

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

RAÍSSA PASCHOALIN PALMIERI

A Psicologia e o cuidado em saúde mental à tentativa de suicídio na
adolescência

Maringá

2021

RAÍSSA PASCHOALIN PALMIERI

A Psicologia e o cuidado em saúde mental à tentativa de suicídio na
adolescência

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciência Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia na Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientadora: Profa. Dra. Ednéia José Martins Zaniani

Maringá
2021

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

P179p

Palmieri, Raíssa Paschoalin

A psicologia e o cuidado em saúde mental à tentativa de suicídio na adolescência /
Raíssa Paschoalin Palmieri. -- Maringá, PR, 2021.

164 f.: il., figs.

Orientadora: Profa. Dra. Ednéia José Martins Zaniani.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências
Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em
Psicologia, 2021.

1. Saúde mental. 2. Suicídio - Adolescentes. 3. Psicologia. 4. Psicólogos. I. Zaniani,
Ednéia José Martins, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências
Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. III. Título.

CDD 23.ed. 155.937

Elaine Cristina Soares Lira - CRB-9/1202

RAÍSSA PASCHOALIN PALMIERI

A Psicologia e o cuidado em saúde mental à tentativa de suicídio na adolescência

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciência Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

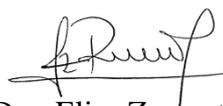
COMISSÃO JULGADORA



Profa. Dra. Ednéia José Martins Zaniani
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Prof. Dr. Álvaro Marcel Palomo Alves
PPI/Universidade Estadual de Maringá



Profa. Dra. Elisa Zaneratto Rosa
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP

Aprovada em: 14 de maio de 2021.
Defesa realizada por vídeo conferência.

AGRADECIMENTOS

À Ednéia, minha querida orientadora. Em tempos de tanta dificuldade, conseguimos em parceria concluir o trabalho. Agradeço pela confiança, incentivo e exemplo de professora e profissional.

Aos membros da banca de qualificação, por suas preciosas contribuições. Ao Prof. Dr. Nilson Berenchtein Netto, por sua generosidade e contribuições valiosas a respeito da temática do suicídio e seus desdobramentos. À Profa. Dra. Renata Heller de Moura, pela sua firmeza nas colocações sobre o desenvolvimento da pesquisa.

Aos membros da banca de defesa, Profa. Dra. Elisa Zaneratto Rosa e Prof. Dr. Alvaro Marcel Palomo Alves, por aceitarem de prontidão o convite e partilhar desse momento tão importante com contribuições que serão muito ricas ao trabalho.

Aos professores e funcionários do Departamento de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, por contribuírem com minha formação.

Às psicólogas participantes da pesquisa, que partilharam suas experiências profissionais e possibilitaram a construção desse trabalho.

A todos aqueles que me confiaram o atendimento psicoterapêutico na clínica e me possibilitaram entrar em contato com suas vidas, contribuindo para minha construção enquanto profissional.

À Valéria, minha supervisora clínica, que sempre me trouxe grandes contribuições para compreensão da teoria.

Ao meu companheiro de vida Leandro, pelo afeto e acolhimento nos inúmeros momentos de crises e reflexões.

À minha família, por sempre estar ao meu lado me apoiando em todas minhas escolhas.

Aos meus amigos, por compartilharem da vida, das reflexões, alegrias e tristezas.

“[...] Como é que posso com este mundo? A vida é ingrata no macio de si; mas transtraz a esperança mesmo do meio do fel do desespero. Ao que, este mundo é muito misturado.”

(João Guimarães Rosa, Grande Sertão: Veredas)

PALMIERI, R. P. (2021). A Psicologia e o cuidado em saúde mental à tentativa de suicídio na adolescência. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, PR.

RESUMO

O suicídio na adolescência ainda é compreendido de forma moralizante, considerado um ato exclusivo da vontade individual e oriundo da incapacidade de controle da própria conduta. A consequência dessa concepção naturalizada é a estigmatização do sujeito e a incompreensão dos diversos fatores (sociais, culturais, econômicos, de opressão, violências e desigualdades de classe, gênero e raça/etnia, entre outros) que podem estar relacionados ao ato suicida. Neste trabalho, reconhecemos o suicídio como um fenômeno social e produto do sofrimento da vida em sociedade, um fenômeno multideterminado, entrelaçado a situações complexas e singulares da existência de cada sujeito. Essa complexidade, nos leva a refletir sobre algumas das particularidades do sofrimento psíquico da adolescência na atualidade e a tentativa de suicídio considerada como sintoma grave e indicativo da necessidade de cuidados em saúde mental. Assim, essa pesquisa objetivou refletir sobre o cuidado em saúde mental voltado aos adolescentes que fizeram tentativa de suicídio, tomando a atuação dos psicólogos como ponto de partida para essa reflexão. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e de campo, orientada por leituras críticas da Psicologia Sócio-Histórica, pautadas no materialismo histórico dialético. Essa orientação teórico-metodológica nos convida a pensar na relação dialética entre o mundo objetivo e o subjetivo, olhando para o sujeito singular como parte da totalidade social. Também nos valem das contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença e da lógica da Atenção Psicossocial, para embasar um pensamento crítico sobre o cuidado em saúde mental aos que fizeram tentativa de suicídio. Utilizamos para a pesquisa, entrevistas semiestruturadas, ouvindo um total de 20 psicólogas, sendo 10 atuantes da rede pública de saúde em serviços da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS e outras 10 trabalhadoras autônomas da cidade de Maringá-PR. As entrevistas foram categorizadas e analisadas com a metodologia dos *Núcleos de Significação*. Na análise observamos a prevalência de concepções naturalizadas de adolescência e saúde mental. As psicólogas explicam o suicídio relacionando-o à existência de um sofrimento psíquico intenso e de situações que envolvem a vida privada dos sujeitos. No cuidado à saúde mental supervalorizam a psicoterapia individual e o uso do medicamento para extinção dos sintomas. Sentem-se angustiadas e despreparadas emocional e academicamente para lidar com o suicídio, porém reconhecem-se responsáveis por esse adolescente e desejam ofertar-lhe o melhor acolhimento e cuidado possível. Esperamos com esse estudo contribuir para a compreensão do suicídio como fenômeno complexo e multideterminado, que escapa à competência de um único profissional ou ciência, cujo foco precisa se alinhar a um sentido mais amplo e compartilhado de cuidado em saúde mental, sobretudo fazendo mediações e engajando-se em lutas coletivas pela garantia de oportunidades que mirem no horizonte o desenvolvimento integral desses sujeitos.

Palavras-chave: Saúde Mental, Psicologia, Adolescência, Suicídio.

PALMIERI, R. P. (2021). Psychology and mental health care for suicide attempts in adolescence. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, PR.

ABSTRACT

Adolescent suicide is still understood in a moralizing way, considered an exclusive act of individual will that arises from an inability to control one's conduct. The consequence of this naturalized conception is the stigmatization and misunderstanding of the subject and the impediment of the understanding of the various factors (social, cultural, economic, oppression, violence and inequalities of class, gender and race/ethnicity, among others) that may be related to the suicidal act. In this work, we recognize suicide as a social phenomenon and a product of the suffering of life in society, a multidetermined phenomenon, intertwined with complex and singular situations of the existence of each subject. This complexity, leads us to reflect on some of the particularities of the psychological suffering of adolescence today and the suicide attempt as a serious symptom and indicative of the need for mental health care. Thus, this research aimed to reflect upon mental health care for adolescents who attempted suicide, considering the role of psychologists as a starting point for this reflection. It is a qualitative, exploratory and field research, guided by critical readings from Socio-Historical Psychology, based on dialectical historical materialism. This theoretical-methodological orientation invites us to think about the dialectical relationship between the objective and the subjective world, looking at the singular subject as part of the social totality. We also used the contributions of the health-disease process social determination theory and the logic of Psychosocial Care, to support critical thinking about mental health care for those who attempted suicide. For the research, we used semi-structured interviews, listening to a total of 20 psychologists, 10 of whom work in the public health network services of the Psychosocial Care Network-RAPS and another 10 self-employed workers in the city of Maringá-PR. The interviews were categorized and analyzed using the methodology of the *Nuclei of Meanings*. In the analysis, we observed the prevalence of naturalized conceptions of adolescence and mental health. Psychologists explain suicide by relating it to the existence of intense psychological suffering and situations that involve the subjects' private lives. In mental health care, individual psychotherapy and the use of medication for the extinction of symptoms are overvalued. Psychologists feel distressed and unprepared emotionally and academically to deal with suicide, however, they recognize themselves responsible for this adolescent and wish to offer them the best possible welcome and care. With this study, we hope to contribute to the understanding of suicide as a complex and multidetermined phenomenon, that escapes the competence of a single professional or science, whose focus needs to align with a broader and shared sense of mental health care, seeking to face inequalities and violence, fight for quality public policies, but above all, to build mediations and engaging collective fights for the guarantee of opportunities that aim at the integral development of these subjects on the horizon.

Keywords: Mental health, Psychology, Adolescence, Suicide.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
SEÇÃO I - PSICOLOGIA, CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO E HISTORICIDADE	19
1.1 Breve percurso histórico da Psicologia	19
1.2 A constituição sócio-histórica do Sujeito e da sua Subjetividade.....	24
SEÇÃO II - A ADOLESCÊNCIA E A EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: UM OLHAR SÓCIO-HISTÓRICO E PSICOSSOCIAL	36
2.1 O desenvolvimento da adolescência	36
2.2 Interface adolescência, instituição escolar e mercado de trabalho.....	43
2.3 Interface adolescência e instituição familiar	48
2.4 A experiência do sofrimento psíquico na Adolescência: reflexões a partir da teoria da determinação social do processo saúde-doença e da lógica psicossocial	53
SEÇÃO III - SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: UMA LEITURA SÓCIO-HISTÓRICA	67
3.1 Breve construção sócio-histórica do fenômeno suicídio.....	67
3.2 O suicídio na adolescência como fenômeno da atualidade	77
3.3. Especificidades do enfrentamento do fenômeno e cuidado em saúde mental dos sujeitos com histórico de tentativa de suicídio	83
SEÇÃO IV - METODOLOGIA DA ANÁLISE: SÍNTESE DAS MÚLTIPLAS DETERMINAÇÕES	88
4.1 A Psicologia Sócio-Histórica como orientadora da pesquisa	88
4.2 Breve caracterização do campo da pesquisa e dos profissionais que colaboraram com o estudo	93
4.3 Núcleo de significação 1: A compreensão do psicólogo sobre o suicídio e a tentativa de suicídio	98
4.4 Núcleo de significação 2: O cuidado em saúde mental e o enfrentamento do suicídio .	114
4.5 Núcleo de significação 3: Perspectivas e afetos dos psicólogos envolvidos com os atendimentos de tentativas de suicídio	134
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	147
REFERÊNCIAS	154
APÊNDICES	163

INTRODUÇÃO

*“A dialética abarca a natureza, o pensamento, a história: é a ciência em geral, universal ao máximo. Essa teoria do marxismo psicológico ou dialética da psicologia é o que eu considero psicologia geral”
(Vigotski 1999/1934, p. 393).*

Minha trajetória na Psicologia se iniciou quando adentrei o curso em busca de encontrar respostas às minhas inquietações sobre a sociedade, a forma de viver e as relações humanas. Durante o período da graduação, me interessei sobre o desenvolvimento humano, principalmente o infantil e, no contato com a Psicologia Sócio-Histórica¹, encontrei uma compreensão de homem e de mundo que respondia a algumas dessas inquietações.

No segundo ano do curso, iniciei como estagiária em um Projeto de Extensão de Atendimento Psicoeducacional, realizado na Unidade de Psicologia Aplicada (serviço escola) da Universidade Estadual de Maringá – UEM, o qual atende crianças com problemas de escolarização, dificuldades de aprendizado e queixa de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Neste estágio, visualizei na prática a compreensão de homem e de mundo da teoria, bem como as possibilidades de trabalho com a criança em desenvolvimento. Em paralelo ao estágio, participei de duas Iniciações Científicas na área da Psicologia Escolar, nas quais pesquisei sobre o desenvolvimento da atenção voluntária e o uso de medicamentos em crianças com queixa de TDAH. No processo de realização dessas pesquisas, aprendi a importância do desenvolvimento de estudos científicos na construção do conhecimento e instrumentalização da prática em Psicologia.

No quinto ano, com a exigência do estágio obrigatório na área de Saúde e Processos Clínicos, iniciei o atendimento clínico individual e me interessei pela aplicação da Psicologia Sócio-Histórica nesse contexto. A partir da experiência clínica, observei que em relação a outras teorias, essa tem poucos materiais elaborados que discutam o trabalho clínico. O acesso a poucos materiais nesse momento da graduação, me deixou angustiada e aflita. Foi a partir de

¹ A Psicologia Sócio-Histórica tem como base teórico-metodológica o Materialismo Histórico Dialético cunhado por Marx (1818-1883) e Engels (1820-1895). No Brasil essa Psicologia vem sendo difundida especialmente desde os trabalhos de Silvia Lane e continuada por seu grupo de pesquisa na PUC-SP. Inclui além das contribuições da escola russa de Vigotsky, as de autores que comungam de uma visão crítica de homem e de mundo e que compartilham dessa mesma base teórico-metodológica.

então, que comecei a pensar na possibilidade de uma pesquisa no mestrado que envolvesse a teoria e a prática do profissional psicólogo dentro dessa perspectiva teórica.

No início da atuação profissional clínica, me deparei com o fenômeno do suicídio na adolescência. As vivências dos atendimentos com essa demanda me trouxeram sentimentos de dúvidas sobre como deveria ser o manejo nesses casos; sentimento de impotência diante das situações cujas resoluções não estavam ao meu alcance; preocupação sobre quais instrumentos e recursos precisaria oferecer ao sujeito; e uma angústia por muitas vezes não conseguir instrumentalizá-lo como eu considerava ser necessário para lidar com as situações do cotidiano, e isso por conta das condições materiais de vida que o sujeito dispunha.

Em busca de estudos e uma compreensão mais ampla sobre o assunto, me deparei com uma Psicologia que estuda o fenômeno do suicídio – o qual, quando comparado a outros fenômenos, tem poucas produções científicas², e mais do que isso, possui escassas referências críticas. Para averiguar como o suicídio estava sendo discutido nas pesquisas de Psicologia, realizei um levantamento não sistemático no primeiro semestre de 2019, com os descritores “suicídio + adolescência”, no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), onde ficam arquivadas todas as teses e dissertações dos Programas de Pós-Graduação do Brasil. Nessa busca, foram utilizados dois filtros: o primeiro sobre os últimos dez anos (2009-2018) de publicação, no qual foi possível encontrar 5466 trabalhos; e o segundo sobre a área de conhecimento, onde foram encontrados 944 trabalhos.

A partir desse levantamento preliminar, 8 trabalhos que conjugavam as palavras suicídio, adolescência e/ou infância no título, foram encontrados; dos quais, 7 eram dissertações de Mestrado, e o outro, uma tese de Doutorado. Entre esses, o de Braga (2011), Faria (2014), Herênio (2016) e Henrique (2017), são tomados aqui para exemplificar como o assunto vem sendo estudado pela Psicologia³, e sobretudo no tocante ao suicídio que ocorre na infância e adolescência.

Dentre os trabalhos encontrados, a dissertação de Faria (2014) realizou um estudo empírico com 371 adolescentes, na faixa etária entre 12 e 18 anos, residentes em uma cidade no interior do Goiás. Seu objetivo foi avaliar os índices de ideação e tentativa de suicídio dos adolescentes. Verificou-se, dentre os jovens, 12,7% de tentativas de suicídio nos últimos 12 meses; e 18,2% de pensamentos suicidas. A autora utilizou um instrumento intitulado *Youth*

² Não podemos deixar de mencionar alguns precursores dos estudos brasileiros sobre o suicídio, como a psicóloga Maria Luiza Dias e o médico e psicanalista Roosevelt Cassorla.

³ Os outros quatro trabalhos encontrados são: Costa (2010), Velásquez (2017), Dias (2018) e Guimarães (2018).

Self Report (YSR,) desenvolvido por Achenbach em 1991, para averiguar a relação entre ideação e tentativa de suicídio, por meio do autorrelato de problemas de comportamento. Após pesquisa e análise, constatou que ambas as situações tiveram ligação com ansiedade; isolamento social; depressão; problemas somáticos, sociais e de atenção (internalizantes e externalizantes); quebrar regras; e comportamento agressivo. Faria (2014) propõe que seu estudo seja utilizado para o desenvolvimento de políticas públicas e de atenção à saúde.

Outra pesquisa de mestrado realizada no estado de Goiás, por Herênio (2016), destaca o aumento significativo nas taxas de suicídio entre os adolescentes, de forma a compreender essa fase como um fenômeno cultural. Para análise, o autor utilizou os dados sobre suicídio de sujeitos com idade entre 10 e 19 anos, disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). A partir dos resultados, averiguou-se que a maior incidência do suicídio se dava entre os 15 aos 19 anos. Esse estudo destacou uma tendência de aumento do suicídio entre adolescentes do sexo masculino de 10 a 14 anos. Como instrumento, o autor optou por utilizar o *Youth Self Report* (YSR), e tal como Faria (2014), também associou a ideação e a tentativa de suicídio aos problemas de comportamento. Por fim, concluiu a importância de estudos que abordassem as variáveis envolvidas no comportamento suicida de adolescentes, para em seguida, propor algumas medidas de prevenção.

Henrique (2017), em sua pesquisa de doutorado, também destacou a importância de identificar os fatores de risco e proteção ao suicídio para prevenir os casos entre os adolescentes e jovens. Em sua pesquisa, empreendeu uma análise a partir de uma amostra de estudantes do ensino médio. Por meio da Teoria do Apego, descrita por Bowlby em 1989, analisou a influência dos vínculos com pais e pares, a destacar os problemas emocionais e os indicadores diretos do comportamento suicida, como riscos ao suicídio. O autor salientou que o fortalecimento dos vínculos seria importante em intervenções que apontassem situações de risco e projetos de prevenção do suicídio.

Braga (2011), por sua vez, observou em sua pesquisa que os adolescentes que têm maior satisfação com a escola, possuem menor frequência de ideação suicida. A partir do “Questionário da Juventude Brasileira”, instrumento que inclui questões sobre violência intra e extrafamiliar e também sobre comportamento suicida, o autor concluiu que existe relação entre a vivência de uma violência e a ideação suicida.

Sobre os trabalhos acadêmicos expostos acima, podemos observar que Herênio (2016) compreende a adolescência como um fenômeno cultural e, assim como Faria (2014), trabalha com uma compreensão do suicídio mais voltada ao indivíduo. Isso acontece quando relacionam a ideação e a tentativa de suicídio com os chamados problemas de comportamento. Faria (2014)

também faz uma relação com o aparato biológico, quando diz que as situações que analisou, tiveram relação com a ansiedade, o isolamento social, a depressão, os problemas somáticos, sociais, de atenção, bem como internalizantes e externalizantes, de forma a trazer uma visão biologizante do fenômeno do suicídio. Braga (2011) e Henrique (2017) foram um pouco além do campo individual para explicar o fenômeno do suicídio. Os autores relacionaram a satisfação com a escola à menor frequência de ideação suicida, e o fortalecimento dos vínculos como um fator importante nas intervenções em situações de risco e elaboração de projetos de prevenção ao suicídio, respectivamente.

No recorte temporal escolhido (últimos 10 anos de pesquisas de pós-graduação no Brasil) e com os descritores utilizados à época, nenhuma produção utilizou uma leitura materialista histórica dialética para subsidiar teórico-metodologicamente o trabalho e analisar os dados, assim como nenhuma pesquisa abarcou uma discussão acerca do trabalho do Psicólogo junto a adolescentes com histórico de tentativa de suicídio, evidenciando, nesse sentido, a necessidade de avançarmos nos estudos dessa temática.

Dadas essas considerações, pensamos na possibilidade de investigar como vem sendo construído o cuidado em saúde mental dos sujeitos que tentaram o suicídio, a partir de uma análise que tomasse como aporte contribuições da Psicologia Sócio-Histórica e do materialismo histórico dialético, vez que percebemos ali, a oportunidade de colaborar com uma leitura crítica sobre o fenômeno. Consequentemente, ao ampliar as discussões suscitadas, objetiva-se estimular a busca por ferramentas e recursos tão necessários para o trabalho prático do profissional.

Retornando um pouco ao cenário sócio-histórico que antecedeu a idealização dessa pesquisa, lembramos que o fenômeno do suicídio ganhou destaque nas discussões dos profissionais da área da saúde como um todo, especialmente na última década. Notamos que após o lançamento de um seriado chamado *13 Reasons Why* (Por Treze Razões)⁴, o fenômeno ganhou ainda mais destaque pelas críticas que recebeu, sobretudo ao expor em um dos episódios, o ato de suicídio realizado pela personagem principal, a adolescente Hanna. Estudos e análises foram realizados nos Estados Unidos sobre o possível impacto dessa cena no público jovem, sendo divulgados por um jornal americano, *The Wall Street Journal*, no ano de 2019. A

⁴ *13 Reasons Why* é uma série de televisão americana baseada no livro *Thirteen Reasons Why* (2007), de Jay Asher, o qual foi adaptado por Brian Yorkey para a Netflix. A primeira temporada teve seu lançamento em 31 de março de 2017, e a segunda temporada em 18 de maio de 2018.

Netflix⁵ removeu esse episódio da primeira temporada por conta das dúvidas em função do mesmo aumentar o risco de suicídio entre adolescentes.

Existe um número expressivo de casos de suicídio e de tentativas na atualidade, os quais podem ser evidenciados nas diversas culturas existentes ao redor do mundo. No Brasil, verifica-se esse número a partir da divulgação do Boletim Epidemiológico pelo Ministério da Saúde (2017a), cujo cálculo demonstra 800 mil mortes por ano por essa causa no mundo e também pela argumentação de que a cada suicídio, existiriam outras 20 tentativas invisibilizadas de tirar a própria vida.

Tavares (2013) afirma que o suicídio ocorre após anos de sofrimento e tentativas frustradas de superá-lo, passando por um processo complexo que envolve a ideação suicida, o planejamento e a tentativa:

O comportamento suicida apresenta-se como um *continuum*, podendo ir da ideação suicida, com ideias mais ou menos vagas sobre a morte e morrer, ameaças de suicídio, elaboração de plano suicida, que podem culminar em um ato suicida fatal (suicídio) ou não (tentativas de suicídio). (Barrero, 1999; Bertolote, 2012 citado por Escola de Saúde Pública do Paraná [ESPP], 2019, p. 13)

Já a tentativa de suicídio, é considerada um comportamento autolesivo que não culminou na morte. Essas tentativas “[...] podem ocorrer de maneiras bastante diversas, sendo algumas planejadas com cuidado enquanto outras são feitas de maneira impulsiva”. (ESPPR, 2019, p. 11)

Segundo Berenchein Netto (2013), não devemos usar o termo suicídio para noticiar qualquer forma de tirar a própria vida, desconsiderando o fato, a intencionalidade, os meios utilizados, as motivações e todas as variáveis que o fenômeno requer que sejam analisadas de maneira mais ampla. Quando isso acontece, se desqualifica o ato e também se estigmatiza os sujeitos em razão de não possuírem presumivelmente controle da própria conduta, o que impede que todos os fatores envolvidos em sua morte sejam manifestados e assim, se verifique a relação da morte com a vida em sociedade. Para discutir sobre o assunto, o autor indaga:

[...] o que traz à tona uma série de mortes que se dão exatamente pela intenção do indivíduo de tirar a própria vida? E é isso que muitas vezes se tenta apagar, escamotear, esconder. Uma das formas que se tem para fazer isso, comumente, é utilizar do biologicismo. É lógico que, no discurso, todos nós, principalmente os profissionais da saúde, sempre recorremos à questão do biopsicossocial, à necessidade de se olhar para os diversos aspectos constituintes do psiquismo, para as diversas esferas da vida dos indivíduos, porém, cotidianamente não costuma ser isso o que nós produzimos ou reproduzimos. (Berenchein Netto, 2013, p. 18)

⁵ Netflix é uma provedora global de filmes e séries de televisão via *streaming* (transmissão contínua). Atualmente conta com mais de 100 milhões de assinantes pelo mundo, foi fundada em 1997 nos Estados Unidos.

O autor destaca que o suicídio é interpretado atualmente de uma forma moralizante; um fenômeno negativo do qual se busca um distanciamento, querendo escondê-lo ou afastá-lo; um tabu que as pessoas não querem discutir sobre, porque contraria o fato de a sociedade buscar manter a vida de qualquer modo. Nesse sentido, quando um sujeito tenta ou consegue tirar de forma voluntária a própria vida, é considerado socialmente como um *louco* (Berenchtein Netto, 2013).

Tendo como base a Psicologia Sócio-Histórica, nos propomos a refletir sobre o cuidado em saúde mental voltado aos adolescentes que fizeram tentativa de suicídio. Sabe-se, no entanto, que muitas vezes o suicídio é considerado um ato exclusivo da vontade individual, sem influência do contexto histórico, das relações estabelecidas e das condições materiais de sua existência. Tem sido comumente explicado como um fenômeno natural, ligado ao biológico e à experiência individual. Esse modo de explicá-lo nos fez refletir sobre como o profissional de psicologia tem compreendido e trabalhado o fenômeno do suicídio, sobretudo com aqueles que fizeram a tentativa de suicídio e demandam, por essa razão, cuidados em saúde mental.

Segundo Berenchtein Netto (2013) produzimos e reproduzimos um psicologismo na hora de explicar sobre o assunto. Em suas palavras, o “[...] psicologismo vai se dar, principalmente, por uma descontextualização e uma atemporalização na hora de estudar, analisar e compreender os fenômenos, bem como a atribuição a características individuais e psíquicas de fenômenos que são sociais e políticos” (pp. 19-20). O autor pontua que quando nos propomos a analisar o suicídio dentro dessa sociedade, a qual pauta-se na exploração, opressão, desigualdade, competitividade e individualismo – temos desconsiderado essas questões.

No tocante às ações propostas pela saúde pública brasileira, lembramos que por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – do Sistema Único de Saúde (SUS) – que com seus diversos componentes e pontos de atenção, direciona o atendimento da população para serviços de saúde mental abertos e de base comunitária, com intuito de aumentar o acesso aos cuidados em saúde mental, valorizando o acolhimento, o vínculo e o acompanhamento contínuo e integral da população, levando em consideração os níveis de complexidade das demandas e as necessidades de cada caso (Ministério da Saúde, 2011).

Antes mesmo da implementação da RAPS, lembramos que a Política de Saúde Mental no Brasil, sobretudo a partir dos anos 2000, estava às voltas com a reestruturação do modelo de atenção ofertado àqueles que sofrem psiquicamente, bem como em busca de implantar e implementar um modo antimanicomial de cuidados em saúde mental: em liberdade,

longitudinal, no território, em equipe interdisciplinar e compartilhado com uma rede intersetorial. Essa reestruturação, não podemos deixar de dizer, foi fruto de uma luta coletiva daquilo que ficou conhecido como Movimento da Reforma Psiquiátrica, o qual, a partir do final da década de 1970, buscou mudanças na assistência psiquiátrica; e ao fim da década de 1980, se ampliou e se desdobrou na busca pela construção de um novo paradigma e a defesa do lema “por uma sociedade sem manicômios” (Amarante, 2007).

Uma proposta de cuidado com a Saúde Mental Infantojuvenil mais concreta e alinhada com os princípios do SUS, se fez somente com a reestruturação da proposta subsidiada pela lógica da Atenção Psicossocial⁶. Com tal lógica, o objetivo do cuidado em saúde mental deixou de ser a cura, passando a ser a produção de vida e de novas formas de sociabilidade. A intervenção não deveria mais se dar sobre a doença, mas antes voltar-se à existência-sofrimento do sujeito em suas particularidades. Assim, durante o trabalho, dialogamos com as contribuições da lógica da Atenção Psicossocial porque acreditamos que seu ideário socializador pode contribuir expressivamente para avançarmos na busca por um cuidado mais amplo e integral. Ademais, compreende-se que tais contribuições podem rebater positivamente sobre a atuação do psicólogo, seja ela em qual campo for.

A complexidade do fenômeno do suicídio nos leva a refletir sobre algumas das particularidades do sofrimento psíquico da adolescência na atualidade. Esclarecemos que não foi intenção deste trabalho se voltar à discussão dos chamados transtornos mentais na adolescência, na acepção da nosologia psiquiátrica, mas refletir sobre o mal-estar, o desconforto e as dores emocionais que envolvem a experiência complexa do sofrimento psíquico. Esclarecemos ainda que partimos de uma concepção ampliada do processo saúde-doença, cujo entendimento é o de que não existe um modo universal de viver a saúde, tampouco existe apenas uma forma de viver a existência-sofrimento.

Isto posto, ao pensarmos a experiência do sofrimento psíquico e sua manifestação na adolescência, utilizamos, além das contribuições da Psicologia Sócio-Histórica, a perspectiva da abordagem teórico-conceitual da determinação social do processo saúde-doença, a qual, ao se fundamentar igualmente no materialismo histórico dialético, foi a base do pensamento crítico da saúde coletiva brasileira, de modo a alimentar o movimento da Reforma Sanitária que culminou na criação do SUS.

⁶ A lógica da Atenção Psicossocial pode ser definida como um conjunto de experiências, ações teórico-práticas, políticas, ideológicas e éticas que se inscrevem historicamente como capazes de superar o paradigma psiquiátrico (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003).

Com o avanço do cuidado em saúde mental no SUS, o Ministério da Saúde, nos Cadernos de Atenção Básica na Saúde Mental (Brasil, 2013), em suas Diretrizes gerais para capacitar os profissionais de saúde na identificação de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes, colocou a tentativa de suicídio como sintoma grave e indicativo da necessidade de cuidados em saúde mental, ressaltando:

Vale a pena investigar se há tentativas prévias recentes. Este é o maior indicador de risco. Por outro lado, há certas tentativas que são tropeços, descuidos e o adolescente consegue se dar conta disso e vai relutar em procurar um serviço de Saúde Mental, correndo o risco de não receber escuta alguma. Procure escutá-lo sem preconceitos, convide-o a tentarem compreender juntos o sentido daquela tentativa e os desdobramentos. Nunca desqualifique o problema. (Ministério da Saúde, 2013, p. 111)

O Ministério da Saúde orienta o profissional a acolher esse adolescente e oferecer-lhe amparo, no sentido de buscar entender como esse sujeito está e o porquê daquela tentativa. Assim, sugere que se discutam tais acontecimentos e em casos de emergência, se considera ainda a possibilidade do encaminhamento a um CAPS, CAPSi ou outra unidade de acolhimento durante a crise; nestas situações, “a equipe da AB deve manter o acompanhamento e a corresponsabilização pelo caso” (Ministério da Saúde, 2013, p. 110).

No que tange medidas específicas ao enfrentamento do fenômeno do suicídio, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todo o território nacional articulando o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais. Nessa Portaria, diversas orientações ganharam destaque, como:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas, entre outras. (Ministério da Saúde, 2006)

O Ministério da Saúde tomou como meta reduzir em 10%, no Brasil, a mortalidade por suicídio até 2020. Para tanto, o país tornou-se signatário do Plano de Ação em Saúde Mental, lançado em 2013, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). De acordo com o Ministério da Saúde, entre os anos de 2017-2018, o plano teria habilitado 109 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em 20 estados. Segundo esses dados, nos locais onde existem CAPS –

uma iniciativa do SUS –, o risco de suicídio se reduziria em até 14% (Ministério da Saúde, 2018).

Por meio da discussão realizada até aqui, levantamos a questão: como os profissionais da Psicologia que atuam diretamente junto àqueles adolescentes que fizeram tentativas de suicídio, compreendem e propõem manejar esse fenômeno? Optamos por focar o fenômeno do suicídio quando este ocorre no período da vida chamado adolescência⁷, pois foi com esse público que tivemos contato no consultório particular, e porque, como já o dissemos, ainda são poucos os estudos que fazem a interface suicídio-adolescência em uma perspectiva crítica.

O enfrentamento do suicídio demanda estratégias diversas, que precisam envolver ações de prevenção, cuidado e posvenção⁸. Logo, o cuidado em saúde mental não é tarefa exclusiva do psicólogo, nem somente da política pública de saúde e saúde mental. Entretanto, acreditamos que refletir sobre o cuidado em saúde mental ofertado, tomando como exemplo a prática do profissional da Psicologia, pode contribuir com a construção de um conhecimento psicológico mais crítico e de práticas mais integrais junto aos adolescentes com experiências de sofrimento.

Com o objetivo geral de refletir sobre o cuidado em saúde mental ofertado a adolescentes que tentaram suicídio, tomamos a título de exemplo, o trabalho de profissionais da Psicologia atuantes na rede pública de saúde e em consultórios e hospitais particulares na cidade de Maringá-PR, que já atenderam/cuidaram de adolescentes com essa demanda. Desenvolvemos uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e de campo, buscando especificamente ampliar a compreensão do fenômeno do suicídio a partir de uma visão Sócio-Histórica; além de investigar o sentido do ato suicida para psicólogos que trabalham com o público infantojuvenil; compreender quais as causas que o psicólogo atribui ou consideram estar relacionadas ao suicídio na adolescência; e por fim, refletir sobre o modo como os psicólogos que atuam na rede pública e como profissionais liberais, acreditam que deva ser o enfrentamento deste fenômeno na adolescência.

Por meio de uma entrevista semiestruturada mediada por um roteiro disparador dos assuntos abordados⁹, ouvimos 10 psicólogos atuantes na rede pública de saúde – em serviços da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (especialmente os que trabalhavam nas Unidades

⁷ No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 1990, considera a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) circunscreve a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos). Nesta pesquisa, optamos por utilizar a faixa etária estabelecida pela OMS porque essa é usada como referência para os serviços de saúde.

⁸ O termo Posvenção foi desenvolvido por Shneidman (1973), e envolve estratégias que visam minimizar as consequências sofridas por aqueles que foram impactados pelo suicídio. Esse autor afirma que “posvenção do suicídio é uma forma direta de prevenção de futuros suicídios” (tradução livre) (ESPPR Virtual).

⁹ Conforme consta no Apêndice A.

Básicas de Saúde, no Centro de Atenção Psicossocial - CAPSi e na Emergência Psiquiátrica), bem como 10 psicólogos trabalhadores autônomos, isto é, que atuavam em clínicas particulares de saúde.

As entrevistas foram analisadas à luz da leitura Sócio-Histórica de homem e de mundo, uma vez que pesquisar qualitativamente por meio dessa teoria, é “focalizar o particular como instância da totalidade social, procurando compreender os sujeitos envolvidos e, por seu intermédio, compreender também o contexto” (Freitas, 2002, p. 26). Para melhor organização da análise, trabalhamos com a metodologia dos *Núcleos de Significação* proposto por Aguiar e Ozella (2006), buscando apreender o sentido atribuído pelos psicólogos ao cuidado em saúde mental de adolescentes com histórico de tentativas de suicídio, como também compreender o processo de produção destes sentidos. A análise articulou ainda contribuições da abordagem teórico-conceitual da determinação social do processo saúde-doença, pois esse processo “[...] envolve os processos biológicos e psicológicos e neles se expressa, mas há uma subordinação destes processos ao social, que os condiciona a se expressar de determinadas formas” (Almeida, 2018, p.76).

Considerando o que foi dito, a organização deste texto se divide da seguinte maneira: na seção I, discutimos sobre o trabalho da Psicologia a partir do século XIX, enfatizando como a visão de homem e de mundo vem sendo produzida por essa ciência, bem como a constituição Sócio-Histórica do Sujeito e de sua subjetividade. Na seção II, destacamos como a adolescência é entendida na nossa sociedade e como se dá o desenvolvimento da subjetividade a partir de uma leitura Sócio-Histórica. Em seguida, ressaltamos as interfaces da adolescência com a instituição escolar, mercado de trabalho, instituição familiar e a experiência do sofrimento psíquico na adolescência a partir da teoria da determinação social do processo saúde-doença e da lógica da atenção psicossocial.

Na seção III, propomos ampliar a compreensão do fenômeno do suicídio, discorrendo sobre como o tema é visto dentro da nossa sociedade e no decorrer da história da humanidade. Abordaremos sobre as especificidades do enfrentamento do fenômeno e cuidado em saúde mental dos sujeitos com histórico de tentativa de suicídio.

Na IV e última seção, apresentamos a metodologia da pesquisa e análise das entrevistas realizadas com os profissionais de psicologia, as quais se realizaram a partir de três *Núcleos de Significação*, sendo estes: a compreensão dos psicólogos sobre a tentativa de suicídio; as causas atribuídas ao fenômeno do suicídio; o cuidado em saúde mental; o enfrentamento ao suicídio; e a perspectiva e afetos dos psicólogos envolvidos nos atendimentos realizados com tentativa de suicídio. Por fim, apresentamos algumas reflexões para a conclusão do trabalho.

SEÇÃO I - PSICOLOGIA, CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO E HISTORICIDADE

*Ao afirmar que o horizonte primordial da psicologia deve ser a conscientização, se está propondo que o quefazer do psicólogo busque a desalienação das pessoas e grupos, que as ajude a chegar a um saber crítico sobre si próprias e sobre sua realidade.
(Martín-Baró, 1996, p. 17).*

Nesta seção, propomos discutir sobre a Psicologia como ciência e profissão no findar do século XIX, buscando compreender como ela se desenvolveu no Brasil, com o objetivo de visualizar como produziu – consonante a um dado contexto histórico e social –, uma visão prevalente de homem e de mundo. Na sequência, discorreremos sobre a constituição sócio-histórica do sujeito e da sua subjetividade objetivando suscitar reflexões sobre o desenvolvimento psíquico do homem e sua relação com a totalidade social.

1.1 Breve percurso histórico da Psicologia

A história da Psicologia teve início entre o final do século XIX e começo do século XX, se afirmando como uma ciência psicológica sob o domínio de referências positivistas e do modelo das ciências naturais. Neste início, ela teve necessidade de dar respostas à questão da objetividade e de seu *status* como ciência. Foi marcada por um período de condições históricas determinadas em que o homem era considerado um ser livre, racional e responsável por seus sentimentos – inserido em uma sociedade que o afirmava, mas ao mesmo tempo precisava produzir formas de controle para reduzi-lo à condição de instrumento ou objetivá-lo. Uma sociedade pautada no modo de produção capitalista, na construção de uma nova noção de indivíduo e de privacidade, de uma vivência e experiência de subjetividade individual como um modo psicológico (Kahhale & Rosa, 2009).

Figueiredo (1991) aponta que a ambiguidade do lugar do sujeito como dominador, liberto e reprimido, passa a ser reproduzido no plano teórico. Assim, as problemáticas a partir das diferentes teorias psicológicas elaboradas, passam a ser abordadas. Nesta pesquisa, esses problemas serão vistos com base na visão de homem e de mundo que a Psicologia foi referendando, tomando o sujeito tal qual um ser moldado pelo biológico e naturalizado, muitas vezes explicando-o apartado do contexto histórico e social no qual se desenvolvia.

Em relação às teorias psicológicas, Figueiredo (1991) pontua que existe um ecletismo na prática profissional que está muito presente entre os alunos dos cursos de Psicologia.

Segundo o autor, dentro da comunidade profissional, o ecletismo é a maneira que encontramos ao lidar com as contradições do projeto de psicologia como ciência independente. No entanto, o problema disso é que as contradições ficam camufladas. Para ele, na atualidade:

[...] a formação do psicólogo é, por um lado, de natureza polimorfa, o que se traduz em dispersão e superficialidade; de outro; enfrenta uma massa de alunos tão desorientada e indefinida quando a própria “ciência” que pretendem estudar e quanto a profissão que pretendem exercer (se é que pretendem uma coisa à outra). (Figueiredo, 1991, p. 202)

Retornando ao momento em que a Psicologia ganhou *status* de ciência autônoma no século XIX, principalmente na área do trabalho e escolar no auge das sociedades industriais capitalistas, competia ao psicólogo nessas duas áreas de atuação, selecionar, orientar, adaptar e racionalizar os homens para o aumento da produtividade. Com o decorrer dos anos, mediante novas exigências, foi demandado ao psicólogo mensurar as faculdades mentais por meio de testes psicológicos de inteligência, aptidão e personalidade, aplicados em processos de seleção e orientação escolar e profissional (Patto, 1987).

De acordo com Figueiredo (1991), além do foco da pesquisa psicológica na elaboração de técnicas, a Psicologia precisou fornecer no decurso do século XX, legitimações a fim de manter uma prática com aparência científica, quando, no entanto, era mais importante possuir técnicas e exibir o caráter de ciência aplicada do que a eficiência das técnicas na solução de problemas fora do ambiente específico em que fora elaborada e testada. Por isso, muitas vezes se denunciou sua desvinculação e descompromisso com os problemas práticos e o fato de submeter os fenômenos subjetivos aos interesses tecnológicos.

Servindo a esses interesses, quando o objeto de estudo da Psicologia é o comportamento, a partir do dualismo entre organismo e meio, existe uma influência da Biologia, pois se considera que o comportamento tem reações adaptativas e respostas a estímulos do ambiente. Essa influência abre espaço para ascensão de uma ideologia adaptacionista como concepção, a qual norteará a ação do psicólogo. Essa apropriação dos conceitos da Biologia pela Psicologia, segundo Patto (1987), é uma forma de mascarar a natureza das relações entre organismo e o meio natural dentro da sociedade, ou seja, mascara a existência das classes sociais, da ideologia e do poder, de forma a excluir a dimensão histórica dos fatos sociais. O trabalho do psicólogo consistiria apenas em racionalizar e adaptar o comportamento do indivíduo ao meio social.

No final do século XIX, a Psicologia começou a estudar o desenvolvimento infantil com o referido objetivo de adaptar o indivíduo ao seu meio. Ela começou a classificar e controlar os seres humanos, comparando o patológico ao normal, “sendo que a própria noção de normalidade surge dessa preocupação com a conduta, buscando torná-la inteligível e administrável” (Hillesheim & Guareschi, 2007, p. 82).

A Psicologia definiu parâmetros de normalidade e anormalidade dentro da sociedade, como também estabeleceu normas para orientar as crianças e os adultos, de forma a moldar suas condutas. A infância passou a ser entendida como uma etapa da vida, contendo características e direitos diferentes dos adultos. O sujeito foi considerado como ser natural nas interações com o meio em que se insere, por exemplo, a escola, o afeto, a socialização e os recursos culturais. Por conseguinte, estabeleceu-se um processo de normalização tendo como referência a infância da classe burguesa, membro de uma família nuclear (Hillesheim & Guareschi, 2007).

Na área clínica da Psicologia, a ideologia burguesa também se manifestava, uma vez que a psicoterapia visava a adaptação às normas sociais, e assim, a neurose era considerada como um problema de ordem social. No contexto escolar, se fez necessário instrumentalizar os alunos com o intuito de garantir a adaptação dos indivíduos a essas normas, isto é, ter pessoas capacitadas para trabalhar em uma sociedade industrial capitalista com aptidões e traços de personalidades adequados ao contexto. O papel do psicólogo era orientar e selecionar por meio da mensuração, as faculdades mentais individuais (Patto, 1987).

No Brasil, em 1962, ano em que a Psicologia foi reconhecida oficialmente como profissão, suas áreas de atuação prevalentes eram a clínica de consultório, a organizacional e a escolar. No contexto das lutas sociais relacionadas à Reforma Sanitária, que veio a se consolidar nos anos 1970, e ao movimento da Reforma Psiquiátrica, que teve seu início no final dessa mesma década – foram surgindo espaços nos quais pudessem pensar e introduzir mais um campo de atuação para o psicólogo: a saúde pública. Foi somente a partir da década de 1980, com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), que se verificou um aumento significativo de psicólogos inseridos nesse campo, comparado ao número histórico da profissão nesse ramo.

Ferreira Neto (2011) aponta algumas diferenças entre as práticas em consultórios particulares e as desenvolvidas na saúde pública, as quais foram sendo sentidas a partir da entrada do psicólogo no SUS. Dentre elas, o contato com as classes populares até então distantes da psicologia clínica, suscitou questionamentos a respeito da atuação e formação dos psicólogos. No SUS, houve também o contato com outras áreas do conhecimento, que fez com que o psicólogo entrasse em contato com outros saberes e práticas e trabalhasse em conjunto com os demais profissionais da saúde, o que não se evidencia nas clínicas particular, na qual o serviço prestado fica restrito à relação psicólogo-cliente. Por mais que em tese todos estejam em pé de igualdade, o campo da saúde ainda é hierarquizado e dominado pela categoria médica. Essas são algumas das razões que justificam a insustentabilidade da reprodução do modelo privado de atendimento, cuja prática, até então, era frequente na área da saúde. A esse respeito,

Ferreira Netto (2011, p. 107) salienta que se tornou necessário o “desenvolvimento de uma articulação necessária entre a prática clínica e o contexto mais ampliado da saúde coletiva”.

Com isso, pretendemos, por ora, somente mencionar o quão importante para a Psicologia, foi o SUS. Ademais, que a perspectiva crítica e ampliada de saúde inaugurada pela Saúde Coletiva e pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, contribui na construção de um novo olhar voltado ao processo saúde-doença¹⁰.

Quando pensamos sobre isso, precisamos lembrar que a Psicologia historicamente naturalizou o desenvolvimento humano, se mostrando acrítica e a-histórica, visto que não se preocupou, por vezes, em analisar todas as condições de vida do sujeito. Martín-Baró (1996), ao falar sobre o papel do psicólogo na sociedade, destaca a importância de se atentar à situação histórica dos povos e suas necessidades, porque quando não o fazemos, podemos estar compactuando com a preservação da ordem social vigente, com mecanismos de controle e repressão social, impossibilitando a necessidade de mudanças e reformas sociais.

Conforme Kahhale e Rosa (2009), a Psicologia parece ter uma necessidade de construir campos teóricos que apreendam e expressem a complexidade da constituição do seu objeto de estudo, e, portanto, construir teorias por meio das quais possam considerar a possibilidade de superar essa naturalização. Dentre tais possibilidades, tem-se a Psicologia Sócio-Histórica, que leva em conta a historicidade para analisar o sujeito:

Nessa perspectiva teórica, busca-se produzir conhecimento crítico em Psicologia, o que significa não se submeter ao pensamento hegemônico; significa a busca pela historicidade dos fenômenos, na sua base concreta material; significa explicitar e romper com processos alienantes, tanto singulares como coletivos. Significa produzir um conhecimento que responda de maneira cada vez mais satisfatória às necessidades trazidas pelo desenvolvimento histórico das sociedades humanas (Kahhale & Rosa, 2009, p. 24).

Para isso, é importante pensar criticamente a realidade e identificar a gênese dos fenômenos, assim como analisar a história desse sujeito, localizando-a dentro de uma realidade social mais ampla, e reconhecendo-o como possuidor de um papel ativo, para, por fim, conseguir desnaturalizar os fenômenos e as teorias psicológicas (Kahhale & Rosa, 2009). Essa forma de pensar criticamente a psicologia, pode ser encontrada em Martín-Baró, quando ele propõe que os profissionais pensem sobre sua prática. A seu ver, isso não diz respeito ao que cada um pretende fazer com a psicologia, mas antes “[...] o *quefazer* psicológico; que efeito

¹⁰ Sobre a construção desse novo olhar para o processo saúde-doença, discutiremos na seção II, quando tratarmos sobre o sofrimento psíquico na adolescência.

objetivo a atividade psicológica produz em uma determinada sociedade” (Martín-Baró, 1996, p. 13).

Martín-Baró (1996) adverte que muitas vezes, a atenção do profissional está centrada no atendimento dos setores sociais mais ricos e focada, por certo, somente nas raízes pessoais do problema, sem se atentar aos fatores sociais. Essa forma de trabalho implica no não questionamento do contexto sócio-histórico, buscando uma solução dos problemas no próprio indivíduo. Isso propicia à psicologia, se tornar um recurso viabilizador da reprodução do sistema social.

Somente quando passarmos a discutir sobre a ausência ou mesmo negação da historicidade na elaboração das teorias psicológicas – de forma a demonstrar que a naturalização e a a-historicidade fazem parte do conhecimento que temos a respeito do homem, da gênese de sua subjetividade e dos fenômenos psicológicos –, é que iremos perceber como isso atrapalhou a elaboração de um saber crítico dentro da Psicologia. Essa forma de ver o sujeito implica em não se atentar ao fato de que as leis sociais não são naturais, bem como em analisar apenas o âmbito individual da vida, sem se preocupar com as mediações sócio-históricas que ele construiu. Como consequência, “[...] constrói-se um saber conservador e pactuado com o *status quo* social, impedindo ou negando a constituição do sujeito da transformação social, de modo que esse saber possa orientar sua práxis na direção da construção de relações sociais mais igualitárias” (Kahhale & Rosa, 2009, pp.19-20).

A Psicologia Sócio-Histórica assume um saber crítico junto a uma concepção materialista histórica dialética, a qual compreende o processo histórico humano por meio das “[...] determinações fundamentais da base material sobre a superestrutura, num processo necessariamente dialético. A base material da sociedade encerra um processo contraditório entre as relações sociais de produção e o desenvolvimento de forças produtivas” (Kahhale & Rosa, 2009, p. 25). Isto é, entende-se a transformação da realidade a partir da historicidade e da dialética, e analisa-se, por conseguinte, as ações dos homens na construção do real.

Ao examinar o papel do profissional na atualidade, é importante retornar às raízes históricas da psicologia, onde se iniciou a limitação de análise do psicólogo a partir da conduta do indivíduo e não pela consciência humana. Segundo Martín-Baró (1996, p 14), a consciência é “[...] onde cada pessoa encontra o impacto refletido de seu ser e de seu fazer na sociedade, onde assume e elabora um saber sobre si mesmo e sobre a realidade que lhe permite ser alguém, ter uma identidade pessoal e social”, nesse sentido, a consciência abarca, antes de tudo, a imagem que as pessoas possuem de si mesmas.

À medida que o profissional tenha como objetivo os processos da consciência, ele passará a visualizar os indivíduos como membros de uma coletividade, tal qual:

[...] na práxis quotidiana, na maioria das vezes implícito, estruturalmente inconsciente, e ideologicamente naturalizado, enquanto adequado ou não às realidades objetivas, enquanto humaniza ou não às pessoas, e enquanto permite ou impede os grupos e povos de manter o controle de sua própria existência. (Martín-Baró, 1996, pp.14-15)

Oliveira (2005) destaca que o psicólogo ou pesquisador, de forma direta ou indireta, deve estar em busca de propiciar ao sujeito uma mudança nele próprio, e/ou uma transformação na comunidade em que ele esteja inserido. O profissional de psicologia que objetiva ter uma atuação com base no que foi exposto, deve levar em conta os valores éticos existentes, que também são construídos historicamente. No percurso de construção, tais valores podem ser consolidados ou enfraquecidos, de modo a possibilitar espaço para outros valores e a promover a busca permanente da emancipação humana como um desafio histórico, coletivo, e ao mesmo tempo pessoal, pois envolve a forma de atuação do profissional.

