade de um atendimento contínuo e intensivo a paciente seria encaminhada para o CAPSIA. Solicitou se que ela comparecesse no serviço para que a estagiária explicasse a ela o motivo do encaminhamento e, encerrasse os atendimentos com a menina.

ARTICULAÇÃO DO CASO RELATADO COM A TEORIA

O desejo de morrer é algo que nos leva a pensar os seus motivos, no caso de Ana a ideia de tirar a própria vida, talvez tenha vindo em um momento em que sua única saída seria a negação de si, e que a morte seria a única saída para resolver o seu problema.

Os autores Moreira e Bastos (2015), afirmam que a maior parte dos seres humanos temem pela morte, mas alguns buscam por meio dela e através de comportamentos autodestrutivos um alívio para seus sofrimentos, acabando com sua própria vida quando não encontram outras alternativas para seus problemas. Nas últimas décadas pesquisas apontam para um crescimento na ocorrência de suicida na fase da adolescência. Pois este é um período do desenvolvimento onde ocorrem diversas modificações psicológicas, biológicas e sociais que, normalmente, são também acompanhadas de angústias e conflitos.

No caso da paciente além de ela ser adolescente, e estar vivenciado várias mudanças que fazem parte deste período ela também estava passando por conflitos psíquicos, pois trazia muitas questões de sofrimento na sua trajetória de vida, principalmente de rejeição. Bem como uma questão de luto que ainda não havia sido elaborada. Na última fala citada abaixo, ela explica que é difícil ir ao cemitério e conta que fala com o filho que abortou quando visita o seu túmulo. O sofrimento e a questão da rejeição está presente em seu discurso.

*Ai a enfermeira me chamou e falou que o nenê tinha morrido, eu fui olha ele.
Eu sinto culpa por não ter tido o meu filho.
A minha avó fala que não sou filha do meu pai, e que minha mãe não me quis e que ela também não me quer.
Eu fico triste com as brigas que tão acontecendo no abrigo, eu lembro das brigas com minha vó e como ela me xingava e aí fico muito triste.
É difícil. Eu falo pra ele que eu sinto muita saudade dele e que é sempre pra ele me cuidar e me proteger. (Ana)*

O suicida na verdade não deseja morrer, pois ele nem sabe o que é morrer, o que ele busca é fugir de um sofrimento que não está mais conseguindo suportar. (CASSORLA, 1991).

Para Cremasco e Brunhari (2009), aquele que se encaminha para suicídio assinala isto por estar para além do que pode ser dito por palavras.

A menina fala do seu sofrimento em um dos atendimentos após a tentativa de suicídio, onde ela conta que tinha visões com as pessoas que já morreram em sua família, inclusive do filho que abortou, o que podemos pensar como prováveis conteúdos de delírios, já que a mesma vinha psicotizando, ou algo da fantasia dela.

*Eu via pessoas mortas, via todas as pessoas da minha família que já morreram.
Minha tia, minha outra tia, meu tio, e via o meu filho também. Via ele o tempo todo.
Eu aí eu tentei me matar! Eu não queria mais ver os mortos. (Ana)*

Conforme Campos (2013), a pulsão de morte no nosso psiquismo é contra toda possibilidade de representação, pois é a tendência de descarga absoluta da energia psíquica, levando o sujeito a última instância a um esvaziamento e destruição do próprio psiquismo, agindo de forma muda.

Dentro da teoria psicanalítica, para se pensar a questão da morte é necessário partir da representação que o sujeito faz dela no seu psiquismo, no seu inconsciente. Freud (1915/1996), afirmava que o inconsciente não detém representações negativas, pois esta deveria então significar ausência de vida. Se não temos a experiência da morte, não podemos ter também a memória dela. Portanto são positivos todos os impulsos fundamentais do desejo no sujeito, ou seja, para realização de uma fantasia se faz necessário um determinado objeto. A partir disso um desejo de morrer não pode ser pensado como uma fantasia inconsciente por si só, as “fantasias de morte, são mais complexas que o mero desejo de morte por parte de um investimento da pulsão de morte”. (CAMPOS, 2013, p. 14).

Freud na segunda teoria pulsional explica a oposição entre as pulsões de vida e de morte.

[...] pulsões de vida constituiriam a força de ligação em jogo no aparelho psíquico, em oposição à pulsão de morte, que seria a força de desligamento. Tudo que é representação e tentativa de organização é expressão da pulsão de vida, enquanto toda ruptura e traumatismo à organização do psiquismo é expressão da pulsão de morte. (CAMPOS, 2013 p. 14).

Pensando no que Freud afirmava em sua teoria segundo citações acima, podemos pensar na questão da menina ter a intenção de morte para deixar um culpado, neste caso seria a sua avó paterna, pelo fato de primeiramente ela ter idealizado uma forma de suicídio na casa da mesma. Algumas falas dela trazidas dentro do “setting” demonstravam um desejo de que a vó realmente a quisesse e a amasse. Mas a avó não corresponde as suas expectativas, ela repete o abondo da mãe, então a menina pensa em abandonar a avó para que ela se sinta culpada.