Compreendemos que as reflexões realizadas por ora, são importantes para discutir o cuidado da saúde mental infantojuvenil. As concepções de homem e de mundo do profissional, o orientam na realização desse cuidado. Portanto, a maneira como o profissional compreende esse sujeito, o auxilia a construir e desenvolver instrumentos psíquicos e materiais para o enfrentamento da realidade e daquilo que produz, em grande parte, modos de experienciar o sofrimento, além de aspirar a possibilidade de mudança e transformação da mesma.

1.2 A constituição sócio-histórica do Sujeito e da sua Subjetividade

A partir das reflexões desenvolvidas anteriormente sobre o breve percurso da Psicologia, notamos como essa ciência contribuiu na construção de uma concepção de homem e de mundo acrítica e a-histórica, dicotomizada e naturalizada. Na contramão dessa compreensão, abordaremos algumas categorias a partir de uma leitura Sócio-Histórica, as quais nos auxiliarão na compreensão do desenvolvimento histórico e social do homem e da constituição da sua subjetividade.

A Psicologia Sócio-Histórica tem a subjetividade como objeto de análise, de modo a considerar sua constituição como um processo dinâmico. A subjetividade, dessa forma, diz respeito:

[...] a síntese singular e individual que cada um de nós vai constituindo conforme vamos nos desenvolvendo e vivenciando as experiências da vida social e cultural; é uma síntese que nos identifica, de um lado, por ser única, e nos iguala, de outro lado, na medida em

que os elementos que a constituem são experienciados no campo comum da objetividade social. (Bock, Furtado & Teixeira, 2018, p. 28)

Por mais íntima que a subjetividade possa aparentar, faz-se necessário destacar que partimos do entendimento que sua constituição compreende no encontro com o outro, à medida que o sujeito constrói sua existência no mundo objetivo, a se inserir em uma cultura e se apropriar (ou não) dos bens materiais e imateriais produzidos pelas gerações que o precederam.

Com o intuito de compreendermos a dinâmica desta constituição, a análise de algumas categorias é imprescindível. Essas categorias se referem a construções/ideias que carregam o movimento da realidade ou de um fenômeno, com contradições e historicidade. Além disso, também são abstrações que se desenvolvem na realidade e podem orientar a investigação de processos permeados de múltiplas determinações, nexos e contradições que não se manifestam em uma relação direta com o fenômeno.

Na análise das categorias, busca-se, de maneira consciente, entender como ocorre o movimento, as relações, as transformações dos fatos e a necessidade de se ter ferramentas para isso. Dessa forma, “[...] as categorias de análise cumprem a função de auxiliar a desvendar os fenômenos, saindo do nível das aparências para apreender seu processo e concretude; suas relações, seu movimento” (Kahhale & Rosa, 2009, p. 26). Posto isso, cabe destacar que neste trabalho, as categorias analisadas serão: a historicidade; a consciência; a atividade; a linguagem; o sentido; o significado e a afetividade.

A historicidade, por sua vez, nos auxilia na compreensão da leitura sócio-histórica da subjetividade e de seus processos. É por meio desta categoria que se compreende a realidade fundamentada em conteúdos por meio dos quais se identificam os fenômenos; a sua relação com a produção humana e as relações com os grupos sociais definidos pelo lugar social que os produz nas contradições da base material. Portanto, “[...] os atos e os acontecimentos sociais e pessoais são produtos da ação dos homens entre si no mundo; são simbolizados e possuem intenções e significados construídos nesse processo de existência” (Kahhale & Rosa, 2009, p. 35). Assim, podemos entender que existe uma diferença entre os acontecimentos da ordem natural, social e humana, no tocante ao processo de humanização do homem, e, da mesma maneira, a complexa relação entre a trajetória humana e a natureza.

Para se conhecer qualquer fenômeno, precisamos entendê-lo em seu processo histórico, abranger a complexidade do real e dos fenômenos humanos, analisar a diversidade e as contradições no processo da dialética entre a natureza, a sociedade, o indivíduo e os grupos sociais que estão dentro do processo de subjetivação e objetivação da vida humana (Kahhale & Rosa, 2009).

Nessa lógica, o profissional da Psicologia precisa considerar que “[...] a atuação do psicólogo fundamenta-se necessariamente na compreensão de como a singularidade se constrói na universalidade e, ao mesmo tempo e do mesmo modo, como a universalidade se concretiza na singularidade, tendo a particularidade como mediação” (Oliveira, 2005, pp. 1-2). Isto significa dizer que a universalidade (gênero humano) por meio da particularidade (sociedade), quer seja, a atividade humana e social – se concretiza de forma histórica e social na singularidade (indivíduo), construindo uma essência que não é um produto biológico, mas antes histórico e social, portanto, necessita ser objetiva e apropriada por cada indivíduo singular ao longo de sua vida em sociedade.

Nas palavras de Oliveira (2005), na atuação profissional, a relação singular-particular-universal deve ser compreendida por meio da problemática em que o psicólogo está trabalhando. Logo, a relação deve ser considerada em várias amplitudes, isso porque precisa ter claro a humanização do homem. Essa humanização ocorre a partir da relação indivíduo-sociedade, na qual uma relação mais ampla de indivíduo-genericidade está dentro, e esta diz respeito à associação do homem com o gênero humano, abarcando a relação de cada indivíduo singular com as objetivações humanas consolidadas historicamente, passando de uma geração à outra. Nesse sentido, lembra a autora que:

São objetivações que precisam ser apropriadas, pelo indivíduo, para que possa dominar o sistema de referências do contexto em que vive e, assim, objetivar-se como sujeito ativo e participante das transformações desse contexto. Mas para que isso possa ser compreendido nas suas múltiplas relações, é preciso que todo esse processo entre indivíduo (o singular) e o gênero humano (o universal) se concretize na relação que o indivíduo tem com a sociedade (o particular). (Oliveira, 2005, pp. 3-4)

Como exemplo da atuação profissional, podemos destacar o processo terapêutico, quando o trabalho do psicólogo se dá na busca por contribuir na ampliação do acesso às objetivações humanas. A partir da relação dialética do psicólogo e sujeito, as objetivações que aos poucos vão sendo apropriadas por ele, propiciam uma maior compreensão da realidade e de si. Por consequência, promovem transformações na sua vida, nas relações e na realidade. Nesse sentido, “a aproximação dialética no conhecimento da singularidade não pode ocorrer separadamente das suas múltiplas relações com a particularidade e com a universalidade [...]” (Lukács, 1978, p. 106), ou seja, essa dialética precisa ser constantemente desvelada, se destacando as relações existentes entre o sujeito, sociedade e gênero humano.

A relação dialética singular-particular-universal, é importante para se compreender a constituição da subjetividade humana. Também é igualmente relevante destacar as categorias da consciência, atividade e linguagem, que se estabelecem juntas. Por meio da atividade

humana, a linguagem se desenvolve, sendo vista como um mediador da atividade e do pensamento. Assim, se produz consciência com sentido e intencionalidade.

A fim de melhor exemplificar, Kahhale e Rosa postulam a existência de uma complexificação no processo humano por conta da organização social e cultural, as quais envolvem uma linguagem simbólica. Com essa complexificação, se produz um pensamento e uma ação com intencionalidade do sujeito em planejar sua ação, levando em consideração suas experiências anteriores. Nesse processo, o homem “[...] tem consciência, permitindo-lhe criar, inovar a partir da sua relação com o real e com outros homens, criando a história e com isso recriando a própria humanidade” (Kahhale & Rosa, 2009, p. 33).

Segundo Marx, a consciência será construída a partir do modo de produção da vida material, de forma a resultar tanto no processo da vida social dos sujeitos, como também em sua vida política e espiritual. A partir disso, ele afirma que “[...] não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas, inversamente, o seu ser social que determina a sua consciência [...]” (Marx, 1958/2008, p. 47). Em complemento, Marx e Engels (1846/2007, p. 534) destacam na *6ª Tese sobre Feuerbach*, que “[...] a essência humana não é uma abstração intrínseca ao indivíduo isolado. Em sua realidade, ela é o conjunto das relações sociais [...]”, ou seja, a essência é uma construção do próprio homem moldada a partir de todas as relações sociais que o mesmo vivencia na materialidade da vida.

Delari Junior (2000), ao retomar a proposta de Vigotski acerca do conceito consciência, nos lembra “que a consciência precisa ser explicada a partir de um ‘extrato da realidade’ do qual ela seja função” (p.105), ou seja, precisamos compreendê-la a partir das relações sociais. Para o psicólogo russo, “a consciência é posta como função da dinâmica concreta das relações sociais, e esta dinâmica concreta das relações sociais é o extrato da realidade da qual a consciência é função” (p.105). Nessa dinâmica, quando reconhecemos o outro, estamos reconhecendo a nós mesmos na relação social, logo, todas as funções da consciência vão ter sua origem no encontro entre os indivíduos. Essas relações sociais dizem respeito primeiro às funções em que se estabelecem ou invertem as posições humanas, os lugares e os papéis e, em seguida, ao fluxo do estabelecimento destas relações à medida que as experimentamos no mundo ou em nós mesmos.

Com o intuito de demarcar o papel ativo do homem no processo de constituição do sujeito, Martins (2013), ao basear-se nas leituras dos autores Marx, Vigotski e Leontiev¹¹,

¹¹ Karl Marx (1818-1883), filósofo alemão, pai do socialismo científico, também conhecido como marxismo. Lev Vygotsky (1896-1934), psicólogo russo, proponente da Psicologia Histórico-Cultural. Alexis Nikolaevich Leontiev (1903-1979), psicólogo soviético.

esclarece que por meio do desenvolvimento do trabalho, ocorrem muitas transformações nas características humanas, mudanças nas relações interpessoais e intersíquicas e a conquista de autocontrole do comportamento. Com o trabalho – a mais importante atividade humana –, o homem dominou a natureza e, por meio do ato instrumental, dominou a si mesmo, a possibilitar, desta feita, o avanço do sistema orgânico a partir da inserção do social no seu desenvolvimento.

O processo descrito acima ocorre por meio da mediação, a qual proporcionou no âmbito social, que o homem conseguisse internalizar e potencializar o trabalho prático e teórico, provocando ainda mais transformações na sua realidade. Sendo assim, o desenvolvimento psicológico no ser humano acontece com revoluções e evoluções, porque durante o processo existem rupturas, transformações e saltos qualitativos. Foi ao longo da história da humanidade, por intermédio do trabalho social, que o psiquismo humano se desenvolveu, isto é, com o uso das mãos, do cérebro e da linguagem, o córtex cerebral se aperfeiçoou e proporcionou uma transformação do ser orgânico em ser social, produzindo, portanto, sua consciência (Martins, 2013).

Fora por meio do trabalho que o homem transmitiu as conquistas já realizadas às gerações seguintes, além de corroborar transformações no ambiente e em sua forma de viver. Todas essas transformações provocaram mudanças na constituição psíquica, a proporcionar “[...] um processo histórico de desenvolvimento de funções afetivo-cognitivas cada vez mais complexo” (Martins, 2013, p. 36).

O psiquismo humano, portanto, contém um caráter histórico-cultural, pois foi por meio do trabalho social e do uso de instrumentos elaborados no decorrer da história da humanidade, que os seres humanos tiveram suas necessidades satisfeitas, e, posto isso, dominaram a realidade. Nesses termos, considera-se que “[...] cada indivíduo aprende a ser um homem. O que a natureza lhe dá quando nasce não lhe basta para viver em sociedade. É-lhe ainda preciso adquirir o que foi alcançado no decurso do desenvolvimento histórico da sociedade humana” (Leontiev, 1978, p. 285).

Em síntese, o homem se desenvolveu a partir de determinadas condições sociais e relações estabelecidas com a realidade, resultado das gerações que o precederam. Cada indivíduo-singular (e qualquer fenômeno humano e social), pode ser compreendido em suas múltiplas determinações enquanto compreendemos as mediações particulares deste com a universalidade.

Neste trabalho, a implicação dessa visão de homem e de mundo, está na compreensão que dispomos do fenômeno do suicídio e como estamos produzindo o cuidado em saúde mental com adolescentes que realizaram tentativas de suicídio. Com base nas construções históricas,

buscamos entender como elas perpassam o saber e o fazer dos profissionais da saúde, para assim, compreender mais amplamente o sentido e o significado do fenômeno do suicídio.

Ao falar do homem como ser social e da subjetividade humana produzida na e pelas relações objetivas que os homens estabelecem, faz-se imprescindível destacar a importância do uso dos instrumentos neste processo. O instrumento é uma criação humana, um produto da cultura material e um objeto social utilizado no trabalho; quando se apropriam dele, ocorre uma reorganização dos movimentos do homem.

Com o uso desses instrumentos, o indivíduo, a partir do estímulo do ambiente, dá uma resposta a ele, que resultará na criação de um signo, ou seja, um estímulo secundário do ambiente transforma as expressões espontâneas do indivíduo em expressões volitivas. Por conseguinte, “[...] o psiquismo humano adquire um funcionamento qualitativamente superior e liberto tanto dos determinismos biológicos quanto do contexto imediato de ação” (Martins, 2013, p. 40). Com o uso dos signos para a solução de tarefas psicológicas como meios auxiliares, o comportamento do homem se transforma no sentido de usar as ferramentas e os instrumentos técnicos de trabalho, provocando uma transformação na estrutura psíquica.

Ao discutir o desenvolvimento dos instrumentos psicológicos, Vigotski (1927/1999) aponta que estes dispositivos artificiais são dirigidos para o domínio dos próprios processos psíquicos, por exemplo, a linguagem. Dessa forma, o instrumento psicológico tem como finalidade o controle e a transformação do próprio comportamento. Nessa mesma perspectiva, podemos afirmar que os instrumentos psicológicos oferecem ao homem, domínio de seus próprios processos psíquicos e, uma vez inseridos no comportamento, modificam totalmente a estrutura das funções psicológicas, passando a mediar a relação entre o psíquico e o fenômeno externo, transformando os processos antes naturais, em artificiais. Já o instrumento técnico, por sua vez, diz respeito àquele que medeia a relação do homem com o fenômeno externo. Sendo assim, quando tal fenômeno é modificado, a realidade se modifica também. Este instrumento é transmitido para as gerações seguintes por mediação da cultura e da linguagem.

Trazendo contribuições de Kahhale e Rosa (2009), tem-se que o homem, diferente dos animais, orienta sua ação a um objetivo, bem como faz uso de instrumentos de mediação e produz algo como elemento da cultura, fruto do seu pensamento e de sua ação. A partir da consciência desenvolvida pelo homem, o mesmo encontra ferramentas que o possibilitam romper com o aqui e agora, antevendo, criando, recriando, inovando, ou seja, transformando sua realidade.

Como dissemos anteriormente, de acordo com Martín-Baró (1996), a consciência diz respeito ao fato de assumir e elaborar um saber sobre si mesmo e sobre o mundo. Assim, a

consciência proporciona que a existência humana seja uma ideia construída pelo homem sobre si, tal qual um reflexo psíquico da realidade; por isso, é considerada como uma imagem subjetiva do mundo objetivo, devendo ser entendida como expressão das relações dos homens com outros homens e com o mundo. Ela é subjetiva porque, por meio da atividade intelectual, o indivíduo cria a imagem do objeto; e objetiva, pois a partir da atividade social prática e da atividade material cerebral, o homem elabora o conteúdo do objeto (Martins, 2013). Isso acontece com auxílio da linguagem, que é essencial para a construção das ações e das operações internas, possibilitando ao sujeito, o controle da sua própria atividade (Berenchtein Netto, 2007).

Ao mesmo tempo em que ocorre a atividade material prática (externa) e a atividade mental (interna), desenrola-se também a atividade social. Na internalização, os processos interpsíquicos passam para intrapsíquicos a partir da apropriação dos signos, “[...] que são, segundo Vigotski, os mediadores semióticos das relações dos homens com a cultura humana e, conseqüentemente, constituintes centrais do desenvolvimento psíquico” (Martins, 2013, p. 29).

Os processos psíquicos incluem conexões que vão além do mundo interno da consciência. A vivência psíquica é produzida pela relação com o mundo objetivo externo e só se institui com base em tal relação. Por essa razão, atividade e consciência são as categorias centrais no estudo do psiquismo. Afirmar unidade entre atividade e consciência, implica conceber o psiquismo humano semelhante a um processo no qual a atividade condiciona a formação da consciência e esta, por sua vez, a regula (Martins, 2013).

Além disso, ao operar na ampliação das atividades sociais, a linguagem também coopera para o enriquecimento da autorregulação do comportamento. Concomitantemente a todo esse processo, o avanço da linguagem e da percepção colaboram com o aprimoramento do pensamento e da memória, e em consequência, o universo de significações culturais do sujeito é aumentado (Pasqualini, 2013). Nessa perspectiva, a linguagem desempenha um papel central no desenvolvimento da consciência, a qual permitirá ao sujeito que seu pensamento seja aprimorado de forma a proporcionar o desenvolvimento dos sentidos pessoais sobre os fenômenos.

Berenchtein Netto (2007), ao fazer uma leitura de Vigotski, lembra que o processo de transmissão do pensamento por meio da fala, diz respeito ao momento em que aparece o significado como unidade dos pensamentos verbalizados, sendo estável e compartilhado coletivamente, e diferenciados a partir do sentido pessoal de cada sujeito ser fluído e particular.

Sentido e significado são categorias articuladas às de pensamento e linguagem, que nos permitem o acesso à subjetividade humana, superando as dicotomias objetividade-

subjetividade, individual-social, porque são pares dialéticos (Aguiar, Liebesny, Marchesan & Sanchez, 2009). Enquanto o primeiro diz respeito às produções históricas preexistentes ao sujeito, que são compartilhadas socialmente e que permitem a comunicação entre os homens; o segundo diz da forma como os significados são internalizados, transformados em sentido pessoal à medida em que o sujeito se apropria dos mesmos (Berenchtein Netto, 2007).

A aquisição da linguagem é fundamental para o desenvolvimento do homem. Por meio desses processos históricos, os significados e os signos se conectam às palavras. O significado do objeto se dá quando o sujeito participa do universo cultural, material e simbólico que está inserido. No momento inicial, os objetos são percebidos de forma isolada, em seguida, tem-se a percepção das qualidades dos objetos, e, por fim, a realização das relações entre o objeto e as qualidades dele.

Em cada atividade concreta, o homem tem o objetivo de satisfazer alguma necessidade. Por isso, ele se dirige a um objeto que desaparece depois que se satisfaz. Para entender a atividade, devemos verificar se o objeto está nela ou a orienta, porque “[...] o objeto da atividade é seu motivo, que pode ser tanto material quanto ideal, sendo assim, o conceito atividade está necessariamente ligado ao motivo, da mesma forma que a ação está ligada ao fim” (Berenchtein Netto, 2007, p. 136).

Em conformidade às considerações de Aguiar et al. (2009, p. 62), a saber, “[...] se os significados aparecem ao homem de modo particular, estamos falando de singularidade, de ‘parcialidade da consciência humana’”, por essa razão, o sentido precisa ser compreendido nas singularidades dos processos sociais e históricos que cada sujeito possui. É no processo subjetivo de humanização, dentro da realidade objetiva, que os significados sociais – considerados mediadores do processo de comunicação –, são transformados em sentidos. “Assim, é fundamental explicitarmos que os significados sociais, que serão internalizados e transformados em sentidos, só existem enquanto tal porque os homens, na sua atividade no mundo social e histórico, os constituíram e os constituem permanentemente” (Aguiar et al., 2009, p. 63).

Os sentidos são construídos durante a vida do sujeito a partir das situações que vivencia, envolvendo seus aspectos cognitivos e afetivos, ou seja, não existem reproduções, mas antes um movimento em que o sujeito, estando em atividade, desenvolve seus sentidos de acordo com a dialética interna e subjetiva, “[...] recorrendo a elementos de sentidos (articulados no plano da subjetividade) de diversas e diferentes procedências” (Aguiar et al., 2009, p. 63), em outras palavras, podemos dizer que os sentidos são históricos e não respostas imediatas, a se constituir:

[...] a partir de complexas reorganizações e arranjos, em que a vivência afetiva e cognitiva do sujeito, totalmente imbricadas na forma de sentidos, é acionada e mobiliza. A mobilização interna e a qualidade desses arranjos e rearranjos vão depender tanto do momento específico do sujeito, como das condições objetivas geradoras de mobilização. (Aguiar, et al., 2009, p. 63)

Ao relacionar as reações emocionais aos sentidos pessoais dos sujeitos e a sociedade na qual estão inseridos – permeada por muitas hierarquias –, Souza (2006) acrescenta que as ordens de poder e dominação existentes, são internalizadas pelos sujeitos e transformadas em sentidos pessoais e no modo de ser, estar e agir de cada um. Por isso, ao considerar o trabalho como categoria fundante do psiquismo humano, pontua que quando se constrói um trabalho criador da vida e não gerador da morte, “[...] as mulheres e os homens comprometidos com a construção de um mundo sem nenhuma forma de exploração/opressão devem atentar para o uso das palavras e as consequentes internalizações que delas fazem os seres sociais [...]” (Souza, 2006, p. 128).

Antes de adentrarmos as discussões sobre afetividade e liberdade, é importante destacar a influência do filósofo Espinosa¹² no pensamento de Vigotski. Segundo Alves (2021, no prelo), “desde a juventude, Vigotski entrou em contato com a Ética, introduzida por seu tutor de origem judia, Salomon Ashpiz”. Com a influência do filósofo, compreendemos que na vida emocional o afeto e a racionalidade ou as emoções e a cognição, não podem ser compreendidos separadamente. Além de que, Vigotski buscou se apropriar das teorias das emoções para a superá-las dialeticamente.

Em relação a categoria afetividade, composta pelas emoções e sentimentos, precisamos destacar que as questões afetivo-volitivas, funcionam como motivos que dão origem aos pensamentos do sujeito e direcionam seu caminhar na vida. A afetividade transforma os pensamentos, ao passo que a intensidade dos fenômenos psíquicos se liga ao significado que o objeto e o fenômeno têm para o sujeito (Berenchtein Netto, 2007).

A concepção Sócio-Histórica se dedica a compreender as emoções como parte de um sistema psicológico, atravessadas por diversas funções psíquicas. Entendemos que a atividade mediada por signo e instrumentos, proporciona uma transformação nas funções psicológicas superiores. Em virtude disso, “[...] é muito importante que nos debruçemos sobre os objetos culturais que se apresentam diante de sujeitos em diferentes períodos de desenvolvimento [...]” (Alves, 2021, no prelo). Alves nos conduz a percorrer um caminho político para se pensar em como as ações de violência e opressão, como racismo, sexismo, lgbtfobia, se desdobram na

¹² Baruch de Espinosa, (1632 -1677), filósofo holandês do século XVII.

subjetividade dos sujeitos; assim, destaca que quanto mais individualista a cultura for, mais as emoções serão vivenciadas pelas pessoas de maneira individual e não como parte de uma coletividade.

Os sentimentos carregam uma bagagem histórica, vez que se desenvolveram e se modificaram no percurso da humanidade, à medida em que as mudanças nas condições sociais de vida alteraram também a forma do sujeito se portar no mundo e lidar com seus sentimentos, ou seja, “aquilo que suscitava certos sentimentos nos homens de uma determinada época pode causar sentimentos completamente opostos numa outra época” (Berenchtein Netto, 2007, p. 118). Isso quer dizer que as emoções aparecem em situações momentâneas e desaparecem (ou mudam de características); já os sentimentos, estes podem ser constantes e duradouros. Em consequência a esse processo, percebe-se a ligação entre emoção, sentimento e linguagem, porque junto à palavra, regula-se a conduta afetiva do homem.

Segundo Pellegrini (2003), as emoções têm um valor que está sempre relacionado às necessidades (concretas ou abstratas), criadas a partir do contexto social em que o sujeito está presente. Ao buscar uma transformação qualitativa das emoções, deve-se buscar mudanças nas relações sociais, porque é a partir delas que as emoções se constroem. Assim, essa mudança:

[...] parece exigir princípios éticos fundamentados na canalização de bons sentimentos, portanto, de boas relações sociais, perspectiva que não se vislumbra numa sociedade caracterizada pelo individualismo possessivo, pela fetichização da mercadoria. Nesse sentido esse processo de alienação cria, através de sujeitos coletivos, a necessidade de conscientização no apreender relações a que estamos submetidos [...]. (Pellegrini, 2003, p. 109)

É necessário um sujeito coletivo que recrie “[...] a necessidade de desmistificação da dominação do objetivo mercadoria sobre o indivíduo [...]” (Pellegrini, 2003, p. 109). Existe a necessidade de se recuperar os valores autênticos do homem como ser social sobre a mercadoria, cuja possibilidade permite alocar os sentimentos em direção a uma nova forma de socialização.

Tal qual as outras categorias apresentadas até agora, o ato volitivo também está relacionado à realidade que o sujeito vive. Pode ser considerado um ato consciente, quer seja, o sujeito sabe o que deseja e qual será a consequência responsável por determinar:

[...] o caráter do ato e as maneiras com as quais o sujeito o realiza. Se esse fim se configurar de maneira abstrata, ou seja, se não há uma representação sua na consciência do indivíduo, os atos não possuem um fim determinado e assim, deixam de se caracterizar como atos. (Berenchtein Netto, 2007, p. 104)

Nas palavras de Berenchtein Netto (2007), o suicídio é considerado um ato volitivo (ou voluntário). A ideia do suicídio se concretiza com o ato, o qual ocorre a partir de mediações

afetivo-volitivas, podendo ser consciente ou alienado, a depender dos interesses particulares ou coletivos, e também se está relacionado a própria vontade do sujeito ou de outro.

Aqueles que possuem pouca experiência e que pouco conhecem da vida e de si mesmos, também pouco conhecem das dificuldades que se lhes apresentarão na execução de uma ação com fim determinado. Comumente estes indivíduos decidem precipitadamente as coisas, escolhem facilmente as maneiras de conquistar o fim desejado; mas ao iniciar a execução, percebem que não haviam considerado uma gama de detalhes e que não haviam calculado corretamente suas forças e disto acabam ocorrendo durante a execução dos atos uma série de dificuldades e consequências. (Berenchtein Netto, 2007, p. 107)

Em virtude disso, de acordo com as experiências e os conhecimentos sobre a realidade, o sujeito se desenvolverá de forma a apresentar menos dificuldades e imprevistos para tomar decisões. Como mencionado, estes atos estão sempre vinculados aos motivos e emoções vivenciados pelo sujeito, ou seja, é por meio de um pensamento gerado por uma motivação impulsionada por desejos, necessidades, interesses e emoções, que ocorrerá uma tendência afetivo-volitiva para o suicídio (Berenchtein Netto, 2007).

Nesse sentido, o sujeito é, portanto, livre para escolher a morte de si? Aqui é importante falar a respeito do que se entende por liberdade, para melhor compreensão da relação afetivo-volitiva da vontade do sujeito. Delari Junior (2009), ao partir de Vigotski, pontua que a liberdade é construída na relação com o outro. A seu ver, no transcorrer da vida, conhecemos as possibilidades para alcançarmos autonomia e liberdade de pensamento, além de ação e afeto. Como destaca o autor, segundo Vigotski:

[...] o conceito de liberdade alia-se ao de vontade, o qual por sua vez se traduz pelos atos humanos que envolvem uma tomada de decisão, uma escolha. Diante de duas opções o ser humano necessita um ato volitivo para decidir o que haverá de obter (realizar) e o que haverá de perder (deixar de realizar). Nessa decisão, na tensão que ela envolve, está posta nossa possibilidade de superação com relação aos determinantes de cunho estritamente condicionados pelos estímulos do meio. Essas ações de escolher, por sua vez, passam por um processo de desenvolvimento ao longo de nossas vidas, que é o desenvolvimento de nossa própria vontade ou “volição”. (Delari Junior, 2009, p. 07)

A partir dessas discussões, compreendemos que o processo de desenvolvimento humano e de formação da subjetividade, é dinâmico, contínuo, complexo e multideterminado. Não é natural, nem tampouco universal; se encontra em constante movimento e é balizado pelo modo como construímos a vida e as relações.

Retomando a proposta deste trabalho, a qual diz respeito às reflexões sobre o cuidado em saúde mental oferecido aos adolescentes que realizaram tentativa de suicídio, é importante apontarmos sobre como esse momento do desenvolvimento humano vem sendo discutido e

como a perspectiva teórico-metodológica aqui defendida, compreende a adolescência e a experiência do sofrimento psíquico.

SEÇÃO II - A ADOLESCÊNCIA E A EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: UM OLHAR SÓCIO-HISTÓRICO E PSICOSSOCIAL

O problema dos interesses na idade de transição é a chave para a compreensão do desenvolvimento psicológico do adolescente. As funções psicológicas do ser humano, em cada estágio de seu desenvolvimento, não são anárquicas ou automáticas ou causais, mas são governadas, dentro de um certo sistema, por determinadas aspirações, atrações (atração) e interesses estabelecidos na personalidade (Vigotski, 1996/2006, p. 11. Tradução Nossa).*

Nesta seção, destacamos como a adolescência vem sendo entendida dentro da nossa sociedade, bem como se dá o desenvolvimento do adolescente enquanto sujeito, a partir de uma leitura Sócio-Histórica, dando destaque à interconexão desse desenvolvimento com as relações estabelecidas a partir da instituição escolar, o trabalho e a família. Ademais, discutimos sobre a interface adolescência e a experiência do sofrimento psíquico, tomando contribuições da abordagem teórico-conceitual da determinação social do processo saúde-doença, a qual se fundamenta no materialismo histórico dialético.

2.1 O desenvolvimento da adolescência

Existe uma dificuldade em obter uma conceituação única para a adolescência. Etimologicamente, a palavra adolescente vem do particípio presente do verbo em latim *adolescere*, que significa crescer. De acordo com a Lei nº 8.069/90, que versa acerca do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o adolescente é classificado a partir da faixa etária, com idade entre 12 e 18 anos incompletos.

Muitas vezes, a adolescência é compreendida como uma fase difícil, de rebeldia e desajustamento; um período que precisa ser dirigido e adaptado. Berenchtein Netto e Souza (2015), destacam a importância de não se analisar a adolescência como um fenômeno anistórico, natural e universal. Ao contrário disso, deve-se considerar que a adolescência, tal qual conhecemos, não esteve presente em todos os períodos históricos da humanidade, nem em todas as sociedades ou culturas.

Nos dizeres de Bock (2004), foi o psicanalista Erik Erikson¹³, quem estabeleceu a adolescência como fase especial no processo de desenvolvimento. Com base em seus estudos da Psicologia do Desenvolvimento, Erikson ressaltou que nesta fase, além de existir uma confusão de papéis, encontram-se dificuldades de se estabelecer uma identidade própria. Isso quer dizer que a adolescência foi sendo concebida como uma fase difícil, problemática e negativa, permeada por bobagens da idade. Além disso, ela ainda é vista como algo a ser superado, vez que os comportamentos que se relacionam à adolescência, geram desconfianças e, do mesmo modo, são vistos como imaturos. De acordo com Bock (2004), no Brasil, os psicanalistas Arminda Aberastury e Maurício Knobel introduziram a compreensão da chamada ‘síndrome normal da adolescência’, uma fase do desenvolvimento semipatológica que se apresenta permeada por conflitos ‘naturais’. Nesses termos, é preciso refletir que, se de um lado ocorre a associação de muitos comportamentos ao quase patológico, mas considerado ‘normal’ da adolescência, de outro, quando mal interpretado, falar dessa ‘síndrome normal’ pode contribuir para ocultar muitas experiências reais de sofrimento.

Berenchtein Netto e Souza (2015), afirmam que historicamente, a adolescência teve início no processo de concretização do modo de produção capitalista, isto é, fora permeada por uma determinação econômica e se deu a partir da necessidade de uma grande demanda de trabalhadores dentro das fábricas na Inglaterra. Quaisquer sujeitos, sem nenhuma distinção de idade e/ou gênero, eram colocados para trabalhar. As crianças, por algumas características físicas (estatura, proporção corporal e facilidade de movimento), se adequavam facilmente às necessidades das fábricas.

No decorrer do desenvolvimento desse modo de produção, mediante a grande exploração dos trabalhadores, incluindo mulheres e crianças, formou-se um exército de reserva de pessoas capazes e disponíveis para trabalhar. Entretanto, por conta do grande número de trabalhadores, eles permaneciam por um tempo afastados dos âmbitos formais do trabalho. A partir disso, “[...] os trabalhadores adultos foram obrigados a lutar pela retomada de suas condições de trabalho anteriores, exigindo o fim da exploração das mulheres, crianças e jovens” (Berenchtein Netto & Souza, 2015, p. 169).

Essa exploração era permeada por vários motivos que resultaram em uma legislação fabril com regulações para o uso da força de trabalho, incluindo principalmente as crianças e jovens. Por consequência, houve um desinteresse na exploração dos sujeitos com menores idades. Dentre esses motivos, estão: o contato com materiais tóxicos e, conseqüentemente o

¹³ Erik Homburger Erikson (1902-1994), psicanalista alemão e um dos teóricos da Psicologia do Desenvolvimento.

envelhecimento e morte precoce; alimentação precária; trabalho em excesso, inclusive no período noturno, de forma a interferir na capacidade reprodutiva e nas questões morais da época.

Levando em conta a visão materialista, Berenchein Netto e Souza (2015) falam também sobre a importância de se analisar as mudanças ocorridas na sociedade depois das revoluções industriais, fato este que nos permite uma melhor compreensão acerca das características que foram sendo atribuídas como normais e naturais aos adolescentes. A título de exemplo, temos a rebeldia, o inconformismo e a agressividade. Vejamos:

[...] Considerando que temos aqui sujeitos plenos de capacidades físicas e psíquicas que lhes permitam adentrar o mundo adulto, mas que são impedidos disso por motivos que lhes fogem ao alcance, submetidos a regras, normas, mandos da família de origem, quando teriam toda condição de estar construindo a sua própria, de serem eles próprios “chefes de família”, de não terem que se submeter ou obedecer a outras regras familiares que não as suas próprias. (Berenchein Netto & Souza, 2015, p. 171)

Isso nos faz pensar que após o desenvolvimento capitalista, os jovens foram colocados em uma nova condição social. Mesmo possuindo condições de serem inseridos no mundo adulto, não estavam autorizados a isso, logo, foram colocados em posição de espera, isto é, uma espécie de distanciamento do mundo do trabalho e das possibilidades de desenvolver autonomia. Isso aumenta a “dependência do adulto, apesar de já possuir todas as condições para estar na sociedade de outro modo. Essa contradição vivida pelos jovens foi responsável pelo desenvolvimento das características que refletem a nova condição social na qual se encontram” (Bock, 2004, pp. 41-42).

Essa nova condição social, permitiu à sociedade que passasse a reconhecer uma nova fase do desenvolvimento dos jovens, estabelecendo significados e criando algumas condutas a serem seguidas por eles. “A adolescência instala-se de forma inequívoca na sociedade. Os jovens que não possuíam referências claras para seus comportamentos vão, agora, utilizando essas características como fonte adequada de suas identidades: são agora adolescentes” (Bock, 2004, p. 42).

Assim, a Psicologia Sócio-Histórica considera a adolescência não como uma fase natural ou como uma etapa entre a infância e a vida adulta, mas antes de tudo uma construção social que impacta na subjetividade e no desenvolvimento do sujeito da atualidade. Bock, ao invés de questionar “o que é a adolescência”, indaga: “como se constituiu historicamente este período do desenvolvimento?”. A autora sugere essa mudança na pergunta “porque, para essa abordagem, só é possível compreender qualquer fato a partir da sua inserção na totalidade na

qual esse fato foi produzido, totalidade essa que o constitui e lhe dá sentido” (Bock, 2004, p. 40).

Na Psicologia Sócio-Histórica, é preciso ver crianças e adolescentes “[...] como sujeitos concretos, que precisam ser compreendidos dentro de uma realidade social mais ampla, pois sua inserção é sempre mediada por conflitos e contradições que delineiam diferentes infâncias e adolescências” (Zaniani, 2018, p. 16), e não um processo natural e universal.

A autora complementa que a adolescência não é uma categoria universal, e sim uma construção histórica-social que não pode ser demarcada em fases nos quesitos biológicos, psicológicos e sociais, porque, compreendendo a subjetividade humana como produto das relações objetivas, o desenvolvimento não está pré-determinado. Ao contrário disso, ele está amparado no biológico, mas é superado com a apropriação cultural, quer seja, na relação do sujeito com o mundo objetivo. Ao abordar esses aspectos dentro da psicologia, nota-se que:

Falar do desenvolvimento humano como um processo dialético, em transformação contínua, é fazer uma crítica à própria Psicologia, que tem sido historicamente a ciência que mais tem se dedicado à tarefa de produzir saberes e construir respostas às questões que atravessam a infância e adolescência, impelida a esclarecer sobre o modo como se daria o desenvolvimento infantil. (Zaniani, 2018, p. 24)

É necessário esclarecer sobre o desenvolvimento infantil, da adolescência e do ser humano como um todo, somando-se todas as influências biológicas, sociais e culturais, para não cair novamente no equívoco de atribuir todos os fenômenos somente ao indivíduo, não considerando suas relações e seu contexto. Zaniani (2018, p. 25) destaca que o desenvolvimento humano, quando compreendido “[...] como dinâmico, processual, inacabado, se reconhece que na adolescência os interesses infantis se ampliam, sendo direcionados para outras atividades, podendo modificar na sequência a forma como esse sujeito se percebe e se relaciona com o mundo”.

A cada período do desenvolvimento, mediante o processo evolutivo e revolucionário, ocorre uma modificação no funcionamento psíquico. As alterações vão se acumulando no psiquismo e produzem um salto qualitativo. Isso ocorre por meio das mediações de outro sujeito, o qual propicia a oportunidade de se apropriar da cultura produzida historicamente pela humanidade.

Não negamos que durante o desenvolvimento humano ocorram crises. Mas qual teor dessas crises quando partimos de uma visão sócio-histórica? Durante os diferentes períodos do desenvolvimento, ocorrem crises amenas; e ao longo da transição de um período a outro, podem ocorrer crises mais agudas. Tais crises marcam o esgotamento de um período que precisa ser

terminado para assim, se passar ao outro. A permanência em uma crise pode causar problemas ao sujeito.

Durante os diferentes períodos da vida, existe uma atividade principal (elo que liga o sujeito ao mundo), que produz o desenvolvimento, modificando as funções psicológicas superiores, como memória, atenção, percepção, linguagem e concentração. Essa atividade dominante pode ser compreendida como uma atividade que possibilita reorganizar e formar processos psíquicos. Ela é responsável pelas maiores mudanças psicológicas características do período em que o sujeito se encontra, a marcar o período de transição do desenvolvimento (Pasqualini, 2013).

Vigotski (1991/2006) já levantava em seus estudos, que muitos teóricos consideravam os períodos de crises como enfermidades do desenvolvimento ou simplesmente um desvio da norma, com dificuldades de associá-las ao desenvolvimento humano. Para o autor, o período de crise pode ser curto e produzir drásticas e importantes mudanças, deslocamentos, modificações e rupturas na personalidade, ou seja, o sujeito pode mudar-se completamente nas características básicas da personalidade. A seu ver, o sujeito se “desenvolve de forma brusca, impetuosa, que adquire, em ocasiões, caráter de catástrofe; lembre-se de um curso de acontecimentos revolucionários tanto pelo ritmo das mudanças como pelo significado das mesmas” (Vigotski, 1991/2006, p.256. Tradução Nossa).

É preciso considerar a dificuldade em verificar o início e o fim de uma crise, e que nem sempre os períodos de crise que acontecem, são vivenciados da mesma forma por todos, eles são diferentes para muitas crianças e também adolescentes. Vigotski (1991/2006) considera que algumas pessoas que estão vivenciando um período crítico, podem se tornar difíceis de educar, com diminuição do rendimento escolar, do interesse pela classe e de sua capacidade geral de trabalho. O sujeito pode buscar se desviar daquele sistema educativo que até então garantia o curso da sua educação e ensino. Aqui é importante ressaltar que se torna “[...] difícil educar a criança porque o sistema pedagógico utilizado para tal fim não alcança a seguir as rápidas mudanças de sua personalidade. A pedagogia das idades críticas é a menos elaborada no sentido prático e teórico” (Vigotski, 1996/2006, p. 258), ou seja, precisamos questionar como o nosso sistema educacional lida com esses períodos do desenvolvimento¹⁴.

¹⁴ Contraditoriamente, enquanto existem jovens cobrados para escolherem e se decidirem nas profissões parte da população jovem brasileira entre 15 a 17 anos (23,1%) tem atraso na educação em relação a etapa frequentada e o abandono escolar antes da conclusão da etapa adequada para jovens entre 18 a 24 anos (68,8%) (IBGE, 2019, p. 81).

Em relação ao desenvolvimento entre as crianças, podem existir diferenças, considerando que a influência que as condições externas e internas possuem sobre as crises, são consideradas muito importantes e profundas, por isso, não podemos generalizar os acontecimentos no período de crises, como se todos os adolescentes fossem se comportar da mesma maneira. Além de cada um possuir sua singularidade, eles têm particularidades diferentes de acordo com o ambiente e as relações que eles vivenciam no curso de seu desenvolvimento “[...] as condições externas determinam o caráter concreto em que se manifesta, transcorre os períodos críticos” (Vigotski, 1996/2006, p. 256. Tradução Nossa).

No período de crise, é possível que o sujeito experiencie conflitos com as pessoas ao seu redor, sofrendo dolorosas vivências e conflitos íntimos:

A criança, ao entrar em períodos de crises, se distingue melhor pelas características opostas: perde os interesses que ontem ainda orientavam sua atividade, que ontem ocupava a maior parte do seu tempo e atenção, e agora se diria que eles estão esvaziados das formas de suas relações externas, assim como sua vida interior. (Vigotski, 1996/2006, p. 257. Tradução Nossa)

Esse sentimento de esvaziamento é corriqueiro em pessoas que estão passando por um período de sofrimento psíquico e assim, se encontram destituídas de sentidos em suas atividades que antes eram essenciais, ou seja, pode existir relação desse sofrimento com os períodos de crises do desenvolvimento. Segundo Vigotski (1991/2006), foi Lev Nikoláievich Tolstói quem definiu metaforicamente esses períodos de crises no desenvolvimento infantil como o “deserto da adolescência”.

Esse ‘deserto da adolescência’ faz com que muitos jovens passem por períodos críticos no desenvolvimento. Quando não encontram mediações de qualidade em suas relações e em suas vivências, não conseguem, muitas vezes, retomar suas atividades atribuindo-lhes novos sentidos. Isso pode acentuar ainda mais o sentimento de não pertencimento a um grupo, à cultura ou sociedade e, por consequência, a se sentir só, solitário, como se não fizesse diferença sua existência, com possibilidades de chegar em pensamentos de morte.

Muitos autores, ao não observarem que a crise dos 13 anos é uma etapa de auge vital e pessoal permeada por muitas sínteses superiores da personalidade, consideram os períodos críticos do desenvolvimento como negativos, vistos como uma fase de rebeldia. De acordo com Vigotski, se a crise acontece de forma apática e inexpressiva por alguma razão, na próxima idade irão ocorrer um atraso no desenvolvimento das expressões afetivas e volitivas da personalidade da criança. Além disso, acrescenta que “[...] mais tarde foi estudada a crise dos treze anos descrita como fase negativa da idade de maturação sexual” (Vigotski, 1996/2006, p. 258. Tradução Nossa). Ou seja, se destaca muito o conteúdo negativo, algumas vezes atrelado

a questões biológicas, e desconsidera-se o conteúdo positivo dessa fase que acarreta em uma nova e superior forma de consciência:

Se analisarmos a consciência da criança entendida como sua "relação com o meio" (Marx) e a considerarmos como produtos das mudanças físicas e sociais do indivíduo, como a expressão integral das peculiaridades superiores e mais importantes da estrutura da personalidade, veremos que na transição de uma idade a outra crescem e se desenvolvem tanto nos aspectos parciais, isolados, da consciência a algumas funções e modos de sua atividade, quando, em primeiro lugar, se modifica a estrutura geral da consciência que em cada idade se distingue por um sistema determinado de relações e dependências entre seus aspectos isolados, entre as distintas formas de sua atividade. (Vigotski, 1996/2006, p. 262-263. Tradução Nossa)

Isso quer dizer que em um período de transição de crise, ocorrerão modificações na estrutura da consciência que são extremamente importantes para o desenvolvimento humano. Vigotski (1991/2006, p. 258) destaca que os comportamentos de protesto neste período, e aqui podemos pensar nos adolescentes, são “[...] como uma fase de desorientação no conjunto das relações externas e internas, quando é maior, que em outros períodos, a divisão entre o "eu" do indivíduo e do mundo”. Essa divisão é muito importante para o sujeito compreender suas relações com o mundo e realizar uma diferenciação de si com outros sujeitos e o mundo.

Pandita-Pereira (2016) nos traz contribuições da leitura de Vigotski sobre a adolescência. Se refere ao período como uma etapa de transição, sem delimitações de idade, a destacar que é muito característico ocorrer mudanças nos interesses dos jovens, bem como o desenvolvimento de novos hábitos com significados e sentidos. Essas mudanças ocorrem a partir da diminuição de interesses considerados infantis e também da recusa em se manter os mesmos vínculos com o meio, podendo estar presente no início da adolescência:

[...] com o questionamento à autoridade, a oscilação de humor, uma irritabilidade, questionamento ao que era até então valorizado, baixo interesse pelos estudos, diminuição da capacidade para o trabalho e ao mesmo tempo a busca por algo mais amplo que sua vivência habitual (Pandita-Pereira, 2016, p.130).

Sobre essas mudanças, Bozhovich (2004, citado por Pandita-Pereira, 2016) acrescenta que:

[...] tais demandas se voltam menos ao sucesso escolar e mais sobre outros traços de sua personalidade, opiniões, capacidades e sua habilidade de atender o código de comportamento aceito entre seus pares, o que os faz focar na autoanálise e comparações com outros [. . .] seria a mudança em tais demandas um fator crucial para a passagem da infância à adolescência. (p. 131)

Ao retornar às contribuições de Vigotski, Pandita-Pereira destaca que nesse período de mudanças e de novos interesses por parte do adolescente, existem muitas potencialidades, com uma materialização de um sentido pessoal para a vida e para as atividades que realiza, sendo

resultado de uma construção de todo seu desenvolvimento. Ainda de acordo com Pandita-Pereira (2016, p. 141), “conjuntamente, é um momento em que as possibilidades de atuação dos sujeitos e produção de transformações na realidade estão também em muitas dimensões dadas e serão ou não realizadas a depender de como estes sujeitos compreenderem e criarem motivos [...]”.

2.2 Interface adolescência, instituição escolar e mercado de trabalho

Como vimos há pouco, com o desenvolvimento capitalista, ao afastar os jovens do mercado de trabalho, ocorreu um prolongamento da estadia dos mesmos nas instituições de ensino (Berenchtein Netto & Souza, 2015). Para Bock (2004), quando as crianças acabam permanecendo mais tempo na escola, ficam mais distantes dos pais e da família. Posto isso, criou-se o grupo social intitulado “adolescência”, o qual apontava um padrão específico de comportamento. Nos dizeres da autora, “a adolescência refere-se, assim, a esse período de latência social constituída a partir da sociedade capitalista, gerada por questões de ingresso no mercado de trabalho e extensão do período escolar” (Bock, 2004, p. 41).

Considerando as colocações de Vigotski sobre os estudos da adolescência, Leal e Mascagna (2016) destacam que a psicologia tradicional sempre se voltou para a adolescência burguesa e, esse modo de compreensão ainda continua vigente. “As descrições e conceituações da adolescência e do adolescente continuam a expressar o conteúdo de determinada classe e, portanto, de determinada situação [...]” (p.226), por consequência, não anunciam as diferentes necessidades que permeiam a classe burguesa e a classe popular.

A origem social da adolescência marca mudanças históricas no processo de entrada ao mercado de trabalho, tanto pelas necessidades desse mercado, como pelas circunstâncias ligadas a essas mudanças. Nas classes mais abastadas, se observa um afastamento do jovem do trabalho até o término dos estudos no ensino superior, além do prolongamento da adolescência implicando na formação de atitudes e comportamentos. Nas classes populares, em muitas situações, continua-se o ensino, mas já existe a necessidade de trabalhar, implicando na segunda metade ou no final da adolescência um comprometimento da atividade de estudo (Leal & Mascagna, 2016).

[...] a adolescência deve ser considerada em suas relações com a cultura e a sociedade, o que significa que essa fase do desenvolvimento pode assumir características diferentes para diferentes grupos sociais, para diferentes culturas e, mesmo, nas diferentes classes sociais, apesar de ser difundida como um fenômeno universal, destacando-se algumas

características que tratam na verdade de um adolescente “abstrato”. (Leal & Mascagna, 2016, p. 227)

É importante considerarmos que de um modo geral e histórico, a idade adolescente está configurada como uma idade escolar, onde se considera um aluno ligado às exigências do processo de escolarização, à aprendizagem e formação de sua personalidade (Leal & Mascagna, 2016).

Mascagna (2009) observa que a escola expressa o período histórico-social de sua época. Como consequência, dentro da sociedade de consumo, as propostas escolares estão atreladas aos interesses do capitalismo, ou seja:

A escola tem desempenhado a função de gerar indivíduos que cumpram as necessidades do mercado econômico; está deixando de lado o aspecto social, para enaltecer o individual, caminhando do coletivo para o privado, segundo a capacidade e competência que cada um tem para estar melhor posicionado no mercado de trabalho. Cabe ao indivíduo, e somente a ele, como se o Estado, as empresas, enfim, as potências mundiais não tivessem nada a ver com isto, conquistar seu tão esperado “lugar ao sol”, isto é, conquistar um bom emprego. (Mascagna, 2009, p. 30)

A instituição escolar dentro das contradições do capitalismo, se afasta de seu objetivo em transmitir os conhecimentos já desenvolvidos ao longo da história da humanidade pelo homem. A escola tem a função de mediar as transformações na sociedade e proporcionar a apropriação dos conhecimentos científicos, para assim os homens se tornarem “[...] sujeitos da história cujas consciências podem ser transformadas, aspecto imprescindível para a possibilidade de superação do capitalismo” (Mascagna, 2009, pp. 39-40).

A partir dessa análise, podemos refletir que a escola pode ser produtora de vida, contribuindo com o desenvolvimento da consciência, mas ao mesmo tempo, também pode ser produtora de sofrimento, vez que deposita no indivíduo a possibilidade de sucesso escolar e profissional. Esse sofrimento pode estar relacionado com todas as cobranças envolvidas em ter um bom desempenho educacional, fazer um bom curso superior ou técnico, ter uma profissão reconhecida socialmente e ser bem-sucedido financeiramente.

A instituição escolar cumpre, portanto, um papel ideológico importante na reprodução do modo de vida capitalista de produção, com o intuito de “[...] preparar as novas gerações para o trabalho, qualificando a força de trabalho de acordo com o pertencimento de classe desses indivíduos, respondendo às necessidades do capitalismo (Berenchtein Netto & Souza, 2015, pp.174-175). No entanto, um grande número de jovens nesse processo de formação, não será inserido de forma direta no mercado formal de trabalho, permanecendo, dessa forma, como um exército de reserva, tal qual no período da revolução industrial:

O capital prepara ideologicamente a entrada dos seres humanos no mercado de trabalho, desde antes da concepção, utilizando-se de estratégias diversas, entre as quais a educação de gênero. As instituições escolares desempenham papel central na educação para o trabalho: não são apenas responsáveis pela transmissão formal do conhecimento historicamente produzido e acumulado pela humanidade às novas gerações – tornando-o acessível de acordo com a época histórica, com a classe social, com o gênero e a raça/etnia a que pertençam os estudantes – mas atuam ideologicamente preparando os filhos da classe trabalhadora para obedecerem e os filhos da burguesia para administrarem, ou seja, promovendo uma educação conforme a classe à qual pertençam. (Berenchtein Netto & Souza, 2015, p. 175)

É necessário refletir sobre o lugar a escola ocupa dentro da sociedade capitalista, bem como qual papel tem cumprido, de forma a contribuir para o desenvolvimento e ao mesmo tempo produzir experiências de sofrimento, sobretudo nos adolescentes, visto que estão próximos de terminar o ciclo regular no ensino médio com a expectativa de ingressar no mercado de trabalho.

Segundo IBGE (2019, p. 87), no ano de 2018, “[...] cerca de 1/3 dos jovens de 18 a 29 anos não havia completado 12 anos de estudo. Esse percentual varia consideravelmente dependendo da situação domiciliar, cor e classe da população segundo o rendimento ao qual o jovem pertence”. Esses 12 anos de estudo se referem desde os anos iniciais, até o término do ensino médio. Ante o exposto, notamos a importância de analisar o contexto social e econômico desses jovens, pois influenciam diretamente na continuidade (ou não) nos estudos.

Em 2018, o atraso escolar por etapa de ensino dos jovens de 15 a 17 anos de idade era 4 vezes maior entre os pertencentes aos 20% da população com os menores rendimentos (33,6%) em comparação com os que faziam parte dos 20% com os maiores rendimentos (8,6%). Além disso, 11,8% dos jovens dessa faixa etária pertencentes ao quinto com os menores rendimentos haviam abandonado a escola sem concluir a educação básica obrigatória. Esse percentual foi 8 vezes menor para os jovens dessa faixa etária no quinto da população com os maiores rendimentos da mesma faixa etária (1,4%). O abandono da educação básica obrigatória incide mais fortemente nos jovens dessa faixa etária que residem nas Regiões Norte (9,2%) e Nordeste (9,2%), em área rural (11,5%), são de cor preta ou parda (8,4%) e homens (8,1%). Assim, um total de 737 mil jovens (7,6%) não frequentava escola e não haviam concluído a educação básica, sendo que a maior parte desse grupo abandonou sem completar o ensino fundamental. (64,7%) (IBGE, 2019, p. 81)

Em relação ao índice do ensino superior, é na faixa etária dos 18 aos 24 anos de idade, que se observa a maior desigualdade por classes econômicas e de etnia:

Enquanto 63,2% dos jovens desse grupo de idade pertencentes ao quinto da população com os maiores rendimentos frequentava o ensino superior, somente 7,4% dos jovens no quinto da população com os menores rendimentos estavam nessa situação. [...] Jovens pretos ou pardos têm metade do percentual calculado para brancos em relação à frequência ao ensino superior (18,3% e 36,1% respectivamente). [...] verificou-se também que o atraso escolar afetava 2,5 milhões de jovens dessa faixa etária (11,0%),

sendo que, desse total, 83,2% frequentavam o ensino médio e 16,8% o fundamental. A maioria (63,8%) não frequentava escola e não possuía ensino superior completo, sendo que 36,9% desse grupo abandonou a escola sem concluir o ensino médio e 16,1% não havia concluído nem o ensino fundamental (IBGE, 2018, pp. 82-83).

Os dados citados nos mostram que é de extrema importância olharmos para o contexto histórico, social, econômico e cultural, para fazermos qualquer análise a respeito da condição do adolescente, seja no âmbito escolar, familiar ou mesmo emocional. O que podemos afirmar de antemão, é a existência de não uma, mas várias adolescências. Assim, os adolescentes precisam ser compreendidos como sujeitos concretos, localizados dentro de uma realidade social mais ampla. A inserção desse sujeito será sempre mediada por oportunidades e/ou por desigualdades (de classe, raça/etnia, gênero e geração) e contradições que delineiam diferentes modos de ser, sentir e agir no mundo.

Em pesquisa realizada anteriormente por Ozella e Aguiar (2008), 856 adolescentes participaram, sendo estes do sexo masculino e feminino, com idade entre 14 e 21 anos, pertencentes às classes sociais de A à E. Os adolescentes pertenciam a três grupos étnicos: brancos, negros e orientais, distribuídos segundo sua representatividade no município de São Paulo. Os autores conseguiram verificar que os jovens negros e de classe social mais baixa, são os mais excluídos das instituições de ensino após o ensino fundamental. Para os garotos da classe D e E, em sua maioria negros, a adolescência está relacionada a algum sofrimento, como crises e conflitos, e possuem preocupações com a vida e com as drogas, falam sobre frustrações, medos e impossibilidades. Os adolescentes da classe B e C, consideram uma situação de cobrança aquela repleta de dificuldades e uma vida adulta com muitas responsabilidades. Já os garotos da classe A, mesmo falando sobre limites e problemas, são mais tranquilos, relatando preocupações materiais e de envelhecimento.

Em relação às responsabilidades da vida, os adolescentes da classe C, sobretudo os de etnia orientais e negros, as associam à necessidade de ajudar a família, assim como demonstram preocupação com o futuro, mas com algumas diferenças em relação aos outros grupos:

Os adolescentes de classe C enfatizam o perigo de no futuro não terem emprego. Os adolescentes de classe C, sexo masculino, especialmente os orientais, falam claramente das dificuldades do mercado de trabalho, do medo do desemprego, dos baixos salários [...] para os adolescentes de classe C, sexo masculino, oriental, negros, temos outro significado agregado à responsabilidade. Somente esse grupo afirma que agora se deve estudar a sério. Refere-se ao estudo como elemento de distinção na passagem para a vida adulta, sendo que para os outros (classe A, B, D e E, sexo feminino, todas as raças e faixas de idade) a palavra estudo quase não aparece. (Ozella & Aguiar, 2008, p. 109)

Medeiros (2017) realizou uma pesquisa de orientação profissional, na qual uma escola particular de um município no interior do estado de São Paulo, foi analisada. Para tanto, o autor

contou com o recorte de 20 alunos pertencentes a três turmas do terceiro ano do ensino médio, com idade entre 16 e 18 anos, cujas rendas familiares sinalizavam de três a oito salários mínimos. Desses alunos, 17 possuíam algum dos pais com ensino superior completo ou de nível técnico. O pesquisador identificou sofrimento na vida dos jovens, pontuando que: “[...] o modelo de produção característico do sistema capitalista e as configurações do mercado de trabalho neoliberal de alguma forma acabam por produzir e sustentar o sofrimento que caracteriza esse momento da vida dos jovens” (Medeiros, 2017, p. 150).

Segundo Medeiros (2017), existe uma família que apoia o adolescente quando este tem de enfrentar os momentos difíceis de sua vida. Contudo, essa família acaba por produzir tensão e sofrimento a partir das expectativas que possuem em relação ao sucesso escolar e profissional do filho, ou seja, o sucesso financeiro que é tão valorizado dentro de nossa sociedade:

A contradição emergente a partir desses dados está na relação da família enquanto fonte de apoio e motivação para os jovens e ao mesmo tempo como fonte de sofrimento pelas altas expectativas em relação ao sucesso no vestibular e ao curso que devem escolher, visto que não aceitam profissões que acreditam não ter retorno financeiro de acordo com os padrões que valorizam. Ou seja, uma escolha profissional que não atende as expectativas dos pais ou responsáveis pelo aluno, não ter consciência dessa relação contraditória faz com que esses jovens passem a se sentirem em dívida com os pais e parecem ter medo de não corresponder ao investimento ou mesmo ao sacrifício dos pais para lhes proporcionarem uma escola de qualidade que representa gastos significativos para as famílias. (Medeiros, 2017, p. 90)

Existe uma adolescência preocupada com suas questões familiares e com seus afazeres diários, mas que também muito se inquieta quando pensa nas condições materiais de sua vida. Apesar disso, a Psicologia, muitas vezes, ao discutir sobre a adolescência em seus textos, não discorre sobre as condições reais de existência, as quais envolvem moradia, território, vulnerabilidades, violências, situação econômica e social desses sujeitos. No entanto, precisamos considerar que:

[...] as condições de vida e as circunstâncias concretas de existência podem limitar as possibilidades do adolescente, que pode ser compelido a trilhar um determinado caminho, sem chances de escolher. Mais uma vez, as condições postas por uma sociedade de classes, fundamentada em um modo capitalista de produção, tratará desse momento de maneiras diferentes, pois as classes mais abastadas possuem maiores possibilidades de realizar escolhas e segui-las (Leal & Mascagna, 2016, p. 228).

Quando se fala de adolescência, o que mais aparecem nos textos da Psicologia tradicional, de acordo com Bock (2004), são as relações familiares e essas são retratadas como um fator de influência no desenvolvimento, não como um fator constituinte do sujeito. Sendo assim, no próximo tópico iremos discorrer sobre como a Psicologia Sócio-Histórica compreende a família.

2.3 Interface adolescência e instituição familiar

Para compreender a adolescência, precisamos destacar outra mudança ocorrida na sociedade com as revoluções industriais, por exemplo, a constituição familiar, bem como refletir sobre quais foram os impactos acerca das relações e dos papéis atribuídos a cada membro dessa instituição. Segundo Souza (2006), depois do surgimento das novas relações econômicas na sociedade capitalista, a família camponesa foi se desfazendo e abrindo espaço para uma família nuclear. Nesta última, o território de trabalho industrial e da atividade econômica, foi separado dos domicílios, assim como separou-se de onde acontece a reprodução da vida nos cuidados com filhos, velhos e doentes, responsabilidades com a casa e refeições. À mulher, foram atribuídas as atividades relacionadas ao domicílio, e assim, passaram a ser excluídas da economia dominante, reforçando, por conseguinte, a opressão sobre elas.

[...] No capitalismo, essa divisão entre razão e afeto, poder e família torna-se antagônica, de forma que as mulheres são colocadas entre escolhas excludentes: ou luta-se pelo exercício pleno da vida, da realização profissional (o quanto ela é possível dentro do capitalismo), abrindo mão da afetividade para a qual elas foram preparadas, ou fica-se com a afetividade e abre-se mão do exercício da vida pública. (Souza, 2006, p. 129)

Concomitante a essas questões abordadas, Reis também considera que dentro do casamento burguês, a mãe é responsabilizada pela educação dos filhos. Não se trata de qualquer educação, mas uma que possui um ideal, um objetivo de criar “[...] um homem autônomo, autodisciplinado, com capacidade para progredir nos negócios e dotado de perfeição moral” (Reis, 1984, p. 110). Se não cumprisse com esse objetivo ou se o filho sofresse de alguma doença, recairia sobre ela a culpa por desviar a educação do filho. A mãe deveria ser perfeita, porque assim, presumivelmente, os filhos também o seriam.

No modelo de família burguesa, quando esse ideal e objetivo é posto, ao ensinar a obediência e autodisciplina para com a família, ensina-se também uma submissão do sujeito frente a todos papéis sociais. O sujeito passa a ser “[...] cidadão passivo, acrítico, conservador, sem espontaneidade e incapaz de criar, repetidor de fórmulas veiculadas pela ideologia dominante, pronto a seguir e obedecer quem se apresenta revestido de autoridade em defesa da ordem estabelecida” (Reis, 1984, pp. 116-117).

Engels (1884/2009) postula que a família monogâmica foi a primeira a se pautar em condições econômicas para a sua organização, ao mesmo tempo em que ocorria a oposição de classes e de gênero. O casamento nesse formato, acarretou na escravidão e na riqueza privadas. Onde existe um progresso, sempre vai existir um retrocesso. O bem-estar e o desenvolvimento

de alguns sujeitos vão se contrapor à dor e opressão de outros, sempre permeado por muitas contradições.

Esse modelo de família se torna individual e possuidor de escravização doméstica, principalmente quando observadas dentro de classes mais abastadas, vez que o homem, tido como provedor e em posição de dominação, passa a ser o único a garantir o sustento da família; e a mulher, por sua vez, fica sujeita à exploração e opressão. Engels faz uma comparação dessa separação de gênero dentro da família, relacionando-a à divisão de classes, “na família, ele é o burguês e a mulher representa o proletariado” (Engels, 1884/2009, p. 80).

Para pensar os rebatimentos sociais dessa separação, Vieira (2019) destaca que na nossa sociedade existem formas diferentes e com pequenas distinções em como se educam meninas e meninos. Desde o ambiente familiar, os valores patriarcais e práticas machistas são transmitidas às crianças desde o início do seu desenvolvimento. Como exemplo, “[...] a ideia de que meninas ‘amadurecem’ mais rápido que os meninos” (p. 46), quando as meninas são muito mais ensinadas que os meninos a assumirem responsabilidades sobre os afazeres domésticos, por consequência, são consideradas mais obedientes, responsáveis e maduras. Já para os meninos, prevalece o investimento na educação porque são mais impulsivos e irresponsáveis. “Destacamos que é necessário considerar as desigualdades educacionais transmitidas e apropriadas de acordo com o sexo da criança e que reverberam ao longo de sua formação e no seu comportamento” (p.46).

Com as separações de gênero dentro da família, nota-se como se reproduz uma ideologia dominante, isto é, os pais (um homem e uma mulher), dentro de uma sociedade patriarcal, mas principalmente as mulheres, transmitem a educação e a noção ideológica da família como natural, universal e imutável:

A criança, por depender afetiva e fisicamente dos pais e por ainda não ter construído mecanismos de reflexão, inserida que ainda está no mundo da emoção, recebe as noções de mundo que lhe são inculcadas como se fossem as únicas, portanto verdadeiras. (Souza, 2006, p. 139).

Souza (2006) destaca que dentro da teoria social, existem duas linhas que versam sobre a família: a conservadora e a progressista. Ambas reconhecem sua importância no tocante às relações sociais e à vida emocional dos seus membros, dado que família é a primeira a mediar o indivíduo e a sociedade, isto é, onde o sujeito percebe e se situa no mundo e assim, forma sua identidade social. A linha conservadora coloca a família como base da sociedade, podendo garantir uma vida social equilibrada, a se contrapor à linha progressista que critica a família, enxergando tal qual um empecilho para o desenvolvimento social e até contribuinte na fabricação de neuroses.

Lessa (2012) escreve que debater sobre a família, não é tarefa fácil. Isso ocorre por alguns motivos, afinal, é necessário ter consciência de que os papéis instituídos dentro da família, como marido, esposa, pai, mãe, filho e filha, não são as únicas formas de se viver. O modo como os seres humanos são hoje, está relacionado às relações sociais predominantes da sociedade, nas quais podemos ser diferentes do que gostaríamos. Devemos entender também, como as alienações dentro da propriedade privada atuam sobre nossos sentimentos e emoções. Nesse sentido:

[...] Uma avaliação sensata dessa esfera necessariamente tem alguma influência na avaliação pessoal que fazemos de nossas famílias, de nossos papéis enquanto pais e mães, de nossos próprios pais e parentes. Parte, pelo menos, do que consideramos o mais querido e íntimo, o mais pessoal e próximo, será alterado ao compreendermos as raízes históricas desse nosso modo de viver. Nem sempre é algo fácil compreender que nossos amores e relações afetivas mais intensos e íntimos, são, também, determinados pelo desenvolvimento histórico. Que o que hoje somos enquanto membros de nossas famílias – é um fenômeno social – em tudo diferente da inevitabilidade natural de o sol nascer a leste ou a chuva cair das nuvens. (Lessa, 2012, p. 9)

É preciso compreender a família a partir de uma complexidade social e histórica, criada pelos homens por meio de suas relações com os outros, que se constituem de diferentes formas, em situações e tempos diversos. A forma como a família está organizada, objetiva atender às necessidades sociais de cada época.

Quando se tem uma constituição familiar muito conservadora, é possível notar os impactos de seu funcionamento em atos violentos dentro da nossa sociedade. Como exemplo, temos o *Atlas da Violência* de 2019, ano em que destaca pela primeira vez a violência contra a população LGBTI+ (sendo que tal violência já existe há muito tempo dentro da sociedade). No documento, expressam que esse tipo de violência vem aumentando nos últimos anos; além de afirmarem que existe uma invisibilidade desse problema, porque não existe uma produção oficial de dados e estatísticas sobre o fenômeno (IPEA, 2019).

A respeito da violência contra a mulher, o *Atlas da Violência* apresentou os dados de homicídios femininos no Brasil ocorridos em 2017. Foram 13 assassinatos por dia, totalizando 4.936 mulheres mortas, sendo o maior número registrado desde o ano de 2007. De todos os homicídios, 28,5% ocorreram dentro da residência (39,3% se não considerarmos os óbitos em que o local do incidente era ignorado), com grande probabilidade dos casos de feminicídios serem decorrentes de violência doméstica. Outro dado importante diz respeito a todas as mortes, 66% de todas as mulheres assassinadas no país em 2017, eram negras, marcando, portanto, a desigualdade racial dentro do nosso país. Além disso, o documento acrescenta que “o crescimento muito superior da violência letal entre mulheres negras em comparação com as não

negras evidencia a enorme dificuldade que o Estado brasileiro tem de garantir a universalidade de suas políticas públicas” (IPEA, 2019, p. 39).

Os fenômenos dentro de nossa sociedade são complexos, se fossem meros problemas singulares, poderiam ser resolvidos em âmbito individual a partir dos atos de cada um; porém, como pontua Lessa, a difusão do sofrimento proveniente de relações familiares, mostra como ele está relacionado a toda a humanidade em um âmbito coletivo. Toda essa complexidade está relacionada à história da humanidade, por isso, “são problemas que requerem soluções complexas e radicais: complexas, porque se referem à totalidade do modo pelo qual organizamos a nossa sociedade; radicais, porque não aceitam soluções parciais ou efêmeras” (Lessa, 2012, pp. 8-9).

Uma dificuldade exposta por muitas famílias, diz respeito às contradições que encontram e precisam lidar ao estarem expostas dentro da sociedade. Dentre as contradições, podemos citar: cumprir um desempenho que a sociedade estabelece e não tem condições de atender; precisar manter e fortalecer a solidariedade, enquanto a sociedade é marcada por um individualismo e uma distância entre os modelos ideais e reais de família (Miotto, 2004).

Miotto (2004) acredita ser necessário que o Estado desenvolva um modo de cuidar dessas famílias, como sujeito de direitos, por meio de instrumentos pelos quais se reduzam os conflitos derivados de carências que não foram atendidas em algum momento. A autora compreende que a família fragilizada e vulnerável de hoje, é resultado de transformações da sociedade. Por isso, é preciso pensá-la dentro de um contexto social inclusivo, cuja atuação direta junto a ela, articule em relação à política social e avalie os impactos e modificações no cotidiano da família.

Na pesquisa realizada por Ozella e Aguiar (2009), já citada anteriormente, os autores também investigaram o que os jovens compreendem por adolescência, bem como o que está relacionado a essa concepção. Para os adolescentes da classe A e B, brancos e do sexo masculino, e para meninas brancas da classe B, aparece na relação com os pais, a fase da rebeldia, a qual leva mais tempo para passar. Os adolescentes afirmam a repressão familiar, como uma das principais causadoras da rebeldia, contudo, reconhecem a razão dos pais, que fazem isso para o próprio bem deles. Os adolescentes da classe A demonstram uma relação mais tensa com os pais, de forma que:

[...] reivindicam maior liberdade e atenção. Reportam-se a uma relação extremamente conflituosa. Apesar de frequentar boas escolas, ter acesso a muita informação (afirmam isso), ter ótimas condições econômicas, sentem-se desrespeitadas, muito cerceadas na sua liberdade. Tais formas de relação conflituosas, em maior ou menor escala, só aparecem nos adolescentes até 16 anos. (Ozella & Aguiar, 2009, p. 117)

Já na classe B e C, incluindo os orientais de ambos os sexos, não foi verificada uma relação de tensão com a família. Nestas, os pais aparecem como algo importante. Os meninos da classe D e E, “[...] assumem os impedimentos colocados pela família como necessários. A família aparece como apoio, como conselheira. Assim, a rebeldia não é contra os pais, mas contra alguma situação social” (Ozella & Aguiar, 2009, p. 117). Os autores verificaram que a maioria dos jovens falam de uma adolescência esperada socialmente, mas ao analisar os jovens da classe C, D e E, com menores poderes aquisitivos, enfatizam que os mesmos “[...] verbalizarem a tristeza de não poder vivê-la, eles, ao falarem das suas atividades, medos, desejos, ansiedades, perspectivas de futuro, revelam o quanto as condições objetivas são constitutivas, o quanto geram outras formas de ser adolescente” (Ozella & Aguiar, 2009, p. 121). Aqui são verificados outros significados dados à adolescência, que são mais condizentes com nossa realidade objetiva dentro do sistema capitalista:

Trata-se de um adolescente que fala de sofrimento, do medo de não ter trabalho, de não conseguir sustentar a família etc.; um adolescente que não fala dos tradicionais conflitos familiares, ao contrário, fala da família como um apoio; que não fala dos tradicionais conflitos profissionais, nem fala em universidade, mas fala da necessidade do esforço pessoal para obter um trabalho qualquer. (Ozella & Aguiar, 2009 p. 121)

Entre os motivos que levariam as relações familiares a se tornarem conflituosas, está a existência de uma vigilância contínua pelos pais em relação aos filhos e amigos, porque elas são relacionadas às condutas praticadas pelos filhos, que eles reprovam. Isso acontece, pois, os grupos que se constituem a partir da adolescência, fortalecem uma oposição dos filhos em relação aos pais, possibilitando que os primeiros se sintam mais independentes em relação à família, e esta passa a não ser a única fonte de afeto para estes jovens, os quais, em consequência, começam a questionar os valores impostos pelos familiares (Reis, 1984).

Podemos acrescentar a essa discussão, as considerações de Vigotski, que compreende a relação entre a criança e o ambiente social, como particular e única. Em virtude disso, somos levados a pensar o problema de se generalizar as relações dos sujeitos ao determos o olhar a um fenômeno complexo, como o suicídio, por exemplo. Essa relação do sujeito com o entorno, analisada no início de cada período de idade, é denominada de situação social do desenvolvimento, quando se dá o início de mudanças dinâmicas que ocorrem no período de cada idade. Ela determina “[...] plenamente e por inteiro as formas e a trajetória que permitem a criança adquirir novas propriedades da personalidade, já que a realidade social é a verdadeira fonte do desenvolvimento, a possibilidade de que o social se transforme em individual” (Vigotski, 1996/2006, p. 264).

Assim, ao considerarmos as discussões sobre gênero na sociedade capitalista, “[...] compreendemos que a situação social de desenvolvimento contém em si particularidades relativas à socialização de gêneros [...]” (Corbelo, 2019, p. 131). Ao estarmos inseridos em uma organização social e material “[...] que cria as desigualdades que incidem sobre o sexo das fêmeas e as desigualdades de gênero [...]” (p. 131), precisamos considerar o impacto disso na construção dos sentidos e significados, ou seja, se o desenvolvimento da criança se dá em uma sociedade capitalista e patriarcal, logo, sua formação estará marcada por essa socialização de gênero.

A situação social do desenvolvimento, é importante à medida em que regula a vida e a existência social, e, em virtude disso, reestrutura a personalidade consciente desse sujeito a partir de novas formações. Tal como mencionado acima, isso só irá acontecer a partir da relação que se estabelece com o meio. Da mesma forma, ao pensarmos no contexto da saúde, podemos questionar: qual o conjunto de condições materiais que as crianças e adolescentes dispõem para se desenvolver na nossa sociedade? Elas possuem relações de qualidade para alcançar esse desenvolvimento que transforma e modifica sua personalidade? E, pensando em um processo de saúde-doença, por que adolescentes vivenciam experiências de sofrimento psíquico?

2.4 A experiência do sofrimento psíquico na Adolescência: reflexões a partir da teoria da determinação social do processo saúde-doença e da lógica psicossocial

Ao pensarmos sobre a experiência do sofrimento psíquico e sua manifestação na adolescência neste trabalho, utilizamos a perspectiva da abordagem teórico-conceitual da determinação social do processo saúde-doença, que, fundamentada no materialismo histórico dialético, foi a base do pensamento crítico da saúde coletiva brasileira, de forma a alimentar parte do movimento da Reforma Sanitária, que posteriormente, culminou a criação do SUS. Ademais, também traremos contribuições da lógica da atenção psicossocial resultante do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que nos instiga a pensar criticamente o cuidado em saúde mental aos que fizeram tentativa de suicídio.

A abordagem teórico-conceitual da determinação social do processo saúde-doença nos permite compreender que a partir das condições de saúde-doença, se desenvolve nos sujeitos um conjunto de processos críticos de saúde, contendo propriedades saudáveis – protetoras e benéficas; ou propriedades insalubres – destrutivas e deteriorantes. Os processos críticos protetores se referem às defesas e suportes pelos quais a vida humana é estimulada. Os

destrutivos, se relacionam ao que gera privação ou deterioração da vida. Ambos processos estão ligados a diversos campos da vida, como o trabalho, o cotidiano e a própria relação com o ambiente. Para Viapiana, Gomes e Albuquerque (2018), estes processos ocorrem no cerne de uma formação social específica, e, do mesmo modo, são marcados pelas possibilidades reais de cada modo de vida e, portanto, podem se tornar protetores ou destrutivos de acordo com as condições históricas em que se desenvolvem.

Quando analisamos a condição de saúde-doença, precisamos avaliar também os processos estruturais do modo de produção em determinada formação social, ou seja, analisar o capitalismo e suas características atuais. Segundo Viapiana, Gomes e Albuquerque (2018), somente nessa análise se compreenderá o perfil epidemiológico da sociedade contemporânea, o qual é marcado pelas altas taxas de sofrimento psíquico.

Nos estudos de Saúde Coletiva, a teoria da determinação social do processo de saúde-doença nos auxilia na compreensão do sofrimento psíquico, além de nos indicar parâmetros ético-políticos que nos orientam a ter um cuidado em saúde mental mais integral. Para explicar sobre a determinação social do sofrimento, apresentamos o seguinte raciocínio:

De acordo com Marx (1844/2004), o indivíduo é o ser social, posto que a vida individual e a vida genérica do ser humano não são diversas, ainda que também o modo de existência da vida individual seja um modo mais particular ou mais universal da vida genérica. Logo, se os indivíduos se desenvolvem socialmente, os processos de saúde e doença por eles vividos são também determinados socialmente. (Almeida, 2018, pp. 75-76)

Por essa razão, o adoecimento considerado a partir das obstruções presentes nos modos de andar da vida, se relaciona ao modo e produção da vida social. Nesse sentido, ao fazermos uma análise sobre o processo de saúde e doença, encontramos nas formações sociais dos momentos históricos, explicações para algumas formas de adoecimento, diferentemente do que vem acontecendo, cujas explicações estão sendo dadas na biologia ou em técnicas médicas. A respeito, Almeida (2018, p.76) salienta que “[...] a saúde-doença envolve os processos biológicos e psicológicos e neles se expressa, mas há uma subordinação destes processos ao social, que os condiciona a se expressar de determinadas formas”.

A partir da compreensão da determinação social do processo saúde-doença, questiono: o que vem ocorrendo no Brasil, que o índice de suicídio entre os jovens estaria aumentando mais em relação a outros países? É possível relacionar esse aumento às condições de vida e trabalho no Brasil e ao índice de desemprego nos jovens? Haja vista os questionamentos, consideramos que:

[...] são os indivíduos que vivem e morrem biológica e psiquicamente. Ou seja, a doença está incrustada no nível biopsíquico e se expressa no indivíduo, seja na gripe, no câncer

ou na depressão. E, do mesmo modo, tal expressão é determinada pelo modo geral da reprodução social predominante em um dado momento histórico e pelas condições particulares de vida das pessoas conforme sua inserção de classe, no processo de trabalho, sua condição de gênero e etnia, etc. (Almeida, 2018, p. 78)

Cabe destacar que dentro das relações capitalistas, o desenvolvimento das capacidades humanas é limitado e marcado pelo processo de alienação, o qual ocorre em meio às relações de estranhamento entre os indivíduos e os produtos de sua atividade, ou seja, “a alienação abrange as relações dos seres humanos com o produto de seu trabalho, com sua própria atividade vital de trabalho e com sua relação com o gênero humano e os outros seres humanos” (Marx, 1844/2004, citado por Almeida, 2018, p. 79). Por consequência, existem na nossa sociedade, sujeitos que não se reconhecem em suas criações, que não se sentem reconhecidos em suas atividades, e ao contrário de obterem satisfação, vivenciam o sofrimento. Nas palavras de Almeida (2018, p. 79), “vemos, portanto, que entre suas repercussões subjetivas, a alienação expropria os seres humanos inclusive de si mesmos, do autoconhecimento, do autocontrole de sua conduta e também de seu próprio processo de sofrimento e de adoecimento”.

A teoria da determinação social da saúde, busca a “superação da ordem social capitalista e a instauração de uma ordem onde os valores humanos sejam prioritários, bem como a aliança entre a prática científica e a prática política transformadora são elementos constantes [...]” (Moreira, 2013, p. 94). Tal compreensão nos permite pensar em intervenções com o sujeito para além do âmbito individual e biológico, mirando a complexidade social e as diversas áreas de sua vida, como a escola, a família, o trabalho, entre outros; e os impactos sentidos no seu desenvolvimento, sem perder de vista a desalienação e o consequente “desenvolvimento das potencialidades humanas, seu aperfeiçoamento, amputada pela atual forma de organização da produção” (Moreira, 2013, p. 94).

Notamos a existência de muitos trabalhos dentro da Psicologia e da Psiquiatria, os quais também consideram bases multifatoriais a fim de discutir o sofrimento psíquico. Nestes, ainda prevalece a hegemonia da biomedicina em propor intervenções terapêuticas que priorizam o uso de fármacos (Almeida, 2018). Isso é algo interessante de se manter dentro de uma lógica capitalista, vez que com a medicação, pode existir uma diminuição dos sintomas e em consequência, obter melhorias na produtividade, de modo a permitir ao sujeito, que este continue dentro do trabalho e das relações que podem estar corroborando seu adoecendo. A autora afirma também que grande parte da classe trabalhadora inserida dentro do aparato de vida capitalista, com uma grande carga de trabalho, vem sendo atingida por muito sofrimento. Vejamos:

O ocultamento de suas raízes tem graves implicações para os indivíduos, que se veem muitas vezes incompreendidos em seu sofrimento e isolados no enfrentamento. Em períodos de crise do capital, acompanhados de severos ataques aos direitos conquistados pelos trabalhadores, de restrição de políticas sociais e de crescimento do desemprego ou empregos precarizados, crescem ainda mais os índices de sofrimento psíquico e as tentativas de naturalização. (Almeida, 2018, p. 19)

Dentro desse raciocínio, Almeida (2018) pontua que o adoecimento psíquico pode ser considerado uma forma de resistência passiva frente à organização do trabalho e da vida destes sujeitos, ao mesmo tempo que funciona como uma denúncia das contradições do capitalismo, sempre modificando suas formas de trabalho, mas mantendo o objetivo da exploração. Para exemplificar melhor, a autora destaca como característica do sofrimento psíquico, o enrijecimento dos sujeitos diante de suas vidas, oriundo de um mal-estar, desconforto ou dor, produzidos em suas próprias vidas. Em suas palavras, “[...] o sofrimento não se refere aos processos da vida cotidiana tornados patológicos, tal como o uso corrente do senso comum poderia denotar; mas aos processos vividos como obstruções à vida” (Almeida, 2018, p. 57).

Na sociedade capitalista, com seu modo de produção adoecedor, a experiência do sofrimento afeta tanto a classe trabalhadora, quanto os filhos dessa classe. Também atinge aqueles que possuem maior poder aquisitivo e, conseqüentemente, os filhos oriundos das classes mais favorecidas. O adoecedor é que esse sistema corrói e empobrece todos os tipos de relações, independente da classe social em que o sujeito está inserido. Os adolescentes estão se desenvolvendo e construindo as relações nesse sistema estruturado em torno da exclusão, da violência, do lucro, do individualismo e competitividade, que sustenta e valoriza relações pautadas no abuso de poder, nas desigualdades, na dominação e na acumulação unilateral das riquezas. A partir desse olhar atento ao sofrimento psíquico, o vislumbramos como

[...] um processo *produzido na dinâmica da vida de uma pessoa* – que vive num dado lugar, com certas relações interpessoais, que tem determinada atividade e rotina cotidiana, com certas necessidades, interesses e problemas – e que produz obstruções nos seus ‘modos de andar a vida’”. (Almeida, 2018, p. 58. Grifo nosso)

O sofrimento ganha seu significado a partir das relações. Almeida (2018) parte dessa compreensão para trazer reflexões sobre os chamados “transtornos de humor”. Assim, busca superar a lógica biomédica, localizando a produção do sofrimento psíquico no cerne das relações sociais. Dessa forma, a autora considera necessário discutir sobre a alienação e exploração existentes na vida dos sujeitos inseridos no capitalismo, considerando a saúde e a doença como processos. Isso ocorre porque as manifestações do sofrimento psíquico não são predisposições biológicas ou psíquicas de algumas pessoas, mas antes produções dentro do movimento da vida determinadas socialmente, podendo atingir qualquer indivíduo inserido em

relações que obstruem seus modos de andar na vida. Por isso, “o sofrimento psíquico é, em última instância, *resultado da vida social sobre e dos indivíduos*, além de representar o insucesso das técnicas psiquiátricas, a cronificação do sofrimento é uma confissão tácita da cronificação das relações sociais que o determinam” (Almeida, 2018, p. 66. Grifo nosso).

O ideário socializador dos movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, coaduna à visão de homem e de mundo que compartilhamos nesse trabalho. Quando rememoramos parte do percurso de construção de uma política pública de saúde mental antimanicomial voltada ao público infantojuvenil, reconhecemos que o SUS e a lógica psicossocial, podem contribuir expressivamente para avançarmos em direção a um cuidado mais amplo e integral. Essas contribuições podem rebater positivamente sobre a atuação do psicólogo, seja em qual campo for. Assim, mesmo que de forma breve, abordaremos como a lógica psicossocial foi sendo duramente escrita em nosso país.

As ações e o modelo de assistência a crianças e adolescentes que se estabeleceram por muito tempo em nosso país, ficaram circunscritas a um ideário de proteção. Esse modelo ocasionou a institucionalização do cuidado, amparada por medidas de cunho higienista e normativo-jurídicas, que criminalizavam a infância pobre. Ademais, não promovia a integralidade e a reinserção familiar e social, gerando desassistência, abandono e exclusão (Ministério da Saúde, 2005).

Dentro do processo de institucionalização do cuidado, destacamos três marcos importantes: a criação do pavilhão anexo ao Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha – Pavilhão Escola Bourneville, em 1903, destinado às crianças portadoras de enfermidades mentais; em 1921, o surgimento do primeiro Pavilhão Infantil em São Paulo, no Hospital do Juqueri; e por fim, em 1929, a implantação do Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico, onde eram realizadas pesquisas sobre testes de inteligência e desenvolvimento mental de crianças (Ribeiro, 2006).

Na história da saúde mental infantojuvenil, essas instituições surgiram no Brasil sob a primazia do controle e da proteção, operando na lógica do isolamento daqueles considerados desviantes, de forma a utilizar a privação de liberdade para segregar crianças e adolescentes autores de atos infracionais, aqueles que supostamente teriam transtornos mentais, a saber, os deficientes e incapazes (Ministério da Saúde, 2014a).

Nota-se como é recente no país um cuidado em saúde/saúde mental específico voltado a este público, e como ele caminhou por um longo período distante do que se compreende hoje como cuidado, de modo a considerar o sofrimento psíquico dos indivíduos inseridos em uma sociedade que, por vezes, os leva ao sofrimento psíquico. Antes, tratava-se de um cuidado

voltado somente àqueles que não se enquadravam dentro de um comportamento socialmente desejável.

No percurso da construção das políticas voltadas a crianças e adolescentes, a compreensão social da infância e adolescência e de seu lugar na sociedade, sofreu transformações de acordo com os diferentes momentos históricos. Isso contribuiu para a demanda de mudanças nas legislações, por exemplo, o Código Mello de Mattos (1927)¹⁵, primeiro documento legal voltado exclusivamente a este público no Brasil. O Código foi reeditado em 1979, sob a pretensão em garantir a proteção da população infantojuvenil, pautado no paradigma da situação irregular, entendendo que haviam situações de riscos envolvidas nessa realidade e que somente poderiam ser controladas através de internações (Ministério da Saúde, 2014a). Nesses termos, o Código de Menores não era destinado a todas as crianças e adolescentes, mas àqueles considerados à época, abandonados e/ou delinquentes.

A partir da década de 1970, com a redemocratização do país, sobretudo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que pela emenda denominada “Criança Prioridade Nacional”, o movimento nacional de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente, começou a ganhar força (Ministério da Saúde, 2014a). Conforme descrito no artigo 227 da Constituição Federal de 1988, passou a ser assegurado à criança e ao adolescente:

[...] o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. Nesse momento, observa-se um olhar e cuidado desse público considerando as suas singularidades, ao buscar assegurar direitos ao sujeito e minimizando as exclusões que outrora foram naturalizados e institucionalizados. (Brasil, 1988, n.p)

Neste mesmo contexto de redemocratização do país, no ano de 1990, o SUS foi materializado parcialmente mediante a aprovação da Lei Orgânica de saúde (Lei 8.080/90), na qual se especificava sua organização. O SUS afirma a saúde como um direito sustentado em uma concepção ampliada e pede passagem da centralidade da doença para uma compreensão de saúde integral. Essa saúde se constrói e se promove com acesso à educação, lazer, esporte, habitação, cultura, entre outros, e depende do fortalecimento de “redes de atenção à saúde, de maneira pactuada entre as diferentes esferas de gestão e articulada intersetorialmente, de acordo com as especificidades de cada região” [...] (Ministério da Saúde, 2014a, pp. 18-17).

¹⁵ Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927, foi assim chamado em homenagem a seu autor, o jurista José Cândido de Albuquerque Mello Mattos.

Também no ano de 1990, o reconhecimento das crianças e adolescentes enquanto sujeitos possuidores de direitos humanos fundamentais, se reafirma na Lei nº 8.069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Orientado pelo paradigma da proteção integral, essa legislação atribui ao Estado, à família e à sociedade, o dever de tomar a infância e a adolescência como prioridade máxima na elaboração das políticas públicas, de modo a garantir que se desenvolvam em aspectos físicos, mentais, morais, espirituais e sociais (Ministério da Saúde, 2014a). O ECA, além de alocar crianças e adolescentes como possuidores de direitos humanos, impõe idealmente a todos – família, sociedade e Estado – a obrigação de respeitá-los e garantir prioridade nas ações, indo na contramão de qualquer tipo de discriminação ou opressão.

Tal como determina o ECA, entendemos que crianças e adolescentes são seres em desenvolvimento e, diante disso, necessitam da preservação dos direitos pelos quais sejam permitidos aos mesmos, que se realizem em toda sua potência. Outrossim, percebemos que essa parcela da população possui especificidades que não podem ser contempladas pela simples extensão das estratégias de cuidado já implementadas à saúde adulta, e isso no que se refere tanto à saúde física, quanto à mental (Couto, Duarte & Delgado, 2008).

Por efeito do SUS, se entende a necessidade de se adotar estratégias que contribuam à ampliação da concepção de saúde e, conseqüentemente, de saúde mental. Compreende-se também que o cuidado em saúde mental precisa ir além dos sintomas aparentes; precisa interpretar as relações que produzem e/ou agravam a existência-sofrimento. Para isso, com frequência, é necessário o diálogo e envolvimento de diversos profissionais, instituições e sujeitos com vistas a um cuidado mais integral desse indivíduo.

À vista disso, Couto e Delgado (2015) lembram que apenas no século XXI, se desenvolveram efetivamente propostas para a construção de uma política de saúde mental voltada a crianças e adolescentes no Brasil. Antes disso, não existia uma formulação que orientasse o cuidado voltado a esse público, existindo somente em alguns casos, ações ligadas apenas à assistência social e à educação, que visavam muito mais reparar e disciplinar, do que ofertar um cuidado psicossocial, assim como pleiteia uma clínica ampliada e antimanicomial.

Refletindo sobre a necessidade de ampliação da clínica, Ferreira Neto aposta que a Psicologia trouxe importantes contribuições para o SUS, e, por esse motivo, trará influências importantes na formação clínica dos psicólogos. No entanto, o autor destaca que os impasses da atuação do psicólogo no âmbito da saúde pública estão relacionados à formação deste profissional no Brasil, embasada hegemonicamente em um modelo clássico de clínica, liberal, privada, curativo e individual, sendo “a porta de entrada preferencial dos profissionais

contratados na rede pública na saúde mental, na esteira do movimento da Reforma Psiquiátrica” (Ferreira Neto, 2011, p.129).

Kahhale e Montreozol apontam que a clínica tradicional tem apenas atuado na singularidade imediata e aparente, não considerando as ações dos indivíduos intrinsecamente relacionadas ao contexto histórico-social que os mesmos vivenciam. Segundo os autores “[...] a práxis terapêutica do psicólogo deve considerar, a partir da lógica dialética, que a realidade pode ser alterada de modo revolucionário na medida em que tomamos conhecimento, histórico, de que nós mesmos a produzimos” (Kahhale & Montreozol, 2019, p. 199).

O cuidado baseado no modelo assistencial reorientador do SUS, foi sendo colocado parcialmente em prática. Quando dizemos parcialmente, é pelo simples fato de que a implementação do SUS, mesmo contando com uma nova legislação, não garantiu que fossem efetivadas as mudanças necessárias no que diz respeito à assistência de acesso universal e integral. Faz-se indispensável e permanente a luta pela consolidação de um novo modelo assistencial, não mais institucionalizante, biomédico, psiquiátrico. Esse desafio atravessou o campo da saúde mental e ganhou força com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, cujo objetivo era e continua sendo, a ruptura com o modelo asilar, preconizando uma rede substitutiva de cuidados, de base comunitária e territorial (Ministério da Saúde, 2014b).

Tais mudanças foram anunciadas na Lei nº 10.216/2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, versando também a respeito do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. No campo específico da infância e adolescência, a materialização ocorreu a partir do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, instituído em agosto de 2004 pela Portaria MS/GM nº 1.608. A partir daí, configurou-se um espaço de discussão e articulação intersetorial, que objetivava debater as diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para a construção das políticas públicas voltadas a essa população (Ministério da Saúde, 2014b).

A luta pela construção dos direitos humanos para a infância e adolescência, possibilitou mudanças na concepção de criança e de adolescente, e, à vista disso, indicou como deveriam ser os cuidados em Saúde Mental voltados a esse público. Em face ao exposto, Couto e Delgado (2015) colocam que todos os sujeitos possuem histórias e experiências, e, de mesmo modo, passam por sofrimentos que devem ter possibilidades de expressarem seu mal-estar e transtornos:

São sujeitos plenos, portanto, que podem se desenvolver, socializar, aprender, mas também serem atravessados por enigmas e vicissitudes subjetivas, inerentes à sua

condição humana. São seres passíveis de sofrimento e adoecimento mental, com direito de serem cuidados quando o sofrimento se fizer insuportável ou quando impossibilitar a construção ou sustentação de laços sociais sem que esse cuidado se reduza à correção, normalização ou adaptação de comportamentos. (Couto & Delgado, 2015, p. 29)

Como consequência da nova visão de cuidado na lógica da Atenção Psicossocial para o sujeito em experiência de sofrimento, foi possível elaborar uma estratégia de ruptura do modelo manicomial hegemônico, bem como uma transformação na assistência. Nesse ínterim, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela Portaria 336/2002, que consistem em locais de produção de cuidado e de potencialidade, com o intuito de corroborar a construção de coletivos em convivência, a saber: a inclusão, a solidariedade e a produção de novas subjetividades.

Especificamente destinados às crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico intenso e persistente e/ou em uso abusivo de substâncias psicoativas, foram criados os CAPS Infantojuvenis – CAPSi, destinados ao atendimento daqueles casos tidos como graves e persistentes, os quais encontram-se, por vários motivos, impossibilitados de estabelecer ou manter laços afetivos e sociais.

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou o primeiro documento oficial do SUS voltado às crianças e adolescentes, o *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil* (2005), que buscou definir estratégias pelas quais viabilizasse um cuidado em saúde mental à essa população. Para isso, o documento apontava princípios a serem considerados na elaboração de uma política nacional: a) crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, ativos e responsáveis por sua demanda, sofrimento e sintoma; b) acolhimento deve ser universal – onde “toda e qualquer demanda dirigida ao serviço de saúde do território, deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida” (Ministério da Saúde, 2005, p. 12); c) o encaminhamento precisa ser implicado e corresponsável; d) deve buscar-se a construção permanente da rede; e) o trabalho no território; e) a intersetorialidade na ação de cuidado. O documento demonstra que esses princípios defendiam que os cuidados em saúde mental, assim como os profissionais dos serviços de saúde, deveriam assumir:

[...] uma função social que extrapola o afazer meramente técnico do tratar, e que se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorar a qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental, tendo-a como um ser integral com direito a plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro. (Ministério da Saúde, 2005, p.14)

Quando o Ministério da Saúde afirmava que uma política voltada ao público infantojuvenil deveria considerar a criança e o adolescente como sujeitos, isso significava dizer que estes são possuidores de responsabilidades e direitos, bem como detentores de um lugar autêntico de fala sobre si; uma fala que precisa ser ouvida e respeitada, garantindo abordagens terapêuticas que considerem e trabalhem com as singularidades. Partindo deste entendimento, foi estabelecido que tanto as crianças quanto os adolescentes, estariam intimamente implicados em seus processos de saúde e de adoecimento (Ministério da Saúde, 2005).

Importante ressaltar que a proposta da Psicologia Sócio-Histórica no tocante ao cuidado em saúde mental, considerando o espaço do atendimento clínico, pode apropriar-se de todas essas contribuições e também das contribuições da clínica ampliada, para pensar o sujeito em sua integralidade. A Psicologia Sócio-Histórica, ao considerar o papel ativo em sua vida enquanto produto e produtor de sua realidade, propõe o desenvolvimento da capacidade de transformação dos sujeitos a partir de uma relação dialética entre seus aspectos psicológicos, sociais, culturais, econômicos, políticos, entre outros. Nessa perspectiva, a clínica pode ser considerada como social, visto que pode estar presente em qualquer lugar, na presença de qualquer público. Ademais, a clínica deve:

[...] se esforçar por combater a massificação reiterada em nossas práticas de vida, e que busque cada vez mais possibilitar ao cliente, sujeito desta sociedade, o alcance da potencialidade humana disponibilizada nos mecanismos culturais e que podem ser apropriados, enquanto condições objetivas, na particularidade de sua subjetividade [...]. (Kahhale & Montreozol, 2009, p. 192)

Essa clínica, além de visar a produção de vida, também reconhece que o adolescente precisa se perceber enquanto sujeito pertencente, dado que diante disso, se faz possível o fortalecimento de vínculos e a ampliação da inserção social, de modo a nos inferir que a lógica psicossocial que orienta a atuação da rede de profissionais construída dentro do SUS, tem muito a contribuir com a construção do cuidado à população infantojuvenil. O SUS valoriza o acolhimento e o trabalho no território, seja em equipe interdisciplinar e/ou em rede intersetorial, com vistas ao cuidado corresponsável e integral à saúde.

Nesse sentido, é importante lembrar que o SUS se divide em atenção Básica/Primária; atenção secundária e atenção terciária. A atenção primária (AP) é baseada no princípio da descentralização e tem como objetivo oferecer acesso universal a serviços abrangentes, além de coordenar a cobertura dos níveis mais complexos de cuidado. A AP deve programar ações intersetoriais de promoção à saúde, articulando estratégias no que tange à prevenção de doenças e recuperação da saúde. Segundo Amarante (2007), a atenção básica de saúde também serve como estratégia de “desmedicalização”, isso se deve ao fato dela dispensar a maioria dos

encaminhamentos para os níveis mais complexos de atenção, e também por considerar que os problemas de saúde não são apenas médico-sanitários.

A Atenção Primária à Saúde (APS) possibilita o acesso ao cuidado à saúde, inclusive a mental. Na APS, o atendimento é feito de modo estratégico, a fim de facilitar tanto o acesso do usuário à equipe, quanto da equipe ao usuário, sendo este atendimento feito de forma descentralizada. Neste âmbito, encontram-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹⁶, que são unidades físicas de serviço independentes constituídas por diferentes equipes profissionais de diversas áreas, as quais devem, sobretudo, atuar de maneira integrada, apoiando profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando práticas e saberes em saúde nos territórios, dentre outros (Ministério da Saúde, 2013)

O Ministério da Saúde, no documento *Cadernos de Atenção Básica na Saúde Mental* (2013), em suas diretrizes gerais produzidas sob a égide da capacitação dos profissionais de saúde e identificação de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes, apresenta a tentativa de suicídio como sintoma grave e indicativo da necessidade de cuidados em saúde mental, ressaltando:

Vale a pena investigar se há tentativas prévias recentes. *Este é o maior indicador de risco*. Por outro lado, há certas tentativas que são tropeços, descuidos e o adolescente consegue se dar conta disso e vai relutar em procurar um serviço de Saúde Mental, correndo o risco de não receber escuta alguma. Procure escutá-lo sem preconceitos, convide-o a tentarem compreender juntos o sentido daquela tentativa e os desdobramentos. Nunca desqualifique o problema. (Ministério da Saúde, 2013, p. 111. Grifo nosso)

O Ministério da Saúde (2013) orienta o profissional a acolher esse adolescente e oferecer-lhe amparo, com vistas a buscar entender como esse sujeito está e o porquê daquela tentativa. O órgão resalta também a importância e necessidade da discussão imediata do caso com os profissionais da saúde mental, e:

[...] em caso de emergência, considerar encaminhamento a um Caps, Capsi ou outras unidades de acolhimento de crise do território” ressaltando que mesmo nas situações mais situações agudas, como as de crise “a equipe da AB deve manter o acompanhamento e a corresponsabilização pelo caso” (Ministério da Saúde, 2013, p. 110).