Minha avó tá tentando vínculo, mas falou que vai me deixar no abrigo mais um pouco para eu aprender a me comportar melhor. Combinei com ela que dai vou ficar durante a semana no abrigo e no final de semana na casa dela. Acho melhor, pra gente não brigar de novo.

Minha vó falou que talvez ela vem me buscar na segunda, ela tá bem diferente. Tá mais amorosa, carinhosa, preocupada comigo. Diferente de como ela era antes. Antes ela era agressiva me mau tratava, me rejeitava, me tratava como ninguém. Agora eu sinto que ela gosta de mim e que a gente pode ser uma família feliz. (Ana)

Fica uma dúvida se realmente essas falas foram de fato ditas pela avó ou era algo de sua imaginação e desejo que realmente a avó a quisesse de volta, talvez até uma forma de amenizar o seu sofrimento pela perda de mais um objeto de amor. Pensando nesta questão, Nasio (1999), nos afirma que a dor psíquica quando aparece é por que perdemos um objeto que estávamos intimamente ligados, podendo ser a dor do abandono quando perdemos o amor do amado, essa dor escapa à razão. Pois está ligada à ruptura violenta e brutal do ser ou a coisa que amamos, seria um romper com o outro, é o princípio do prazer abolido.

O mesmo autor, afirma ainda que, para Freud a dor seria a reação efetiva à perda da pessoa amada, já a angústia se refere à ameaça de uma perda eventual. A dor é a reação à comoção pulsional efetivamente provocada por uma perda, enquanto a angústia é a reação à ameaça de uma eventual comoção (NASIO, 1997, p. 27). A dor seria uma reação do transtorno pulsional frente a perda do objeto amado, neste momento o eu se ergue, e foca num único ponto, o da representação psíquica do amado perdido e para tanto busca por todas as suas forças vivas, com o risco de esgotar-se. O sujeito então passa a manter viva a imagem

mental do objeto desaparecido, como uma compensação da falta da ausência real do outro perdido. A dor então seria o resultado de um processo defensivo. (NASIO, 1997).

No caso da adolescente fazendo uma analogia com o que o autor afirma no parágrafo acima, tanto a dor quanto a angústia estavam presentes em sua história de vida. A dor pela rejeição que parece ser marcada como uma repetição em sua vida, a angústia pelas incertezas do seu futuro e talvez medo de ser novamente abandonada.

Nasio (1997), afirma que a dor inconsciente é uma relação entre dois objetos, ou entre dois acontecimentos, um que aconteceu no passado e outro no presente. No passado, um acontecimento real provocado por um objeto agressor provoca uma forte dor, formando uma representação psíquica inconsciente, como uma “foto”, essa representação deixa no sujeito duas partes: um continente imaginário, que seria a lembrança do objeto agressor e uma carga de energia denominada investimento que torna viva a imagem. A dor é um gozo que é preciso esgotar, uma tensão que é preciso descarregar através dos gritos, das lágrimas e das contorções. Como se o ser dolorido exclamasse: “Deixem-me em paz! Não me consolem. Deixem-me consumir a minha dor!”. (NASIO, 1997, p. 65).

No decorrer dos atendimentos a paciente foi intensificando os seus sintomas e, o seu sofrimento era repleto de dor e angústia, podemos pensar neste sentido no que afirma os autores Cremasco e Brunhari (2009), que a angústia no paciente suicida é indescritível, pois trata-se da angústia de uma vida ameaçada. E a partir da afirmação do autor, Freud se referindo a teoria pulsional se questionava sobre como “o eu é capaz de se destruir dado seu grande amor por si e indica que, quando identificado ao objeto, o eu pode cometer delitos contra si próprio, até mesmo matar-se nessa anulação da alteridade”. (CREMASCO; BRUNHARI, 2009, p. 24). Portanto a passagem ao ato ou *acting out* podem ser um movimento perante a angústia que pede para sair da cena como um ato momentâneo, dando de momento a certeza da tentativa de suicídio como uma modalidade de resposta que o sujeito encontra para encerrar com sua angústia.

Ana, vem de uma história onde a angústia faz parte dela, pois o lar onde vivia com a vó era perturbado, assim como a instituição onde estava internada, pois ultimamente relatava brigas que aconteciam entre colegas no abrigo. As figuras parentais estavam ausentes em sua vida, a mãe a abandonou e o pai alcoolista não tinha condições de assumir a sua guarda. A avó se mostrava como autoritária, não conseguindo cumprir a figura materna que a menina precisava. Assim a mesma sente se desamparada.

Segundo Botega (2014), a questão do amparo e atenção especial é uma das estratégias importante como prevenção do suicídio ao sujeito que tentou se suicidar. Observou se essa atenção no caso da paciente somente no primeiro momento que o fato aconteceu, pois após a tentativa de suicídio, ela veio ao serviço para atendimento e voltou do serviço sozinha de ônibus para o abrigo. Fato que chamou a atenção da estagiaria e também a deixou preocupada. Bem como não teve apoio da família, pois sua avó, seu pai e seu irmão somente a visitaram enquanto esteve internada no Hospital. Seus relatos mostram o quanto o apoio familiar é importante para ela.