A nota informativa emitida pelo Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde, reforça que nem sempre sintomas definidos como graves e persistentes

¹⁶ A partir da *Nota Técnica nº 3/2020* do Departamento de Saúde da Família, o Ministério da Saúde reviu o financiamento e o custeio da Atenção Básica, e acabou com a obrigatoriedade do modelo do NASF-AB, deixando o gestor municipal livre para compor suas equipes como quiserem e não mais seguindo os parâmetros e objetivos que sustentaram a criação desses núcleos cuja função principal era o apoio às equipes da Atenção Básica.

em determinado grupo, precisam ser atendidos a nível secundário ou terciário, pois os sintomas leves excluem necessariamente um atendimento secundário. O objetivo principal do documento consiste na redução da incidência, prevalência e recorrência dos transtornos mentais.

O estado do Paraná tem utilizado a chamada *Estratificação de Risco em Saúde Mental*, com o intuito de avaliar a gravidade dos sinais e sintomas apresentados pelo usuário. Na estratificação de risco, a população é dividida em seis grupos. Vejamos: 1. Sintomas relacionados aos transtornos mentais comuns: englobam depressivos, ansiosos e somatoformes classificáveis nos manuais de diagnósticos; 2. Sintomas relacionados aos transtornos mentais severos e persistentes: os portadores de transtornos psicóticos – esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e outras psicoses, além daqueles que o sintoma interfere em alto grau nas relações pessoais; 3. Sintomas relacionados à dependência de álcool e outras drogas: que alteram o funcionamento cerebral causando modificações no estado mental ou psiquismo. 4. Sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam na infância e/ou adolescência; 5. Sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam nos idosos; 6. Fatores que podem se constituir em fatores agravantes ou atenuantes de problemas de saúde mental já identificados. Além das condições específicas de: gestação, população indígena, deficiência mental moderada ou severa e eventos agudos: ocorrência recente de tentativa de suicídio e crise ou surto psicótico (Secretaria de Saúde, 2015).

Nas situações em que a estratificação for de baixo risco, os cuidados devem ser ofertados em intensidade progressiva a grupos não direcionados. Recomenda-se iniciar a partir dos cuidados de baixa intensidade (panfletos, atividade física, etc.), passando a tarefa aos grupos psicoeducacionais e posteriormente, avançando ao uso de terapia medicamentosa com supervisão e psicoterapia. Nas situações de médio e alto risco, as intervenções devem ser rápidas e efetivas na crise, com o tratamento farmacológico e a reabilitação psicossocial supervisionada pelo apoio matricial do NASF.

Nos problemas de saúde mental que se manifestam na infância e/ou na adolescência, o documento destaca que a Atenção Primária é importante à medida em que corrobora proteção e respeito à vida, de forma a buscar recursos intersetoriais nas redes sociais e comunitárias, com promoção ao desenvolvimento físico e psicológico saudável pautado nos cuidados maternos primários, vínculos familiares, escolares e comunitários (Secretaria de Saúde, 2014). Já nos casos de dependência de álcool e outras drogas, a detecção precoce dos mesmos, evitaria que os sintomas de ansiedade e outras patologias viessem a se tornar crônicas, ressaltando relações de dependência ou quebra de vínculos familiares. As intervenções devem se basear no sentido de mostrar as consequências clínicas, psicológicas e sociais do uso contínuo destas substâncias,

além de encaminhar os usuários aos serviços especializados quando necessário, podendo formar na APS em questão, um grupo de apoio mútuo. Entretanto, deve-se evitar a segmentação do usuário de acordo com sua patologia (Secretaria de Saúde, 2014).

O SUS e a lógica da Atenção Psicossocial, como destaca o Conselho Federal de Psicologia – CFP (2011), pedem por uma rede de atenção pensada a partir das conexões dos próprios usuários, vez que uma das atribuições dos profissionais psicólogos, é a de garantir que o usuário alcance um nível de liberdade para se locomover nos mais diversos espaços, estabelecendo vínculos e relações que o auxiliem em seu desenvolvimento. Nossa busca deveria ser no sentido de potencializar os sujeitos para que se coloquem efetivamente enquanto sujeitos políticos e como principais agentes produtores de suas ações e histórias.

Como tentativa de ampliar a clínica e organizar uma proposta de atendimento mais integral ao usuário, citamos o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Rosa (2016) destaca que no SUS, o PTS é como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas, o qual deve partir da singularidade de cada caso (indivíduos, grupos ou famílias), em busca de compreender suas demandas e necessidades em saúde para propor e articular ações a partir de múltiplos olhares. A proposta é que o PTS expanda os itinerários terapêuticos “[...] em relação aos recursos e serviços da saúde, ampliando assim as possibilidades de relação e participação social do sujeito a partir de sua inserção no território” (p. 36). Nesse percurso, os próprios sentidos e significados de cada sujeito sobre suas experiências com o sofrimento psíquico, representam aspectos importantes para a produção dos itinerários terapêuticos.

Segundo Rosa (2016), para o processo da produção destes itinerários, precisamos considerar possíveis obstáculos (econômicos, geográficos e culturais) que implicam no acesso do usuário à saúde. Muitas das propostas de PTS serão compostas pelos movimentos do usuário nessa busca pelo cuidado em saúde, onde se pode ou não o transformar:

A partir de uma perspectiva sócio-histórica, apostamos que é pela atividade do sujeito, a qual se realiza necessariamente no campo social e, portanto, na relação com a comunidade e a partir dos recursos do território, que os sentidos e significados que constituem a experiência tomada como doença mental podem ser reconfigurados. Por essa razão, defendemos que as ações de cuidado propostas pelos PTS estejam orientadas pela produção de outras formas de relação entre indivíduo e sociedade, provocando itinerários terapêuticos além dos recursos e práticas promovidas pelo campo da saúde e, com isso, permitindo que a experiência do sujeito possa, individual e culturalmente, ser reconhecida para além dos contornos da doença. (Rosa, 2016, p. 37)

Porém, em muitas situações a construção do PTS é reduzida a algumas prescrições de atividades propostas aos usuários. Rosa (2016) destaca que nas práticas dos CAPS, por exemplo, o PTS fica reduzido às atividades existentes dentro apenas do próprio serviço,

demonstrando uma frágil implicação com a vida cotidiana de cada sujeito e sua presença no território. “As equipes do CAPS, como relatado em algumas pesquisas, têm dificuldade em poder ofertar intervenções para além do próprio CAPS, adentrando mais ao território e explorando outros dispositivos de intervenção” (p. 124). Assim, o PTS estaria mais relacionado às possibilidades do serviço do que com as necessidades que o sujeito tem em seu cotidiano, e ainda, um distanciamento das possibilidades existentes no território, que mesmo precárias, podem passar desconhecidas pelos usuários.

A experiência do sofrimento psíquico na adolescência é uma experiência determinada socialmente, logo, produzida no encontro com o outro, dentro de um dado contexto que tem os contornos das particularidades das relações afetivo-sociais hegemônicas dessa sociedade que exclui, violenta e expropria a maioria dos seus indivíduos. Nesse sentido, falar do cuidado em saúde mental àqueles que fizeram tentativa de suicídio na adolescência, exige que localizemos a experiência do sofrimento psíquico no interior dessa sociedade, buscando a superação dessas relações afetivo-sociais que são tão adoecedoras.

SEÇÃO III - SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: UMA LEITURA SÓCIO-HISTÓRICA

“As relações entre os interesses e os ânimos, as verdadeiras relações entre os indivíduos ainda estão para ser criadas entre nós inteiramente, e o suicídio não é mais do que um entre os mil e um sintomas da luta social geral [...]”
(Marx, 1883/2006, p. 29)

Nesta seção, iremos discutir sobre alguns assuntos que auxiliarão no processo de análise das entrevistas, as quais versam sobre a prática do psicólogo que trabalha com adolescentes que viveram a experiência da tentativa de suicídio, quer seja no contexto do SUS, ou da clínica particular. Os tópicos abordam uma breve construção social e histórica do suicídio, visto que tratamos de um fenômeno presente não só neste, mas também em outros períodos da humanidade. Em seguida, abordaremos a respeito do suicídio como um fenômeno da atualidade a partir da leitura da determinação social do processo de saúde-doença. Por fim, destacaremos brevemente o percurso de construção de uma política de Saúde Mental voltada à infância e adolescência no Brasil, partindo do percurso idealizado da saúde mental no SUS e na Atenção Psicossocial, lógica decorrente do ideário da Reforma Psiquiátrica, para enfim refletirmos sobre o cuidado voltado aos sujeitos com histórico de tentativa de suicídio.

3.1 Breve construção Sócio-Histórica do fenômeno suicídio

O fenômeno do suicídio tem ganhado espaço nas discussões realizadas por profissionais da saúde, principalmente após a Organização Mundial da Saúde (OMS), colocá-lo como foco e problema de saúde pública no ano de 1999. Segundo Berenchtein Netto e Souza (2015), a OMS apresenta em seus dados um alto índice de suicídio em pessoas com mais de sessenta anos, mas considera que as taxas entre os jovens de 15 e 25 anos, têm crescido nos últimos anos.

Para pensarmos o cenário epidemiológico do suicídio atualmente, selecionamos os dados emitidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde por meio do Boletim Epidemiológico divulgado no ano de 2017, cujos dados foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN). Os casos de tentativas de suicídio foram extraídos das fichas de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada no período de 2011 a 2016, e os dados sobre óbitos por suicídio foram retirados da declaração

de óbito e registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período de 2011 a 2015 (Ministério da Saúde, 2017a).

A partir do levantamento de dados resultantes das notificações, identificou-se 48.204 casos de tentativa de suicídio, sendo 33.269 (69,0%) em mulheres e 14.931 (31,0%) em homens, observando que o número de tentativas em mulheres é muito superior às tentativas realizadas por homens. Outro dado interessante é que as tentativas de suicídio se concentraram nas faixas etárias de 10 a 39 anos, representando 73,1% dos casos, que se concentraram nas regiões Sudeste (44,8%) e Sul (33,4%) (Ministério da Saúde, 2017a). Os dados apresentados nos produzem o questionamento do porquê nos últimos anos o índice maior de tentativas estaria concentrado nessas idades.

Segundo dados do SINAN, ocorreram 8.018 tentativas pelo sexo feminino entre a faixa etária de 10 a 19 anos e 2.565 tentativas pelo sexo masculino da mesma faixa. Em relação à faixa etária seguinte, de 20 a 29 anos, ocorrem 8.551 tentativas em mulheres e 4.646 tentativas por homens. Dentre as tentativas na característica de local de ocorrência, 141 casos foram dentro de escolas, sendo 111 pelo sexo feminino e 30 pelo sexo masculino (Ministério da Saúde, 2017a). Esses dados mostram novamente que as tentativas estariam ocorrendo mais entre as mulheres do que entre os homens e que aparecem envolvendo o contexto escolar.

Em relação aos casos de mortes por suicídio no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos, com uma taxa geral de 5,5/100 mil hab. Ao analisar os óbitos segundo faixa etária, nas idades de 5 a 19 anos, ocorreram 2,3/100 mil habitantes no sexo masculino e 1,1/100 mil habitantes no sexo feminino; e na faixa etária seguinte, de 20 a 29 anos, ocorreram 11,0/100 mil habitantes no sexo masculino e 2,5/100 mil habitantes no sexo feminino. Os dados apresentam que os óbitos ocorriam mais entre os homens do que entre as mulheres (Ministério da Saúde, 2017a).

Em relação aos dados epidemiológicos das tentativas de suicídio no estado do Paraná, segundo a Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPPR, 2019) entre os anos de 2007 a 2018, foram notificados 46.019 casos de intoxicação exógena no estado como tentativa de suicídio, com o sexo feminino representando 71% das notificações. Em relação à faixa etária, os adolescentes e jovens corresponderiam a 19,7% das intoxicações por tentativa de suicídio.

No Brasil, a atenção para o fenômeno se acentuou após o ano de 2014, com a criação da campanha “Setembro Amarelo”¹⁷ pela Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP. A campanha tem como objetivo conscientizar a população sobre os fatores de risco que levam ao

¹⁷ Informações sobre a campanha “Setembro Amarelo”, ver em: <https://www.setembroamarelo.com/>.

comportamento suicida, e orientar ao tratamento adequado dos transtornos mentais que, segundo a instituição, representam 96,8% dos casos de morte por suicídio.

Ainda que o contexto seja de acirramento de campanhas midiáticas, defesa da conscientização e de discussões, é preciso pontuar que o suicídio não é um fenômeno novo. Esse fenômeno não gera inquietação apenas nos pesquisadores e profissionais do século XXI, inseridos dentro do sistema econômico capitalista, cultural e social que vivemos. O suicídio também esteve presente em outros períodos da história da humanidade, com diferentes significados, forjados de acordo com a organização social de cada época.

Segundo Minois (2018), entre os séculos XVI, XVII e XVIII construiu-se de modo lento, difícil e incompleto, o reconhecimento do suicídio como social e um ato trágico, com tentativas de compreensão sem preconceitos e sem condenações. Era um início de discussão sobre liberdade humana. Nesse sentido, o autor afirma que do Renascimento ao Iluminismo:

[...] o suicídio deixa pouco a pouco o gueto dos tabus e dos atos contra a natureza. Descriminalizado, ele continua objeto de discussões ríspidas, mas essas discussões ajudam a desmistificar, a secularizar e a banalizar a morte voluntária. Depois do interlúdio revolucionário, as autoridades morais, e até mesmo políticas, levadas pelo espírito de reação e restauração, dedicam-se a empurrar vigorosamente o suicídio para dentro do pacote de proibições de atos contra a natureza do qual, segundo eles, ele jamais deveria ter saído [...]. (Minois, 2018, p. 392)

O autor acima propõe a análise de que os séculos XIX e XX, apagaram esse breve reconhecimento do suicídio como social. Buscaram incutir a repressão dentro da consciência individual e abafaram o debate sobre a liberdade humana. Ademais, impuseram um dever de viver com base em explicações sobrenaturais e ideológicas. Isso foi possível porque aconteceu em paralelo ao desenvolvimento das ciências humanas, que de alguma maneira, contribuíram para o complexo de culpa individual e coletiva em relação ao fenômeno. Em seus dizeres, “[...] a psiquiatria e a sociologia põem em destaque a responsabilidade das fragilidades morais e mentais do indivíduo, bem como as deficiências e injustiças da estrutura social” (Minois, 2019, p. 392).

À título de exemplo do desenvolvimento dos debates acerca do tema, citamos Moncorvo Filho (1930), um médico higienista¹⁸ do século XIX e início do século XX. Ele já falava sobre um aumento dos casos de suicídio e a crescente preocupação com o público infantojuvenil

¹⁸ O *Movimento Higienista* no Brasil teve início no século XIX, envolvido com a busca por soluções aos problemas sanitários vividos pela população. No século XX, se desdobrou no chamado *Movimento de Higiene Mental*, disseminando o ideário da higiene mental e da eugenia. Para o acesso a estudos sobre essa temática, indicamos o acervo do *Grupo de Estudos e Pesquisas Higiene Mental e Eugenia (GEPHE)*, da Universidade Estadual de Maringá (UEM), disponível em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe>.

dentro do fenômeno. O autor realizou uma leitura sobre os casos divulgados pela imprensa brasileira, partindo dos estudos da Psiquiatria, os quais apresentam o suicídio como resultado de um desequilíbrio mental ou de uma herança patológica que surge a partir de doenças, como a sífilis, alcoolismo, entre outros.

Moncorvo Filho (1930, p. 12) considerava como fatores que ocasionavam o suicídio “[...] a vida intensa, a miséria, o estalfe, as repreensões e os castigos corporais, o deboche, o ethylismo, as leituras impressionantes, o mau teatro e o mau cinema”. Como uma das formas de se evitar o fenômeno, o autor sugere:

Deve-se pôr em pratica todos os recursos de combate ao suicídio das creanças pela bôa hygiene physica e mental, a censura do theatro e do cinema, promovendo as autoridades os meios de evitar que a impresa publique descrições impressionantes capazes de servir à sugestão e à imitação [sic]. (Moncorvo Filho, 1930, p. 12)

Em séculos anteriores, o suicídio já era considerado um problema de saúde, permeado por discussões sobre possíveis causas e formas de combatê-lo, preocupando os médicos. Ponderando o processo histórico existente na construção do sentido que um profissional da saúde tem de um fenômeno, notamos na fala desse médico (preocupado), que o problema era considerado majoritariamente orgânico, ou seja, o mesmo relacionava o suicídio às questões biológicas – interpretação que está presente na prática de muitos profissionais até hoje.

Segundo Minois (2018), a medicina contribuiu para a compreensão do suicídio como “doença vergonhosa”, visto que:

Desde o início do século XIX, as pesquisas do dr. Pinel vão nesse sentido. No Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania, publicado no ano IX (1801), ele relaciona a tendência suicida a uma fragilidade mental que leva o indivíduo a exagerar os acontecimentos desagradáveis de sua vida. “Um estado doentio crônico, a lesão grave de uma ou diversas vísceras e um definhamento gradativo também podem agravar a percepção de que a vida é insuportável e precipitar uma morte voluntária”. Para curar a tendência suicida, um choque violento pode ser benéfico. [...] O dr. Pinel percebe, portanto, que a repressão é a melhor maneira de curar as tendências suicidas. Passa-se da esfera médica para a esfera moral [...]. (Minois, 2018, p. 396)

Observamos paulatinamente que a ciência médica define a melancolia depressiva e a inclinação ao suicídio, como uma perversão qualquer do ser humano ou uma alienação mental, ou seja, atrela o ato à uma forma de loucura. Nessa perspectiva, o tratamento sugerido teria por base, a punição.

Minois (2018) destaca que independente de qual seja a interpretação sobre o suicídio, ele ainda é tido como um tabu, que engloba um silêncio, uma afronta a Deus, uma depravação moral, uma debilidade mental, uma tragédia ligada a anarquia libertária e ao materialismo ou

excesso de beatismo. Dentre essas interpretações, o suicídio é considerado uma doença da mente, da consciência ou da sociedade, com repreensões e proibições sociais.

Berenchtein Netto (2012), em sua pesquisa de doutorado, realizou uma investigação histórica e bibliográfica sobre a temática que nos interessa nesta pesquisa, da qual já mencionamos. Ele retorna à antiguidade para dizer que não existia, à época, o termo suicídio tal qual conhecemos hoje. Posto isso, o autor faz uma reconstrução da trajetória a respeito da morte, a fim de demonstrar o aparecimento da palavra suicídio no século XII e sua solidificação nos próximos séculos em várias culturas. O autor destaca os momentos históricos e sociais que foram a base para o aparecimento da palavra, bem como as suas decorrências, além de colocar como a morte voluntária esteve presente nas sociedades ocidentais desde a antiguidade até o início do século XVII, passando por discussões filosóficas, religiosas e históricas.

Tendo em vista o fato de estarmos pensando o suicídio dentro da sociedade brasileira, trataremos, portanto, o recorte da pesquisa de Berenchtein Netto (2012), a qual discorre sobre a colonização e as relações de trabalho que permeavam a época. Assim, conseguiremos entender as configurações de trabalho que a sociedade desenvolveu e sua relação com o suicídio no Brasil. O autor observa que:

As denúncias acerca da barbárie que foi a colonização das Américas e das condições sub-humanas às quais foram submetidos os povos originários dessas terras e os africanos, desenraizados de sua terra natal para trabalharem, muitas vezes até a morte (que em geral, não tardava) e mesmo dos chineses e outros imigrantes, que eram contratados como trabalhadores assalariados a valores ínfimos e submetidos a trabalhos extenuantes, nunca é demasiada, afinal, como mencionado anteriormente, a História não se relata de forma neutra. Contudo, pensar as condições miseráveis daquele momento também pode e deve contribuir para as lutas sociais travadas no presente, com vistas a um futuro novo, em que essas condições sejam abolidas. (Berenchtein Netto, 2012, p. 414)

Percebemos, a partir do excerto acima, a complexa relação dos povos colonizados mediante práticas de exploração do seu trabalho. Berenchtein Netto (2012) afirma que essa relação também está presente no momento histórico atual, dadas as condições dos trabalhadores neste início do século XXI. As mudanças ocorridas na nossa sociedade desde a época da colonização:

[...] não significa nem que foram para melhor, nem que algo do antigo não se preserve, ao contrário, muitas dessas mudanças pioraram consideravelmente as condições de existência da classe trabalhadora e muito do que é antigo e, que se imaginava superado, reaparece com nova aparência. (Berenchtein Netto, 2012, p. 415)

Segundo Berenchtein Netto (2012), as condições de vida das pessoas que estão nesse contexto de trabalho, têm como consequência um adoecimento, uma morte prematura, seja por

exaustão, acidente ou abandono da própria vida. De acordo com o autor, a adaptação dos sujeitos às necessidades postas pelo sistema, ocorreu progressivamente. Em relação ao suicídio, esse sistema colocou a responsabilidade em cada sujeito sobre a morte de si. Na sociedade, prevaleceu por muito tempo o papel da Igreja em dar explicações relacionadas ao fenômeno como pecado, mas com este sistema, passou-se essa responsabilidade aos profissionais da saúde, que começaram a elaborar medidas de prevenção e uso excessivo de remédios como forma de lidar com o suicídio, considerando-o tal qual uma doença.

Existe um movimento da sociedade em atribuir ao fenômeno do suicídio, uma única causa ou resposta, principalmente ligada a questões biológicas relacionadas a transtornos psiquiátricos ou mentais, como também a questões relacionais da vida cotidiana dos sujeitos, tal qual as relações familiares, escolares e afetivas. Essa forma de compreensão do fenômeno é tida como um reducionismo, e se distancia muito de uma compressão a partir de múltiplas determinações.

Ao retomar a história, Berenchtein Netto e Carvalho (2018), salientam que com as mudanças econômicas e políticas sentidas na sociedade medieval, ocorreram novas relações sociais de produção, determinando um conjunto de mudanças na compreensão sobre o suicídio. Para a Igreja, que até então era a principal forma de controle da vida das pessoas, o suicídio foi por muito considerado crime ou pecado. Quando este controle sobre as pessoas é passado à medicina, ocorre uma mudança no entendimento sobre a morte, que passou a ser uma doença ou uma manifestação dela, não havendo certeza sobre sua origem e qual deveria ser o tratamento. A respeito da concepção de morte, os autores a enfatizam como algo negativo, intensificado ainda mais em relação à morte de si, afinal:

[...] em uma sociedade em que as pessoas querem o máximo possível de distância da morte [...], alguém que deseje e busque tirar intencionalmente a própria vida só poderia estar “louco” – [...] pessoas que possuem diagnóstico referente a algum transtorno psíquico. (Berenchtein Netto & Carvalho, 2018, p. 43)

No trabalho de Marx intitulado *Sobre o Suicídio* (1883/2006), o autor, junto a uma ex-arquivista policial, Jacques Peuchet (1758-1830), considera o suicídio como sintoma de uma sociedade doente, na qual uma natureza desumana presente na sociedade capitalista golpeia os indivíduos em muitas origens sociais. Estamos diante de uma sociedade que precisa de uma transformação radical, vez que:

A sociedade moderna [...] é um deserto, habitado por bestas selvagens. Cada indivíduo está isolado dos demais, é um entre milhões, numa espécie de solidão em massa. As pessoas agem entre si como estranhas, numa relação de hostilidade mútua: nessa sociedade de luta e competição impiedosas, de guerra de todos contra todos, somente

resta ao indivíduo ser vítima ou carrasco. Eis, portanto, o contexto social que explica o desespero e o suicídio. (Marx, 1883/2006, pp. 15-16)

Ambos destacam que os males econômicos podem explicar muitos suicídios, como por exemplo os baixos salários, o desemprego e a miséria. Contudo, pontuam que a crítica à sociedade burguesa, deve ir além da exploração econômica, porque é preciso ampliar a discussão com vistas ao caráter social e ético, envolvendo todos os profundos e diversos aspectos opressivos que dizem respeito à vida privada de indivíduos (Marx, 1883/2006). O que estamos defendendo é que o sujeito inserido na sociedade capitalista, tem sido limitado não só ao acesso às riquezas, mas também vem sendo expropriado ao assistir ao empobrecimento dos vínculos e ao cerceamento das possibilidades de desenvolvimento humano, e isso faz com que dialeticamente, tenha todas as esferas de sua vida atingidas.

As mudanças do sistema capitalista também trouxeram a novidade de que agora, ilusoriamente, o trabalhador é livre e, de mesmo modo, possui uma legislação que existe para supostamente protegê-lo dos abusos realizados pelos patrões, que antes eram claramente praticados no sistema escravocrata. Hoje, sendo o trabalhador sua própria força de trabalho, “[...] o patrão se vê totalmente desobrigado com suas condições de vida e de saúde e este se torna mais facilmente substituível e descartável, ainda mais em condições em que o exército de reserva cresce cada vez mais” (Berenchtein Netto, 2012, p. 417).

A relação da família burguesa com a morte, colocou-a em outro patamar. Antes, era esperado morrer com a velhice mediante o esgotamento da energia vital, mas ainda assim, com saúde. Hoje ela é considerada imprópria se acontecer fora da velhice, onde é necessário manter a vida a qualquer custo e, para isso, se faz necessário o consumo de medicamentos e cuidados médicos. Para Berenchtein Netto (2012, p. 49), “[...] não há espaço para que alguém em plenas condições de produção e de consumo possa abandonar intencionalmente a vida; esse ato não só não teria sentido, como não se justificaria, ou seja, o suicídio na sociedade capitalista é injustificado”. Ainda de acordo com o autor:

Nessa forma de organização da sociedade, o suicídio deve, portanto, ser prevenido e combatido, não apenas “tanto quanto” qualquer outra morte, mas “muito mais” que outras formas de morrer. Considerando que a morte, [...], revela características da organização social, o suicídio, que é uma morte escolhida e desejada, o que revelaria? É fato que, para obnubilar qualquer denúncia que venha à tona, como nos momentos históricos anteriores, na sociedade capitalista, não só os argumentos ideológicos das organizações sociais anteriores são utilizados e desenvolvidos, como novos vão sendo construídos. De qualquer maneira, se morrer não é desejável, porque faz emergir as mazelas da sociedade, matar-se só não é proibido porque contraditoriamente feriria o democrático direito de cada um a seu corpo, propriedade privada com a qual supostamente poder-se-ia fazer o que bem se entendesse. Porém, pode-se prevenir, combater, impedir e outros tantos verbos que se veem figurando nos textos dos porta-

vozes das instituições oficiais, que cabe recordar, possuem (e cumprem) o papel de agir pela manutenção do sistema social de forma a abalá-lo o mínimo possível. (Berenchtein Netto, 2012, p. 419)

Berenchtein Netto (2012) nos faz uma denúncia da sociedade que vivemos, de forma a nos fazer pensar no reconhecimento do suicídio como um produto do sofrimento desta sociedade. O autor acrescenta que existe uma relação particular entre o suicídio e as relações de trabalho, ainda mais quando os dados apontam um aumento significativo na quantidade de suicídios com a reestruturação do capitalismo. Existe uma relação entre as condições de trabalho e os desejos de vida e morte dos sujeitos que estão trabalhando.

O suicídio considerado como sintoma de uma organização deficiente de nossa sociedade, é confirmado quando Marx (1883/2006), em seus estudos outrora citados, coloca esse sintoma como característica mais evidente nos períodos de paralisações e crises nas indústrias e também em momentos de dificuldades na vida, envolvendo todas as classes sociais, incluindo os miseráveis, ricos ociosos, artistas e políticos. O autor infere que ao mesmo tempo em que há o aumento do suicídio, existe um crescimento do latrocínio e da prostituição, como observado a seguir:

Fica evidente, portanto, a implicação das condições de trabalho nos desejos de vida e de morte dos trabalhadores. Frente a isso, é fundamental que não se perca de vista a centralidade da categoria trabalho na constituição do humano e o quanto, dentro das condições apresentadas até o momento, o trabalho, sob a égide dos modos de produção apresentados, desumaniza, bestializa e faz perecer os seres humanos. Muitos desses suicídios, de fato, não foram mortes intencionalmente desejadas e buscadas, por sujeitos conscientes de si e de sua condição humana, ao contrário, foram mortes impostas por outros sujeitos que em geral não lhes reconhecem como iguais, como pares, como humanos, mas os veem como peças, descartáveis e facilmente substituíveis. Muitos desses homens e mulheres não se mataram, mas foram mortos, não se suicidaram, mas foram suicidados pela sociedade [...]. (Berenchtein Netto, 2012, p. 421)

O suicídio esteve presente durante a história da humanidade e, a fim de compreendermos o fenômeno como histórico e social, precisamos olhar sua historicidade e entender as origens da morte voluntária no Brasil. Segundo Berenchtein Netto (2012, p. 37), é preciso “[...] travar uma luta ideológica com o passado [...]”, como uma forma de superação do que está formado no pensamento imediato cotidiano e no senso comum das pessoas, com o intuito de estabelecer mediações por meio das quais possamos compreender o terreno, bem como os alicerces que sustentam as representações contemporâneas acerca do fenômeno. Muitos desses pensamentos imediatos estão relacionados:

Às doenças debilitantes, contra as quais a atual ciência é inócua e insuficiente, as falsas amizades, os amores traídos, os acessos de desânimo, os sofrimentos familiares, as rivalidades sufocantes, o desgosto de uma vida monótona, um entusiasmo frustrado e

reprimido são muito seguramente razões de suicídio para pessoas de um meio social mais abastado, e até o próprio amor à vida, essa força enérgica que impulsiona a personalidade, é frequentemente capaz de levar uma pessoa a livrar-se de uma existência detestável. (Marx, 1883/2006, p. 24)

Existem obstáculos na sociedade capitalista, que são difíceis de serem superados, justamente porque estão balizados por diferenças e desigualdades de classe, raça/etnia, gênero, gerações, religião e cultura. A exploração na força de trabalho também está relacionada às situações de opressão, abarcando as mulheres e jovens. Isso se deve, em grande medida, por serem mão de obra mais barata, flexível e submissa. Existe uma grande e mutável exigência sobre os jovens que lhes seduzem e dificultam o processo da reflexão crítica sobre suas vidas, porque se cobra muito sem ser oferecido o devido suporte, tendo como resultado um sentido de inadequação por parte desses sujeitos. (Berenchtein Netto & Souza, 2015).

Em relação às questões de gênero e opressão, Marx (1883/2006) realiza uma grande acusação a respeito da opressão contra as mulheres, destacando casos de mulheres vítimas do patriarcado e da tirania familiar, que por sua vez, buscaram o suicídio perpassadas mais por questões de gênero, que de classe social. Esse argumento reforça como são necessários o cuidado e uma análise sobre as possíveis causas de um suicídio. É preciso ir além da aparência dos fatos.

Outro aspecto a se considerar, são as explicações químico-orgânicas sobre o suicídio hoje tão propagadas pelos órgãos de saúde. Segundo a Escola de Saúde Pública do Paraná – ESPPR (2019), por exemplo, o transtorno mental seria um dos fatores de risco mais relacionados ao suicídio; dentre eles, estariam o transtorno de humor (em especial a depressão), esquizofrenia e demais transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. A instituição coloca que o adequado tratamento para o transtorno mental, é importante à medida em que fomenta a prevenção do suicídio.

Essas explicações estão cristalizadas no senso comum. Podemos citar ainda a ligação feita pela população de um modo geral, no tocante ao suicídio, com os nomeados transtornos mentais e psiquiátricos, uso de substâncias e também, no caso da adolescência, aos fatores hormonais e a idade, vez que a mesma é considerada uma fase de rebeldia e impulsividade.

A ESPPR (2019) acrescenta outros fatores que estariam atrelados ao suicídio: a desesperança; doenças e dores crônicas; fatores genéticos e biológicos; histórico de suicídio na família; histórico de violência física ou sexual – principalmente no caso de mulheres; a impulsividade; problemas familiares; separação de amigos ou namorado(a); morte de pessoas significativas; término de relacionamentos amorosos; conflitos ou perdas interpessoais; opressão por algum grupo; fracasso nos estudos; desemprego; dificuldades financeiras;

gravidez indesejada, sobretudo na população adolescente. Estes são todos considerados fatores de risco pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para ocorrer um suicídio. O documento enfatiza que além dessas situações, os aspectos culturais também podem ser considerados fatores de risco para o suicídio. Dessa forma:

A sociedade pode atuar como fator de risco ou proteção. Sociedades nas quais conversar sobre os problemas com diferentes indivíduos é valorizado, e que sejam mais abertas a mudanças de opinião, parecem ser sociedades mais protetivas. Sociedades nas quais pedir ajuda é considerado sinal de fraqueza e a independência é valorizada, oferecem, assim, fatores de risco. Outros fatores como desastres, guerras e conflitos, além de aculturação e deslocamento são importantes fatores de risco, aumentando muito a incidência de suicídio em determinadas populações, como por exemplo as indígenas. (ESPPR, 2019, p. 35)

Ante o exposto, notamos a inserção do fator cultural na análise do suicídio. A partir da perspectiva Sócio-Histórica, este deveria ser o principal fator de análise, o qual necessita ser compreendido e significado na e pelas relações sociais. É preciso investigar o fator cultural antes de um transtorno mental ou um problema biológico, vez que consideramos o suicídio como um fenômeno multideterminado, ou seja, são vários os contextos e fatores que perpassam a vida do sujeito, entrelaçando situações complexas e singulares da existência, que o levam a pensar no suicídio como uma possibilidade a ser concretizada. O suicídio é compreendido como [...] um fenômeno histórico, social e culturalmente determinado, que certamente possui aspectos individuais, de ordem psíquica/subjetiva e que pode possuir, em certas ocasiões, influências de ordem orgânica/fisiológica; todavia, é fundamental ressaltar que todas estas se encontram subsumidas às determinações econômicas (Berenchtein Netto & Souza, 2015, p. 164).

Na perspectiva Sócio-Histórica, a morte voluntária é entendida como um ato exclusivo do ser humano, por ser este o único ser na natureza a possuir condições materiais, bem como desenvolvimento da atividade necessário para o uso da consciência nessa situação. Berenchtein Netto (2012) pontua que nem tudo o que é considerado suicídio, se confirma como tal, porque não é todo ato que o sujeito faz contra si, que se caracteriza como um suicídio. Além disso, o autor utiliza a definição de Fairbairn a qual daremos destaque a seguir:

O suicídio é um ato, tanto de cometimento como de omissão realizado pela própria pessoa ou por terceiros, por meio do qual um indivíduo autonomamente pretende e deseja concretizar a própria morte, porque quer ser morto ou quer morrer uma morte que ele mesmo concretiza. (Fairbairn, 1999 citado por Berenchtein Netto, 2012, p. 117)

Existe uma distinção entre o suicídio e o ato de se matar. De acordo com Berenchtein Netto (2012), no ato de se matar realizado por um indivíduo, nem sempre significa que o mesmo tenha se suicidado, ainda que seja um ato realizado por ele próprio. Isso acontece, pois, um

sujeito pode agir para concretizar sua morte, sem ser considerado um suicida, visto que ele não tem, em última instância, o desejo de morrer.

Para exemplificar esse ato de se matar, Berenchtein Netto & Carvalho (2018) citam: o uso de substâncias psicoativas que vão além do suportado pelo organismo, a ocasionar, desta feita, uma overdose sem que exista a intenção de deixar a vida; um acidente fatal por alguém que esteja com sentidos afetados ou por direção imprudente; uma criança que utiliza algum método para tirar a vida sem compreender de fato o que isso tem por consequência; ou seja, a irreversibilidade do ato realizado com desconhecimento das características da morte, entre outros. Já o suicídio, por sua vez, se caracteriza:

[...] na intenção e no desejo com que o indivíduo age para e consente com tal. Se deseja intensamente concretizar a própria morte e toma a iniciativa para concretizá-la, uma pessoa é suicida, não importa se acaba ou não morrendo, contando que não rescinda o seu desejo de morrer. (Fairbairn, 1999 citado por Berenchtein Netto, 2012, p. 117)

A partir da perspectiva Sócio-Histórica, o fenômeno precisa ser considerado, portanto, tal qual um ato afetivo-volitivo. Por meio desta afirmação, é preciso pensar sobre os significados que o suicídio, a vida e a morte têm em cada momento histórico, porque são eles que determinarão como as pessoas irão lidar com esses fenômenos, visto que os significados fazem parte da concepção de homem e de mundo presente nas sociedades, incluindo também a relação com a religião e a política. (Berenchtein Netto, 2012)

Cabe retomar aqui os questionamentos que estamos levantando nesta pesquisa, a saber: quais as concepções de homem e de mundo que estão influenciando a construção dos sentidos para os profissionais de psicologia que trabalham com adolescência e com sujeitos que fizeram tentativas de suicídio? Como estes profissionais compreendem o suicídio? Como estão realizando o cuidado em saúde mental, partindo do pressuposto de que seus significados pessoais sobre o fenômeno influenciam suas práticas clínicas?

3.2 O suicídio na adolescência como fenômeno da atualidade

Em um primeiro momento da elaboração do texto, pensamos em dar destaque apenas aos dados estatísticos sobre o suicídio em Maringá (cidade em que foram realizadas as entrevistas com os profissionais da Psicologia), para em seguida, se discutir sobre as questões epidemiológicas de notificação. No entanto, à medida em que as discussões se fizeram presente, houve a necessidade de nos atentarmos a estes dados de forma crítica, indagando o que eles significam e como se produzem dentro da nossa sociedade.

Ao levarmos em conta tal questionamento, precisamos discutir as condições materiais de vida da maioria da população adolescente que compõe a realidade brasileira, para assim, conseguirmos entender qual é o gerador de sofrimento e quais os limites sentidos a ponto de levar a pessoa a realizar uma tentativa de suicídio. Para isso, retomaremos as discussões iniciadas na sessão II, as quais tratam a respeito da nossa realidade enquanto brasileiros, bem como salientam a determinação social do sofrimento psíquico.

Dentre as condições materiais, se destacam as violências, as quais podem ocorrer em diversas situações e áreas dentro da sociedade. Estas estão ligadas às questões de classe social, gênero, raça/etnia. A vivência de uma ou mais violências, é marcada por diferenças e desigualdades que resultam em experiências adversas e bastante plurais. Em uma coletividade permeada por necessidades de produção e consumo capitalista, precisamos ser adeptos a um padrão estético para não sermos motivo de chacota. Os indivíduos que apresentam características físicas fora do padrão (cor da pele, altura, peso, deficiências físicas, entre outras), são transformados em seres defeituosos, com anormalidades (Berenchtein Netto & Souza, 2015).

O mesmo ocorre em relação às questões de gênero e sexualidade. Quando acontece uma normatização, aqueles cujo gênero e orientação sexual fogem do padrão hegemônico (mulheres, transexuais, transgêneros, travestis, homossexuais e bissexuais), são considerados anormais e vítimas de muitas ofensas. Não é curioso que neste contexto social, as identidades de gênero e orientação sexual sejam consideradas como fatores de risco? Segundo Berenchtein Netto e Souza (2015, pp. 188-189. Grifo do autor), “[...] apesar de se reconhecer a existência da discriminação e do preconceito, estes não são tomados como fenômenos histórica, social e culturalmente determinados, e suas consequências são localizadas nos indivíduos como *problemas de aceitação*”.

Outra questão a ser criticada, versa sobre a explicação acerca das diferenças nos números de suicídio entre homens e mulheres. Berenchtein Netto e Souza (2015) destacam que a OMS não analisa os estudos de gênero, mas antes, faz uma análise sobre as diferenças nas taxas de suicídio entre meninos e meninas, utilizando-se de justificativas superficiais. A exemplo, a OMS cita a maior incidência de suicídio entre os meninos, dado que são mais agressivos e impulsivos, e muitas das vezes, acabam agindo sob o efeito de álcool e drogas ilícitas, resultando em atos fatais. Já as tentativas, são maiores entre as meninas, porque possuem um quadro maior de depressão, contudo, procuram com mais facilidade ajuda para conversar sobre seus problemas, o que corrobora a prevenção dos atos fatais. Existe uma naturalização sobre a educação de gênero, e a OMS corrobora isso, pois não avalia essas

relações de modo que as entenda a partir da construção social. Sobre as relações sociais, tem-se que:

Nas sociedades de classe, sexistas e racistas, sobre os corpos biológicos de machos e fêmeas constroem-se relações sociais que atribuem a estes, formas de ser, estar e agir no mundo, formas sociais de existência absolutamente hierarquizadas. Aos machos da espécie – denominados homens - são atribuídas qualidades viris e positivas e às fêmeas da espécie – denominadas mulheres - são atribuídas qualidades de docilidade, negativas. (Berenchtein Netto & Souza, 2015, p. 176)

No ambiente escolar, a violência aparece naqueles que não se encaixam nas características desejáveis do modo de produção vigente, são indivíduos que possuem problemas de aprendizagem. De modo geral, “esses sujeitos costumam ter menos atenção por parte dos professores e colegas e frequentemente são submetidos a toda uma sorte de discriminações, humilhações e violências devido a isso” (Berenchtein Netto & Souza, 2015, p.190).

No âmbito familiar, desde o início da vida, as crianças são designadas a produzir, inculcando uma grande relação de competitividade entre os indivíduos. Desde muito pequena, a criança recebe uma educação pautada na produtividade, na formação e qualificação da força de trabalho, sem prioridade na sua humanização e sem considerar sua classe social, raça/etnia e gênero (Berenchtein Netto & Souza, 2015).

É preciso ocorrer uma transformação dos modos de vida para resultar alterar os índices de sofrimento psíquico. É necessário o engajamento em projetos coletivos que mirem a emancipação humana e a superação dessas relações afetivo-sociais tão adoecedoras. Devemos, além disso:

[...] contribuir para a produção de respostas terapêuticas que fortaleçam as pessoas em sofrimento, na direção do desenvolvimento de autonomia, de novos motivos e interesses na hierarquia da personalidade, com ampliação e enriquecimento dos vínculos da pessoa com o mundo e maiores níveis de autoconsciência e autodomínio da conduta. (Almeida, 2020, p. 197)

Como discutimos anteriormente, a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, pode nos ajudar a construir essas respostas terapêuticas, ampliar o olhar para o processo saúde-doença em geral, e para o sofrimento psíquico em particular. Essa base teórico-metodológica e política, pautada no materialismo histórico dialético, irá propiciar uma nova concepção, a qual será compreendida a partir das relações mais amplas de produção e reprodução social. Além disso, como afirma Gomes (2020), devemos compreender os processos produtivos como processos de consumo, não apenas de meios de produção, mas também de força de trabalho.

Neste contexto, podemos dizer que durante os processos de objetivação, as capacidades humanas se desgastam e se esgotam. Segundo Gomes (2020), na medida em que tais desgastes não são contrapostos por processos de reprodução, acontecem muitas maneiras de deterioração das capacidades vitais dos seres humanos, e por consequência, muitas obstruções em suas existências, que passam a ser vividas em sofrimentos e interpretadas pelos serviços de saúde como patologias.

Consideramos importante destacar, como parte dos profissionais da saúde lidam e o que pensam sobre as tentativas de suicídio que se convertem em atendimentos hospitalares emergenciais. Segundo Navasconi (2019), em muitas situações, esses profissionais afirmam que o adolescente queria chamar a atenção para si, realizando uma tentativa de suicídio; ou, quando muito, com indignação ao ato, dizem que também sofreram e nem por isso se mataram; ou ainda com raiva do sujeito, priorizam outros atendimentos, porque julgam que quem quer se matar não merece atendimento como quem quer viver. Dessa forma, fica evidente o despreparo por parte destes profissionais, ao ter que lidar com o suicídio, sobretudo quando envolvem os adolescentes.

Sobre os dados estatísticos do suicídio oriundos a partir das notificações do SINAN ou SIM, pensando na determinação social do sofrimento psíquico, podemos fazer uma reflexão acerca delas. Quando as notificações são realizadas, verifica-se qual o meio social que o sujeito está inserido? Assim, a partir do momento que questões referentes ao sujeito, como seu desenvolvimento psíquico, classe social, raça/etnia e gênero, forem levadas em consideração, será possível verificar o sofrimento material dessas pessoas que podem desencadear sofrimento psíquico e levá-las ao suicídio. Nestes casos, a notificação se faz necessária e deveria ser preenchida corretamente.

Navasconi (2019) destaca em sua pesquisa, que no momento do preenchimento das informações no SIM e SINAN, o item de raça/cor muitas vezes é negligenciado. O que nos faz pensar que quando um profissional de saúde não preenche esse item da ficha de notificação, ele está inviabilizando a realidade dos suicídios de pessoas negras que acontecem no Brasil. Por essa razão, as notificações não dão conta de expressar com precisão a realidade. Todas as questões mencionadas acima que precisam aparecer nessas notificações, envolvem fatores que muitas vezes impedem o profissional de fazer o registro, seja por preconceito ou por desconhecimento da importância destes marcadores sociais e culturais. Além disso, o pesquisador aponta que:

[...] o preenchimento do quesito raça/cor é lei (Portaria nº 344/2017 do Ministério da Saúde), ou seja, a coleta do quesito e o preenchimento do campo denominado raça/cor

é obrigatório aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Atualmente, são cinco classificações: pretos ou pardos – indivíduos dos dois grupos são considerados negros –, brancos, amarelos e indígenas. (Navasconi, 2019, p. 127)

Tendo em vista o fato de os dados epidemiológicos não refletirem a realidade, por exemplo, pautando-se na raça/etnia da população, podemos questionar se as informações divulgadas pela OMS e Ministério de Saúde, em algum momento da história, já refletiram a realidade do nosso país, ou mesmo se os profissionais de saúde sabem realizar a notificação do SIM e do SINAN e compreendem a importância de realizá-la.

Mesmo ocorrendo um preenchimento preciso dessas notificações, ao estar em posse destes dados, as instituições responsáveis por fornecer estratégias de cuidado e prevenção ao suicídio, precisam ter ciência de que os dados não dão conta da complexidade do fenômeno. Muitas vezes se justifica a necessidade das estatísticas para se desenvolver as políticas públicas, contudo, sabemos que por mais importantes que sejam, possuem limitações e não dão conta de atuar diante daquilo que produz, na atual conjuntura social, a necessidade de implementá-las, atuando apenas no tocante à minimização do ato. Diante disso, não negamos a necessidade de implementação de políticas públicas de saúde que envolvam a prevenção, a promoção e o tratamento. O que pretendemos, no entanto, é afirmar que o enfrentamento ao suicídio precisa ir além do controle do número de casos, de forma a questionar o que tem corroborado para que muitos sujeitos desejem a morte de si, e assim, buscar em muitas e diferentes frentes, transformações na sociedade que garantam melhores condições de vida e uma vida com mais saúde.

A Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, a qual institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a ser implementada pela União em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, pontua como objetivos em relação ao suicídio, em seu Art. 3º:

I – promover a saúde mental; II - prevenir a violência autoprovocada; III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental; IV – garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio; V – abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial; VI - informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção; VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras; VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal,

os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão; IX - promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas. (Lei nº. 13.819/2019)

Ademais, acrescenta em seu Art. 6º, que os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada, são de notificação compulsória pelos: “I - estabelecimentos de saúde públicos e privados às autoridades sanitárias; II - estabelecimentos de ensino públicos e privados ao conselho tutelar” (Lei nº. 13.819/2019). Notamos, portanto, a obrigatoriedade dos profissionais de saúde em realizar as notificações sobre tentativa de suicídio, as quais se enquadram nos casos de violência autoprovocada de agravo inusitado à saúde.

Seja no contexto público ou privado, ressaltamos aqui que a notificação não quebra o sigilo ético¹⁹ do profissional, porque existe a possibilidade de tal quebra, exemplificada no Código de Ética do Psicólogo, quando diz, em seu Art. 10:

Nas situações em que se configure conflito entre as exigências decorrentes do disposto no Art. 9º e as afirmações dos princípios fundamentais deste Código, excetuando-se os casos previstos em lei, o psicólogo poderá decidir pela quebra de sigilo, baseando sua decisão na busca do menor prejuízo. (Conselho Federal de Psicologia, 2005, p. 13)

Em relação ao menor prejuízo, a orientação encontrada disponível no *site*²⁰ do CFP, ressalta que quando a manutenção do sigilo puder prejudicar o atendido e não o beneficiar, cabe a este profissional o bom senso de avaliar se a determinada conjuntura traz risco de vida ao paciente, e se assim o for, o profissional deve acionar os órgãos responsáveis para a proteção do atendido.

Em relação aos setores públicos de saúde, o sigilo é mantido dentro do sistema utilizado por eles. Segundo o Art. 10, da Lei nº 6.259:

A notificação compulsória de casos de doenças tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido. Parágrafo único. A identificação do paciente de doenças referidas neste artigo, fora do âmbito médico sanitário, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de grande risco à comunidade, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio do paciente ou do seu responsável. (Lei nº 6.259/1975)

Isto significa dizer que a notificação realizada se mantém sigilosa dentro do serviço de epidemiologia da Secretaria de Saúde municipal e do Ministério de Saúde. Sendo considerado o suicídio um problema de saúde pública, as leis coadunam argumentos que destacam a

¹⁹ Sigilo ético: Segundo o Código de Ética do psicólogo no “Art. 9º – É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional”. (CFP, 2005, p.13)

²⁰ Para mais, ver em: <https://site.cfp.org.br/documentos/nota-tecnica-de-orientacao-profissional-em-casos-de-violencia-contra-a-mulher-casos-para-a-quebra-do-sigilo-profissional/>.

importância da notificação correta dos casos que envolvam o fenômeno e suas expressões. Vejamos:

Art 11. Recebida a notificação, a autoridade sanitária é obrigada a proceder à investigação epidemiológica pertinente para elucidação do diagnóstico e averiguação da disseminação da doença na população sob o risco.

Parágrafo único. A autoridade poderá exigir e executar investigações, inquéritos e levantamentos epidemiológicos junto a indivíduos e a grupos populacionais determinados, sempre que julgar oportuno visando à proteção da saúde pública.

Art 12. Em decorrência dos resultados, parciais ou finais, das investigações, dos inquéritos ou levantamentos epidemiológicos de que tratam o artigo 11 e seu parágrafo único, a autoridade sanitária fica obrigada a adotar, prontamente, as medidas indicadas para o controle da doença, no que concerne a indivíduos, grupos populacionais e ambiente. (Lei nº 6.259/1975)

A proposta do Ministério da Saúde enfatiza que a partir das notificações, o poder público tomará as iniciativas de investigações, inquéritos e levantamentos epidemiológicos junto à sociedade civil, sobre os casos de tentativa de suicídio, e assim, desenvolverá políticas públicas e ações junto à população na implementação do cuidado à saúde mental.

Segundo a Secretaria de Saúde do Paraná (2014), a inclusão da tentativa de suicídio na notificação imediata, é importante para se realizar um ágil encaminhamento e vinculação do usuário aos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial, para que assim, se previnam futuras tentativas de suicídio, partindo do argumento de que, no caso de tentativa, existe um risco elevado de outras tentativas subsequentes. Para isso acontecer, é preciso que a notificação seja enviada à vigilância epidemiológica do município por meio da ficha de notificação, e-mail ou telefone (com envio posterior da ficha de notificação).

Além da exigência da notificação compulsória, queremos refletir também sobre a possibilidade de construção de um cuidado em saúde mental que se faça a partir de uma outra lógica. Esse cuidado realizado no encontro entre o trabalhador da saúde e o sujeito que passa pela experiência de algum sofrimento, não depende exclusivamente de leis, nem tampouco se resume ao que historicamente se entendeu como “tratar um transtorno mental”.

3.3. Especificidades do enfrentamento do fenômeno e cuidado em saúde mental dos sujeitos com histórico de tentativa de suicídio

Em relação ao enfrentamento do fenômeno do suicídio, observamos que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Em uma de suas orientações, propôs a organização de cuidados integrais de todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades

terapêuticas. Neste ponto, podemos incluir o que discutimos sobre a questão do cuidado com o público infanto-juvenil, no qual uma interdisciplinaridade intersetorial se faz necessária.

No ano de 2017, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil, a qual, a partir da criação do mês de Prevenção do Suicídio conhecido como “Setembro Amarelo”, pretendeu reiterar as ações descritas na portaria, com objetivo de:

Ampliar e fortalecer as ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionadas ao suicídio, com vistas à redução de tentativas e mortes por suicídio, considerando os determinantes sociais da saúde e as especificidades de populações e grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade a esse fenômeno e os municípios e grupos de municípios com alta concentração de suicídio, no período de 2017 a 2020. (Ministério da Saúde, 2017b, p. 11)

A proposta do “Setembro Amarelo” justifica-se como parte de um movimento da sociedade que busca a redução de tentativas e mortes por suicídio. No entanto, quando se visa um cuidado integral do sujeito, não basta que exista um mês dedicado à discussão sobre o fenômeno, nem tampouco que isso se estenda a todos os meses do ano em outras campanhas de conscientização. Precisamos aprofundar a discussão para além de uma campanha sobre um fenômeno tão complexo, é preciso compreender o que o produz, ou seja, o que está na base do suicídio na sociedade atual e, dentro dos nossos limites, quais as melhores formas de enfrentá-lo.

Se pretendemos trabalhar com o suicídio, devemos identificar o que colabora para o agravamento de situações de sofrimento, as quais podem contribuir para a exacerbação desse fenômeno; só assim se faz possível realizar os encaminhamentos e pensar em medidas de proteção mais efetivas, denunciando a produção de vida existente no sistema capitalismo. Não devemos apenas justificar o sofrimento decorrente de algumas questões pessoais e biológicas e pensar em estratégias que não irão alterar a materialidade da vida do sujeito e a ordem da sociedade (como ocorre com o “Setembro Amarelo”), pois quando isso acontece, muitas vezes o sujeito vive uma vida indesejável, sofrendo violências em muitos contextos e relações, e a resposta é buscada nos medicamentos ou em intervenções psiquiátricas e psicológicas individuais.

No documento proposto pelo Ministério da Saúde, observam-se ações de enfrentamento ao suicídio, vez que o mesmo, lista eixos de atuação e ações estratégicas para a promoção da saúde, da vigilância e da prevenção do suicídio, como também atenção à saúde da população. Esse material foi dividido em três eixos: Vigilância e Qualificação da Informação, Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde e Gestão e Cuidado. O Eixo I, foi dividido em:

A. Qualificação da notificação de tentativa de suicídio que inclui a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância da notificação, como também ensinar os profissionais a preencher a ficha de notificação, além de aprimorá-la.

B. Qualificação do diagnóstico e registro da causa de óbito inclui a sensibilização dos médicos e profissionais para diagnóstico de suicídio e realização da notificação do mesmo.

C. Qualificação das informações, inclui o aprimoramento das pesquisas populacionais incluindo perguntas sobre o tema do suicídio, levantar as lacunas dos dados relacionados às tentativas do grupo de vulnerabilidade, criar estratégia para identificar as etnias dos registros considerando que isso quase não aparece, obter os dados do Centro de Valorização da Vida (CVV)²¹ sobre os dados que possuem e aprimorar os sistemas de compartilhamento de informações nos setores da saúde.

D. Pesquisas e disseminação de informações, que inclui o incentivo a pesquisas nas instituições de ensino para levantamento epidemiológico principalmente sobre as lacunas de informações que existem, publicação de dados e relatórios para se verificar quais grupos estão em maior vulnerabilidade, estimular os estados e municípios a produzirem boletins epidemiológicos, mapear o suicídio em relação ao território e iniquidade social e também para estabelecer prioridades sobre as particularidades regionais e sobre os grupos de maior vulnerabilidade, por fim, divulgar os dados sobre o impacto da cultura fumageira e a exposição a agrotóxicos e sua relação com o suicídio. (Ministério da saúde, 2017b, pp. 15-16)

Dentro do eixo acima exposto, existe a preocupação com a formação dos profissionais que atendem os casos de tentativa de suicídio, para que os mesmos realizem a notificação e de modo correto, tendo em vista a importância destes números na arrecadação de recursos com intuito de desenvolvimento de políticas públicas. Mas, é preciso lembrar (como já destacado em outros momentos do texto), que não é apenas com o desenvolvimento destas políticas que os casos de tentativa de suicídio serão diminuídos, porque para isso acontecer de fato, é preciso que ocorram mudanças estruturais dentro da sociedade.

Neste eixo também aparece a preocupação com as defasagens nos dados sobre os grupos de vulnerabilidade e sobre as etnias presentes nos casos de suicídio. Isso é de extrema importância para se obter dados mais fiéis e possibilitar acompanhamento estatístico dos povos vulneráveis que estão mais expostos a violências, opressões e desigualdades, intrinsecamente relacionados com o fenômeno do suicídio.

No Eixo II, com destaque no item E - Articulação inter e intrasetorial, inclui-se a visibilidade sobre os determinantes sociais relacionados ao fenômeno do suicídio:

[...] disseminando a compreensão de que o suicídio não pode ser tratado apenas como uma questão de ordem individual, mas que fatores socioeconômicos, ambientais, de trabalho e ocupação, violência e discriminação étnico-raciais, relacionadas a gênero,

²¹ Centro de Valorização da Vida – CVV é uma associação civil que oferta apoio emocional e busca a prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente pessoas que queiram e precisem conversar, sob total sigilo por telefone, email e chat 24 horas todos os dias. Essas informações estão disponíveis em: <https://www.cvv.org.br/>

identidade de gênero e orientação sexual, entre outros, estão associados aos suicídios e tentativas. (Ministério da Saúde, 2017b, p. 16)

Na análise das propostas supracitadas, notamos que o Ministério da Saúde menciona muitas questões atreladas ao suicídio, contudo, não avança no sentido de refletir sobre mudanças na estrutura da sociedade que de fato reverberem ou alterem todas elas. Entretanto, inclui iniciativas intersetoriais na regulação e controle da disponibilidade e acesso aos meios utilizados para o suicídio (como armas de fogo e arma branca, venenos caseiros ou agrotóxicos, produtos químicos de limpeza, medicamentos em grande quantidade). Ademais, fala em realizar sensibilização dos membros dos conselhos nacional, estadual e municipal de saúde, para incluírem o tema nas agendas públicas e articularem junto ao Congresso Nacional, apoio a projetos de promoção à saúde. Cita ainda a importância de apoiar o desenvolvimento de atividades relacionadas à prevenção de violência e promoção da cultura de paz, prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.

No entanto, o que seria uma promoção de cultura de paz e prevenção das violências dentro de uma sociedade que está pautada na exploração, opressão e desigualdade? É importante realizar tais reflexões para não se olhar apenas a aparência do que idealizam as ações políticas, que em uma análise mais superficial, se apresentam coerentes, mediadas por um cuidado ao sofrimento psíquico; mas em sua essência, não têm condições objetivas para promover as mudanças reais necessárias.

Neste mesmo eixo II, aparece a articulação inter e intrasetorial, na qual incluem-se ações junto ao Ministério da Educação e promoção da saúde pelo Programa Saúde na Escola. O programa inclui parcerias com instituições de ensino e pesquisa, profissionais e sociedade civil, para desenvolver estudos, fortalecer núcleos de prevenção de violências e promover a saúde. Também garante que as redes comunitárias, sendo formais ou informais, apoiem projetos no âmbito do trabalho para construção de ambientes saudáveis e seguros, com melhorias na regulamentação da publicidade e disponibilidade de bebidas alcoólicas e apoio às ações para controle do uso do tabaco.

Na mesma linha da reflexão anterior, nota-se que existe uma coerência em contemplar ações junto aos diferentes ambientes, mas por detrás dessas medidas, buscam-se mudanças na sociedade ou apenas no âmbito privado?

No Eixo III, o que chama atenção é o foco em existir capacitações de prevenção destinadas a todos os profissionais das áreas da saúde, educação, justiça, assistência social, entre outras áreas. Ou seja, existe uma aparente preocupação do Estado com o fenômeno do suicídio e muitas orientações para toda a sociedade civil de possíveis formas e instrumentos para abordar

a temática, divulgar conhecimentos sobre o tema, prevenir e promover cuidado em saúde mental em parcerias com várias áreas.

Nos documentos apresentados, existe o direcionamento de iniciar o cuidado em saúde mental no âmbito da saúde pela Atenção Básica, já que esta seria a porta de entrada dos usuários do SUS. É na AB que ocorre a articulação dos serviços existentes dentro da rede, sendo possível realizar o trabalho integral do cuidado.

Quando pensamos na atuação do profissional psicólogo para além do SUS, considerando aqueles que trabalham em clínicas particulares e recebem demandas de adolescentes que fizeram tentativas de suicídio, entendemos que estes também devem estar incluídos nessas capacitações e orientações sobre cuidados e prevenção ao suicídio. Destacando o trabalho intersetorial, o psicólogo que atua de maneira autônoma, pode se beneficiar das contribuições da clínica ampliada, não se isolando em seu espaço privado e incluindo como parte estruturante do cuidado, as articulações com outros profissionais da saúde e das demais políticas públicas.

Por mais que durante o desenvolvimento do cuidado em saúde mental no Brasil ocorreram muitos avanços, é preciso ainda outras melhorias no âmbito das políticas públicas de saúde, principalmente na implementação de práticas diversificadas de cuidado e garantia do acesso a toda população. Se não existir o questionamento sobre as contradições da sociedade e as relações estabelecidas, talvez não seja possível, sequer, arranhar a complexidade de um fenômeno como o suicídio.

Reiteramos aqui que partimos de uma discussão sócio-histórica do suicídio, para na sequência trazer alguns aspectos de como foi sendo idealizado o cuidado em saúde mental voltado aos sujeitos com histórico de tentativa de suicídio pela política pública de saúde. Adiante, pretendemos estender nossas reflexões à prática do psicólogo, quer seja no contexto do SUS, quer seja da clínica particular, apresentando resultados da nossa pesquisa.

SEÇÃO IV - METODOLOGIA DA ANÁLISE: SÍNTESE DAS MÚLTIPLAS DETERMINAÇÕES

“Todo fenômeno concreto é absolutamente infinito e inesgotável se consideramos em separado cada um de seus traços” (Vigotski 1934/1999, p. 213).

Esta seção dedica-se a apresentar a metodologia utilizada na pesquisa, orientada pela Psicologia Sócio-Histórica, bem como a análise das entrevistas realizadas a partir dos *Núcleos de Significação*. Como organização do texto, primeiro abordaremos a metodologia a partir da leitura sócio-histórica, em seguida realizaremos uma breve caracterização do campo da pesquisa e dos profissionais que colaboraram com o estudo. Por fim, destacaremos os três *Núcleos de significação*: a compreensão do psicólogo sobre a tentativa de suicídio; o cuidado em saúde mental e o enfrentamento ao suicídio; e as perspectivas e afetos dos psicólogos envolvidos com os atendimentos de tentativas de suicídio.

4.1 A Psicologia Sócio-Histórica como orientadora da pesquisa

Realizamos uma pesquisa qualitativa, exploratória e de campo, orientada pela teoria Sócio-Histórica, a qual se pauta no materialismo histórico dialético. Essa teoria na Psicologia tenta superar os reducionismos das concepções empiristas e idealistas, abordando e compreendendo o ser humano cuja constituição pode ser feita de diferentes modos:

(1) pelas relações sociais de produção e reprodução da vida, (2) por condições históricas e específicas de apropriar-se dos bens culturais e historicamente objetivados, e (3) pela sua ação transformadora no mundo, constituindo-se ao mesmo tempo sujeito e objeto da sua intencionalidade que reflete, necessariamente, interesses e necessidades de classe. (Dalla Vecchia & Martins, 2006, p. 162)

Essa orientação teórico-metodológica compreende a existência de uma relação dinâmica e interdependente entre o mundo real e o sujeito, um vínculo inseparável entre o mundo objetivo e a subjetividade. Logo, ao investigarmos qualquer fenômeno humano, não falamos de categorias isentas, unidades isoladas de análise, como se elas não fizessem o todo, como se não expressassem os esforços e as contradições da busca permanente do homem em lidar com os desafios da vida e das relações que ele mesmo estabelece.

Tendo em vista o fato dessa orientação considerar que as unidades de análise expressam a totalidade de um fenômeno, buscando compreender o sujeito inserido em um contexto

permeado por muitos fatores, a pesquisa tem contribuição para ampliarmos a compreensão do fenômeno do suicídio na adolescência dentro da sociedade capitalista, e, conseqüentemente, refletir como está sendo a atuação do psicólogo na difícil construção de um cuidado em saúde mental voltado a essa população.

Escolhemos utilizar durante a pesquisa, entrevistas semiestruturadas. A entrevista como recurso metodológico, é marcada por uma dimensão do social, pois não se reduz apenas a uma troca de perguntas e respostas que são preparadas anteriormente, mas sim, uma produção dialógica, um encontro entre sujeitos. Durante a fala do entrevistado, o entrevistador deve se atentar ao que está sendo dito, pois quem está falando, carrega consigo a realidade do seu grupo e do seu momento histórico e social (Freitas, 2002).

Para Aguiar (2001), as falas dos sujeitos são construções históricas, além de expressarem a resposta a uma pergunta, também manifestam a construção que um sujeito elaborou, bem como os sentidos construídos a partir da sua inserção em uma dada realidade. O homem, por meio do pensamento, do conhecimento, da linguagem e dos afetos, expressa a essência das relações estabelecidas em determinadas circunstâncias históricas.

Logo, ao propormos entrevistas semiestruturadas, analisamos os discursos dos profissionais de psicologia, não privilegiando apenas sua descrição, mas, sobretudo, buscando compreender o processo de sua produção. O sujeito se apropria de determinados significados e lhes atribui um sentido pessoal, e nesse processo, a linguagem “[...] contém registros sociais, produzidos historicamente (significados), mas contém também, os registros pessoais, com dimensões subjetivas correspondentes: ações, cognições, afetos (sentidos)” (Gonçalves, 2005, p. 103).

Assim, entendemos que recursos dialógicos que primam pelo levantamento de informações, puderam viabilizar a construção das respostas às perguntas que nos inquietavam. Na sequência, as respostas obtidas por meio das entrevistas foram categorizadas e analisadas à luz da leitura Sócio-Histórica de homem e de mundo. Olhamos para o singular como parte da totalidade social, uma vez que a “[...] tendo o materialismo histórico-dialético como pano de fundo, expressa em seus métodos e arcabouço conceitual as marcas de sua filiação dialética.” (Freitas, 2002, p. 22).

A análise buscou apreender o sentido atribuído pelos psicólogos ao cuidado em saúde mental voltado aos adolescentes com histórico de tentativas de suicídio, como também compreender o processo de produção desses sentidos (Aguiar, 2001). Nesses termos, a organização conta com um método que é entendido “para além de sua função instrumental, como algo que nos permite penetrar no real, objetivando não só compreender a relação

sujeito/objeto, mas a própria constituição do sujeito, produzindo um conhecimento que se aproxime do concreto, síntese de múltiplas determinações” (Aguiar & Ozella, 2013, pp. 300-301).

Nesta análise de apreensão dos sentidos, estamos pautados no empírico, mas buscamos ir além das aparências. Estudamos o objeto em seu processo histórico e não apenas nas descrições dos fatos. Buscamos considerar as mediações sociais que constituem o sujeito, saindo da aparência e compreendendo o seu processo e seu sentido. A análise baseou-se em um método com uma concepção de homem constituído em uma relação dialética com o social e com a história, tornando-o singular.

Este homem, constituído na e pela atividade, ao produzir sua forma humana de existência, revela – em todas as suas expressões – a historicidade social, a ideologia, as relações sociais e o modo de produção. Ao mesmo tempo, esse mesmo homem expressa a sua singularidade, o novo que é capaz de produzir, os significados sociais e os sentidos subjetivos. (Aguiar & Ozella, 2013, p. 301)

Para melhor organização da análise, trabalhamos com a metodologia dos *Núcleos de Significação*, proposta por Aguiar e Ozella (2006). Num primeiro momento, foram feitas várias leituras flutuantes para a familiarização com o conteúdo, visando também o destaque dos pré-indicadores – assuntos de importância na compreensão do objetivo da pesquisa – que nos auxiliou posteriormente na construção dos núcleos. Após este processo, aglutinamos os pré-indicadores, identificando indicadores (os quais foram agrupados por similaridade, complementaridade ou contraposição), formando assim, os *Núcleos de Significação*.

Sendo a palavra a nossa unidade de análise, buscamos nos conteúdos centrais expostos nas falas dos psicólogos, nos atentar àqueles que geraram emoções e maior envolvimento do profissional durante a entrevista semiestruturada. Assim, os *Núcleos de Significação* foram criados quando identificamos aspectos fundamentais para a compreensão da problemática da pesquisa:

Os núcleos devem ser construídos de modo a sintetizar as mediações constitutivas do sujeito; mediações essas que constituem o sujeito no seu modo de pensar, sentir e agir. Os núcleos devem expressar aspectos essenciais do sujeito. Eles devem superar tanto os pré-indicadores como os indicadores. Devem, assim, ser entendidos como um momento superior de abstração, o qual, por meio da articulação dialética das partes – movimento subordinado à teoria –, avança em direção ao concreto pensado, às zonas de sentido. (Aguiar & Ozella, 2013, p. 310)

Cada um dos núcleos, portanto, agregará questões intimamente relacionadas que, de modo geral, expressam questões relevantes à compreensão dos aspectos pesquisados. Tais núcleos representam organizadores das falas expressas pelos sujeitos (Aguiar, 2001).

Lembramos que o objetivo geral desta pesquisa, consiste em refletir sobre o cuidado em saúde mental ofertado a adolescentes que fizeram tentativa de suicídio; e os objetivos específicos, são divididos em: ampliar a compreensão do fenômeno do suicídio a partir de uma visão sócio-histórica; investigar o sentido do ato suicida para psicólogos que trabalham com o público infantojuvenil; compreender quais as causas que o psicólogo atribui ou que estariam relacionadas ao suicídio na adolescência e, por fim, refletir sobre o modo como os psicólogos acreditam que deva ser o enfrentamento do fenômeno do suicídio na adolescência.

Ao criarmos os núcleos, analisamos as determinações que constituíram as significações dos profissionais entrevistados, isto é, suas motivações e necessidades dentro do processo de produção dos sentidos. Para isso, foi necessário articular os conteúdos dos núcleos e a fala dos profissionais, com a história da nossa profissão e com o processo histórico que nos constituiu, na intenção de apreender como esse psicólogo transformou o social em psicológico e constituiu seus sentidos (Aguiar, 2001).

Segundo Aguiar e Ozella (2013), quando pretendemos compreender melhor o sujeito, precisamos considerar o sentido composto pela unidade contraditória do simbólico e do emocional, isto é, considerar os significados e ter ciência de que eles possuem conteúdos além da aparência. O significado é considerado menos amplo que o sentido, porque o último está relacionado às necessidades que mobilizam o sujeito, que o colocam em atividade. É por meio da análise e da interpretação do pesquisador, que é possível adentrar as zonas de sentido, as quais são mais instáveis, fluídas e profundas:

A apreensão dos sentidos não significa apreendermos uma resposta única, coerente, absolutamente definida, completa, mas expressões muitas vezes parciais, prenes de contradições, muitas vezes não significadas pelo sujeito, mas que nos apresentam indicadores das formas de ser do sujeito, de processos vividos por ele. (Aguiar & Ozella, 2013, p. 30)

Quando nos apropriamos dos conteúdos expressos pelos psicólogos, não devemos fragmentar o discurso, de forma a não ignorar a articulação das falas apresentadas. Portanto, para compreender nosso objeto, que só pode ser visto como processo, devemos considerá-lo no conjunto de suas relações. Assim, durante a análise, separamos os *Núcleos de significação* e em seguida, passamos a reintegrá-los no seu movimento. Após isso, buscamos compreendê-los de forma mais global e profunda (Aguiar, 2001). Com essa análise, acreditamos ser possível ir além da aparência dos fatos e das significações expressas pelos psicólogos, podendo explicar o movimento individual, histórico e social do fenômeno em questão. Em outras palavras:

Sair da aparência não é trabalho fácil. Implica, como já frisamos, dar um tratamento teórico-metodológico às mediações desveladas, apreendidas pelo trabalho de análise. Para isso, faz-se necessário recorrer às categorias oriundas da teoria e do método, de

modo que nos possibilitem caminhar na direção de explicações cuja finalidade consiste em revelar não o sujeito individualizado, mas a síntese de múltiplas mediações que, sem deixarem de remeter ao sujeito em foco, expandem nosso conhecimento sobre uma realidade concreta que supera a ideia de sujeito como ser em si mesmo, mas que, sem dúvida, tem o sujeito como sua unidade, seu motor. (Aguiar, Soares & Machado, 2015, p. 65)

Por meio de uma entrevista semiestruturada (não validada), usamos um roteiro disparador dos assuntos que seriam abordados²². Assim sendo, ouvimos um total de 20 psicólogas. A escolha por investigar as psicólogas representa nosso esforço em buscar avanços na prática profissional, incluindo a minha, pois existe uma carência de materiais dentro da Psicologia Sócio-Histórica sobre o fenômeno do suicídio. Destacamos que para o cuidado em saúde mental, é importante o esforço conjunto de toda a sociedade, bem como a tarefa coletiva de diversos profissionais e áreas de conhecimento.

Mas, sendo psicóloga, reiteramos que acreditamos ser urgente pensar e avançar no compromisso social da Psicologia como ciência e profissão. É pensando nesse compromisso, que ao publicarmos a dissertação, entraremos em contato com todas as psicólogas que participaram das entrevistas, dando a elas um retorno sobre a importância de suas falas na construção do trabalho e sobre as análises que foram realizadas a partir delas.

As entrevistas contaram com a participação de 10 psicólogas atuantes na rede pública de saúde em serviços da Rede de Atenção Psicossocial, sendo elas: cinco que trabalham em Unidades Básicas de Saúde; duas que trabalham no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi; duas que trabalham na Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá; e uma que trabalha em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. As outras 10 psicólogas eram trabalhadoras autônomas, oito delas atuavam em clínicas da rede particular de saúde e duas trabalhavam em Hospitais particulares da cidade de Maringá-PR.

Procuramos ouvir psicólogos da rede pública e da rede particular com vistas a acessar um número maior de profissionais da psicologia que cotidianamente trabalham com o público infantojuvenil. Assim, o critério principal de seleção dessas participantes foi o de já ter atendido/cuidado de adolescentes que tentaram suicídio e que se dispusesse voluntariamente, a colaborar com nossa investigação. Os critérios secundários tiveram seu respaldo em: ter experiência profissional de no mínimo dois anos, residir no município de Maringá - PR (por conta da facilidade de acesso) e estar com seu registro no Conselho Regional de Psicologia - CRP ativo, ou seja, estar em conformidade com as exigências legais para a prática profissional.

²² Conforme Apêndice A.

Para entrevistar as psicólogas da rede pública precisamos de uma autorização formal. A partir da autorização da Comissão Permanente de Avaliação de Projetos (CECAPS) da Secretaria de Saúde do Município de Maringá, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá (UEM), sob o parecer nº 3.401.704. Antes das entrevistas, as participantes foram previamente informados acerca do objetivo da pesquisa e consultadas sobre a disponibilidade. Negociamos individualmente o melhor local e horário para a realização da entrevista. Todas foram convidadas e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)²³.

4.2 Breve caracterização do campo da pesquisa e dos profissionais que colaboraram com o estudo

O campo de pesquisa onde realizou-se as entrevistas, foi a cidade de Maringá, um município brasileiro do estado do Paraná. Uma cidade de médio-grande porte, planejada e de urbanização recente. Sua população, conforme estimativas do IBGE de 2020, é de 430.157 habitantes, sendo o 3º município mais populoso do estado. Maringá vem sendo considerada uma das melhores cidades para se viver no Brasil desde 2017, segundo o Ranking Macroplan²⁴, o qual analisa índices de educação, saúde, segurança, saneamento básico, sustentabilidade e economia (IBGE, 2020).

Sobre o funcionamento da Atenção Primária de Maringá, declara-se que o município teve sua primeira Unidade Básica de Saúde (UBS) implementada na década de 1980, sendo um dos primeiros municípios brasileiros a contar com o psicólogo no quadro de funcionários em todas as UBS, confirmando a longínqua inserção desses profissionais nos serviços voltados aos cuidados em saúde mental. De acordo com o Protocolo de Atenção Básica, é atribuição do psicólogo: “[...] ocupar-se de planejar, junto à equipe da unidade de saúde, ações em saúde mental para a comunidade, com responsabilização compartilhada entre todos da equipe, sendo a primeira referência em saúde mental que a Estratégia Saúde da Família pode contar” (Secretaria de Saúde, 2015, p. 5).

²³ Apêndice B.

²⁴ Para tanto, ver em

<http://www2.maringa.pr.gov.br/site/index.php?sessao=46ddf32bf45546&id=37083#:~:text=Maring%C3%A1%20Ose%20destacou%20entre%20os,semana%20passada%20pela%20Revista%20Exame.>

Maringá utiliza-se da *Estratificação de Risco* para definir os encaminhamentos e planos de cuidados oferecidos às pessoas que passam pela experiência do sofrimento. Em casos onde os tratamentos extra-hospitalares não são suficientes e o usuário apresenta uma situação de crise em saúde mental, proporcionando o risco para si e aos demais, deve ser realizado o encaminhamento à Emergência Psiquiátrica. Em Maringá, esse serviço funciona em ala anexa ao Hospital Municipal e oferta 26 leitos psiquiátricos de atendimento às situações de crise.

Sobre os dados estatísticos da cidade de Maringá em relação ao suicídio, a Secretaria Municipal de Saúde, junto à diretoria de Vigilância em Saúde – gerência de epidemiologia, disponibilizou para esta pesquisa, os números relativos dos casos de tentativas de suicídio e de óbitos por suicídio no município nos períodos de 2016 a 2018, a partir dos dados obtidos pelo preenchimento do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Em Maringá, no ano de 2016, ocorreram 17 mortes por suicídio; em 2017, ocorreram 27 mortes; e em 2018, 33 mortes; totalizando 77 mortes nesses 3 anos consecutivos, com a quantidade notificada aumentando a cada ano. Em 2017, um óbito foi de uma adolescente entre 10 e 14 anos, em 2018, foram três mortes do sexo masculino e uma morte do sexo feminino de adolescentes entre 15 a 19 anos. No ano de 2018, foram notificados 592 casos de tentativa de suicídio, sendo 159 casos do sexo masculino e 433 do sexo feminino. Em relação aos casos de ideias suicidas, foram notificados 83 casos, sendo 51 casos do sexo masculino e 32 casos do sexo feminino. Sobre os casos de tentativa de suicídio na adolescência, ocorreram 162 tentativas entre as idades de 12 a 19 anos. A maior prevalência está entre as idades de 16 a 19 anos do sexo feminino, totalizando 135 casos, isto é, 83% dos casos. Desses 162 casos, o maior número de notificações foi realizado pelas Unidades de Pronto Atendimento municipal e particular, com 110 notificações. Os hospitais municipal, estadual e particulares, notificaram 51 casos e, as Unidades Básicas de Saúde notificaram somente um caso.²⁵

Em relação às entrevistas realizadas, conseguimos o contato das profissionais entrevistadas por meio de indicações da Secretaria de Saúde de Maringá ou por profissionais que conhecemos. Os locais das entrevistas foram indicados pelas próprias psicólogas; a grande maioria foi realizada em seus locais de trabalho. As entrevistas com Psicólogas da rede pública de saúde aconteceram entre as datas 3 de julho até 15 de julho de 2019, algumas foram

²⁵ Uma reflexão sobre as questões epidemiológicas em relação às tentativas de suicídio que podemos realizar é: os casos de tentativas de suicídio não apareceriam em maior quantidade nos consultórios particulares dos profissionais de Psicologia e nas Unidades Básicas de Saúde, pensando que nesses locais os profissionais de saúde estão mais próximos do cotidiano da população? Sobre as UBS's, não seria lá, no território, que a vida acontece e que existiria uma maior aproximação-vinculação entre os profissionais da saúde pública e a comunidade?

realizadas no mesmo dia com mais de um profissional que trabalhava no mesmo local. As entrevistas com as Psicólogas autônomas, aconteceram entre as datas 4 de julho até 30 de julho de 2019. Com ambas profissionais, a duração média das entrevistas foi de 30 minutos.

Sobre o perfil das entrevistadas, todas as psicólogas eram do gênero feminino. Por isso, optamos em alguns momentos, por nos referir às profissionais no gênero feminino, com objetivo de marcar como a Psicologia ainda permanece uma profissão eminentemente feminina. Em outros momentos, manteremos o termo “psicólogo” para nos referir ao gênero humano, compreendendo que estamos falando sobre um ser social, ou seja, um grupo de profissionais que compõem uma ciência e uma profissão.

Quase todas as entrevistadas atuam ou já atuaram em várias áreas dentro da Psicologia, como a clínica, instituição escolar, hospitalar, nos serviços da rede pública de saúde e na docência universitária. A maioria realizou a graduação em universidades públicas no estado do Paraná e todas possuem pós-graduação em nível *lato sensu* ou *stricto sensu*. Todas as psicólogas autônomas afirmaram ter uma abordagem ou teoria psicológica definida para fundamentar sua atuação, mas, algumas psicólogas da saúde pública, disseram utilizar mais de uma perspectiva teórica e metodológica para fundamentar seu trabalho e poucas citaram que para além da orientação teórica e metodológica da Psicologia, trabalham em consonância com os fundamentos e princípios da SUS e da lógica da Atenção Psicossocial.

Antes de iniciar as entrevistas, era perguntado às profissionais se elas sabiam dizer a quantidade de casos que atenderam e se podiam descrever o perfil dos adolescentes com um ou mais episódios de tentativas de suicídio. As psicólogas autônomas realizaram um número menor de atendimentos a estes casos em relação às psicólogas da rede de saúde pública. As profissionais autônomas atenderam em média de um até oito casos, sendo predominantemente adolescentes do sexo feminino, da cor branca, com idades entre 13 a 19 anos. Em seguida à cor branca, aparece a cor negra, depois amarela e parda. As psicólogas atuantes na rede pública de saúde atenderam cerca de três a 80 casos, e as que trabalham ou já trabalharam no CAPSi e na Emergência Psiquiátrica, são as que mais realizaram tais atendimentos. Afirmam que a cor predominante dos atendidos é a branca, em seguida a cor parda e negra. O sexo feminino apareceu compondo a maioria dos casos atendidos.

Segue abaixo, em formato de quadro, uma síntese das informações que consideramos relevantes expor: no Quadro 1, trazemos o perfil das psicólogas trabalhadoras autônomas, e no Quadro 2, o perfil das psicólogas atuantes na rede pública de saúde.

Quadro 1:
Perfil dos Psicólogos trabalhadores autônomos

Psicóloga autônoma	Instituição de ensino Graduação	Orientação Teórica	Pós-graduação em Psicologia	Experiência atual e/ou anterior	Idade (anos)	Tempo total de atuação	Atendimentos realizados de tentativa de suicídio
1	Particular	Psicanálise	Mestrado, doutorado, especialização	Clínica, Docência Universitária, Hospital	43	19 anos	8 casos (5 em 2019)
2	Particular	Comportamental	Capacitação	Clínica, Docência Curso Técnico	26	2 anos e meio	1 caso (2019)
8	Particular	Psicanálise	2 Pós-graduação	Clínica, Polícia	33	7 anos	2 casos
3	Particular	Histórico-Cultural	Mestrado	Clínica, Docência Universitária	28	5 anos e meio	2 casos
9	Particular	Psicanálise	Mestrado, 2 especialização	Hospital, CRAS, Docência EAD e em Pós-graduação	31	7 anos	6 casos (4 em 2019)
4	Particular	Psicanálise	Mestrado, 2 especialização	Hospital Particular e Público, Plano de saúde	32	9 anos	7 casos (2019)
5	Particular	Gestalt	2 especialização, 2 pós-graduação	Clínica, Hospital Particular, Associação Autista	29	5 anos	1 caso (2019)
7	Particular	Psicanálise	2 pós-graduação	Clínica	53	7 anos	1 caso
6	Particular	Histórico-Cultural	Mestrado, Doutorado, Especialização, Pós-doutorado	Clínica, Docência Universitária	35	12 anos	1 caso (2019)
10	Particular	Psicanálise	Mestrado	Clínica, Plano de Saúde	25	3 anos	1 caso

Quadro 2
Perfil dos Psicólogos da rede pública de saúde

Psicóloga Saúde Pública	Inst. de ensino Graduação	Orientação Teórica	Pós-graduação em Psicologia	Experiência atual e/ou anterior	Idade (anos)	Tempo total de atuação	Atendimentos realizados de tentativa de suicídio
1	Pública	Atenção Psicossocial	Mestrado, Especialização, Pós-graduação	NASF, Casa Lar	32	10 anos	3 casos (2019)
6	Particular	Psicanálise, Sistêmica, Cognitivo Comportamental	3 Especialização, 1 formação	UBS, Fórum da Infância	55	20 anos	5 casos (2019)

2	Particular	Psicanálise, Fenomenologia	4 Especialização, 1 formação	CAPSi, Clínica, Escola particular e pública	49	16 anos	80 casos (últimos anos)
3	Pública	Psicanálise	2 Especialização	CAPSi, Assistência Social, CISAM, Hospital	46	24 anos	11 casos
7	Pública	Psicanálise	Mestrado, 2 Especialização	UBS, CRAS, Sócio-Educativa, CREAS, Docência	32	10 anos	10 casos (2017-2018)
4	Pública	Análítico Comportamental, Saúde Pública	Especialização	Hospital, Clínica, CAPS	38	13 anos	Não soube responder
8	Pública	Psicanálise, Jungiana	2 Especialização	UBS, Clínica, Consultoria RH, Hospital, Plano de Saúde	52	30 anos	14 casos (2019)
9	Pública	Psicanálise, Teoria Cognitivo Comportamental	2 Especialização	UBS Clínica	55	31 anos	6 casos (2019)
10	Pública	Psicanálise, Construcionismo Social	Mestrado, 2 Especialização	UBS, CREAS, Conselho Tutelar, Escola, Clínica	55	18 anos	Não soube responder
5	Pública	Análítico Comportamental	Mestrado, MBA, Pós-graduação	Hospital, Clínica, Perita, RH	39	15 anos	20 casos (2019)

Depois da transcrição das entrevistas, percorremos todo um processo de leituras e releituras até chegar aos *Núcleos de significação* que trabalharemos a seguir. Como já dissemos, os núcleos foram separados de acordo com os pré indicadores e indicadores que identificamos nas entrevistas. Neste percurso não pretendemos esgotar o material coletado, por isso, selecionamos as partes que expressam e permitem estabelecer relações com o todo, levando em consideração que as palavras são fragmentos da consciência, capaz de nos mostrar os sentidos pessoais das profissionais sobre o fenômeno estudado.

A partir da análise dos indicadores, chegamos na seguinte organização dos *Núcleos de Significação*: o primeiro núcleo diz respeito à compressão dos psicólogos sobre a tentativa de suicídio; no segundo núcleo, analisamos como as psicólogas acreditam que deva ser realizado o cuidado em saúde mental e o enfrentamento do suicídio na atuação profissional junto aos adolescentes com tentativa de suicídio; e no terceiro núcleo, discorremos sobre perspectivas e afetos dos psicólogos envolvidos com atendimentos de tentativas de suicídio na adolescência.

4.3 Núcleo de significação 1: A compreensão do psicólogo sobre o suicídio e a tentativa de suicídio

Nesse núcleo de significação, trabalharemos com os sentidos atribuídos pelas psicólogas entrevistadas ao suicídio e às tentativas de suicídio realizadas por adolescentes. Nesta pesquisa, procuramos trabalhar o suicídio como um fenômeno histórico, social e culturalmente determinado, sendo complexo e multideterminado, além de compreendê-lo como um produto do sofrimento-existência nessa sociedade.

Nossa intenção ao retomar um conceito sócio-histórico de suicídio acontece porque um primeiro aspecto que nos chamou a atenção, foi a dificuldade de definição do que seria esse fenômeno. Partimos da linguagem como uma expressão da consciência e entendemos que não é por acaso que os profissionais da Psicologia, os quais representam uma ciência, pensam de determinada forma. Os significados sociais e sentidos pessoais atribuídos ao suicídio são decorrentes de todas as relações, experiências e oportunidades de formações vivenciadas no transcurso da vida pessoal e profissional.

A maioria das psicólogas, ao invés de definir o suicídio, buscavam explicá-lo, fazendo relação com diversas questões da vida particular dos sujeitos atendidos. Em algumas situações, apareceu a dificuldade em diferenciar a tentativa de suicídio de um comportamento autolesivo. Muitas destacaram que o número de casos de suicídio tem aumentado nos últimos anos, citando por exemplo, a ingestão de medicamentos; no entanto, sem dizer o que compreendiam por suicídio. Por outro lado, ao pensar na totalidade do fenômeno, compreendemos que a dificuldade de conceituação do suicídio não é uma questão individual de cada profissional, mas articula-se às nossas limitações históricas, sociais e políticas de nos apropriarmos dos conhecimentos científicos acumulados, bem como de lidarmos com o tema da morte voluntária.

Na maioria das entrevistas, observamos uma relação causal do suicídio com a existência de um sofrimento psíquico intenso, expresso na solidão e nas dores, oriundo de conflitos internos e relacionais. A **Psicóloga saúde pública 1**, afirmou: *“É, acho que tem um adoecimento geral da população, os adolescentes vão apresentando o que os adultos vêm também padecendo né? [...] A gente vive muito sozinho, muito isolado [...]”*

O suicídio relacionado à existência de um sofrimento intenso, aparece em algumas entrevistas inferindo não o desejo de morte, mas antes um desejo desse sujeito de se livrar do sofrimento. A **Psicóloga saúde pública 4** observa que *“[...] Eles falam muito né, ‘ah eu não quero morrer, eu não quero mais sentir isso’, não tem perspectiva nenhuma [...]”*. A **Psicóloga**

saúde pública 9, conclui que uma jovem atendida não queria tirar a própria vida, e sim, se livrar da dor do momento, “[...]ela queria dormir, apagar, esquecer. Então não tem noção de que se fizer isso, pode realmente morrer né? [...]”. Aqui podemos fazer um paralelo, vejamos:

[...] Se o sujeito age no mundo impelido por motivos que lhe são exógenos, exteriores, alheios, não reconhece o mundo com suas “exigências”, que lhe aparecem ora descabidas, ora impossíveis de serem cumpridas. Sem reconhecer que seus pares estão submetidos às suas mesmas condições; sem reconhecer a si próprio como sujeito único e ao seu entorno como um lugar ao qual pertence, criam-se as condições para que, alheio às consequências das suas próprias ações, possa cometer atos que atentem contra a própria vida, sem que tenha, necessariamente, o intuito de morrer, mas sim de acabar com o seu sofrimento. (Berenchtein Netto & Souza, 2015, p. 186)

Essa compreensão de que o suicida não quer a morte, mas o fim do sofrimento, tem sido significada e muito disseminada socialmente. O suicídio tem sido compreendido como decorrente de uma falta particular da vontade de viver, de um sofrimento intenso, mas sem que sejamos capazes de refletir sobre o que estaria nas bases da produção desse sofrimento. Que vida é essa que não vale a pena viver?

A lógica do capital agudiza o sentimento de inadequação, o qual se origina a partir da destruição das referências coletivas de identificação e de ação dos sujeitos como seres sociais. Por conseguinte, existe uma dispersão e fragmentação a dificultar a construção de novos referenciais críticos à ordem posta, e assim, os sujeitos ficam sem referências concretas para se constituírem. Esse sentimento de inadequação pode ser encontrado em muitos casos de suicídio, porque as exigências são tantas, que muitas vezes os locais que deveriam ofertar apoio e promover desenvolvimento humano, como a escola, são considerados uma ameaça ou um dos principais espaços onde jovens se sentem inadequados e não pertencentes (Berenchtein Netto & Souza, 2015).

Na análise da interface da vivência de uma violência-sofrimento-tentativa de suicídio, identificamos o ambiente escolar como espaço produtor de sofrimento. Encontramos nas falas das profissionais, que esse ambiente é permeado de relações de preconceitos, *bullying*, opressão e dificuldades de relacionamento entre os colegas. A **Psicóloga saúde pública 1**, conclui que o suicídio estaria “aliado a várias questões do desenvolvimento, mas mais com as questões escolares. Têm muitas dificuldades também da escola em lidar com os adolescentes, lidar com essa realidade social [...]”. A **Psicóloga saúde pública 4** também considera importante olhar um possível contexto de vulnerabilidade emocional decorrente das relações, as quais se estabelecem em um ambiente não favorável ao desenvolvimento emocional para lidar com as situações da vida.

Na prática cotidiana, temos observado que o *bullying*, bem como toda forma de preconceitos e relações opressoras e excludentes, geram muito sofrimento. É importante não negarmos o quanto a exposição a uma violência – ocorridas dentro e fora da instituição escolar – podem impactar a saúde mental. Precisamos também ampliar a discussão da violência vivida nesses contextos privados para a violência que está na raiz desse sistema: a violência chamada estrutural, que produz efeitos nefastos no processo de escolarização dos jovens, bem como na precarização do trabalho dos professores.

A fim de compreendermos esse cenário, trazemos os dados do IBGE (2019), os quais destacam que adolescentes entre 15 e 17 anos, representam 23,1% dos estudantes que estão atrasados em relação à etapa que deveriam estar frequentando. Ademais, os dados apontam que o abandono escolar antes de concluir uma etapa, acontece entre jovens de 18 a 24 anos, representando 63,8% dos estudantes. Notamos o grande número de adolescentes que estão fora do contexto escolar, e aqui refletimos: por que esses adolescentes estão fora da escola? Por que abandonam a instituição escolar antes de completar o ensino fundamental ou o ensino médio? O que justifica esse abandono?

Quando falamos de instituição escolar, não podemos citar apenas os estudantes, também precisamos considerar os atores envolvidos no processo de escolarização. Nesse caso específico, falamos sobretudo dos professores. O IBGE (2019) traz a seguinte informação: “[...] o Brasil é o país com o menor salário inicial anual pago aos docentes do ensino fundamental e médio em comparação com todos os demais países da OCDE”. Esse dado é importante uma vez que ao pensarmos em uma educação de qualidade, precisamos de um espaço que viabilize a valorização profissional e recursos financeiros e sociais para se trabalhar em uma escola.

O cenário apresentado por esses dados é de uma escola com docentes mal remunerados, uma escola que está a serviço do sistema capitalista, depositando no sujeito a capacidade de obter (ou não) o sucesso escolar. Em contrapartida, temos uma sociedade que espera da instituição escolar, a produção de vida melhor, com desenvolvimento dos estudantes e possibilidades de aprendizado para se alcançar um futuro profissional que garanta sustento e reconhecimento social.

Locais como a escola, que deveriam proporcionar desenvolvimento, precisam estabelecer relações de mediações saudáveis e de qualidade com os adolescentes, para que eles desenvolvam o pensamento crítico e o controle voluntário do comportamento. No entanto, muitas vezes, nesses espaços favorecem relações de alienação, impedindo que esses jovens tenham consciência sobre seus atos, como observa a **Psicóloga saúde pública 2:**

[...] Porque tem casos assim né, que uma pessoa faz uma tentativa e às vezes ela não pensava assim, tão intensamente né, em morrer e de repente morre. E tem outras pessoas que já fizeram muitas coisas que eram para morrer mesmo, coisas graves, cortes muito profundos, ou uma quantidade excessiva de medicação e que não morreram, não sei porque, não sei explicar.

Nos dizeres de Berenchtein Netto (2007), o suicídio é um ato volitivo e está relacionado à realidade. Pode ser consciente ou alienado-inconsciente, dependendo dos interesses particulares ou coletivos, podendo se relacionar à própria vontade do sujeito ou de outro. O sujeito pode não executar de primeiro o que havia planejado, mas é por meio do processo de tomada de decisão, das relações conscientes com as formas de alcançar os objetivos estabelecidos e a consciência do meio utilizada para atingir, que será considerado um ato volitivo.

A Psicologia Sócio-Histórica nos convida a pensar na relação dinâmica e dialética entre o mundo objetivo e o sujeito. Em uma sociedade capitalista e neoliberal, que está sempre individualizando os acontecimentos para explicá-los, acaba por impactar também sobre o nosso olhar enquanto psicólogos, assim como em nossas interpretações sobre os fenômenos psicossociais. Quando falamos dos fenômenos ditos “psicológicos”, é como se existissem dois mundos que não se misturam: um mundo interno e outro externo.

Lembramos que a própria Psicologia tem concebido historicamente o sujeito partindo de uma visão liberal. Essa visão pode ser notada a partir da prevalência da relação entre o suicídio e questões que seriam de ordem individual, isto é, atribuindo-o a vivências pessoais, à dinâmica familiar conflituosa e/ou à tentativa de chamar atenção dos pais.

Uma Psicologia que trabalha com essa visão liberal de sujeito, coloca-o à margem da sociedade, vez que não consegue desnaturalizar o homem e concebê-lo como um ser ativo. No entanto, deveríamos fazer o contrário, com a finalidade de construir um saber crítico e entender como os processos de sofrimento foram sendo naturalizados ao longo da história da humanidade. Feito isso, por conseguinte, buscar novos sentidos para atuação profissional com vistas a superar essa naturalização.

A respeito da naturalização dos fenômenos psicológicos, Bock (2004) realizou uma pesquisa na qual analisou o significado que tais fenômenos teriam para os psicólogos. A seu ver, para os profissionais, o psiquismo seria algo da natureza humana, o qual já está posto desde o nascimento. Ademais, não se preocupavam em apontar como ocorre o desenvolvimento dos fenômenos psicológicos, já que o compreendiam como algo natural, apartado do contexto histórico e social no qual se desenvolvem os sujeitos. Por fim, notou o desinteresse dos

profissionais sobre as relações sociais, pela cultura e pelas formas de produção humanas de sobrevivência.

Já na análise dos materiais sobre adolescência, Bock (2004) observou que não apresentavam as características dessa idade como sendo constituídas nas e pelas relações sociais e na cultura, afastando as análises das questões sociais envolvidas na vida singular de cada jovem. A partir dessas constatações, a autora levanta alguns pontos que precisam ser considerados quando vamos discutir sobre adolescência, a saber: a falta de políticas públicas para essa etapa; a desqualificação e inadequação dentro do âmbito escolar para as demandas dos jovens; o sentimento de apropriação dos pais em relação aos filhos; as muitas contradições que existem na nossa sociedade; o distanciamento existente entre o mundo adulto e o jovem; a dificuldade de se adquirir autonomia financeira quando não se pode ou não se consegue trabalhar, ou quando precisa sustentar a família.

Como discutido neste trabalho, a naturalização marca a forma como concebemos a adolescência. Do mesmo modo, a forma como compreendemos o suicídio no período específico da adolescência, acaba delineada por esse olhar naturalizante. Vejamos no relato da **Psicóloga autônoma 3**:

[...] o adolescente tem as suas fases, tem suas rebeldias, a gente precisa ter uma compreensão em relação a isso. [...] Então para eles tentarem compreender essa transição é muito difícil, eles não conseguem lidar. Então eles precisam dessa ajuda, não tem uma estrutura para suportar tudo isso, eles vão encontrando maneiras que eles acham mais fácil de se livrar desse sofrimento. Então às vezes a maneira que ele encontra é se suicidar [...].

Como dissemos há pouco, ao reconhecerem a existência de um sofrimento psíquico intenso nesse momento da vida, alguns profissionais atribuem a origem do mesmo, à própria natureza da adolescência. Associam as tentativas de suicídio à oscilação emocional comum aos períodos de crise. A **Psicóloga saúde pública 2** corrobora essa afirmação quando diz:

[...] naquele momento de crise ele pensou em suicídio, mas às vezes é uma coisa muito passageira, muito passageira, correr um risco, teve uma gravidade, podia ter morrido, não morreu, teve outra oportunidade e de repente era só naquele momento, era um conflito ali da adolescência, era uma crise e de repente tudo é passageiro né, eles vão embora daqui, tão trabalhando, na faculdade, no mercado de trabalho.

Observamos similaridades nos discursos profissionais com recorrente atribuição das dificuldades que os jovens na atualidade encontram na vida, vistas como inerentes às faltas e incapacidades naturais; em outros termos, uma crise da adolescência. As chamadas crises do desenvolvimento, são interpretadas de modo diferente pela Psicologia Sócio-Histórica, vez que marcam um período de mudanças, deslocamentos, modificações e rupturas na personalidade.

Está relacionada, muitas vezes, a mudanças nos interesses da vida, como ao mudar de uma atividade principal a outra, por exemplo, da atividade de estudo para a atividade do trabalho.

Na adolescência, muitos jovens podem viver períodos críticos no curso de seu desenvolvimento, e se durante as crises não possuírem mediações de qualidade em suas relações, podem não conseguir retomar suas atividades de forma a atribuir novos sentidos e significados. Nesse sentido, pode-se acentuar ainda mais o sentimento de não pertencimento a um grupo, à cultura ou sociedade, sentindo-se cada vez mais solitários, como se não fizesse diferença sua existência. Observamos a fala da **Psicóloga saúde pública 3**:

[...] Mas eles não conseguem planos de futuro, eles não conseguem sonhar. Parece que são uma adolescência, estão numa adolescência muito vazia sabe, sem desejo, sem sonhos. Parece que eles nunca vão ser capazes de alcançar nada, então para quê eu vou viver? Muitos falam isso 'para quê que eu vou viver, se eu não vou conseguir ser nada, não conseguir ser ninguém'. E aí a gente vai também investigando um pouco, tem que ver com toda essa história familiar ali deles também né, mas é um vazio, muitas vezes ele não consegue nem falar do que eles estão sentindo sabe, é, eles não conseguem dar nome pro que eles estão sentindo [...].