A tia... ficava durante o dia e a tia... de noite. Minha vó foi me ver, ela conversou comigo, me cuidou e eu gostei. Meu pai foi também, foi bem bom. Domingo eu vou almoçar na minha vó, eu acho que ela vai me buscar, ai eu vou. O tio do abrigo vai me levar. Vou passar o dia lá. (Ana)

Pesquisadores afirmam que, existem evidências nos resultados de estudos de que o suicídio acontece, na maioria dos casos, logo em seguida da tomada de decisão do sujeito em tirar a própria vida, isso demonstra a impulsividade do perfil do suicida. Tanto o suporte social quanto o familiar são muito importantes na prevenção dos pensamentos suicida. O apoio familiar na adolescência pode servir para diminuir os eventos estressores nesta fase da vida. Outra questão apontada pelos autores é o estranhamento, incompreensão e indignação por parte dos familiares, amigos e serviços emergenciais que nem sempre promovem um ambiente acolhedor e de escuta para esse sujeito. (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

Ainda para Nasio (1997), os microtraumas caracterizam um trauma psíquico pelo choque brutal da perda do ser amado, muitas vezes são traumas que o sujeito não tem consciência. Quando ocorre de forma progressiva e múltipla acontece um estado de tensão em que se algo acontece mesmo que o sujeito seja inocente a dor contida explodirá de forma consciente. Podendo ser uma lembrança ou um sonho insignificante que poderão aparecer em circunstâncias específicas liberando grandes excitações internas, ferindo o eu. Neste momento, este estado seria uma forma de vivencia de uma dor do trauma.

A autora Roudinesco (2000), chama a atenção para o fato de que o sofrimento psíquico manifesta-se atualmente sob a forma da depressão. Atingido no corpo e na alma por essa estranha síndrome em que se misturam a tristeza e a apatia, a busca da identidade e o culto de si mesmo, o homem deprimido não acredita mais na validade de nenhuma terapia. No entanto, antes de rejeitar todos os tratamentos, ele busca desesperadamente vencer o vazio de

seu desejo. Por isso, passa da psicanálise para a psicofarmacologia e da psicoterapia para a homeopatia, sem se dar tempo de refletir sobre a origem de sua infelicidade (ROUDINESCO, 2000, p. 13).

O sintoma que se mostrava latente na paciente era a depressão profunda, e acredito que era muito difícil para ela revisitar as suas histórias tristes e angustiantes, e penso que no momento atual que se encontrava, a medicação se fez necessária para aliviar um pouco o seu sofrimento. Eram muitas as causas de seu sofrimento e não uma causa única, era uma história triste construída assim desde a sua infância. Zimerman (2005), referindo-se ao princípio do determinismo psíquico, afirma que na mente, os acontecimentos são determinados por outros que os antecederam e que nada acontece ao acaso, pois na vida mental não há descontinuidade. Segundo Freud citado pelo autor, são variadas e múltiplas as causas que determinam os sintomas e efeitos no psiquismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme relatado neste trabalho é possível observar que a história de vida da adolescente é marcada desde o seu nascimento por trajetórias tristes, rejeições, sofrimentos e angústias. Fatos estes que podem nos levar a compreensão do motivo pelo qual ela pensou em pôr fim em sua vida. No dia do atendimento talvez ela tenha vindo com mais pulsão de vida como um disfarce para ninguém atrapalhar os seus desejos, que neste momento era desejo de não sofrer mais.

Eu quero uma família, filhos... primeiro eu quero trabalhar e ter uma casa, depois um marido, filho e ser feliz. Mas primeiro eu preciso me libertar dos meus traumas de medo e culpa. (Ana)

REFERÊNCIA

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: Epidemiologia. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, set./dez. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 nov. 2016.

BRAGA, L.L; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 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>. Acesso em: 01 nov. 2016.

CALLIGARIS, Contardo. *Cartas a um jovem terapeuta: reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos*. Rio de Janeiro: Alegro, 2004.

CAMPOS, Érico Bruno Viana. Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 13-24, jan./jul. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v12n1/a03.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

CASSORLA, Roosevelt Moisés Smeke. Considerações sobre o suicídio. In: R. M. S. Cassorla (coord.). *Do suicídio: Estudos brasileiros*, Campinas, São Paulo: Papiros, 1991. p. 17-26.

CREMASCO, M. V. F.; BRUNHARI, M. V. Da angústia ao suicídio. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 785-814, set. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482009000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 nov. 2016.

MOREIRA, L. C. O.; BASTOS, P. R. H. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicol. Esc. Educ.*, Maringá, v. 19, n. 3, p. 445-453, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000300003>. Acesso em: 20 nov. 2016.

NASIO, Juan David. *Como trabalha um psicanalista?*. Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999.

NASIO, Juan David (Dir.). *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001.

NASIO, Juan David. *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1997.

ROUDINESCO, Elisabeth. *Por que a psicanálise?*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

STERIAN, Alexandra. *Emergências psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica*. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

ZIMERMAN, David E. *Psicanálise em perguntas e respostas: verdades mitos e tabus*. Porto Alegre: Artmed, 2005.