É imprescindível pensar os períodos de crises do desenvolvimento, mas é preciso considerar dialeticamente as relações que se estabelecem entre esse sujeito e seu meio, as quais, inegavelmente, são muito mais significativas nesse momento. Desse modo, nos perguntamos: quais atividades e relações estão presentes na vida desses jovens para que aprendam a significar o que estão sentindo? Como eles vão desenvolver sentidos dentro de uma sociedade escassa de mediações de qualidade? Como vão aprender a se expressar sem essas mediações?

Como mencionado anteriormente, com a ampliação das atividades sociais, a linguagem também coopera com vistas ao enriquecimento da autorregulação do comportamento. Em nossa sociedade, a inserção social do adolescente não se faz sem conflitos, e isso ocorre mesmo considerando a adolescência como um momento rico em potencialidades. Os comportamentos avaliados como rebeldia e inquietação, podem afastar esses adolescentes do convívio social.

Pandita-Pereira (2016), retomando contribuições de Bozhovich, coloca que o sentimento de solidão está vinculado a momentos específicos, por exemplo, quando o adolescente sente que suas necessidades de comunicação com as pessoas não foram satisfeitas e, por estarem na construção de uma autoestima, podem ficar mais sensíveis às opiniões das pessoas, resultando em reações emocionais mais intensas, seja aprovando ou reprovando algo. Assim, “tais opiniões constituem em elementos para a autoanálise e autoestima e são consideradas à luz das consequências sociais de seus atos, reforçando sua comunicação externa, suas relações com as pessoas que o rodeiam, com o coletivo, com a sociedade” (Pandita-Pereira, 2016, p. 140).

Tal qual discutido ao longo deste trabalho, a Psicologia Sócio-Histórica nos convida a olhar a adolescência como uma construção social, questionando as relações que estabelecemos com esses sujeitos. Dialeticamente, o modo como a adolescência é significada socialmente, impacta no desenvolvimento e na produção das subjetividades.

A **Psicóloga autônoma 4** também enxerga a situação da adolescência como um período de transformação, descobertas, autoafirmação, transição da infância para a vida adulta, que na atualidade, em suas palavras “ [...] tá cada vez mais difícil socialmente falando, um momento, assim, de muito sofrimento. [...] Mas, por outro lado, é um vazio tão grande que eu encontro nesses adolescentes, é uma coisa de assustar mesmo sabe [...]”. As entrevistadas falam da existência das dificuldades do adolescente em se envolver com questões práticas da vida, por exemplo, como refere a **Psicóloga saúde pública 7**, a qual afirma que os adolescentes estão sem perspectiva, sem acesso e sem instrumentos para lidar com suas emoções. A **Psicóloga autônoma 7** acredita que os maiores conflitos da adolescência estão relacionados ao sentimento de angústia decorrente de uma busca por aprovação social e preocupação com âmbito profissional. “[...] Esses são os problemas que eles trazem na clínica, essa pressão, a competitividade, não saber para onde que vai, como vai ser o futuro, essa busca de não sei o quê, um vazio muito grande [...]”.

Esse “vazio” e essa “falta de perspectiva de futuro”, de que tanto nós, psicólogos, falamos, não possuem origens e existências autônomas. Ao falarmos em falta de perspectiva, precisamos pensar na condição social atual dos jovens. Segundo dados do IBGE (2019), em pesquisa recente sobre o mercado de trabalho voltado a estes sujeitos, o maior índice de desocupação é entre pessoas de 14 a 29 anos de idade, sendo 22,3% nos anos de 2017 e 2018. Dentro desse grupo de desocupação, existe uma desigualdade entre os sexos. As mulheres, em 2018, estavam mais fora do mercado de trabalho que os homens. No curso da análise das entrevistas, observamos que pouco (ou nada) adentramos às discussões estruturais que envolvem as desigualdades de gênero, apesar do discurso oficial das agências internacionais de saúde sobre o suicídio afirmarem que as mulheres são as que mais atentam contra a própria vida (Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], 2014).

As entrevistadas mencionam os conflitos de gênero e sexualidade, bem como os interpessoais, trazendo falas como o da **Psicóloga saúde pública 2**: “[...]eu percebo também da população que a gente recebe, muitos conflitos de gênero, identidade que eles têm e isso ajuda muito, quando eles se veem nessa dúvida, nesse conflito, e não se aceitam”. Na mesma direção, a **Psicóloga autônoma 4** considera que não é uma questão da sexualidade, por exemplo, o fato de ser homossexual o gerador de sofrimento, mas sim a rejeição e preconceito que os sujeitos

sofrem por parte da sociedade, de não serem aceitos e não circularem com tranquilidade e segurança nos espaços. Sobre essa situação, a profissional acrescenta que quando existe uma expressão da sexualidade que desagrada a sociedade, sobretudo uma rejeição por parte da família, existe, conseqüentemente, um sofrimento.

É recorrente o entendimento de que a transição da escola ao mercado de trabalho, é uma passagem fundamental na vida dos jovens. Mediante as taxas de desocupação, observamos as dificuldades de se inserir em um emprego e garantir sustento, seja pessoal ou familiar, e isso nos faz questionar: qual a perspectiva de futuro desses jovens dentro deste cenário de desocupação? Lembramos, no entanto, que no ano de 2016, a proporção de jovens sem estudos e sem ocupação, era de 21,8%, aumentando para 23,0% em 2017 e 2018. Estes dados colocam o Brasil entre os piores quando comparado aos países da OCDE²⁶ (IBGE, 2019). Este cenário de incerteza do futuro, vem se agravando cada vez mais, certo de que dados mais recentes, também do IBGE, divulgados em 2020, confirmam a perda de cerca de 7,8 milhões de postos de trabalho no ano de 2020. Destes, 5,8 milhões eram de empregos informais²⁷.

O IBGE (2019) afirma a existência de uma relação entre a interrupção precoce dos estudos dos jovens e a desocupação, com a justificativa de que no ano de 2018, os jovens entre 18 e 24 anos que não estavam frequentando alguma instituição de ensino e estavam desocupados, 46% não chegaram a concluir nem ao menos o ensino fundamental, e 27,7% cursaram o ensino médio incompleto.

Levando em consideração esses dados, podemos considerar que o distanciamento da escola e a desocupação, são fatores que impactam na vida dos jovens em relação aos seus projetos e perspectivas de futuro. A falta desses projetos na vida de um jovem, é considerado por muitos psicólogos, como fator de risco, pois, nessa condição, esse sujeito poderia apresentar desinteresse em viver. Aqui cabe o questionamento: como desenvolver projetos de vida com esses índices de escolaridade e desocupação? Ou eles estão fora da escola e do trabalho por que não têm interesse?

Tais questionamentos nos auxiliam a pensar em quais espaços os jovens estão desenvolvendo instrumentos psíquicos para lidarem com suas emoções, visto que elas são desenvolvidas a partir das relações que estabelecemos, por meio das atividades que realizamos.

²⁶ A OCDE é a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, contém 36 países de economias de alta renda.

²⁷ Para mais, ver dados divulgados em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/06/desemprego-chega-a-129-em-meio-a-pandemia-da-covid-19.shtml>

É também nas atividades que a linguagem tem papel fundamental, visto que é junto à palavra que se regula a conduta afetiva do homem na esfera cotidiana da vida.

Outra expressão da naturalização da adolescência ocorre quando os comportamentos adolescentes são universalizados e indicados como fatores de risco pela população de um modo em geral, pelos familiares, profissionais da educação e da saúde. Como expressa a fala da Psicóloga saúde pública 4:

[...] existem adolescentes que têm uma vulnerabilidade emocional maior, em um ambiente que não favorece o desenvolvimento emocional para lidar com várias situações, é um adolescente que pode ter um risco maior de ter alguns comportamentos nesse sentido. Então dificuldade de regular emoções, de lidar com frustrações né [...].

A **Psicóloga saúde pública 9**, comenta que os jovens com ideação ou tentativa de suicídio, falam “*[...] Ah, eu não aguento, eu não suporto ter sofrido uma frustração ou meu namorado não querer mais saber de mim, ou eu ter tido uma frustração lá na escola [...]*”. Tais psicólogos relatam que assistem no atendimento clínico do adolescente que fez tentativa de suicídio, o acirramento da dificuldade de não se saber lidar com a dor e a frustração, logo, uma adolescência muito fragilizada. O suicídio seria, de acordo com a **Psicóloga autônoma 2**:

Uma saída que o adolescente dá para a situação que está vivenciando. É, eu considero uma inabilidade de lidar com a realidade que está posta a ele naquela situação. [...] Então diante de tudo isso, e sem habilidades, sem recursos, sem saber o que fazer, porque nada resolveu até então do que ele tinha feito, ele tentou suicídio, porque daí isso resolveria né, isso está no controle dele [...].

Em algumas situações, as profissionais explicam o suicídio na adolescência por meio da existência de um contexto de vida permeado por relações de agressividade, abusos sexuais, violências ocorridas dentro ou fora do ambiente familiar, que impactam na vida desses sujeitos. Como bem assinala a **Psicóloga saúde pública 8** “*[...] Algumas tentativas também por questão de abuso, seja físico, sexual, verbal, emocional dentro da própria família[...]*”. Para a **Psicóloga saúde pública 7**, as crianças que vivenciam uma realidade de extrema pobreza “*[...] estão mais sujeitas à questão da violência, do uso de drogas, de sofrer algum abuso, algum assédio sexual [...]*”. A **Psicóloga autônoma 5**, em uma análise de um caso de tentativa de suicídio, considera que “*[...] tinha um fator muito agravante assim, que era um abuso sexual que demorou muito tempo para ela falar, e que sempre vinha a consumindo*”.

Como observam Berenchein Netto e Souza (2015), os fatores de risco para o suicídio divulgados segundo a faixa etária da adolescência, costumam ser referentes às relações pessoais em um âmbito privado, como por exemplo: problemas dentro das relações familiares, com os colegas e na escola. Mas, não se destacam em paralelo a essas questões, as relações sociais mais amplas e as determinações sociais, como as questões que dizem respeito ao mundo do trabalho,

desde aqueles que estão se preparando para trabalhar, os que já estão empregados e os desempregados. Também, quando associam adolescência e risco, os fatores divulgados não incluem as diversas e complexas situações de violências físicas e psíquicas que contribuem para que estes sujeitos, busquem a própria morte como uma maneira de escapar do seu presente e da falta de perspectiva de futuro:

Certamente, quanto mais dependente e vulnerável é esse indivíduo, determinadas formas de fugir às situações violentas se apresentam com maior intensidade. Além disso, vale lembrar que as marcas deixadas por qualquer experiência emocional intensa, seja positiva ou negativa, acompanham o indivíduo em sua história e a violência intensa, seja física ou psíquica, desempenha papel nefasto e deletério na constituição do indivíduo. Dessa maneira, situações de abusos e humilhações, podem sim conduzir a criança a buscar a própria morte [...]. (Berenchtein Netto & Souza, 2015, p.179)

A vida social e em família, parece cada vez mais insatisfatória; e o ser individual e a humanidade, não conseguem encontrar formas pelas quais possam ter uma vida mais feliz. Lessa (2012) pontua que sempre quando isso acontece, quer seja, existir um problema que ainda não encontra alguma alternativa, se intensifica uma busca desesperada, rápida ou mística para o pessoal, resultando em alternativas muito individualistas. Além dessa busca, as relações dentro da família repetem e instigam a concorrência e o individualismo. Desta feita, é essa dinâmica das relações que perpetua a violência doméstica, o abuso sexual de crianças e adolescentes intrafamiliar, entre outras.

Enquanto psicólogos, pouco arrolamos o suicídio às relações sociais mais amplas. Tal como observado, são apenas as questões pessoais pertencentes ao âmbito privado, desconsiderando as sociais mais amplas, que vêm sendo elencadas (Berenchtein Netto & Souza, 2015). Isso também aparece nas entrevistas realizadas, a partir do entendimento que existiria, de um lado, o sujeito incapaz de lidar com a realidade, e de outro, uma realidade que em nada precisaria ser alterada.

Como Kahhale e Rosa (2009) destacam, no momento em que indivíduo e sociedade, sujeito e objeto, são considerados dicotômicos, por consequência, o sujeito passa a ser naturalizado. Patto (1987) nos alertou isso, quando enfatizou que contribuímos para mascarar a existência das classes sociais, da ideologia, do poder, excluindo a dimensão histórica dos fatos sociais. Colocamos em oposição a objetividade e a subjetividade, afastamo-nos do reconhecimento da mediação, da relação existente entre ambos. Não fazemos uma discussão dialética e colocamos a explicação e a solução para fenômenos multideterminados, em uma única dimensão.

Se compreendermos a construção do psiquismo do sujeito a partir de uma relação dialética do singular mediado pelas particularidades da sociedade e a genericidade da vida

humana, alguns questionamentos são relevantes para pensarmos o que está sendo produzido de vida no cotidiano dos sujeitos. Como exemplo dessa sociedade, podemos utilizar a fala seguinte da **Psicóloga autônoma 6**:

Isso que é primário, esse contexto todo de parcerias e colaborações que falham né, e isso vai desencadear secundariamente desdobramentos como isolamento, de sentimento de indiferença, ou de ataque também, de violência, de agressividade. E aí, a pessoa começa neste isolamento, nessa solidão né, nessas vivências de conflitos e sofrimentos onde ela não vê saída, experimentar um sofrimento em desespero tão intenso que ela prefere interromper a vida, começa a pensar e ter isso como uma questão e muitas vezes concretiza, realmente tira sua vida.

Em sequência a essas considerações, a psicóloga reforça como o período da juventude, marcado por uma nova fase da vida, pode ser caracterizado por sentimentos de desamparo, angústia, desespero, junto a uma sensação de incapacidade em conseguir realizar tarefas escolares e profissionais com sucesso, já que tamanha é a cobrança e exigência existente na sociedade capitalista. Cobranças essas do jovem estar à altura de todos os padrões estabelecidos socialmente, como exemplos: estudar em uma boa escola, passar no vestibular, conseguir um emprego, ser bem remunerado, falar língua estrangeira, viajar, possuir bens materiais. Como também aponta a **Psicóloga autônoma 6**, há a existência de um desacordo financeiro na vida dos jovens, que acarreta a impossibilidade de concretização dos projetos e sonhos marcados pela pobreza, por dificuldades de se organizar para conseguir uma profissão. Muitas vezes o jovem “[...] fica subordinado ao conflito de interesses com quem banca financeiramente sua vida e ela já começa a entrar em conflitos com isso, porque depende financeiramente, mas já tem suas próprias vontades, seus próprios planos”.

É claro que precisamos considerar se essas exigências se estendem aos filhos da classe trabalhadora que, em muitas situações, são aqueles jovens que mal conseguem terminar os estudos na escola regular porque precisam trabalhar e contribuir com o sustento da casa. Segundo a **Psicóloga autônoma 3**, o processo de construção de uma identidade profissional é difícil nessa sociedade dividida em classes. Acrescenta que à medida em que o sujeito não consegue conquistar aquilo esperado, ou que esperavam dele, atribui-se uma culpa a si próprio, e o mesmo passa a ver o suicídio como uma possível saída, “[...] é sintomático, é tentar tirar a própria vida né, acabar com tudo que eu tenho de mais básico em mim”.

Precisamos relembrar que o suicídio é considerado pela OMS como a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos, ou seja, uma população que teria condições de estar economicamente ativa. É necessário lembrar igualmente que entre todas as mortes de suicídio no mundo, 79% delas ocorreram em países de baixa e média renda. Ante o contexto histórico e atual da sociedade brasileira, que é de instabilidades políticas, sociais e

econômicas, concluímos que as causas com maior frequência atribuídas ao suicídio, foram aos chamados “conflitos internos” ou “conflitos nas relações interpessoais”.

As tentativas de suicídio, para muitas das entrevistadas, expressariam uma vulnerabilidade de cunho “psicológico”, explicada a partir da influência ou da inadequação ambiental. Muitas observam que é preciso considerar toda a história de vida desse jovem para compreender como e o porquê certas situações o impactam. Como pergunta a **Psicóloga autônoma 6**: *[...]e qual era a situação anterior? Que já tinha uma marca, uma trajetória de uma sensação de estar desatendida nas suas seguranças, no seu conforto, se sentia deslocado o tempo inteiro [...]*.

A **Psicóloga autônoma 4** justifica a vulnerabilidade do adolescente com a falta de um local seguro, o qual, em consequência, gera impossibilidades do desenvolvimento de habilidades para lidar com sua própria realidade: *“[...] então se é uma realidade para a qual ele não tem recursos, a chance de ele tentar suicídio é muito maior”*. Em contrapartida, essa vulnerabilidade diminui se os cuidadores, de acordo com a **Psicóloga autônoma 2**:

[...] mantém ele seguro, provavelmente vai diminuir as chances de ele tentar suicídio, porque tá tudo bem, ele tá seguro, tá se desenvolvendo de forma saudável, tem habilidades para lidar com a realidade dele, então não teria um motivo para ele fazer uma tentativa de suicídio.

Alguns profissionais relacionam o suicídio a situações de negligência que não foram percebidas nos espaços por onde esse adolescente circulava. A **Psicóloga saúde pública 5** reflete sobre quantos riscos e situações pequenas aconteceram, se acumularam e passaram despercebidas, em especial dentro da família, da escola e do trabalho, para que um adolescente chegasse ao hospital com uma tentativa de suicídio.

A **Psicóloga saúde pública 3** faz a relação das causas do suicídio à falta de uma referência afetiva. Afirma existir uma insegurança afetiva nos jovens, porque os pais não estão olhando para ele, não estão acompanhando o seu crescimento, e por isso, não percebem quando ele está angustiado. Considera que a questão familiar é 50% do fator que leva o adolescente a tentar suicídio, principalmente quando existe um abandono familiar por parte dos pais e os adolescentes acabam sendo criados pelos avós. Como um exemplo da referida “ausência familiar”, a **Psicóloga autônoma 4** destaca que já presenciou dentro de um hospital, a internação de um jovem sozinho que precisou ligar para um amigo acompanhá-lo: *“[...]o pai e a mãe não estavam ali. E assim, me soa estranho porque... E o cuidado? E o carinho né? [...]”*.

Família ausente. Adolescentes que não são olhados pelos pais. Adolescentes abandonados criados pelos avós. São frases que indicam como muitos de nós psicólogos compreendemos a família e o quanto ela não compõe a rede de apoio afetiva desse adolescente.

Vigora entre nós, a ideia de que a família deveria ter uma ilimitada capacidade de proteção e cuidado para com seus membros, independente das condições objetivas e das particularidades vividas na atualidade. Consideramos que nos casos de tentativa de suicídio, muitas famílias que não cumpririam as exigências oriundas das expectativas sociais depositadas sobre elas, tornaram-se incapazes, patológicas e disfuncionais. Muitas vezes, a própria formação do psicólogo não aproxima o profissional de reflexões acerca da família real brasileira, pravelecendo uma visão limitada, quando não, preconceituosa sobre a família.

No entanto, precisamos avançar na explicação do porque a família não tem sido este local seguro. Avançar nas reflexões sobre o porquê de muitos pais ou responsáveis não se constituírem tal qual uma rede de apoio a esse sujeito. Nossas discussões não avançam no sentido de questionar a estrutura social em que vivemos, a qual, muitas vezes, nos aliena, nos desumaniza, nos impede de desenvolver instrumentos psíquicos para compreender e lutar contra as adversidades da vida, produzidas no curso da história da nossa vida em sociedade. No máximo, conseguimos reconhecer que é preciso olhar para a história individual de cada sujeito.

Quando a causa ou a tentativa do suicídio é atribuída à família, falamos dela, como se ela existisse à margem da sociedade a partir de um funcionamento próprio. Não fazemos uma análise da relação dialética de como ela se constrói dentro da sociedade, envolvendo todos os aspectos que a constitui: o patriarcado, machismo, violência, opressão e desigualdades. Em uma sociedade marcada por conflitos e contradições, percebemos que dentro da Psicologia, ainda existe a expectativa de uma família tradicional, sem conflitos. Observemos agora a fala da

Psicólogo saúde pública 2:

[...] alguém me chamou atenção de dizer que não tem uma estrutura familiar né, mas é esse termo que a gente compreende né. Falta de apoio, falta de amparo, falta de pai e mãe, é diálogo entre a família, muitas famílias de pais separados, de sofrimento dos adolescentes não possuem essa convivência, a falta de compreensão, às vezes a falta de limites, falta de estrutura mesmo né, de educação.

Nas entrevistas, encontramos uma profissional que localizou essa família dentro da dinâmica maior da sociedade, marcou os impactos desta sobre o desenvolvimento dos sujeitos, mas sem restringi-la

a uma instituição isolada de todas as outras da sociedade. A **Psicóloga autônoma 6** destaca que os pais ou cuidadores que estejam *“[...] afogados em problemas, em outras questões e todas geralmente muito sérias e também que consomem muito né, ficam indiferentes, descuidados, e às vezes agressivos, violentos, impacientes [...]”*. Acrescenta que um ambiente no qual desencadeie um movimento interno *“[...] de negativismo, de uma desesperança, de um*

desespero e angustia, que não ajudam a superar os desafios que a vida vai colocando e mobiliza, contribuindo com o isolamento, com uma reclusão”.

Sobre essas relações familiares, Bock (2004) destaca:

As relações com os adultos são tomadas como conflituosas. Os adolescentes são responsabilizados pelas tensões. Utilizam-se termos como “luta” para fazer referência a essas relações. Com isso, deixa-se de incentivar relações de parceria social entre pais e filhos. Os pais recebem milhares de orientações que devem seguir para aliviar as tensões na família. Cabe a eles salvar as relações. Ficam sobrecarregados de responsabilidades quando poderiam ver seus filhos adolescentes como parceiros, os quais, como qualquer pessoa, inclusive os próprios pais, têm, em cada momento da vida, projetos, necessidades e possibilidades que são delineadas pela cultura. (Bock, 2004, pp. 38-39)

Entra em cena o especialista, aquele que vai ensinar esses pais a serem pais. No discurso assentado na incompetência, as relações afetivas vão sendo marcadas pelo individualismo e pela competitividade, mesmo que não reconheçamos vivermos em um sistema cuja gênese está no poder, na dominação e na exploração de uns pelos outros. É importante destacar também, que em um contexto de ideologia liberal presente no sistema capitalista, existem duas características utilizadas para explicar o suicídio: o individualismo e a competitividade, e como resultado, prevalece uma vida de solidão (Berenchtein Netto, 2012).

Existem profissionais, como a **Psicóloga saúde pública 8**, que até mencionam aspectos da realidade socioeconômica importantes para se pensar a dinâmica dessa família, como por exemplo, pais que trabalham muito, por vezes em mais de um emprego, e não têm tempo para a criança, por tal razão, terceirizam a educação para outra pessoa (normalmente avó) ou alguma instituição. Citam famílias cuja responsabilidade da subsistência está centralizada na mãe-mulher, por conta do abandono por parte do pai. Mas, no geral, pouco associamos as dificuldades dessas famílias à organização maior da nossa sociedade, centrada nas desigualdades de gênero, na divisão sexual do trabalho e na exploração das mulheres.

Individualizamos as culpas e conseqüentemente, as soluções. As pessoas se sentem cada vez mais sozinhas e isoladas, e muitos adolescentes encontram apoio para suas questões com outros jovens usuários das redes sociais. A **Psicóloga saúde pública 7** acrescenta que há situações em que o adolescente se sente legitimado em seu sofrimento, com pessoas que possuem um sofrimento parecido e, nesse momento, se apoiam para realizar tentativa de suicídio: “[...] *eles começam compartilhar esses desejos, e aí montam esses grupos. Então assim, grupos de jovens que se automutilam, montam grupos no Facebook, grupos no WhatsApp né, porque é um espaço onde eles encontram o reconhecimento da sua dor [...]*.”

O uso da internet foi bastante citado para dizer que “[...] *esses adolescentes que estão envolvidos com internet, com tecnologias, que se comunicam também trocando muitas ideias e*

informações que podem levar à ideias para se machucarem [...]” (Psicóloga saúde pública 6). A **Psicóloga saúde pública 9**, igualmente associa o suicídio à velocidade das informações nas redes sociais, bem como à impulsividade que os jovens possuem para resolverem rápido seus problemas. A **Psicóloga saúde pública 8**, relaciona o suicídio ao acesso a informações rápidas na *internet*, com uma permanência de longo períodos em jogos, em face à negligência da família por não fazer um controle sobre esse uso.

Em relação a esse aspecto em específico – a interface uso da internet e o suicídio – a **Psicóloga saúde pública 2** acredita que por um lado é normal os jovens se isolarem dentro de seu quarto e usarem o celular, para terem um espaço agradável e com privacidade. Mas, por outro lado, considera uma fase complicada, visto que “[...] *tem alguns autores que falam assim, você às vezes não sabe se ele tá ‘adolescendo’ se ele tá psicótico né [...]”*, ou seja, considera o isolamento normal, mas alerta que pode ser indício de algo patológico e que esse sujeito está precisando de ajuda. A **Psicóloga autônoma 1** enfatiza:

[...] a gente tem falado muito dessa questão da geração do quarto. Desses adolescentes que são absolutamente hiperconectados. Tem um milhão de amigos, mas são virtuais muitas vezes. Pouco relacionamento com pessoas que também possam fornecer referências para lidar com essas situações [...] enfim do cotidiano, da rotina, eu vejo que tem uma escassez nesse sentido.

Nesse momento, a profissional destaca ser necessário avaliar o que representam esses comportamentos, como o isolamento, tristeza, excessos, reclusão, timidez, euforia e agressividade. A **Psicóloga saúde pública 7**, se preocupa com a junção do isolamento e o relato frequente dos jovens que dizem se sentirem desamparados e excluídos. Ela associa estes sentimentos ao uso das redes sociais e a comparação que acontece com blogueiros ou influenciadores digitais (*Instagram* e *Facebook*) “[...] *porque se divulgam um mundo de felicidade, que se eu tô fora dele, eu sou o único que não tô nesse universo, de felicidade, de bem estar, de consumo”*. Como exemplo dessa comparação, destaca a questão do corpo ideal, visto que está muito presente em seus atendimentos “[...] *‘porque meu corpo não é bonito como eu gostaria, não tá dentro dos padrões de beleza daqueles que eu vejo na internet’ [...]”*. Ela acredita que essas questões, quando associadas a transtornos alimentares, como o sintoma de bulimia, de recusa alimentar e baixa autoestima, estão relacionados às tentativas de suicídio na adolescência das jovens que atende.

Uma outra causa atribuída ao suicídio, é o uso de substâncias psicoativas, segundo a **Psicóloga saúde pública 8**, a maioria dos jovens estão envolvidos com o consumo de algum tipo de substância que desencadeia o desenvolvimento de transtornos, com sintomas depressivos e ideação suicida. Se não é o jovem que utiliza, alguns atribuem a causa do suicídio

do jovem ao histórico familiar daqueles que apresentam familiares usuários de álcool e drogas. Para a **Psicóloga autônoma 1**, o manejo de suicídio precisa estar atrelado a um controle do consumo das drogas, “[...] porque se eu for falar para você todos os meus adolescentes de alguma maneira no mínimo fumam maconha ou fazem uso de álcool e maconha, então não temos acesso a dizer qual é a dose segura recomendável né [...]”. Segundo essa profissional, a pessoa que pode estar enfrentando um problema ou que começa a usar substâncias desse tipo, pode lidar de maneira insuficiente com suas questões.

Como exceção, entrevistamos profissionais que trouxeram ao debate, questionamentos sobre a organização da sociedade no tocante às causas do suicídio. A **Psicóloga saúde pública 3** reconhece a dificuldade socioeconômica dos adolescentes que atende, enquanto a **Psicóloga autônoma 3** faz questionamentos sobre a sociedade em que vivemos: “[...] Como que esse sujeito se organiza? Como que ele está nesse processo de constituição da própria consciência? Como é ser jovem nessa sociedade? [...]”. Assim, questiona a inserção desse sujeito no mundo e aponta a questão social como central na análise do suicídio.

Algumas das entrevistadas mencionam o suicídio como um fenômeno complexo e multifatorial, mas não desenvolvem suas falas pautadas em argumentos que justifiquem a complexidade e os múltiplos fatores citados. Notamos na fala das psicólogas um esforço na direção de avançar para uma compreensão singular e particular das condições de vida nessa sociedade, contudo, não avançando em direção a uma compreensão do universal, ou seja, não fazem uma construção que apreenda a dialética do singular-particular-universal. No entanto, precisamos pontuar como é difícil para quem está atuando e lidando diretamente com as singularidades dos casos fazer esse movimento dialético, dadas as contradições e limitações existentes tanto na sociedade, como na formação e atuação profissional e, por consequência, na compreensão da complexidade dos fenômenos humanos.

A partir do que observamos durante as análises, somos partes de uma sociedade dividida em classes, marcada por desigualdades de raça/etnia e gênero, permeada por toda sorte de opressões e violências. Contudo, como profissionais da psicologia, ainda temos dificuldades em considerar essas desigualdades como constituintes da nossa subjetividade e das experiências de sofrimento que levariam ao desejo de morrer.

Dando continuidade às reflexões suscitadas durante a análise desse núcleo de significação, a seguir pretendemos refletir sobre como as psicólogas entrevistadas concebem o cuidado em saúde mental, como deveria ser o enfrentamento do suicídio e o papel da psicologia teria ao essa difícil tarefa.

4.4 Núcleo de significação 2: O cuidado em saúde mental e o enfrentamento do suicídio

Como discutido anteriormente, partimos do entendimento no qual as concepções de homem e de mundo do profissional de saúde, orientam a prática de cuidado em saúde mental. A forma como o psicólogo compreende o sujeito e a constituição do sofrimento, o auxiliam a construir e desenvolver instrumentos psíquicos e materiais adequados ao enfrentamento daquilo que produz. Em grande parte, tratam-se de modos de experienciar o sofrimento psíquico na adolescência.

Não é possível colocar de lado a teoria e, de outro, a prática profissional. A leitura marxista permite a superação dessa compreensão dicotômica, vez que entende a teoria enquanto uma representação ideal do real em sua essência, e a “[...] prática competente não pode prescindir de consistentes conhecimentos, sob pena de conformar-se com respostas imediatistas presas ao plano da aparência fenomênica do real” (Moreira, 2013, pp. 15-16).

Por muito tempo, a saúde mental foi significada socialmente como sinônimo de doença mental. Em virtude disso, o cuidado em saúde mental foi associado ou limitado, ao tratamento dos chamados transtornos mentais. Com a lógica psicossocial, notamos que o objetivo do cuidado em saúde mental deixou de ser a cura, passando a ser a produção de vida e de novas formas de sociabilidade. Partindo das contribuições desse paradigma, a intervenção não deveria mais se dar sobre a doença, mas voltar-se à existência-sofrimento do sujeito em suas particularidades (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003).

O fenômeno do suicídio tem sido relacionado com muita frequência, a questões de ordem biológicas, e explicado pela existência prévia de um transtorno mental ou psiquiátrico. A própria OMS e a Escola de Saúde Pública do Paraná (2019), por exemplo, elencam que o transtorno mental seria um dos principais fatores de risco relacionados ao suicídio, em especial, a depressão, a esquizofrenia e os transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Afirmam, assim, que o tratamento adequado para o transtorno mental seria um importante fator de prevenção ao suicídio.

Nesse sentido, como os psicólogos idealizam o cuidado em saúde mental ao adolescente que fez tentativa de suicídio? Como entendem que deveria ser o enfrentamento do suicídio? Ao serem convidadas a refletir sobre a tentativa de suicídio na adolescência, as questões patológicas também foram mencionadas por algumas profissionais, de modo a reafirmar a concepção vigente de que o suicídio seria decorrente de um transtorno mental, como a depressão e ou a ansiedade, tal qual mencionado pela **Psicóloga saúde pública 6**; o transtorno borderline,

associado a agressividade, raiva e ebulição hormonal própria da adolescência (**Psicóloga saúde pública 2**); a esquizofrenia e a bipolaridade (**Psicóloga autônoma 1**).

A **Psicóloga saúde pública 8** coloca que “[...] *Você atentar contra sua própria vida, seja por um sofrimento ali no ambiente, ou por uma questão de transtorno, um transtorno depressivo intenso, um sofrimento intenso que a pessoa já traz consigo [...]*”. A **Psicóloga autônoma 7** também faz a mesma relação dizendo que o ápice da tentativa de suicídio, se deve, sobretudo, a um “[...] *desequilíbrio, vamos falar em termos biológicos, um desequilíbrio hormonal, não dá pra considerar só a parte psicológica todo tempo, nós não podemos perder de vista que o ser humano é um ser biopsicossocial, cultural e espiritual [...]*”.

Notamos a existência de muitos trabalhos dentro da psicologia e psiquiatria, os quais versam a respeito do homem enquanto um “ser biopsicossocial”. Estes trabalhos afirmam considerar as bases multifatoriais na discussão do sofrimento psíquico, entretanto, ainda prevalece entre nós a hegemonia do modelo biomédico e psiquiátrico na proposição de intervenções terapêuticas que priorizam o uso de fármacos (Almeida, 2018). Isso é interessante pois nos mantém dentro de uma lógica capitalista, porque com a medicação, pode existir uma diminuição dos sintomas e melhorar a produtividade do sujeito, para que o mesmo continue dentro do trabalho e das relações que podem estar o adoecendo.

A compreensão contemporânea da morte de si é profundamente marcada pela história e pelo grande desenvolvimento das forças produtivas dessa sociedade. Sendo assim, o vetor determinante da atual forma de compreender a morte de si é sua ligação imediata com os transtornos mentais, psiquiátricos e psíquicos, o que implica na valorização das explicações químico-orgânicas desses fenômenos, localizando sua origem nos indivíduos, não nas relações sociais e culturais históricas e economicamente determinadas (Berenchtein Netto & Carvalho, 2018).

Existe uma explicação muito difundida por profissionais da saúde, de que um desequilíbrio químico cerebral no ser humano, ocasiona um transtorno mental. Segundo Szasz (1979), a medicina supõe um sutil defeito neurológico a explicar as desordens do pensamento e do comportamento, isto é, problemas manifestados pelos sujeitos oriundos de diferenças em necessidades pessoais, opiniões, aspirações sociais e valores, são chamados de doenças mentais. Para o autor, todos os problemas da vida, de uma forma ou de outra, são atribuídos aos processos psicoquímicos, os quais, no devido tempo, serão descobertos por meio da pesquisa médica.

No entanto, Szasz considera que o conceito de doença mental é desnecessário, porque quem o utiliza, quer dizer necessariamente que as pessoas sofrem de doenças cerebrais. A seu ver, os fenômenos considerados como doenças mentais, precisam ser revistos e retirados da

categoria das doenças, e, por conseguinte, “[...] considerados como as expressões de luta do homem contra o problema e *como* ele deveria viver. [...]” (Szasz, 1979, p. 61. Grifo nosso). Para o autor, a noção de doença mental funciona como um mito conveniente, possuidor de um papel de tranquilizador social, o qual obscurece o fato diário de que para muitos, a vida é uma luta contínua, e isso não se dá apenas pela sobrevivência biológica, mas antes, uma busca por uma vida melhor, em outras palavras “viver bem”. Assim, o denominado “mito da doença mental”:

[...] permite às pessoas que evitem encarar este problema, acreditando que a saúde mental, concebida como a ausência da doença mental, automaticamente garante a tomada de opções certas e seguras na direção da própria vida. Mas os fatos ocorrem todos de outra maneira. É a tomada de boas opções na vida que os outros consideram retrospectivamente como saúde mental. (Szasz, 1979, p. 62)

Segundo a **Psicóloga saúde pública 2**, quando o profissional percebe que um adolescente está muito propenso a realizar uma tentativa de suicídio, ele precisa pedir ajuda ao médico. Não acredita que o medicamento resolva a situação, mas é considerado importante para superação da situação de crise. Destaca que quando o jovem sai deste período, é necessário realizar uma nova consulta com o médico para retirar um pouco a medicação. A **Psicóloga saúde pública 7** também acredita que a medicação ajuda bastante em um quadro sem nenhum tipo de tratamento, por exemplo, um adolescente que possui sintoma de tristeza muito grande e não sabe nomear ou entender o motivo desse sentimento: “[...] até a gente conseguir entender o sofrimento daquele adolescente, que ele mesmo entenda o sofrimento, ele fica num risco grande. Então às vezes começar com a medicação até que ele possa avançar mais no processo psicoterapêutico”.

Ao considerar o transtorno mental como desequilíbrio químico cerebral e trabalhar com a visão biomédica, orienta-se o uso de medicamentos para controle do comportamento. É importante salientar que foi a partir da análise do potencial que os medicamentos psicotrópicos tinham no tratamento de transtornos mentais, que se iniciaram as pesquisas de como aconteceriam os mecanismos de ação das substâncias presentes. Almeida (2018, p. 34) lembra que “[...] em primeiro lugar foi verificado um efeito prático dessas substâncias, capazes de alterar comportamentos tidos como sintomas de transtornos mentais e, depois, buscou-se a explicação neurobiológica para seu funcionamento” (Almeida, 2018, p.34).

O medicamento como solução para extinção dos sintomas pode ser observado na fala de muitos profissionais, principalmente da saúde pública. A **Psicóloga saúde pública 6** observa que ao atender um adolescente cuja fala sobressalente indica: “[...] eu quero morrer, hoje eu tô me preparando para isso, é algo que tá na minha cabeça[...]”, ela encaminha direto à

Emergência Psiquiátrica, pois neste local, o jovem será atendido, acompanhado e depois reencaminhado, direcionado a outros atendimentos, seja UBS ou o CAPS. A profissional acredita que a medicação controla os sintomas relacionados ao suicídio, afirmando que “[...] *ele não vai entender o porquê ele tentou. Então assim, tem que estar medicado até para abaixar os sintomas e ele entender dentro da psicoterapia, o porquê daquela agressão e daquele movimento contra a vida dele*”.

Para a **Psicóloga saúde pública 8**, além do medicamento ser extremamente necessário no alívio dos sintomas, é importante estudar o caso junto de um psiquiatra ou neurologista, para obtenção de um diagnóstico correto, e assim, poder ajudar melhor no tratamento, diferenciando o que é químico daquilo que é emocional. Em suas palavras: “*Os casos mais graves que já vem de lá, às vezes vem com laudo do neuro, que está com determinado transtorno e tal, você vê no histórico que tem os pais [...]*”.

A histórica dicotomia entre mente e corpo com influência do pensamento biomédico, deixou resquícios no trabalho da Psicologia. Tem seu início na teoria cartesiana que separa a essência do eu (mente) e a exterioridade (corpo), o que se torna problemático porque as separa e até as marca como incompatíveis, na qual a mente e as emoções estão separadas da razão e da cognição. Quando Vigotski iniciou o estudo das emoções, questionou essa dicotomia, visto que considerava a importância das emoções para o desenvolvimento cognitivo do pensamento e da linguagem (Lima, Bonfim & Pascual, 2017). Contudo, compreender o homem e os fenômenos humanos dialeticamente ainda é, para nós, um desafio.

O peso da herança genética e a explicação médico-psiquiátrica para o suicídio, está bastante presente nos discursos científicos, sustentados no que declara a própria OMS. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), afirma que 96,8% dos casos de morte por suicídio tem por traz uma pessoa com transtorno mental²⁸. Para a perspectiva sócio-histórica, compreender o suicídio pela via dos transtornos mentais e os conceber como predominantemente herdados, significa uma forma de reducionismo ao orgânico de um fenômeno que tem múltiplas determinações (Berenchtein Netto, 2012).

A fim de rompermos com essa explicação do suicídio decorrente de um transtorno mental, precisamos considerar a saúde mental a partir de uma concepção mais ampliada de saúde e o processo saúde-doença como resultado dos modos de vida dos indivíduos e coletividades, dado que os “processos sociais que influenciam suas vidas colocarão possibilidades variáveis, maiores ou menores, de proteção da saúde [...]” (Gomes, 2020, p. 158).

²⁸ Dados encontrados no *site* <https://www.abp.org.br/setembro-amarelo>

Viapiana, Gomes e Albuquerque, explicam o nexó biopsíquico humano a partir da medicina social latino-americana. Não o reduzem a elementos isolados e buscam compreendê-lo tomando como exemplo a categoria “cargas de trabalho”, com a finalidade de identificar os elementos do processo de trabalho “[...] que *interatuam* dinamicamente entre si e com o corpo-psi-quismo do trabalhador, gerando desgaste (perda da capacidade potencial e/ ou efetiva corporal e psíquica)” (Viapiana, Gomes & Albuquerque, 2018, p. 178. Grifo nosso). Os autores consideram que as cargas são como expressões do processo de produção e se dividem em químicas, físicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas. Essas cargas, quando atuam sobre o corpo-psi-quismo, combinam-se, potencializam-se umas às outras e se tornam processos intracorporais e intrapsíquicos complexos, provocando mudanças fisiológicas.

Recorremos a esse exemplo e às contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença, com a intenção de destacarmos a complexidade do sofrimento psíquico e refletir sobre o quanto nessa sociedade, nossas relações afetivas vão ficando empobrecidas no conjunto das mais diversas relações que estabelecemos em todas as áreas de nossas vidas. O processo saúde-doença, quando resumido à sua dimensão biológica e orgânica, é como se não tivesse relação com a experiência do sujeito e suas condições de vida. Dessa forma:

[...] o estudo de determinada condição de saúde-doença envolve a análise de processos estruturais do modo de produção predominante em dada formação social. Neste caso, essa investigação implica a análise do capitalismo contemporâneo e suas características fundamentais determinantes dos atuais processos de trabalho. Só assim é possível apreender em profundidade o perfil epidemiológico da sociedade contemporânea, marcado pelas altas taxas de sofrimento e de adoecimento psíquico. (Viapiana, Gomes & Albuquerque, 2018, p. 179)

A explicação naturalizada que leva à busca do medicamento como a mais importante e às vezes a única resposta ao sofrimento psíquico, produz a patologização de questões da vida cotidiana, retiram do debate os afetos que compõem nossas relações e vida em sociedade, silenciando com o remédio, os diferentes modos de existência-sofrimento.

Como pudemos observar na análise, algumas profissionais dão ênfase ao uso do medicamento como parte imprescindível do cuidado em saúde mental. Outras se atentam que, ao mesmo tempo que o medicamento é utilizado no tratamento, ele pode ser aproveitado nas tentativas de suicídio por intoxicação exógena, o que pede uma reflexão sobre o acesso e o controle do uso desses psicofármacos. A **Psicóloga saúde pública 7** destaca a necessidade de se estar atento ao meio letal que a pessoa pode utilizar na tentativa de suicídio, incluindo a medicação. Destaca igualmente a importância de se orientar a equipe de saúde e a família sobre tais questões.

A partir da análise, identificamos o quanto não conseguimos desvencilhar a ideia de cuidado em saúde mental do modelo biomédico e manicomial. Somos capazes de questionar a necessidade da internação de longa permanência, mas não de superar a internação psiquiátrica como recurso imprescindível à superação do sofrimento.

Sobre as limitações das internações médico-hospitalares realizadas nos casos que já aconteceram a tentativa de suicídio, a **Psicóloga saúde pública 4** compreende que ela é necessária, mas às vezes não será terapêutica, “[...] *se precisar internar, que fique o mínimo de tempo possível [...]*”. Considera que durante a internação, precisa ocorrer um bom acolhimento para analisar quais as vulnerabilidades do adolescente e, por fim, realizar encaminhamento de continuidade do cuidado. A **Psicóloga saúde pública 5**, afirma:

[...] Nós temos uma média, a nossa última estava em torno de 15, 16 dias. Existe uma variação dependendo do caso especificamente né, mas são internações breves, e a literatura também preconiza isso né, que as internações breves, voluntárias, elas têm um efeito melhor do que aquelas que são de longa duração na maioria dos casos. Para evitar também que essas pessoas voltem a ser internadas sabe?

Em relação a qualidade da atenção hospitalar dispensada a esses jovens, a **Psicóloga autônoma 9** diz que percebe um preconceito por parte dos profissionais quando o atendimento a um jovem que fez tentativa de suicídio, acontece em um hospital que não é referência para Psiquiatria. Às vezes, a pessoa pode ser direcionada ao hospital geral por conta de um tratamento específico ou pelo plano de saúde. A profissional considera que esse atendimento pode ser prejudicial pela falta de preparo dos profissionais. Vejamos:

Psicóloga autônoma 9: *[...] Me chamaram quando chegou uma intoxicação exógena, um caso desse. Aí a enfermeira falou assim ‘esse caso é para você’. Não era para eles, entendeu? Era para mim, para eles não. Para mim e para a Psiquiatria, não é caso para eles. Então total despreparo, eles lidam também com preconceito, ‘Quería morrer mas tomou só 10 comprimidos, acho que não queria morrer então né’. [...] Eu percebo que nos casos de adolescência, eles se comovem mais, é diferente, quando é adulto eles têm uma certa raiva, mas com adolescente eles ficam mais comovidos.*

A **Psicóloga autônoma 9** concorda que existe um julgamento moral por parte dos profissionais dentro de uma realidade hospitalar. Eles entendem que uma pessoa com tentativa de suicídio está atrapalhando o serviço, porque dizem “[...] ‘Eu tô aqui para salvar vida e você vem aqui tirar a sua?’, ‘não vem aqui me encher o saco!’[...]”. A profissional que trabalha em um hospital da rede particular, relata que realiza um trabalho para desenvolver junto a equipe hospitalar, uma compreensão sobre o sofrimento psíquico, na qual o suicídio não acontece à toa, mas antes, é oriundo de um sofrimento muito grande:

[...] Acontecia assim com muita frequência, os profissionais fazem isso ‘nossa é tão bonito, por que tentou se matar?’, um discurso muito frequente, ‘nossa, você viu o carro

do pai dela, por que ela tentou se matar?’, buscando explicações muito superficiais, talvez até como uma forma de não entrar em contato com tudo isso, que é muito sofrido, porque também tem uma parte de defesa aí né.

Ao mesmo tempo em que alguns profissionais atribuíram o suicídio a questões biológicas, valorizando a utilização de psicofármacos para seu tratamento, encontramos uma profissional discutindo sobre o impacto da sociedade na vida dos sujeitos, de forma a fazer uma crítica à medicalização da vida, explicando que a meritocracia e a divisão de classes sociais têm como consequência a culpabilização do sujeito pelo seu sucesso ou fracasso. Observamos na fala da **Psicóloga autônoma 3:**

[...] É uma sociedade que também não permite ao sujeito se expressar, então você não pode estar triste, você não pode não ter amigos, você não pode errar, você tem que ser o melhor em tudo, o melhor de todos. Então é a sociedade que a gente vive que mais tem índice de doença mental né, que mais faz uso de psicotrópico. [...] Se a gente for pensar, eu tô medicando, eu tô tentando é suprir, suprimir quimicamente determinadas características, então é o sujeito que nunca precisou manejar as próprias emoções, não desenvolveu recursos né, para lidar com ansiedade, com a frustração, com a negação. O que eu vou esperar?

O que esperar de uma sociedade que muitas vezes diagnostica e silencia os sujeitos com o uso de psicofármacos? Aqui não estamos desconsiderando que em alguns casos, o uso do medicamento se faz importante sobretudo quando uma pessoa está em sofrimento psíquico, e esse acaba sendo utilizado como um recurso a mais dentro de uma estratégia planejada de cuidado em saúde mental. A crítica está no uso irracional dos remédios e na medicalização das diversas questões da vida cotidiana. Hoje, há um número muito expressivo de crianças e adolescentes utilizando medicamentos psicofármacos, que partindo de uma visão biomédica, usariam porque não conseguem lidar com suas próprias emoções.

Em uma pesquisa realizada no estado do Paraná cuja finalidade foi coletar, sistematizar e analisar qualitativamente dados de criança de 0 a 10 anos, matriculadas na rede pública municipal de ensino, diagnosticadas e medicadas com transtornos de aprendizagem, nos mostrou que “[...] na Educação Fundamental, em suas séries iniciais, vemos um incremento de até 200% de crianças que passam a fazer uso dos produtos psicoativos [...]” (Mendonça, Scherer, Coelho, Tuleski, Franco & Ferracioli, et al., 2019, p. 159).

[...] No Paraná, um estado que tem um IDEB²⁹ de destaque positivo, passa-se a exigir que os municípios mantenham esses resultados e, como os repasses de recursos federais estão relacionados a esses números, aumenta-se a pressão sobre o sucesso da criança em séries iniciais. [...] ressalta-se a demanda de medicalização exatamente em momentos

²⁹ O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica é um indicador criado pelo governo federal para medir a qualidade do ensino nas escolas públicas.

cruciais de avaliação do processo de ensino-aprendizagem, e sabem o momento de julgar o processo de alfabetização (final da educação infantil) e o final do ciclo alfabetizador do Ensino Fundamental (terceiro ano), em que o aumento de uso de medicação psicoativa atenua os sintomas da dificuldade no processo de ensino aprendizagem. (Mendonça et al., 2019, pp. 159-160)

Os afetos predominantes em um determinado tempo histórico, dizem muitos sobre como organizamos a vida e as relações sociais. Com as novas condições históricas do último século, ascendeu uma grande crise afetiva. A angústia e a tristeza passaram a ser traços genéricos nas pessoas, e vieram a ser consideradas epidemias, dentre elas, destaca-se a depressão, na qual “[...] as pessoas podem ser literalmente estraçalhadas pela pressão social” (Lessa, 2012, p. 86). O autor acrescenta que é tão aguda a alienação (depressão e estresse), que o organismo humano acaba se alterando, causando doenças frequentes:

[...] As relações sociais estão de tão forma desumanizadas que os indivíduos coletivamente se isolam, pois a vida em comum é cada vez mais destrutiva. As alienações contemporâneas estão cobrando um elevadíssimo preço afetivo, levando os humanos – mesmo aqueles das classes dominantes - a sofrimentos antes inimagináveis. (Lessa, 2012, pp. 86-87)

Se é a depressão que leva ao suicídio, é preciso que nos perguntemos: o que tem nos levado à depressão? Segundo Almeida (2020), existe uma insuficiência e um desinteresse social em oferecer ao sujeito em sofrimento, mediações apropriadas de suporte, nas quais sejam promovidas mudanças nas situações postas à sociedade, que levam ao sofrimento ou continuem o produzindo junto a uma ocultação dos verdadeiros processos que precisam ser enfrentados. Existem muitas tentativas por parte da sociedade de ajustar as condições que adoecem às explicações naturalizantes, além da imposição de uma modulação artificial do humor atrelado a um autocontrole do comportante via uso de fármacos.

É importante lembrar que para Psicologia Sócio-Histórica, o autocontrole do comportamento está relacionado ao desenvolvimento das funções psicológicas superiores que só ocorre por meio da mediação. Para Vigotski (1991/2006), existe uma relação muito particular entre a criança e o ambiente social, decorrente das atividades que realiza e das mediações com outros seres sociais. É a realidade social que proporciona desenvolvimento e aquisição de novas propriedades da personalidade, bem como controle da conduta. Contudo, quando ocorre:

[...] a cisão entre atividade e consciência, entre significado e sentido, características da sociedade capitalista, há uma restrição na capacidade das pessoas apreenderem cognitivamente e afetivamente a realidade em suas relações, incorrendo em uma limitação do domínio consciente sobre o psiquismo humano, incluindo as emoções e sentimentos. (Almeida, 2018, p. 332)

Ao compreender a morte voluntária como síntese de múltiplas determinações, podemos nos aproximar de uma compreensão mais ampla sobre a temática e pensar a saúde mental de uma forma mais concreta, denunciando as contradições de nossa realidade e, se possível, construir instrumentos que somados a muitos outros, contribuam para transformações mesmo que parciais na vida dos sujeitos. Berenchtein Netto e Carvalho (2018), acreditam que a ausência de uma compreensão histórica desse fenômeno, não permite localizar e superar determinados interesses ideológicos de escamotear a existência e a quantidade de suicídios.

Pensar a psicoterapia como uma das formas de promover instrumentos na vida dos sujeitos, foi um assunto abordado por todas as profissionais da saúde pública e particular, apontada como sendo imperativa ao cuidado em saúde mental a adolescentes que tentaram o suicídio. Essa ênfase na psicoterapia nos revela, em boa parte, um sentido de cuidado a partir de uma naturalização e individualização do fenômeno, mesmo que em alguns momentos discorram sobre a importância de articular o cuidado psicoterápico com a prática de outros profissionais e de outros setores da sociedade.

Todas as profissionais destacam a psicoterapia como um espaço de escuta no qual é proporcionado ao adolescente a ação de se expressar. A **Psicóloga saúde pública 1** diz ser um espaço que oportuniza a fala do sofrimento e um suporte no qual o jovem possa procurar os seus projetos de vida. Para a **Psicóloga saúde pública 6**, quando o jovem está em atendimento, é possível realizar uma orientação abordando que o suicídio, não é a saída, e após isso, oferecer um suporte para que o sujeito compreenda que não está sozinho para lidar com a sua dor. A **Psicóloga autônoma 7**, destaca a importância de ouvir e acolher as angústias, trazendo a realidade que nós vivemos para que ele compreenda o mundo.

Não negamos, como nos recomenda Berenchtein Netto e Souza (2015), que quando existe uma manifestação do desejo de morrer em qualquer idade, é preciso validar, acolher esse sujeito e conversar sobre o que está acontecendo. Além de buscar por auxílio profissional e considerar sua história de vida, com fins de proporcionar ao sujeito uma compreensão da realidade que lhe faz desejar, em algum momento, sua própria morte, é auxiliar também na busca por soluções que causam o fenômeno no campo individual e coletivo.

Porém, a partir de algumas falas, identificamos o quanto não conseguimos desvencilhar nossa atuação do modelo biomédico e manicomial. Ainda vigora na sociedade uma concepção de cuidado ofertado pelo especialista, na qual o profissional é especializado em um conhecimento sobre o ser humano (Psicologia e Psiquiatria) e domina um saber para oferecer ao sujeito, orientações de como se deve viver sua vida.

Concomitante, valorizar a clínica demasiadamente como imprescindível ou autossuficiente no cuidado em saúde mental, generalizando-a como intransponível para todos os sujeitos, também é uma forma de reproduzir o modelo biomédico e manicomial. Na história da Psicologia, a clínica tradicional refletiu esse modelo por meio dos objetivos adaptativos/curativos, considerando como o lugar indispensável, aquele onde o sujeito aprenderia a conduzir e ajustar sua vida às exigências da sociedade, isto é, na clínica.

Como exemplo de se trabalhar e auxiliar o sujeito, uma das demandas que pode aparecer e ser trabalhada na psicoterapia, é a questão do trabalho. A **Psicóloga autônoma 9** pontua sobre conversar com o adolescente: “[...] *‘Qual o projeto de vida que você tem? O que você tá fazendo agora? O que você sonha? Você acha que o que você tá fazendo hoje, você caminhar dessa forma, vai chegar aonde você quer, ou você tá indo por um caminho totalmente oposto? [...]’*”. Ela acredita que dialogar sobre isso proporciona um sentimento de reconhecimento do que o jovem está vivenciando e um espaço para ele se expressar.

Sobre as mediações realizadas em processo terapêutico pelas profissionais de Psicologia no atendimento, podemos destacar algumas encontradas nas falas com sentidos de cuidado; a **Psicóloga saúde pública 4** fala sobre a importância de orientar, esclarecer e trazer ferramentas efetivas no cuidado, por exemplo se indagando e perguntando ao jovem:

[...] ‘como é que é isso?’, Como é que eu ajudo esse adolescente a não se cortar, o que ele faz?’. Então porque se cortar traz alívio, como é que eu ajudo ele a desenvolver algum recurso para lidar com isso, que não seja se cortando [...].

Acredita que não existe uma fórmula no cuidado, mas é preciso construir com o adolescente formas de lidar com suas questões.

A **Psicóloga saúde pública 9**, destaca os acordos necessários para se estabelecer com um jovem com tentativa de suicídio. Nos casos mais graves, ela disponibiliza seu número do celular, “[...] *Eu falo: ‘Qualquer coisa, qualquer horário, você me liga, pode me ligar. Às vezes eu não vou te atender no horário, mas assim que ver a tua mensagem, eu vou te dar um retorno’*”. Assim, o jovem saberá que existe uma pessoa interessada nele e pronta para ouvir e ajudá-lo. A seu ver, “[...] *contratos que você faz com a pessoa, para ela sentir que antes dela fazer qualquer loucura, ela vai falar com você primeiro, eu acho legal isso’*”.

Segundo a **Psicóloga autônoma 1**, é preciso fazer um contrato e ter um manejo diferente com o sujeito que apresenta comportamento suicida: redobrar a atenção e postura de cuidado; disponibilizar celular para entrar em contato em momentos de crise ou uma orientação pontual e, principalmente, uma comunicação mais próxima com a família “[...] *não tem como trabalhar isso sozinho, a família precisa estar muito ciente e vinculada [...]*”. Em complemento, a

Psicóloga saúde pública 10 discorre sobre a necessidade de, em situações graves, isto é, com iminência de uma tentativa de suicídio, contatar uma pessoa indicada pelo adolescente para poder chamar ao atendimento e juntos conversarem sobre a situação:

Então, as situações mais graves, dificilmente ficam no contexto do atendimento individual. Não que vá ferir o sigilo. No próprio atendimento eu já trabalho com a pessoa isso, que essa questão está acima dela, acima do que ela está trazendo e que a gente precisa, inclusive, mesmo em adolescente com automutilação, quem é a pessoa que ela indica que eu possa conversar e falar. Preferencialmente eu chamo ao atendimento junto com o adolescente.

Já a **Psicóloga autônoma 3**, afirma que o psicólogo, ao trabalhar em pequenos casos e individuais, consegue identificar os sinais de sofrimento e acolher tanto o jovem, quanto seus pais, ou seja, identificar o sentido pessoal do adolescente para as ações que ele executa em sua vida. Acrescenta sobre a importância de restituir a atividade desse sujeito, descobrindo “[...] quem ele é, como ele é, o que ele faz, qual a importância disso para ele e para a sociedade, se essa exigência que ele traz, é uma exigência para ele ou algo projetado em cima desse sujeito”.

Delari Junior (2009) propõe que o trabalho do psicólogo leve em consideração o contexto e as relações sociais que o ser humano estabelece, observando todos os ambientes em que está inserido, como a família, relacionamentos afetivos, escola, trabalho, vida comunitária, lazer, entre outros; e, posto isso, os relacionar ao desenvolvimento histórico, que servirá para observar a dialética de cada singularidade da sociedade, do tempo e do espaço histórico, além da particularidade de cada ser humano. Essas relações são importantes porque, na sobrevivência, é preciso o contato com outros seres humanos. Na mediação da vivência com eles, o indivíduo se diferencia e toma consciência da sua existência, com seu próprio mundo e lugar na sociedade.

Não obstante, as mediações não podem ser resumidas à escuta e às orientações. Almeida (2020) coloca como exemplos de mediações apropriadas e questões que precisam ser levadas em consideração no cuidado ao sofrimento psíquico, a inserção do sujeito em projetos de enfrentamento; a existência de uma fragilidade nas relações interpessoais que são marcadas pela competitividade; a escassez de tempo e a redução das referências coletivas que podem auxiliar o sujeito a lidar com as situações críticas da vida; como estão organizados os vínculos do sujeito com o mundo e as relações; e reais possibilidades sociais de se reorganizar.

Com isso, queremos salientar que o acolhimento ao sofrimento que se faz via escuta e vínculo, precisa estar acompanhado de outras mediações. Essas mediações precisam avançar no sentido de garantias e de oportunidades de acesso que vislumbrem no horizonte, o

desenvolvimento integral desse sujeito, buscando coletivamente alianças para a construção de um outro lugar social, como nos ensinou a Reforma Psiquiátrica.

A permanência desse cuidado mais centrado na experiência do indivíduo, expressa ressonâncias de uma ciência e profissão que historicamente supervalorizou a atuação autônoma e, de mesmo modo, dirigiu o foco às práticas curativas e clínico-tradicionais, como avaliação, diagnóstico e tratamento. Esse foco nos afasta de avançar em práticas de prevenção ao suicídio, que alcancem todas as camadas sociais dentro da sociedade, pois aqui cabe a reflexão: se a psicoterapia é considerada central no cuidado ao suicídio, como vamos beneficiar a maior parte da população que não tem acesso a esse tipo de atendimento?

Mesmo as psicólogas falando sobre a necessidade do cuidado ser ampliado, a maioria delas enfatiza o tratamento, principalmente o individual, para lidar com o aquilo que produz o sofrimento. Aparece em poucas falas, a possibilidade de se trabalhar em grupos. A **Psicóloga saúde pública 2** fala em oferecer várias atividades em grupos, e a **Psicóloga saúde pública 7**, destaca a oferta de grupos terapêuticos para um trabalho educativo do adolescente junto aos familiares. A **Psicóloga saúde pública 5** considera ser importante trabalhar em grupo e articular o cuidado com a sociedade, posto isso, faz a reflexão sobre o trabalho do psicólogo: “[...] *O que você tá levando para comunidade onde você vive? O que você tá agregando? Isso o psicólogo ajuda muito, que é o papel social que cada um de nós temos profissionalmente e pessoalmente*”.

Entre as psicólogas autônomas, apenas a **Psicóloga autônoma 6** fala sobre a Psicologia poder se inserir de maneira distinta da psicoterapia individual para responder às necessidades da realidade concreta do adolescente, por exemplo, “[...] *Pode ser que em alguns casos não precise se dirigir necessariamente pela clínica tradicional, pela dupla de uma psicoterapia, pode ser um atendimento grupal, pode ser formando uma equipe multidisciplinar [...]*”. Acrescenta sobre a importância de analisar cada caso dentro de sua realidade, vez que às vezes, a pessoa precisa de um apoio mais lúdico e artístico em seu movimento, para que consiga se reconfortar com uma situação de sua vida.

Para a **Psicóloga autônoma 3**, é preciso estabelecer uma parceria e uma colaboração com o sujeito em atendimento, que não a mesma com as pessoas da vida cotidiana. Realizar um trabalho que:

[...] ajude a observar, analisar o que tem acontecido naquilo que se vive de fato. Ajudar a dar elementos, a pensar melhor. Inclusive sobre essas ausências, violências, ou parcerias que estão desastrosas, que não estão colaborando, não estão levando a pessoa adiante.

Ainda que a prática de cuidado em saúde mental se materialize pela via do atendimento clínico individual, a complexidade do fenômeno do suicídio exige que os objetivos terapêuticos sejam mais do que o ajustamento dos sujeitos. O espaço da clínica precisa fomentar possibilidades do sujeito refletir, criar e de se desenvolver dentro do mundo, isto é, uma produção da vida social e não apenas sua reprodução. Para isso acontecer, o psicólogo precisa refletir sobre os impactos da sua prática na sociedade, porque o sujeito, ao expressar seus conteúdos subjetivos, também expressa o social “[...] como movimento sintético de potência criativa, inerente à subjetividade do homem. A clínica deve ser tomada como plano de produção do coletivo que permite a sustentação da alteridade [...]” (Kahhale & Montreozol, 2019, pp. 190-19).

A forma com que o SUS preconiza o cuidado em saúde mental pautado nas diretrizes da Reforma psiquiátrica, descata o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para ser construído com os sujeitos em sofrimento psíquico, em que existe uma “[...] possibilidade de transformação dos modos de vida desses usuários, de ampliação da sua rede de relações interpessoais, de oferta de redes de sustentação, de diálogo com o território” (Rosa, 2016, p. 157). O PTS precisa estar relacionado com a vida concreta do sujeito, para ser possível contribuir com a construção de um campo novo de relações na produção de transformação da vida que só pode ser operada considerando que não é uma vida individual, mas sim uma vida que se faz em relação.

Nesse sentido, a **Psicóloga autônoma 3** reflete sobre um cuidado integral dado ao sujeito, no qual todas as esferas que compõem a vida dele, sejam avaliadas, bem como os “[...] relacionamentos na escola, relacionamentos familiares, desempenho escolar, tudo isso está implicado diretamente né [...]”. Em seguida, acrescenta sobre a importância de se trabalhar articulado a todos os lugares que ele tem convivência, porque não adianta trabalhar as demandas no contexto clínico e nada se alterar na escola, na família e na sociedade, uma vez que todos estão adoecidos.

Como analisado anteriormente no primeiro *Núcleo de Significação*, a família é considerada protagonista, seja na produção do sofrimento que leva às tentativas de suicídio na adolescência, seja para o êxito do cuidado/tratamento que será ofertado. Deste modo, a família se mantém em destaque quando os psicólogos são questionados sobre a forma como deve ser o cuidado em saúde mental. A **Psicóloga autônoma 3** fala sobre a importância de se trabalhar com a família inteira no processo terapêutico quando se atende crianças e adolescentes, “[...] ele precisa individualmente e a família por compreendê-la dentro do contexto social mais restrito em que ele vive [...]”. A **Psicóloga saúde pública 8** concorda dizendo que os pais precisam fazer o tratamento junto ao filho(a) “[...] não adianta só você chamar, depois de

tantas sessões, orientar ‘olha pai’, orientar na tratativa, eles têm que fazer terapia também, porque senão, não funciona, é uma família inteira doente [...]’. A **Psicóloga autônoma 8** assegura que quando a família não participa do trabalho clínico, ela necessariamente não faz a parte dela dentro de casa, *“[...] às vezes o paciente vem uma ou duas vezes por semana aqui, mas não é trabalhado também esse conteúdo em casa sabe [...]”*. A **Psicóloga saúde pública 1** considera que sem a participação da família, é difícil dar seguimento ao tratamento.

Já a **Psicóloga saúde pública 2**, o psicólogo precisa compreender se as queixas trazidas pelos adolescentes, são da família ou partem de uma questão pessoal:

[...] A gente chama a mãe para vir participar dos grupos, então a gente faz assim, praticamente uma busca ativa né, para trazer esse casos que a gente se preocupa, porque às vezes a mãe não tem um manejo adequado, não sabe como lidar né [...].

A **Psicóloga saúde pública 1**, por sua vez, diz que a Psicologia no cuidado em saúde mental, pode trabalhar para que essa família compreenda a realidade e abra um espaço de fala com o adolescente. Mas, ainda assim, prevalece a visão de uma família padrão idealizada, e de mesmo modo, o poder do psicólogo é superestimado no sentido de ser necessário que ele resgate o papel de pai e mãe, de ter responsabilidade no cuidado do filho. Chama-nos a atenção a menção por parte de uma das entrevistadas, que diz: *“[...] a gente não tinha que ser CAPS infantojuvenil, a gente tem que ser CAPS de pais, se a gente trabalhasse os pais, muitos deles nem precisariam estar aqui né”*. Afirma ainda que colocar um adolescente dentro de um CAPSi, é rotulá-lo para sociedade e outros serviços.

Ao mesmo tempo, durante a análise, verificamos que algumas compreendem a interferência de uma baixa condição socioeconômica na vida das famílias, como a **Psicóloga saúde pública 3**, que se pergunta: *“[...] como é que eu vou trabalhar uma família que mora num barraco, que não tem o que comer, que o pai e a mãe são catadores de reciclado e hoje tem dinheiro e amanhã não tem?”*.

Diante dessa realidade, em relação a articulação com outras políticas públicas como a assistência social e as referências do CRAS ou CREAS, notamos que são poucos profissionais que incluem essa política e seus equipamentos públicos no cuidado em saúde mental e no enfrentamento do fenômeno do suicídio. A **Psicóloga saúde pública 3**, acredita ser importante a parceria com essas instituições na ajuda e fortalecimento das famílias; e a **Psicóloga saúde pública 10**, cita a necessidade de incluir o adolescente no programa do Jovem Aprendiz, para oferecer uma tranquilidade na parte financeira. *“[...] Então, isso para mim é saúde mental, no contexto às vezes mais ampliado, não fechado de consultório, de só atendimento [...]”*.

Um ponto importante mencionado por algumas profissionais da saúde pública, que dialoga com o ideário da Reforma Psiquiátrica e do processo saúde-doença pela compreensão da teoria da determinação social, é o destaque à necessidade de espaços nos quais ampliem e proporcionem desenvolvimento e fortalecimento de vínculos aos adolescentes. A **Psicóloga saúde pública 1**, diz sobre os espaços que dão prazer ao jovem, onde ele possa encontrar sentido, desenvolver laços afetivos e projetos de vida:

Eu acho que quando a gente tem esses espaços na vida, assim na vida, vida vivida. Eu acho que a gente enfrenta isso né, a gente faz rede de proteção né? Eu vejo que o enfrentamento ao fenômeno do suicídio na adolescência é a gente criar mais espaços para esse adolescente circular em segurança, se expressar, expressar suas emoções, poder falar, poder ser acolhido.

Muitas profissionais da saúde pública se referem ao Centro da Juventude, um espaço aberto de convivência, de formação e de cidadania dos jovens, que oferta atividades esportivas, culturais e musicais. Um espaço que possa fazer parte da vida dos adolescentes e potencializar o sentido de pertencimento. A **Psicóloga saúde pública 7** diz que o serviço de convivência da Assistência Social fornece grande ajuda, porque um adolescente em situação vulnerável ou de risco de tentativa de suicídio, que fica em casa sozinho enquanto os pais estão trabalhando, pode ser encaminhado para esse serviço e conviver com outras pessoas.

A **Psicóloga saúde pública 3** faz a reflexão de que não adianta trabalhar individualmente com o adolescente se no bairro em que ele vive, bem como no espaço que frequenta a maior parte do tempo, não fornece a ele instrumentos para se ocupar: “[...] não tem um centro esportivo, não tem uma atividade cultural, não tem nada onde ele possa aprender, descobrir que ele é útil, que ele tem capacidade [...]”. Ela acredita que estes espaços proporcionam ao jovem a compreensão de que existe uma vida além daquela sofrida dentro de casa; que a vida dele vai além do espaço familiar. A **Psicóloga saúde pública 8**, percorre o mesmo raciocínio ao destacar que os jovens que frequentam um Centro da Juventude, uma atividade esportiva ou musical, “[...] conseguem sair melhor daquela situação, de não se sentir sozinho, de se sentir apoiado pelos seus pares, de ver que tem outros adolescentes que também têm problemas [...]”.

Quando almejamos um cuidado em saúde mental ampliado, integral e longitudinal, reconhecemos que o mesmo precisa ser implementado por várias as instituições e pelas redes sociais e de apoio a esse sujeito como a família, a comunidade, a rede de amigos, etc., com estratégias diversificadas de atenção. Além disso, é preciso articular o apoio ofertado pela Psicologia, considerando o compartilhamento do cuidado com uma rede intersetorial.

Sobre o trabalho em rede intersetorial precisamos lembrar da totalidade do fenômeno e a importância da atuação multiprofissional e interdisciplinar. De uma maneira geral, tanto as psicólogas da saúde pública como autônomas, destacam a importância do trabalho multiprofissional no cuidado em saúde mental, e isso nos sinaliza a ampliação do olhar para a experiência do sofrimento, esteja este sujeito em uma clínica particular ou em um serviço público de saúde.

A respeito do atendimento clínico-privado, notamos que com frequência, as psicólogas trabalham muito sozinhas, apartadas do meio social que estão inseridas e não desenvolvem um trabalho de trocas junto a outros profissionais, de forma a pensar e ajudar esse sujeito. A ideia do trabalho do psicólogo no SUS, consiste em ampliar a clínica tradicional, fazendo articulações com outros profissionais da saúde e, por consequência, contribuir também com o acesso a mais recursos e melhora das condições de vida desse sujeito.

As psicólogas da saúde pública citam o contato com uma rede intrasetorial e uma equipe de profissionais que trabalham no mesmo local, e principalmente a possibilidade de encaminhamento dos casos de tentativa de suicídio para a psiquiatria ou o CAPS, como exemplo a **Psicóloga saúde pública 1**: “[...] Esses casos quando chegam até mim, via de regra, são articulados com a rede, então eu até posso eventualmente fazer uma escuta do adolescente, da família, fazer os encaminhamentos para CAPSi se for preciso, para emergência psiquiátrica [...]”. Em relação ao atendimento prestado pelo CAPSi, a **Psicóloga saúde pública 2** refere ser um atendimento intensivo e longo ao adolescente com tentativa de suicídio, isto é, um trabalho mais coletivo, em grupo ou individual, contando com todos os profissionais disponíveis no serviço. Relata também que eles oferecem grupos abertos e procuram acolher a todos, mas acontece de alguns não se sentirem pertencentes e pararem de frequentar. Quando isso ocorre, entram em contato com a UBS, e a ACS passa a investigar como esse jovem está ou discute o caso atendido em reuniões da rede de saúde.

O cuidado em saúde mental que funciona mediante a atuação multiprofissional e em equipe a corresponsabilização se desenvolve, tal qual a **Psicóloga saúde pública 8** exemplifica:

[...] a gente tem discutido bastante que não é só do psicólogo né, porque senão fica só aquele encaminhamento assim, aí tudo é o psicólogo, aí lota nossa lista de espera, de uma coisa que muitas vezes é um acolhimento da equipe né, uma ACS que vai lá e faz um vínculo com esse jovem, que escuta esse jovem, um médico que consulta, ao invés de encaminhar para o Psicólogo, faz uma boa escuta, uma escuta mais qualificada, orienta.

Já o trabalho intersetorial, este acontece através da articulação de diversas políticas e serviços nos quais a criança e o adolescente estão inseridos, como a escola, serviços sociais e

comunitários. O cuidado não se opera isoladamente, tampouco se caracteriza pela simples somatória de ações, mas se configura em um modelo de rede de atenção ampliada (Couto & Delgado, 2010).

A partir das falas das profissionais entrevistadas, uma questão importante a ser construída nos serviços públicos, é justamente o aprimoramento do trabalho em rede intersetorial. A **Psicóloga saúde pública 6** destaca a existência de um trabalho em equipe, com discussões de casos e articulações realizadas em contato com instituições, mas cujo foco acaba sendo mais o CAPS, quando muitos outros serviços também poderiam compor essa rede, a saber: assistência social com o CRAS e o CREAS, da educação, ações da cultura, do esporte, do lazer, o Conselho Tutelar, entre outros.

As psicólogas autônomas se referem a um trabalho multiprofissional, destacando mais a atuação da Psiquiatria, a parceria com a família e com o espaço escolar, como aparece nessa fala da **Psicóloga autônoma 5**: “[...] às vezes quando vem um adolescente, ver qual profissional que ele está sendo atendido ou não, se ele tem algum profissional né, a questão da escola”.

Como refletimos na seção II, quando discutimos a interface saúde mental-instituição escolar, lembramos que a escola pode ser produtora de vida, contribuindo com esse sujeito para o desenvolvimento de uma consciência crítica, mas ao mesmo tempo, pode ser produtora de sofrimento. Quando fica depositado no indivíduo a possibilidade final do sucesso escolar e profissional, com todas as cobranças envolvidas em ter um bom desempenho; fazer um bom curso superior ou técnico; ter uma profissão reconhecida socialmente e ser bem-sucedido financeiramente; afasta-se o compromisso de todas as instituições sociais nesse processo de “tornar-se alguém na vida”.

Todas as psicólogas destacaram o papel da escola como sendo de suma importância na construção de uma rede de suporte aos alunos e familiares, a contribuir com a prevenção do suicídio. Também acreditaram ter ali um espaço para trabalhar e desenvolver questões emocionais capazes de enfrentar o suicídio.

No entanto, nos cabe a indagação: como a escola fará isso se está a serviço do capital? É do interesse da instituição ter alunos que pensem criticamente ou apenas reproduzam e se configurem no exército de reserva disponível ao mercado de trabalho? Ela está a serviço da adaptação dos indivíduos às normas sociais e na capacitação dos jovens ao trabalho dentro de uma sociedade industrial capitalista com aptidões e traços de personalidades adequados para esse contexto? Para a escola contribuir com o enfrentamento do suicídio, ela precisa cumprir com sua função social de mediar a apropriação dos conhecimentos científicos e cooperar com

a difícil tarefa de formar pessoas críticas, capazes de questionar e lutar pela transformação da ordem social vigente.

Para a **Psicóloga autônoma 1**, é necessário que os educadores, os diretores das escolas, os pais e a comunidade, sejam esclarecidos e capacitados para instrumentalizar os jovens a lidar com o tema do suicídio. Assim, ressalta a importância das atividades preventivas nas escolas, de modo a ir além das palestras, objetivando treinar as habilidades socioemocionais, afetivas e o reconhecimento das emoções. A **Psicóloga autônoma 8** pensa da mesma forma ao apontar que poderiam existir grupos nas escolas para trabalhar as emoções das crianças e adolescentes, ou ainda, a oferta de uma disciplina que trabalhasse autoconhecimento e emoção. Ademais, acrescenta ser importante um trabalho com professores, pedagogos e orientadores, no qual os mesmos sejam capacitados a trabalharem e lidarem de formas diferentes com o adolescente.

Sobre a escola ser um ambiente saudável, a promover as potencialidades dos alunos, a **Psicóloga saúde pública 3**, acredita ser um espaço que precisa ir além de aulas, provas e palestras a respeito da prevenção ao suicídio. “[...] vamos dar palestra das questões da adolescência, vamos dar palestra sobre questões que tem a ver com a realidade daquele momento que eles estão vivendo né”. Precisa abarcar atividades esportivas, culturais, com espaços para o adolescente poder se expressar, “[...] porque o suicídio é uma forma deles se expressarem, é uma forma dele gritar ‘Pelo amor de Deus alguém me ajuda’”.

Com a extensão do período escolar após o desenvolvimento dos modos de produção capitalista, é importante discutirmos sobre o papel dessa instituição na sociedade atual. Berenchein Netto e Souza (2015), destacam que por ser longa a permanência das crianças e adolescentes na escola, esta se faz um espaço propício para que eles manifestem seus pensamentos e intenções suicidas.

A **Psicóloga saúde pública 2** considera que a escola pode acompanhar o estado de saúde dos adolescentes, investigar se o mesmo está se socializando ou está isolado, se apresenta algum comportamento de risco: “[...] o adolescente gosta muito de colocar moletom, fica com capuz na cabeça, e às vezes tá calor, às vezes a pessoa tá se cortando, tá se mutilando. E aí, a pessoa dá sinais né, sempre dá sinais”. A escola pode ser um espaço de identificação desses sinais, bem como um espaço pelo qual se ofereçam formas diversificadas de cuidado a esse jovem.

Segundo a **Psicóloga autônoma 5**, o contexto escolar influencia significativamente o sofrimento do adolescente, porque pode existir um preconceito ou uma briga, sendo necessária uma investigação das vivências neste espaço. “[...] Mas você também precisa ver o contexto onde ele tá convivendo. Então eu tenho muito costume, quando atendo criança e adolescente, de ir à escola, quando tem a queixa da escola eu vou [...]”.

Muitas vezes o sofrimento aparece atrelado à escola, seja com professores adoecidos pela sobrecarga de trabalho, ou mesmo alunos com um alto nível de cobrança oriundo da sociedade e da família. É estimulada a competitividade entre os jovens e reforçada a meritocracia, quer seja, de que o sucesso depende de suas capacidades individuais e não de suas condições materiais de vida.

No contexto das instituições de ensino, muitas questões poderiam ser trabalhadas e desenvolvidas com as crianças e adolescentes, partindo de condições objetivas e subjetivas para realizar discussões críticas sobre nosso modo de ser, sentir e agir no mundo. Segundo Berenchein Netto e Souza (2015), as condições objetivas se referem às mudanças estruturais no modo de produção capitalista; e as condições subjetivas, em uma relação dialética com as objetivas, são a necessidade do compromisso com a vida e com o futuro das novas gerações, com profissionais aptos a abordarem temáticas que busquem superar os tabus históricos, sociais e culturais.

Um último ponto a ser destacado no cuidado e no enfrentamento do suicídio, é a questão da notificação da tentativa. Percebeu-se que os psicólogos da rede pública têm conhecimento da obrigatoriedade da notificação, mas poucos a preenchem porque acreditam que outros ou já o fizeram ou farão. A **Psicóloga saúde pública 1** diz perceber resistências por parte das equipes e dos profissionais de saúde para preencherem a notificação do SINAN, porque possuem ressalvas e preenchê-la implica que alguma atitude seja tomada. “[...] Vou notificar, mas o que mais eu vou fazer? Porque a notificação é simples, a gente preenche, mas o que mais vai ser feito além disso? Agora tem um documento aqui né, materializando meu atendimento da violência [...]”. Explica que a notificação epidemiológica vai para Secretaria de Saúde da cidade, mas ressalta que: “[...] a gente não pode fazer uma notificação sem pelo menos fazer algumas sensibilizações para denúncias. Então isso implica mais ações, não só o preenchimento de uma ficha do SINAN [...]”.

Segundo a **Psicóloga autônoma 1**, a OMS implementou a prevenção ao suicídio em 2005, mas reclama que pouco tem sido feito sobre o comportamento suicida e a autolesão. Comenta sobre o incentivo à notificação por profissionais da saúde e da escola, refletindo que:

Tem toda essa mobilização agora para as escolas notificarem. Então a gente vai ter números que vão crescer agora, com a ideia de notificação, crescer bagunçado né, confuso; porque a autolesão e a tentativa de suicídio não são a mesma coisa, mas na hora de fazer a notificação, quem é a pessoa que vai notificar? Ela é capacitada? Ela sabe diferenciar um fenômeno do outro? Tem um campo específico para uma coisa e para outra né, ou tudo é violência autoprovocada? Então a gente questiona muito essa coisa do que vamos fazer, mas parece que precisa de um apoio técnico especializado mais presente.

A partir dessas observações, lembramos que a notificação de saúde mental segue uma lógica diferente das notificações de doenças infectocontagiosas, por exemplo, pois se existe um controle epidêmico, ocorre uma ação pontual de prevenção buscando evitar novos casos. Quando se transpõe esse processo à saúde mental, é difícil fazer uma relação direta entre doença e prevenção, e apela-se à notificação compulsória no intuito de se ter maior controle sobre os casos de violência autoprovocada. No entanto, se compreendemos que o suicídio é multiderminado, histórico e social, questiona-se a efetividade da notificação contribuir com a prevenção, sabendo que para promover a qualidade de vida, é necessário ir muito além da questão epidemiológica.

Sobre a notificação por parte das psicólogas autônomas, a maioria desconhece como se faz o registro e o porquê da sua obrigatoriedade. A **Psicóloga autônoma 5** disse ter ficado curiosa sobre o SINAN, pois não tinha conhecimento. Destacou a importância de conversar com profissionais que trabalham com violência para conhecer esses instrumentos, “[...] *porque eu não sabia que a gente tinha que fazer algo escrito, alguma coisa assim, isso aí eu fiquei bem preocupada, é uma coisa que eu não sei se todos os profissionais ficam sabendo sobre isso [...]*”. A **Psicóloga autônoma 7** apontou ter trabalhado durante toda sua atuação sem o conhecimento da exigência dessa notificação. Não aprendeu sobre a ficha na faculdade e nunca fez nenhum curso sobre suicídio a fim de aprender.

Essas falas nos mostram a falta de conhecimento deste dispositivo epidemiológico, assim como nos faz pensar no número subnotificado existente na nossa sociedade a respeito do suicídio e demais violências autoprovocadas. A **Psicóloga saúde pública 10**, afirma existir uma subnotificação do suicídio por dois motivos: ou o profissional não faz ou a família não procura o serviço de saúde para notificar, uma vez que é difícil dizer que existe um suicídio na família. Outra situação foi trazida pela **Psicóloga saúde pública 5**:

Quantos casos, por exemplo, o Paraná hoje lidera a intoxicação com agrotóxicos, isso não é falado, é o primeiro estado. Quantas subnotificações com situações que às vezes passam pela UPA e as famílias levam embora? E que não é feito. Isso me preocupa, eu acredito que os nossos números são baixíssimos porque muita coisa não é registrada. [...] os números que a gente tem hoje, talvez não sejam os verdadeiros, é isso que eu quero dizer. E que sejam muito maiores, então isso me preocupa.

O SUS historicamente conta com a proposta de um cuidado integral e em uma rede ampliada, o qual deve se iniciar na Atenção Básica ou Primária, para que assim, exista maior proximidade com a população e conhecimento sobre situações de suicídio. Aqui cabe destacar que na cidade de Maringá, dos 162 casos de tentativas entre as idades de 12 a 19 anos no ano de 2018 (dados apresentados no início deste trabalho), o maior número de notificações foi

realizado pelas Unidades de Pronto Atendimento municipais e particulares, e um único caso notificado em Unidades Básicas de Saúde da cidade.

4.5 Núcleo de significação 3: Perspectivas e afetos dos psicólogos envolvidos com os atendimentos de tentativas de suicídio

Quais perspectivas teriam os psicólogos ao ofertarem cuidado em saúde mental aos adolescentes que tentaram suicídio? Quais afetos estariam envolvidos e/ou seriam mobilizados por esse cuidado?

Antes de iniciar a discussão, gostaríamos de ressaltar a pontuação de Guzzo e Lacerda a respeito do trabalho do psicólogo no Brasil: “qualquer trabalho que se desenvolva de forma consciente no Brasil chama a atenção para uma realidade desafiadora, cheia de contrastes e de difícil solução” (Guzzo & Lacerda, 2007, p. 233). Essa realidade foi encontrada a partir das entrevistas realizadas. Existem muitas dificuldades descobertas no processo de trabalho do psicólogo, como podemos observar nos dois primeiros núcleos, e que vamos continuar a expor neste último.

Segundo os autores citados acima, atuar profissionalmente em um país latino-americano com uma neutralidade positivista e sem postura política, é uma forma de omissão. Destaco Martín-Baró quando este diz que “[...] a psicologia latinoamericana deve ter como imperativo ético a opção pela libertação de sua população e profundo comprometimento com sua realidade” (Martín-Baró, 1996, p. 233). É preciso reconhecer as diferenças culturais e políticas existentes no cotidiano das pessoas para a libertação dos povos.

Para que essa libertação aconteça, é necessário uma análise das condições sociais dos sujeitos, bem como um conhecimento sobre as opressões e práticas e intervenções que modifiquem os padrões psicológicos e sociais relacionados a essas violências (Moane, 2003 citado por Guzzo & Lacerda, 2007). Também se faz fundamental uma análise dos processos psicossociais, de forma a buscar “[...] basear as transformações em experiências específicas e contextos de grupos distintos para permitir às pessoas que alcancem sua vocação como seres de práxis (de pensar e agir) e como agentes de sua própria história (Freire, 1980, 2000; Moane, 2003 citado por Guzzo & Lacerda, 2007).

As perspectivas que as profissionais da Psicologia possuem em relação ao cuidado em saúde mental, se caracterizam e se transformam no curso do processo de constituir-se psicólogo. Essa constituição, seja durante sua formação acadêmica inicial ou continuada, seja no cotidiano

do seu fazer profissional, é quase sempre acompanhada da pergunta: **como a psicologia pode contribuir para o cuidado em saúde mental?**

Ao mesmo tempo que algumas psicólogas da rede pública de saúde discorrem sobre o necessário fortalecimento da RAPS, outras percorrem um caminho mais individualizante. Complementando as discussões realizadas nos dois núcleos anteriores, destaca-se aqui novamente, que os profissionais consideram que o papel do psicólogo, é trabalhar para que o sujeito não tente suicídio novamente, com a necessidade de um acompanhamento psicoterápico fornecido ao adolescente e a sua família:

Psicóloga saúde pública 9: *[...] eu tenho que trabalhar com ele, para **criar estrutura nele**, uma estrutura emocional melhor para que ele não venha tentar novamente. A gente conhece casos de pessoas que não se cuidaram, que não tiveram apoio, se negaram né, muitas vezes aí de fazer um acompanhamento psicológico, que a família também, meio que negligenciou, achou que não era tão importante, e que depois veio a óbito né (grifo nosso).*

Observamos a partir da análise realizada, que o enfrentamento do suicídio pode se fazer a partir da “*escuta deste problema que tá abafado por eles mesmo; acredito que a partir do momento que você fala sobre isso, te ajuda a elaborar, enfrentar, e também quando você tá falando sobre com alguém que pode dar um apoio*”, como pontuado pela **Psicóloga autônoma 9**.

Assim como observou Almeida (2018) em uma pesquisa realizada por meio de entrevistas com sujeitos em sofrimento psíquico, quando existe um relato do sujeito sobre uma vivência, a fala se encontra permeada por significados e sentidos pessoais até aquele momento. À medida em que a narrativa acontece, existe uma “[...] reconstrução no tempo e no espaço de situações vivenciadas pela pessoa, por meio da narrativa, algumas vezes alteraram o sentido por elas atribuído a alguns eventos na relação com seu sofrimento atual [...]” (Almeida, 2018, p. 153). Desse modo, reconhecemos que é benéfico ao sujeito, que o mesmo tenha espaços onde consiga se expressar e construir essas narrativas de sua história pessoal, considerando que “[...] as terapêuticas também produzem mudanças nas vivências, tanto pela possibilidade de maiores níveis de autoconsciência [...]”.

Alguns profissionais entrevistados idealizam que o cuidado em saúde mental é mais promissor quando ocorre na clínica individual tradicional e particular, com um *setting* predefinido, como aponta a **Psicóloga autônoma 9**: “*se possível uma psicologia clínica, particular, porque é por semana, 50 minutos né, tem um acompanhamento bem mais próximo, mas a gente sabe que nem sempre possível[...]*”.

Encontramos profissionais que ao pensarem tanto o cuidado quanto no enfrentamento do suicídio, reconhecem que o papel da Psicologia no cuidado à saúde mental seria o de “[...] lutar por uma lógica de cuidado né, um cuidado dentro uma perspectiva da atenção psicossocial [...]” (**Psicóloga saúde pública 7**). Isto é, ajudar a construir outra lógica, reconhecer a atenção básica como organizadora desse cuidado e alcançar os territórios e os usuários do serviço. Assim, a profissional continua falando a respeito do compartilhamento e da responsabilização da equipe, a qual deve, necessariamente, assumir esse cuidado “[...] e olhar para esse sujeito dentro do contexto dele, do território, ver o que a gente pode oferecer [...]”.

Segundo a **Psicóloga autônoma 1**, o trabalho da Psicologia precisa somar-se a outros setores, uma vez que, em suas palavras, “[...] há uma necessidade muito grande de que educadores, professores, diretores de escola, que os pais, que as famílias, as comunidades, que os religiosos né, as pessoas das redes de apoio estão esclarecidas e capacitadas, instrumentalizadas para poder lidar”, ou seja, o trabalho não pode ser realizado sozinho e sim coletivamente. Para a **Psicóloga saúde pública 3** o cuidado pode ser realizado de diversas formas: seja por meio de orientação, acompanhamento e relações que possibilitem a criação de vínculos na área da saúde, escolar, familiar e religiosa.

Entretanto, em nossa sociedade, as relações de suporte estão cada vez mais restritas, principalmente aos familiares mais próximos. Quando alguém está em sofrimento psíquico, nota-se a dificuldade das pessoas do convívio acolherem e serem responsáveis por esses sujeitos, “[...] com uma tendência às concepções que preconizam o isolamento e/ou expectativa de respostas exclusivamente pelos profissionais de saúde” (Almeida, 2018, p. 316). O que pode, por conseguinte, sobrepujar suas competências profissionais e principalmente, centralizar neles, toda expectativa de cuidado, ocasionando uma pressão e cobrança social para que os mesmos deem conta do sofrimento da população.

Nas falas das profissionais acima, destacamos que o cuidado em saúde mental exige ser compartilhado e diversificado. Do mesmo modo, o enfrentamento do suicídio precisa ser assumido coletivamente. Assim, tanto o trabalhador do SUS quanto o trabalhador da saúde autônomo, podem ampliar a clínica ao estabelecer diálogos e trocas, não se isolar em seu espaço privado e incluir como parte estruturante de suas ações, as articulações com outros profissionais da saúde e com as demais políticas públicas.

A respeito do enfrentamento do suicídio atrelado ao desenvolvimento das ações das demais políticas públicas, a **Psicóloga saúde pública 3**, diz sentir certa frustração ao observar

como as coisas acontecem de forma lenta dentro dessas políticas, e como são fragmentadas e com poucas articulações no processo de cuidado em saúde mental:

[...] o poder público, de modo geral, trata essa questão assim, tudo muito compartimentalizado. Então a saúde faz o “preparozinho” dela, a assistência social vai fazer “intervençãozinha” dela lá. Essa questão do trabalho em rede precisa ser muito desenvolvida ainda, muito melhorada. Outras secretarias não se sentem parte disso. É muito complicado, “ah eu sei lá”, a cultura. Já ouvi isso do esporte, “mas tem o centro esportivo, o adolescente não vai lá porque não quer” [...].

Haverá um avanço quando os profissionais da Psicologia pensarem além do individual, além de um atendimento clínico tradicional. Como pôde ser percebido, não existe um pensamento hegemônico entre as profissionais entrevistadas; e as falas são permeadas por contradições e interesses divergentes, e, inclusive, conflitantes. A análise demonstrou que essas divergências se manifestam, por vezes, dentro de uma mesma entrevista ou comparando a fala de profissionais tanto do serviço público de saúde quanto das autônomas.

Ao buscarmos apreender quais perspectivas teriam os psicólogos ao ofertarem cuidado em saúde mental aos adolescentes que tentaram suicídio, ouvimos nas entrevistas, como a da **Psicóloga autônoma 3**, que a Psicologia precisa contribuir com a sociedade, construir e se reconstruir enquanto ciência *“[...] porque infelizmente a gente vê que cada vez mais tem esvaziado esse caráter científico, outras áreas estão abocanhando aí questões que deveriam ser da Psicologia [...]”*. Ela se refere ao movimento de outras profissões se apropriarem dos saberes da profissão e atuarem na sociedade de uma forma ainda mais individual. Ao mesmo tempo, em sua narrativa, não desenvolve como seria essa contribuição social da Psicologia, foca na defesa de que *“[...] A sociedade está necessitada de um profissional que ajude a se autocompreender, e se autocompreender enquanto sociedade, não enquanto indivíduos isolados, porque são os indivíduos que a constitui”*.

Precisamos lembrar como a Psicologia se desenvolveu enquanto ciência e profissão atrelada ao desenvolvimento da sociedade capitalista, partindo de uma visão liberal com foco nas explicações centradas no indivíduo, na qual voltou sua intervenção às práticas curativas/adaptativas. Mas, precisamos pensar que a saúde é uma produção humana e o processo saúde-doença, é multideterminado, dinâmico e contraditório. É um processo que articula situações complexas e singulares da existência humana e por isso, demanda ações que extrapolam aquelas voltadas ao tratar, remediar e reabilitar o sujeito.

A Psicologia precisa estar envolvida nas ações de prevenção em saúde mental. Mas, de que prevenção estamos falando? Por certo, não estamos nos propondo falar da histórica

polêmica da prevenção dos chamados transtornos mentais³⁰. Aqui, entendendo saúde e saúde mental como produção de uma vida saudável, entendemos que atuar na prevenção do suicídio é buscar coletivamente estratégias pelas quais se garanta o acesso às objetivações humanas e a superação das desigualdades, exclusões e violências, que estão na base de um sistema capitalista, o qual visa o lucro, estimula o individualismo e a competitividade.

Essa discussão se faz necessária à medida que em nossas entrevistas, poucos profissionais se dedicaram a pensar a prevenção ao suicídio nessa perspectiva. A **Psicóloga autônoma 3**, coloca que as transformações começariam no processo de tornar esse sujeito consciente, para que assim, ele se aproprie de sua situação e consiga gerar uma mudança na forma de lidar com a sociedade. Na sequência, afirma ser importante olhar a sociedade e pensar políticas públicas amplas no cuidado em saúde mental.

À vista disso, compreendemos que precisamos avançar em uma discussão mais sócio-histórica de como ocorreria a ampliação da consciência desse sujeito e do quanto a ampliação desta discussão deveria se voltar a um saber crítico sobre si e sobre a realidade social. Pois:

[...] A consciência sobre si refere-se ao conhecimento dos traços ou propriedades individuais, enquanto a autoconsciência implica, além disso, o reconhecimento pelo indivíduo do sistema de relações em que está inserido, suas intersecções com o mundo circundante. (Martins, 2004 citado por Almeida, 2018, p. 142)

Nas entrevistas, apreendemos que os sentidos de cuidado estão atrelados a associação do suicídio ao transtorno mental, cujo modelo de intervenção ainda é o médico-psiquiátrico. Notamos o privilégio à psicoterapia nos moldes clínicos tradicionais como espaço de expressão desse adolescente, bem como o uso da medicação como silenciadora e/ou amenizadora dos sintomas.

Essa prática clínica que frequentemente se faz isolada, que pressupõe independência profissional, mobiliza também muitos afetos. No encontro dialógico das entrevistas, as psicólogas, ao falarem sobre os atendimentos realizados com adolescentes que passaram por tentativa de suicídio, manifestaram emoções e sentimentos mobilizados durante esses atendimentos. Esses indicadores nos fizeram trazer este núcleo do trabalho, como último tópico de significação, porque entendemos que a forma como o profissional se afeta no processo de trabalho, reverbera também sobre a construção do sentido de cuidado.

Pellegrini (2003) explica que quando o sujeito está inserido em um problema – podemos considerar aqui um atendimento de um caso que mobiliza o profissional –, isso pode o ajudar a

³⁰ Para uma leitura crítica acerca da controversa e polêmica discussão acerca da prevenção dos transtornos mentais, indicamos Birman e Costa (1994).

vivenciar e conhecer a questão que está dada, mas não necessariamente a superar. O autor pontua que as emoções seguem esse mesmo ritmo, existe um acompanhamento contraditório em atender nossas necessidades e as emoções que aparecem no cotidiano a partir dessas mesmas necessidades, afinal, nossas emoções se confundem.

Cabe enfatizar, que não nos esquecemos que o cuidado em saúde mental se caracteriza pelo encontro entre o trabalhador da saúde e o sujeito-usuário que “demanda” esse cuidado. Esse encontro é sempre repleto de afetações, marcado e demarcado por muitos afetos que dão sentido àquele profissional de existir, de seguir em frente, de implicar-se (ou não) no fazer cotidiano.

Como nos lembra Almeida, ao falarmos acerca da relação afetivo-volitiva do motivo para Vigotski, buscando compreender o pensamento, os seus afetos e sentidos – aqui considerando a atividade profissional do psicólogo – é necessário observar as palavras e “[...] entender sua motivação, o que o movimenta, que não pode estar senão na relação com sua atividade” (Almeida, 2018, p. 348). Considerando que o objetivo da atividade possui um motivo, isso afeta o profissional e o estimula a ter ânimo ou não para realizá-la.

A partir dos discursos das profissionais, notamos que a grande maioria se sente angustiada em trabalhar com esses casos e algumas permanecem na dúvida se estão ou não preparadas para os atendimentos. Foi comum no final das entrevistas, as psicólogas desejarem continuar conversando, seja pela mobilização dos afetos durante a conversa e precisarem de um acolhimento ou por curiosidade para perguntar a opinião da pesquisadora sobre a temática e/ou sobre o que as outras profissionais que participaram da pesquisa responderam.

Foi possível observar como nós profissionais da saúde, temos uma dificuldade em relacionar nossas vivências no trabalho, que são muito singulares, a partir de cada atendimento e intervenções realizadas, com determinações mais gerais. Por exemplo, as questões envoltas ao suicídio, têm se feito frequente na atividade profissional e nos parece ser comum os sentimentos de preocupação. No entanto, desconhecemos o que o outro profissional sente, como se afeta e se ele se preocupa de maneira muito semelhante.

Durante as entrevistas com frequência apareceu o questionamento acerca da qualidade do trabalho realizado, se haviam feito ou não a melhor intervenção e encaminhamentos. Notamos a existência de uma contradição nos afetos de algumas profissionais sobre essas situações: mesmo reconhecendo não ser possível dar conta sozinha do sofrimento humano, porque ele é produzido a partir de múltiplas determinações, muitas vezes se sentiam angustiadas e preocupadas se deram o melhor de si para o acolhimento e cuidado destes sujeitos.

O trabalho, por mais que faça sentido para o profissional, muitas vezes reflete uma trajetória permeada por sofrimento e violência. Em contrapartida, o psicólogo cria vínculos e se afeta com sua narrativa, podendo compartilhar da angústia vivenciada por encontrar dificuldades na modificação da realidade em que a grande maioria da população se encontra, ou seja, em situações de vulnerabilidade, desigualdade, violências e opressões.

A **Psicóloga saúde pública 1** diz que se sente mobilizada com o tema do suicídio, se vendo muitas vezes “[...] *com as mãos atadas, com algumas barreiras[...]*”. A maneira como a **Psicóloga saúde pública 2** trabalha com a temática, é se colocando no lugar do outro, do sofrimento que ele está sentindo para ajudá-lo. Acrescenta ainda que há a necessidade de uma escuta qualificada, de mostrar o caminho a ser percorrido pelo sujeito em atendimento, e por isso, se sente gratificada por poder ajudar o sujeito que está em sofrimento.

Segundo a **Psicóloga autônoma 4**, durante o atendimento, existe uma angústia que vai crescendo, onde ela se consome do sofrimento do sujeito e, por consequência, termina a sessão esgotada. A **Psicóloga autônoma 1**, acrescenta uma sensação de alerta, uma preocupação com a pessoa que está atendendo, “[...] *porque nem sempre a pessoa sai da sessão plenamente tranquila né, e aí, por consequência, a gente não sai também*”. Diz não se sentir feliz em atender uma pessoa que passou por tentativa de suicídio, mas se sente integrada ao atendimento porque acredita conseguir se vincular ao paciente e mantê-lo fora do risco de realizar outra tentativa de suicídio. “[...] *you não desvincula a questão fácil, são pacientes que precisam de um contato de olhar, de face, de expressividade, de afetividade corporal bem presente [...]*”.

No entendimento de Berenchtein Netto (2007), todo o sujeito tem uma atitude emocional relacionada a um objeto e a um fenômeno do mundo real, e assim, sente de maneira diferente a partir das relações objetivas particulares que estabelece quando entra em contato com estes objetos. Para o autor, as emoções e sentimentos se originam na realidade objetiva, e são resultado das relações entre os objetos e fenômenos reais, bem como da relação dos motivos com as necessidades na atividade dos sujeitos. Ao fazer uma leitura da psicóloga soviética Blagonadezhina, o autor pontua que para existir uma reação emocional do sujeito, é preciso que seja satisfeita sua necessidade ligada a alguma exigência social:

A positividade ou negatividade das vivências emocionais estão estreitamente ligadas com a relação entre a causa que as produz, com a satisfação das necessidades do homem, seus sentidos pessoais e com as exigências que a sociedade apresenta. Os componentes das necessidades reais se encontram com as necessidades humanas em distintas relações: podem satisfazer algumas delas e não satisfazer outras. As emoções são de grande importância na atividade prática para lograr os fins desejados. (Berenchtein Netto, 2007, p. 116)

Quando levamos essas reflexões para a análise da prática profissional do psicólogo, também podemos pensar sobre os afetos mobilizados ante a exigência social depositada sobre seus ombros, quer seja de dar conta da complexidade de fatores que podem estar envolvidos no desejo da morte de alguém.

Dentre as profissionais que relatam a angústia, existem aquelas que superam esse sentimento no decorrer do trabalho a partir da experiência ou por meio de mais apropriações teóricas e práticas dos atendimentos realizados. A **Psicóloga saúde pública 4**, relata que hoje em dia não se sente mais tão angustiada como no início dos atendimentos, e isso se deve, especialmente, ao acúmulo de experiência. Acredita que o primeiro atendimento pode ser angustiante e difícil até de identificar o risco que o adolescente está correndo, principalmente quando a tentativa é mais recente ou já teve várias, “[...] às vezes quando sai, acaba de sair da emergência psiquiátrica e vem para cá. Então esse eu acho que é o momento mais delicado, e acho que também é o mais importante”.

A **Psicóloga autônoma 3** relata que no começo da profissão, ficava mais angustiada no curso desses atendimentos e recorria a supervisões para trabalhar o seu sentimento. Mas, hoje sente que a angústia diminuiu, e afirma se afetar menos com os atendimentos. A **Psicóloga saúde pública 2**, também relata que a supervisão contribui muito para desenvolver seu trabalho clínico e para sua condição pessoal enquanto psicóloga. A **Psicóloga autônoma 4**, afirma que à medida em que o profissional tem mais conhecimento sobre o assunto, se sente mais seguro ao atender alguém que o procure.

Delari Junior (2009) pontua a importância do compromisso em buscar o desejo de conhecer o sujeito e, por conseguinte, se conhecer melhor. Isso porque todos estão inseridos no mesmo conjunto social, sendo co-autores do mesmo processo histórico que é (re)produzido por todos no cotidiano.

Além do sentimento de angústia, algumas profissionais relataram sentir medo durante esses atendimentos. Segundo a **Psicóloga autônoma 7**, em seus primeiros atendimentos realizados, sentia angústia e medo de errar em algum momento, com preocupação sobre “[...] depois como é que eu vou dar conta se alguém terminar com a vida? Como vai ser? Se de alguma forma vou me sentir um pouco culpada por aquilo, entende? O medo era derivado de uma preocupação em prestar contas à família se alguma coisa acontecesse, além de um sentimento de culpa “[...] como se eu tivesse permitido, sentia uma responsabilidade muito grande”.

A **Psicóloga saúde pública 5** expõe que desde que começou a atuar, sente medo da responsabilidade de acontecer um suicídio por algum paciente: “[...] por melhor que você faça

o seu trabalho, ele pode acontecer, mas como lidar com isso depois né? [...]". Ademais, comenta sobre a possibilidade de ficar se questionando onde errou ou o que poderia ter feito e não fez. É preciso pensar nas expectativas históricas depositadas sobre o profissional como se fosse onipotente, sua prática autossuficiente, e pudesse dar conta de solucionar todas as demandas, trabalhando com questões complexas que se articulam às estruturas sociais difíceis de se modificarem, e que vão muito além da atuação do psicólogo.

O profissional precisa cuidar de suas angústias e uma possível paralisação pelo medo é um sinal de saúde. Considera-se aqui uma saúde individual a partir do momento em que é priorizada uma saúde coletiva (Martín-Baró, 2000 citado por Guzzo & Lacerda, 2007). É muito importante que exista um fortalecimento no percurso de todos aqueles que vivem o sofrimento e a busca de ações sociais coletivas que sejam aptas a levar a cabo a transformação das comunidades e da sociedade.

Em relação a uma tentativa de suicídio que pode se concretizar na morte, a **Psicóloga autônoma 9** disse que quando recebeu a notícia que uma jovem em atendimento tinha falecido, foi muito difícil de lidar com a situação, *"[...] eu fiquei, acho que fiquei quase em choque, um tempo parada pensando, depois eu continuei minhas atividades do dia"*.

Muitas profissionais falaram sobre não se sentirem preparadas para realizar tais atendimentos. A **Psicóloga saúde pública 3**, fala que não se sente preparada porque o atendimento é uma caixinha de surpresa. Apesar da experiência, é preciso atender o sujeito como se fosse único por todas as especificidades que podem aparecer, *"[...] não é porque apresentou sinais iguais aquele anterior que eu vou dizer 'ah, isso é regra'. Então tem aqueles que tão chamando atenção, tem aqueles que saem dessa numa boa, e aqueles que vão morrer né [...]"*.

A **Psicóloga saúde pública 3** comenta ainda sobre a fantasia que tinha quando escolheu ser psicóloga, a de conseguir ajudar a todas as pessoas. Contudo, com o tempo, percebeu que precisa trabalhar muito para oferecer algo ao sujeito. Acrescenta a necessidade de o profissional fazer psicoterapia para trabalhar com suas próprias angústias e impotências.

Segundo Guzzo e Lacerda (2007), a Psicologia tradicional demonstrou sua impotência ao trabalhar com as psicopatologias oriundas de questões individuais, culpando os sujeitos que vivem em um sistema de exploração e não conseguem alterar sua realidade. Associa a impotência, o fatalismo e a exploração, a como essa ciência esteve junto dos dominadores, ou seja, na falta de possibilidades em agir por conta do sistema social em que vivemos, o sujeito se desvincula do seu sentido de luta e se sente incapaz de agir.

Martín-Baró comenta sobre o trabalho de psicólogos na América Central, mas podemos equiparar com os profissionais brasileiros, quando ele diz “[...] enfrentamos um desafio histórico para o qual provavelmente não fomos preparados. Contudo, não se trata de encontrar justificativas para nossas deficiências, mas de ver como podemos assumir nossa responsabilidade social” (Martín-Baró, 1996, p. 23). O autor destaca que o psicólogo deve repensar sua imagem como profissional, deve confrontar o seu saber com as novas necessidades dos povos e que é necessário se colocar na perspectiva histórica da população para compreender sua realidade e, à vista disso, entender seus problemas. Por fim, realizar um confronto crítico com o sistema existente em nossa sociedade, ou seja:

[...] trata-se de colocar o saber psicológico a serviço da construção de uma sociedade em que o bem estar dos menos não se faça sobre o mal estar dos mais, em que a realização de alguns não requeira a negação dos outros, em que o interesse de poucos não exija a desumanização de todos. (Martín-Baró, 1996, p. 23)

Parafraseando Martín-Baró (1996), nos perguntamos como colocar o saber psicológico a serviço da construção de uma sociedade em que o bem-estar *dos menos* não se faça sobre o mal-estar *dos mais*? Como vimos discutindo nesse trabalho, acreditamos que perpassa contribuir a ampliação da compreensão do fenômeno do suicídio, extrapolando as explicações e intervenções centradas no indivíduo, nas quais seja possível reconhecer o quanto as relações que estabelecemos com os adolescentes, produzem e ou agravam suas experiências de sofrimento.

Alguns profissionais reconhecem a insuficiência da formação acadêmica para trabalhar com o fenômeno do suicídio. Segundo a **Psicóloga autônoma 3**, a graduação em Psicologia não prepara o profissional para enfrentar um caso complexo como os de suicídio, tanto em conhecimento teórico quanto em relação ao conteúdo de cada profissional no tocante às questões da morte, vejamos: “[...] não tinha visto na graduação, tanto é que clínica eles não pegavam crianças e adolescentes com um risco de suicídio, eles achavam que era muito para os alunos lidarem. Então, logo na triagem, já descartavam [...]”. Considera que isso foi prejudicial, porque é muito comum na prática profissional aparecerem casos de suicídio nos atendimentos. Além disso, observa ser necessário verificar já na primeira entrevista com o sujeito, se será um caso que conseguirá trabalhar ou precisará encaminhá-lo a outro profissional.

Outro ponto trazido sobre a falta de preparação profissional pela **Psicóloga autônoma 3**, é que “[...] muitos, na hora de lidar com essas questões relativas ao suicídio, recorrem a referência da religião, e aí é um perigo [...]”. A Psicologia enquanto ciência, precisa se embasar em teorias para a atuação profissional e não em uma “[...] uma questão cristã muito forte né, no Brasil isso é cultural, dizer ‘olha você não pode se matar porque você vai para o

inferno' [...]'. Acredita que por medo e desespero por parte do profissional de perder o paciente para o suicídio, creditará a ela incompetência. A **Psicóloga autônoma 5**, ao refletir sobre o compromisso e exigências envolvidas nesses casos, afirma:

[...] não tem como a gente evitar um suicídio, ainda mais a gente como psicóloga, porque um pensamento que eu tenho muito 'nossa, eu vou conseguir evitar né', não. A gente tem como prevenir, a gente tem como acolher esse adolescente ou esse adulto. Mas evitar, a gente não é super-homem, não é super-herói, né? Então acho um pouco mais difícil de evitar, mas como prevenir. [...] E a gente como profissional, estudar, fazer terapia né, se aprofundar mesmo nesse tema, porque é muito complexo, é muita coisa que a gente tem que ler, muita coisa que a gente tem que entender para saber a melhor maneira de trabalhar com esse adolescente. Mas, hoje, se eu virar e ter um caso de suicídio, eu não atenderia, porque demanda uma atenção muito grande, que você precisa se disponibilizar ali o tempo todo. Então hoje, como profissional na clínica eu não atenderia, eu passaria para outros profissionais que eu sei que estão se focando nisso, que estão estudando e se aprofundando muito mais.

Além do despreparo do profissional psicólogo, a **Psicóloga saúde pública 7** comenta sobre a necessidade de mais capacitações voltadas ao cuidado em saúde mental para todos os profissionais da rede, seja Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Neurologista, entre outros; porque a fila de espera para atendimento clínico individual é muito grande e somente os profissionais da Psicologia não dão conta de atender.

Segundo a **Psicóloga saúde pública 3**, precisaria existir uma capacitação em que os profissionais pudessem falar o que pensam e assim, obter um conhecimento teórico a partir de um espaço mais voltado às trocas *“[...] é muito difícil para profissional de um modo geral, fazer essa separação né, do que sou eu pessoa, do que penso, do que sinto sobre aquela questão e quem sou eu profissional lidando com aquilo”*.

Durante as entrevistas, algumas profissionais, ao serem convidadas a pensar sobre o tema do suicídio, parecem acreditar em poder separar sua afetividade da sua ação profissional. No entanto, como ilustram Lima, Bonfim e Pascual (2017), utilizando como referência Vigotski, o pensamento e a emoção estão interligados. Em cada pensamento do sujeito, existe uma tendência afetivo-volitiva, assim, não é possível o profissional querer separar os seus afetos da prática profissional. Nesse sentido:

[...] o aprendizado do cotidiano e o aprender e apreender das emoções tornar-se-ia fundamental para sermos uma pessoa dentro de um social construído de forma “qualitativa”. Porém, não podemos antever qual será o encaminhamento para a construção dessa “evolução qualitativa”. (Pellegrini, 2003, pp.107-108)

O autor considera que essa construção está relacionada às relações entre as classes, o Estado e os movimentos sociais. À vista disso, pontua que *“[...] se a iniciativa de superação das contradições depende da nossa iniciativa individual, por outro lado, essa existência individual*

está inserida dentro das organizações, a começar da própria família, das relações de trabalho, das empresas, igrejas, escolas” (Pellegrini, 2003, pp. 107-108). Ademais, esclarece que a superação das contradições do social que refletem no individual, precisam ser construídas e essa é uma ação que precisa ser coletiva e permanente.

Para complementar, Alves (2021, no prelo) afirma que em uma sociedade com uma cultura muito individualista, os sujeitos tendem a compreender suas emoções apenas como pessoais e não inseridas em uma coletividade. A concepção Sócio-Histórica busca compreender a afetividade por meio de elementos que se amparam na determinação social da vida emocional do sujeito. Nessa compreensão, observamos a inter-relação entre o afeto e o desenvolvimento. Os afetos estão relacionados com as demais funções psicológicas superiores, e são importantes tanto para construção do sujeito, quanto para a apropriação do conhecimento teórico que embasa sua prática.

Ao lidarmos com o fenômeno do suicídio, além do domínio do conhecimento teórico, conhecer as causas, o manejo e técnicas necessárias para se trabalhar com o sujeito, precisamos também ter oportunidades que proporcionem desenvolvimento, contato com a temática no processo de formação acadêmica e principalmente, na formação continuada com espaços coletivos de trocas onde o profissional possa compartilhar suas vivências, suas concepções e angústias, vez que:

O fortalecimento surge de um senso de pertencimento a um coletivo, em que ninguém pode alcançar liberdade isoladamente, pois o sofrimento do outro é o próprio sofrimento. Ideias surgem dentro de um coletivo trazendo esperança para um movimento libertador que implica em mudanças pessoais, políticas e sociais. (Guzzo & Lacerda, 2007, p. 239)

Espaços que permitam o diálogo e reflexões teórico-práticas, promovam a construção de novos caminhos e entendimentos, conformando-se em um sentido fortalecedor. Para que aconteça essa transformação, precisamos priorizar o trabalho coletivo e contínuo (Guzzo & Lacerda, 2007, p. 239).

Somos seres ativos e sociais, e parece não ser novidade:

[...] o fato de que precisamos aprender com a história de que somos nós que a fazemos. Não a fazemos como queremos devido às circunstâncias impostas pelo passado e pelas forças contraditórias presentes, mas podemos transformá-la para melhor. Tudo indica que depende principalmente da nossa capacidade de organização. (Pellegrini, 2003, p. 107)

A cargo de ilustração, uma proposta de organização profissional poderia se efetivar por meio de uma maior articulação dos psicólogos, na qual a mediação do Conselho Federal de

Psicologia e dos Conselhos Regionais de Psicologia permanecesse, a partir das comissões³¹ já existentes ou até da criação de novas, com vistas à construção coletiva da nossa profissão. Outra proposta seria o fomento – desde a formação – da participação dos psicólogos nos Conselhos de Controle Social, em especial citamos aqui o Conselho Municipal de Saúde - CMS e o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA.

³¹ Para conhecer as comissões já existentes, acessar o site do Conselho Federal de Psicologia por meio do link: <https://site.cfp.org.br/cfp/conheca-o-cfp/>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio na adolescência gera muitos incômodos à sociedade quando ocorre na idade em que se espera mais energia, mais produtividade, mais engajamento na escola, na vida profissional e nos grupos sociais. Aparecem questionamentos: como uma pessoa tão jovem, que tem a vida pela frente, que está começando seus projetos, não quer mais viver?.

Quando se trata da atuação do psicólogo ante os casos de tentativa de suicídio, também nos inquietamos e nos perguntamos: como ele tem compreendido a adolescência? Quais os instrumentos e recursos tem utilizado para trabalhar com essa clientela hoje, com todas as modificações culturais que ocorreram ao longo das décadas? Ele está se atentando ao contexto social e histórico no qual está inserido? O que está afligindo os jovens no momento atual? Quais fatores podem contribuir para a produção e agravamento do sofrimento psíquico?

Além desses questionamentos, Lacerda nos lembra que ao trabalhar com uma Psicologia marxista, precisamos “[...] redimensionar as reflexões sobre o “compromisso social” de uma Psicologia que se contenta com a democracia, a conquista de direitos e a elaboração de políticas públicas [...]” (Lacerda, 2016, p. 267). Em outras palavras, a partir dessa compreensão ao discutirmos e propormos um cuidado em saúde mental daqueles que tentaram suicídio, a ação profissional precisa ir muito além de conhecer os sinais de alerta (quando o sujeito está em risco), propor espaços de desenvolvimento individual, diagnosticar, medicar, instrumentalizar no processo terapêutico, lutar por políticas públicas setoriais e verbas direcionadas à saúde mental. Lacerda conclui que precisamos questionar as estruturas sociais e lutar por suas modificações por meio de uma revolução social. Nesse sentido:

[...] não significa que é algo problemático prometer libertação ou transformação social por meio de ações que são, estruturalmente, incapazes de superar a sociedade do capital, pois não lidam com as causas, mas apenas com as refrações aparentes da desigualdade social. Mais ainda, ao afirmar que a Psicologia pode contribuir para a mudança social por meio de certas ações profissionais específicas, pode-se incorrer na falsa elaboração ideológica de que é possível transformar o mundo mediante a atuação profissional e não pelas lutas de classe. [...] (Lacerda, 2016, p. 267)

Nós profissionais, que nos dedicamos a trabalhar com a Psicologia Sócio-Histórica, consideramos como orientação ética, um compromisso social, no qual todas as nossas ações devem visar uma emancipação humana. Contudo, precisamos ter consciência da sociedade em que vivemos e das lutas que coletivamente precisamos travar dentro do sistema capitalista, para não correremos o risco de só reproduzirmos ideologias e adaptarmos os sujeitos a um sistema que adoce a todos nós.

A perspectiva da emancipação humana enunciada por Marx possibilitou a construção de projetos de Psicologia que, pelo menos, buscam ser um instrumento em processos de transformação social, seja mediante a realização de estudos e pesquisas que contribuam para desvelar ou denunciar processos de exploração e alienação em nossa sociedade, seja pela busca de elaborar intervenções que intentam reduzir desigualdades sociais ou favorecer os interesses de grupos oprimidos e explorados. [...] (Lacerda, 2016, p. 70)

Este trabalho que por ora concluímos, também espera contribuir no desvelamento da denúncia de questões que atravessam a adolescência e a existência-sofrimento de muitos que encontram na morte de si, a única saída.

Retornando ao objetivo geral desta pesquisa, que foi refletir o cuidado em saúde mental ofertado a adolescentes que fizeram tentativa de suicídio, tomando como exemplo a prática do profissional da Psicologia e, aos objetivos específicos, em compreender o fenômeno do suicídio a partir de uma visão sócio-histórica; investigar o sentido do ato suicida para psicólogos que trabalham com o público infantojuvenil; compreender quais as causas atribuídas pelo psicólogo ao suicídio na adolescência e refletir sobre o modo como acreditam que deva ser seu enfrentamento – aludimos que essa pesquisa contribuiu na construção de algumas respostas.

Para refletir sobre o cuidado em saúde mental ofertado a adolescentes que fizeram tentativa de suicídio, ouvimos psicólogas da rede pública e particular. Buscamos nas contribuições da Psicologia Sócio-Histórica, da teoria da determinação social do processo saúde-doença e da lógica da Atenção Psicossocial, subsídios pelos quais pudemos olhar para o fenômeno do suicídio e analisar as falas dessas profissionais, interrogando explicações que se encontram cristalizadas socialmente e no meio acadêmico.

A partir da análise do primeiro *Núcleo de Significação*, nos deparamos com uma dificuldade de conceituação acerca do fenômeno suicídio. A maioria das profissionais entrevistadas, buscou explicá-lo relacionando-o à existência de um sofrimento psíquico intenso e de diversas questões referentes à vida privada dos sujeitos, mas pouco questionou que vida é essa que não está valendo a pena viver.

Articulando as contribuições de Oliveira (2005) sobre a dialética do singular- particular-universal, entendemos que muitas vezes, a sociedade-particularidade provoca uma necessidade no sujeito-singular de se isolar. À medida em que o sujeito não se encaixa nos padrões e nas expectativas sociais, produz-se o desamparo, a desconfiança, o abandono e dificuldades em estabelecer vínculos sociais, comunitários e afetivos, diminuindo nosso senso de pertencimento. Se olharmos para essa sociedade, ante todas as possibilidades e riquezas já produzidas pelo gênero humano-universal e as desigualdades de acesso, constatamos que todas as relações vão

sendo fragilizadas. Essa fragilidade afeta também nossos recursos psíquicos ao lidar e lutar contra as adversidades da vida.

Ao exporem sobre as causas do suicídio e da tentativa de suicídio na adolescência, algumas psicólogas mencionaram que se trata de um fenômeno complexo e multideterminado, mas nos discursos prevaleceram explicações de ordem individual e relacional, experiências privadas, como a incapacidade da família em lidar e dispender afetos e atenção aos adolescentes. Associaram o suicídio à vulnerabilidade psicológica da adolescência, entendida como uma fase natural, marcada por crises e mudanças hormonais, cheia de conflitos internos, conflitos de gênero e sexualidade. Mencionaram o ambiente escolar como um espaço produtor de violência – exemplo o *bullying*. Também destacaram dificuldades nas relações interpessoais e influência da *internet* como interferentes na tomada de decisão sobre uma tentativa de suicídio. Colocaram o uso das substâncias psicoativas como possível desencadeador de transtornos mentais, e por consequência, transtornos depressivos que levam ao suicídio.

Mesmo olhando para as experiências privadas, precisamos considerar que na sociedade de classes, as trocas afetivas são empobrecidas. Os afetos prevalentes em um dado momento histórico revelam o modo de organização da sociedade atual, ou seja, a sociedade contemporânea se organiza em torno do lucro, individualiza, excludente, de forma a empobrecer as relações, dificultar a construção e a ampliação de redes de apoio. É possível observar que estes sujeitos que encontram no suicídio o último recurso contra os males da vida privada, se veem na ausência de algo melhor. Segundo Marx (1883/2006), este é um dos muitos sintomas da luta social, e as classificações sobre as causas do suicídio deveriam ser as próprias classificações dos problemas existentes dentro da nossa sociedade.

Como trabalhar com suicídio sem observar as lutas sociais? Como cuidar do sofrimento sem ir em busca das causas reais, que o subjazem, que são alienantes na produção de vida e morte na sociedade capitalista?

Apareceram em algumas falas, denúncias sobre o funcionamento da nossa sociedade latinoamericana e brasileira, ou seja, psicólogas que trouxeram problemas que afetam a juventude: questões relacionadas às violências; padrões estéticos; futuro profissional e mercado de trabalho e expectativas de reconhecimento profissional e financeiro. Ao pensarmos dialeticamente e considerarmos que o ser social determina a nossa consciência (Marx & Engels, 1846/2007), precisamos considerar como a estrutura social impacta diretamente na forma singular de viver e se desenvolver. Percebemos então, como o suicídio é uma maneira de denunciar o que está posto: as formas de produção e, conseqüentemente, as relações sociais e afetivas vigorantes nessa sociedade.

É preciso que reconheçamos a busca por um futuro inexistente na vida de muitos adolescentes, seja pela pobreza e violências das relações mediadoras ao longo do desenvolvimento, seja pela precariedade dos estudos ou pelas impossibilidades e dificuldades de adentrar o mercado de trabalho. A falta de perspectiva de futuro é uma questão objetiva da vida, não é subjetiva, nem individual. É real o aumento do desemprego e a precariedade dos empregos, os baixos salários e a perda dos direitos trabalhistas. É real a violência a que nossas crianças e adolescentes estão sendo expostas no cotidiano de nossa sociedade, seja na família, na escola, nas relações de amizade, na rua, nos espaços públicos e privados.

Observamos que mesmo vivendo em uma sociedade dividida em classes, marcada pela falta de acesso aos direitos humanos básicos, desigualdades de raça/etnia e gênero, permeada por toda sorte de violências e opressões, ainda não associamos essas questões de forma concreta, material e social à produção do sofrimento humano. Não as consideramos constituintes da nossa subjetividade e das experiências de sofrimento que podem levar ao desejo de morrer.

No *Núcleo de Significação* sobre o cuidado em saúde mental e enfrentamento do suicídio, percebemos que não existe um pensamento hegemônico entre os profissionais de saúde na forma como idealizam o cuidado. Assim, as falas são permeadas de contradições. Algumas profissionais da saúde pública falam sobre o fortalecimento e importância da RAPS, no cuidado corresponsável e compartilhado em rede, ao mesmo tempo que outras discorrem sobre um cuidado mais individual. As profissionais da saúde pública e particular destacam a importância do trabalho multiprofissional, mas prevalece a valorização do atendimento clínico individual com destaque à psicoterapia.

Sobre o desenvolvimento do cuidado e a articulação com outras políticas públicas, serviços e profissionais, poucas mencionaram o trabalho da rede intersetorial e uma delas citou que esse trabalho é bastante fragmentado e com poucas articulações nos casos como os de suicídio. Acerca da notificação do SINAN sobre um ato de violência autoprovoçada (tentativa de suicídio), verificamos que as psicólogos da rede pública conhecem a obrigatoriedade da notificação, mas poucos a preenchem porque esperam que outro profissional o faça. Já as psicólogas da rede particular, não conhecem a ficha e não a preenchem.

Nesse núcleo, identificamos as lacunas do cuidado na atenção à saúde e uma dificuldade em desvencilhar o trabalho da Psicologia de um modelo biomédico e manicomial. Foi frequente a associação do suicídio aos transtornos mentais e a ênfase ao uso do medicamento como solução para extinção dos sintomas, considerado parte imprescindível do cuidado em saúde mental. Procuramos questionar a explicação naturalizada que leva à busca do medicamento

como a mais importante e às vezes a única resposta para o sofrimento psíquico, como ela patologiza as questões da vida cotidiana, retirando do debate os afetos que compõem nossas múltiplas relações e vida em sociedade. Concluimos assim, o quanto temos estimado e silenciado com o remédio, os diferentes modos de existência-sofrimento.

Defendemos que o acolhimento ao sofrimento que se faz via escuta e formação de vínculo, muito atrelado nas entrevistas ao atendimento clínico/psicoterápico individual, precisa estar acompanhado de outras mediações. Precisamos de uma clínica ampliada e cujas mediações avancem no sentido da luta pela garantia de oportunidades de acesso, com objetivo de vislumbrar no horizonte, o desenvolvimento integral desses sujeitos. Essas mediações incluem buscar estabelecer alianças coletivas para a “construção de um outro lugar social”, como nos ensinou a Reforma Psiquiátrica.

A respeito do cuidado desenvolvido em outros espaços que não os clínicos e da saúde, ambas profissionais da saúde pública e particular destacaram as instituições de ensino como parte do enfrentamento ao suicídio. Consideram que as escolas são locais importantes para a construção de uma rede de suporte aos alunos e familiares. A escola foi mencionada como espaço capaz de contribuir com a prevenção do suicídio, no sentido de ser um local onde possam trabalhar e desenvolver questões emocionais nos sujeitos individuais para o enfrentamento do suicídio.

No último *Núcleo de Significação*, tratamos das perspectivas e dos afetos mobilizados nas psicólogas quando atendem um adolescente com tentativa de suicídio. Notamos a existência de uma grande mobilização afetiva nessas profissionais, a maioria demonstrou e admitiu se sentir angustiada, com medo, com receios e muitas dúvidas sobre como trabalhar com esses casos. Muitas se indagam se realizaram as melhores intervenções e encaminhamentos, e principalmente se o manejo que tiveram foi o mais adequado. Se queixam da falta de formação acadêmica e profissional para construir um conhecimento sólido sobre a temática e recorrem à psicoterapia e supervisões teóricas para obterem melhor suporte nos atendimentos.

Concluimos, ante o exposto, a importância do contato com a temática no processo de formação acadêmica e principalmente, na formação continuada; privilegiando, nesse sentido, espaços coletivos de trocas onde o profissional possa compartilhar suas vivências, suas concepções e angústias.

Reconhecemos não ser possível um único profissional dar conta sozinho de cuidar do sofrimento humano e enfrentar os desafios postos na relação com um fenômeno complexo como o suicídio, produzido a partir de múltiplas determinações. Muitas vezes a angústia, o medo e a preocupação se ofereceram o melhor de si para o acolhimento e cuidado desse sujeito que

passou por uma tentativa de suicídio se acirram, vez que nos falta justamente o sentido coletivo de cuidado.

Mesmo reconhecendo nossos limites enquanto Psicologia (ciência e profissão) no enfrentamento e cuidado ao suicídio, precisamos ter como norteamento ético, o fato de trabalhar com uma ciência – seja no âmbito público ou privado – que busque na prática profissional, enfrentar desigualdades, violências, desumanização, lutar por políticas de qualidade, como a educação e a saúde, para assim, mediar direitos que quando negados, comprometem mais ainda um desenvolvimento humano que nessa sociedade já é parcial. Precisamos lutar pela construção de espaços para que esse adolescente consiga se expressar, criar vínculos, receber apoio e ser atendido em suas necessidades de desenvolvimento:

[...] não se deve negar o papel dos atores sociais – os sujeitos da história –, na consideração do contexto. As determinações materiais não impõem configurações necessárias e imutáveis, dadas a priori, mas estabelecem limites – e o reconhecimento dos espaços de autonomia, ainda que relativa, é consequência da consideração do caráter contraditório das sociedades moldadas segundo o parâmetro fundamental do modo de produção capitalista. (Yamamoto, 2007, pp. 35-36)

Assim, acreditamos que o enfrentamento também se faz via desenvolvimento de pesquisas que se comprometam com a defesa da saúde-saúde mental como um bem coletivo, e, de mesmo modo, façam clara oposição aos interesses mercadológicos que, de um lado criam uma massa de desviantes, e de outro, impedem que aqueles que precisam de cuidados em saúde mental, o tenham.

Yamamoto nos convida a refletir que mesmo negando a possibilidade de ação de uma categoria profissional ser o eixo de uma transformação estrutural, “[...] as possibilidades de ação do profissional de psicologia rumo a práticas diferenciadas também devem ser colocadas no contexto do papel do intelectual numa sociedade contraditória” (Yamamoto, 2006, pp.35-36). Considera como importante desafio para o psicólogo:

[...] ampliar os limites da dimensão política de sua ação profissional, tanto pelo alinhamento com os setores progressistas da sociedade civil, fundamental na correlação de forças da qual resultam eventuais avanços no campo das políticas sociais, quanto pelo desenvolvimento, no campo acadêmico, de outras possibilidades teórico-técnicas, inspiradas em outras vertentes teórico metodológicas que as hegemônicas da Psicologia. (Yamamoto, 2007, pp. 35-36)

Sabendo da complexidade do fenômeno do suicídio, é importante destacar que existem esforços e limitações na busca do homem em compreender determinada situação. Conosco não foi diferente! Pensando na totalidade desse fenômeno, talvez não encontramos e não demos respostas a todas as reflexões propostas durante esse trabalho, por mais que tenhamos nos debruçado sobre tantas particularidades que o compõem. Essa nossa limitação abre caminhos

para que continuemos pesquisando sobre a temática e, principalmente, sobre uma compreensão ampliada em saúde mental que considere a determinação social do processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, W. M. J. (2001). A pesquisa em psicologia sócio-histórica: contribuições para o debate metodológico. In A. M. B. Bock, M. G. M. Gonçalves, O. Furtado (Orgs). *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia* (vol. 5, pp. 129-140). São Paulo: Cortez.
- Aguiar, W. M. J., Liebesny, B., Marchesan, E. C., & Sanchez, S. G. (2009). Reflexões sobre sentido e significado. In A. M. B. Bock & M. G. Gonçalves (Orgs). *A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica* (pp.54-72). São Paulo: Cortez.
- Aguiar, W. M. J., & Ozella, S. (2006). Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia: ciência e profissão*, 26 (2), 222-245.
- Aguiar, W. M. J., & Ozella, S. (2013). Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 94 (236), 299-322.
- Aguiar, W. M. J., Soares, J. R., & Machado, V. C. (2015). Núcleos de significação: uma proposta histórico-dialética de apreensão das significações. *Cadernos de pesquisa*, 45 (155), 56-75.
- Almeida, M. R. D. (2018). *A Formação social dos transtornos do humor*. [Tese de Doutorado em Saúde Coletiva]. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Unesp, Assis, São Paulo.
- Almeida, M. R. D. (2020). Os transtornos do humor: luz da teoria da determinação social do processo de saúde-doença e da psicologia histórico-social. In A. F. Franco, S. C. & Tuleski, F. W. Mendonça. *Ser ou não ser na sociedade capitalista: o materialismo histórico-dialético como método da psicologia histórico-cultural e da teoria da determinação social dos processos de saúde e doença* (pp. 192-200). Editora Philos.
- Alves, A. P. (2021) A mediação emocional na gênese do psiquismo e sua relevância na psicologia sócio-histórica. Pesquisa e intervenção em psicologia sócio-histórica: temas emergentes e práticas contemporâneas. In A. M. P. Alves, E. J. Zaniani & R. H. de Moura (Orgs). *Pesquisa e Intervenção em Psicologia Sócio-Histórica: temas emergentes e práticas contemporâneas*. Paranaíba. No prelo.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Fiocruz.
- Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP]. (2014). *Suicídio: informando para prevenir*, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP.
- Berenchtein Netto, N. & dos Santos Souza, T. M. (2015). Adolescência, educação e suicídio: uma análise a partir da psicologia histórico-cultural. *Nuances: estudos sobre Educação*, 26 (1), 163-195.
- Berenchtein Netto, N. (2007). *Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético*. São Paulo: Editora PUC.
- Berenchtein Netto, N. (2012). *Educação, saberes psicológicos e morte voluntária: fundamentos para a compreensão da morte de si no Brasil colonial*. [Tese de Doutorado em Psicologia]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

- Berenchtein Netto, N. (2013). Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In Conselho Federal de Psicologia [CFP] (Org.): *O suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Berenchtein Netto, N. B. & Carvalho, B. P. (2018). Contribuições da psicologia histórico-cultural para compreensão da morte em si. In: F. Marquetti (Org.). *Suicídio: Escutas do silêncio* (pp. 23-61). São Paulo: Editora Unifesp.
- Birman, J. & Costa, J. F. (1994). Organização de instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In P. Amarante (Org.). *Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica* (pp. 41-72). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bock, A. M. B. (2004). A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. *Cadernos Cedes*, 24 (62), 26-43.
- Bock, A. M. B., Furtado O. & Teixeira, M. (2018). *Psicologias: Uma Introdução ao estudo de Psicologia*. (15ª ed.), São Paulo: Editora Saraiva.
- Braga, L. D. L. (2011). *Exposição à violência e comportamento suicida em adolescentes de diferentes contextos*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Presidência da República. Casa Civil. *Diário Oficial da União*: Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2005). *Código de Ética profissional do psicólogo*. XIII Plenário do Conselho Federal de Psicologia. Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2011). *Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do decreto 7.508/2011*. Recuperado em 9 abr. 2021, de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/redepsicosociaisfinal1.pdf>
- Corbelo, L. G. (2019). *Vivência e gênero a partir da psicologia histórico cultural: primeiras aproximações*. 2019. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*, 1, 13-44.
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2010). Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In E. Lauridsen-Ribeiro, O. Y. Tanaka, (Orgs.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp. 271-279). São Paulo: Editora Hucitec.
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27 (1), 17-40.

- Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev bras psiquiatr*, 30 (4), 390-8.
- Dalla Vecchia, M., & Martins, S. T. F. (2006). *O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica*. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 159-168.
- Delari Jr, A. (2009). *Vigotski e a prática do psicólogo: em percurso da psicologia geral à aplicada*. Umuarama: Mimeo.
- Delari Jr, A. (2000). *Consciência e linguagem em Vygotsky: aproximações ao debate sobre a subjetividade*. [Dissertação de Mestrado em Educação], Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.
- Dias, I. P. (2018). *Vivendo no piloto automático: compreensão fenomenológico-existencial das tentativas de suicídio na adolescência*. [Mestrado em Psicologia]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Engels, F. (2009). *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. Clube de Autores. Trabalho original publicado em 1884.
- Escola de Saúde Pública do Paraná [ESPP]. (2019). *Prevenção do suicídio*. [Aula: Modulo 1]. Governo do Estado do Paraná.
- Fairbairn, G. J. (1999). *Reflexos em torno do suicídio: a linguagem e a ética do dano pessoal*. São Paulo: Paulus.
- Faria, A. C. G. M. (2014). *Suicídio na adolescência*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia]. Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
- Ferreira Neto, J. L. (2011). Psicologia no SUS: dos impasses e das possibilidades. In: J. L. Ferreira Neto (Org.). *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS* (pp. 97-129). São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. M. (1991). *Matrizes do pensamento psicológico*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Freitas, M. T. D. A. (2002). A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. *Cadernos de pesquisa*, (116), 21-39.
- Gomes, R. M. (2020). Determinação social do processo saúde-doença: alguns elementos conceituais. In A. F. Franco, S. C. & Tuleski, F. W. Mendonça (Orgs). *Ser ou não ser na sociedade capitalista: o materialismo histórico-dialético como método da psicologia histórico-cultural e da teoria da determinação social dos processos de saúde e doença* (pp. 149-162). Goiânia-GO
- Gonçalves, M. D. G. M. (2005). O método de pesquisa materialista histórico e dialético. In A. A Abrantes, N. R. Silva & S. T. F Martins (Orgs). *Método histórico-social na psicologia social* (pp. 86-104). Rio de Janeiro: Editora Vozes.

- Guimarães, E. D. A. F. (2018). *As representações sociais de profissionais de urgência e emergência sobre o suicídio infantil*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia]. Universidade Federal do Amazonas, Manaus.
- Guzzo, R. S., & Lacerda Jr, F. (2007). Fortalecimento em tempo de sofrimento: reflexões sobre o trabalho do psicólogo e a realidade brasileira. *Revista Interamericana de Psicologia*, 41 (2), 231-240.
- Henrique, V. V. D. C. (2017). *Vínculo a pais e pares e comportamento suicida em adolescentes*. [Tese de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura]. Universidade de Brasília, Brasília.
- Herênio, A. C. B. (2016). *Autoextermínio na Adolescência: Um Estudo Sobre Ideação, Tentativa e Suicídio entre Adolescentes da Cidade de Goiânia*. [Tese de Doutorado em Psicologia]. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás.
- Hillesheim, B., & de Fátim Guareschi, N. M. (2007). *De que infância nos fala a psicologia do desenvolvimento? Algumas reflexões*. Psicologia da Educação. Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Psicologia da Educação. ISSN 2175-3520, (25).
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019) *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Recuperado em 10 abr. 2020, de <https://url.gratis/7vNCg>
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Estimativa populacional 2020* IBGE. Recuperado em 10 set. 2020, de https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2020/estimativa_dou_2020.pdf
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2019). *Atlas da Violência*. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília, Rio de Janeiro: IPEA.
- Kahhale, E. M. S. P., & Rosa, E. Z. (2009). A construção de um saber crítico em psicologia. In A. M. B. Bock & M. G. Gonçalves (Orgs). *A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica* (pp. 19-53). São Paulo: Cortez.
- Kahhale, E. & Montreozol, J. A (2019). *Clínica Na Psicologia Sócio-Histórica: Uma Abordagem Dialética*. In G. Toassa, T. M. C. Souza, & J. S. Rodrigues (Orgs). *Psicologia sócio-histórica e desigualdade social: do pensamento práxis* (pp. 191-212). Goiânia: Editora da Imprensa Universitária.
- Lacerda, F. (2016). Marxismo e Psicologia: Notas críticas sobre epistemologismo, emancipação e historicidade. In I. F. Oliveira, I. L. Paiva, A. L. F. Costa, K. Amorim & F. Coelho-Lima. (Orgs). *Marx Hoje: Pesquisa e transformação social*. (vol. 1, pp. 255-276). São Paulo: Outras Expressões.
- Leal, Z. F. R. G. & Mascagna, G. C. (2016). Adolescência: trabalho, educação e formação omnilateral. In A. M. Martins, A. A. Abrantes & M. G. D. Facci (Orgs). *Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice*. Campinas, SP: Autores Associados

Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Presidência da República, Diário Oficial da União: Brasília.

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República, Diário Oficial da União: Brasília.

Lei nº 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 nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Presidência da República, Diário Oficial da União: Brasília.

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República, Diário Oficial da União: Brasília.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, Diário Oficial da União: Brasília.

Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Presidência da República, Diário Oficial da União: Brasília.

Leontiev, A. (1978). *O desenvolvimento do psiquismo*. Livros Lisboa Horizonte.

Lessa, S. (2012). *Abaixo a família monogâmica!* São Paulo: Instituto Lukács.

Lima, D., Bomfim, Z., & Pascual, J. (2017). Emoção nas veredas da Psicologia Social: reminiscências na filosofia e psicologia histórico-cultural. *Psicologia Argumento*, 27 (58), 231-240.

Lukacs, G. (1978). *Introdução a uma teoria da estética Marxista*. Civilização brasileira.

Martín-Baró, I. (1996). O papel do psicólogo. *Estudos de psicologia*, 2 (1), 7-27.

Martins, L. M. (2013). *O desenvolvimento do psiquismo e a educação escolar: contribuições à luz da psicologia histórico-cultural e da pedagogia histórico-crítica*. [Tese de Doutorado] Faculdade de Ciências. Universidade Estadual Paulista Júlia de Mesquita Filho, Bauru.

Marx, K. (2006). *Sobre o suicídio*. Boitempo Editorial. (Trabalho original publicado em 1883).

Marx, K. (2008). *Contribuição à Crítica da Economia Política*. São Paulo, SP: Expressão Popular. (Trabalho original publicado em 1859).

Marx, K., & Engels, F. (2007). *A ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo. (Trabalho original publicado em 1846).

- Mascagna, G. C. (2009). *Adolescência: Compreensão histórica a partir da escola de Vigotski* [Dissertação de Mestrado em Psicologia]. Universidade Estadual de Maringá, Maringá.
- Medeiros, F. P. (2017). *Vivência de adolescentes da escolha da profissão: um estudo da perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural*. [Dissertação de Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Mendonça, F. W., Sherer, C. A., Coelho, R. T., Tuleski, S. C., Franco, A. F., & Ferracioli, M. U., et al. (2019). O problema da medicalização na faixa etária de 0 a 10 anos: correlação de dados nos municípios de Rio Bom, Ponta Grossa, Cambé e Cascavel. In *O lado sombrio da medicalização da infância: possibilidades de enfretamento*. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Ministério da Saúde (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2013). *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2017b). *Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2014a). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2014b). *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2017a). *Saber, agir e prevenir*. Boletim Epidemiológico, v. 48, n. 30. Recuperado em 9 dez. 2020, de: http://portalquivos2.saude.gov.br/images/campanhas/Prevencao_do_suicidio_2017/folheto_Suicidio_PublicoGeral_150x210.pdf.
- Ministério da Saúde. (2018). *Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio* [documento eletrônico]. Recuperado em 9 abr. 2020, de: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>.
- Minois, G. (2018). *História do suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária*. São Paulo: Editora Unesp.
- Mioto, R. C. T. (2004). *Que família é essa*. Trabalho com famílias: textos de apoio, 2. Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado em 17 mar. 2020, de <http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/trabalho-com-familia-e-servico-social.pdf>.

- Moncorvo Filho, A. (1930). Suicídio de menores. In *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Commercio, anno III, n. 5.
- Moreira, M. C. (2013). *Determinação social da saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira*. [Dissertação de Mestrado em Serviço Social]. Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Navasconi, P.V.P. (2019). *Vida, adoecimento e suicídio: racismo na produção do conhecimento sobre jovens negros/as LGBTTIs*. Belo Horizonte: Letramento.
- Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, de 28 de janeiro de 2020*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família.
- Oliveira, B. (2005). A dialética do singular-particular-universal. In: A. A. Abrantes, N. R. da Silva & S. T. F. Martins. (Orgs). *Método Histórico-Social na Psicologia Social*. (pp. 25-51). São Paulo: Vozes. ISBN 853263129-0.
- Ozella, S., & Aguiar, W. M. J. D. (2008). Desmistificando a concepção de adolescência. *Cadernos de pesquisa*, 38 (133), 97-125.
- Pandita-Pereira, A. (2016). *A constituição de motivos para as atividades escolares em jovens estudantes do Ensino Técnico integrado ao Ensino Médio*. [Tese de Doutorado em Educação]. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Pasqualini, J. C. (2013). Periodização do desenvolvimento psíquico à luz da escola de Vigotski: a teoria histórico-cultural do desenvolvimento infantil e suas implicações pedagógicas. In *Infância e pedagogia histórico-crítica* (pp. 71-98). Campinas: Autores Associados.
- Patto, M. H. S. (1987). *Psicologia e ideologia: uma introdução crítica à psicologia escolar*. São Paulo: T. A. Queiroz.
- Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília-DF.
- Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006*. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília-DF.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília-DF.
- Reis, J. R. T. (1984). Família, emoção e ideologia. In S. T. M Lane, & W. Codo. *Psicologia social: o homem em movimento* (pp. 99-124). Brasiliense.
- Ribeiro, P. R. M. (2006). História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. *Psicologia em estudo*, 11 (1), 29-38.

- Rosa, E. Z. (2016). *Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial: o papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social*. 2016. 380f. Tese. Doutorado em Psicologia: Psicologia Social - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo
- Secretaria de Saúde (2015). *Linha-Guia de atenção à saúde mental do município de Maringá*. Secretaria de Saúde do Município de Maringá. Paraná. Maringá: SESA.
- Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. (2014). *Nota Informativa da CGDANT/MS sobre a Notificação de Violência e a Portaria 1271/2014*. Recuperado em 10 dez. 2020, de: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/NotaInformativa_NotificViolenciaSINAN5_0ePort_1271.pdf.
- Silva Costa, D. S. (2010). *Ato suicida na infância: do acidental ao ato*. [Mestrado em Psicologia]. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Souza, T. M. D. S. (2006). *Emoções e capital: as mulheres no novo padrão de acumulação capitalista*. [Tese de Doutorado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Szasz, T. (1979). *O Mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Tavares, M. da Silva A. (2013). Suicídio: o luto dos sobreviventes. Conselho Federal de Psicologia (Org.). *O Suicídio e os Desafios para a Psicologia* (1ed., pp. 45-58). CFP.
- Velásquez, B. M. B. (2017). *Vivências socioafetivas de famílias que sofreram morte por suicídio de membro jovem em no bairro Petrópolis-Manaus*. [Tese de Doutorado em Psicologia]. Universidade Federal do Amazonas, Natal.
- Viapiana, V. N., Gomes, R. M., & Albuquerque, G. S. C. D. (2018). Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde em debate*, 42, 175-186.
- Vieira, B. M. B. (2019). *Medicando meninos e meninas: uma leitura histórico-cultural das relações de gênero no TDAH na infância*. 2019. Dissertação. Mestrado em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá.
- Vigotski, L. S. (2006). *Obras Escogidas IV*. Psicología Infantil. Machado Grupo de Distribución. (Trabalho original publicado em 1991).
- Vigotski, L. S. (1999). *Imaginación y creación em la edad infantil*. La Habana. Pueblo y Educación. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1934).
- Vigotski, L. S. (1999). O método instrumental em psicologia. In L. S. Vigotski. *Teoria e método em psicologia*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1930).
- Vigotski, L. S. (1999). O significado histórico da crise da psicologia. In L. S. Vigotski. *Teoria e método em psicologia*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1927).

Yamamoto, O. H. (2007). Políticas sociais, “terceiro setor” e compromisso social’: perspectivas e limites do trabalho do Psicólogo. *Psicologia & Sociedade*, 19 (1), 30-37.

Zaniani, E. J. M. (2018). Infância(s) e adolescência(s): uma leitura sócio-histórica. In A. S Silva, (Org.). *Cadernos de socioeducação: fundamentos da socioeducação*. Curitiba: Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos, 15-30.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (NÃO VALIDADA)

- Como você compreende o suicídio na adolescência?
- Você atribui o suicídio infantojuvenil a alguma ou algumas causas? Quais?
- Você acredita que a Psicologia tem algo a contribuir para o enfrentamento do fenômeno do suicídio na adolescência?
- Como você acredita que um adolescente com histórico de tentativa de suicídio precisa de cuidado em saúde mental? Como deve ser esse cuidado?
- Como deve ser o enfrentamento do fenômeno do suicídio na adolescência?
- Já participou de capacitação/curso específico sobre Suicídio?
- Quando você atendeu, realizou alguma notificação?
- Já participou de capacitação para notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada A PSICOLOGIA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL À TENTATIVA DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA do Programa de Pós-graduação em Psicologia - PPI da Universidade Estadual de Maringá. A pesquisa é realizada pela discente Raíssa Paschoalin Palmieri e é orientada pela professora Dr^a Ednéia José Martins Zaniani da instituição citada. O objetivo da pesquisa é refletir sobre o cuidado em saúde mental ofertado à adolescentes que tentaram o ato suicida na adolescência. Para tanto, partiremos do trabalho de profissionais da Psicologia que atuam na rede pública de saúde, bem como dos que atuam em consultórios particulares na cidade de Maringá-PR e que já atenderam/cuidaram de adolescentes que tentaram suicídio. Sua participação é muito importante, e se daria da seguinte forma: após aceitar participar, indicado pela assinatura no presente termo, serão feitas perguntas sobre o suicídio e o cuidado ofertado ao público adolescente e suas concepções acerca desse tema. Informamos que evitaremos riscos e desconfortos, porém caso durante a pesquisa ocorra algum desconforto, caso não se sinta à vontade, é possível interromper o processo de entrevista. Gostaríamos de esclarecer que sua

participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. No caso de eventual despesa ou dano, assumiremos a responsabilidade de ressarcimento e/ou indenização. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. As entrevistas semiestruturada (não validada), serão gravadas e transcritas e o material será arquivado sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora durante 5 (cinco) anos. Os benefícios esperados são a ampliação da produção acadêmica acerca do tema, uma vez que além de escassos, não partem de uma visão sócio-histórica, bem como esperamos contribuir para discussões e futuras pesquisas sobre o suicídio e a construção do cuidado em Saúde Mental ao público infantojuvenil. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu, _____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Profa. Dra. Ednéia José Martins Zaniani.

_____ Data: _____

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Raíssa Paschoalin Palmieri, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data: _____ Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo: Nome: Raíssa Paschoalin Palmieri
Endereço: xxxxx, xxxx, xxxx.
CEP xxxxxxxx, Maringá – PR. Cel: (44) xxxxxxxxx
E-mail: raissa.palmieri@hotmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:
COPEP/UEM
Universidade Estadual de Maringá.
Av. Colombo, 5790. UEM-PPG-sala 4.
CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3011-4444
E-mail: copep@uem.br