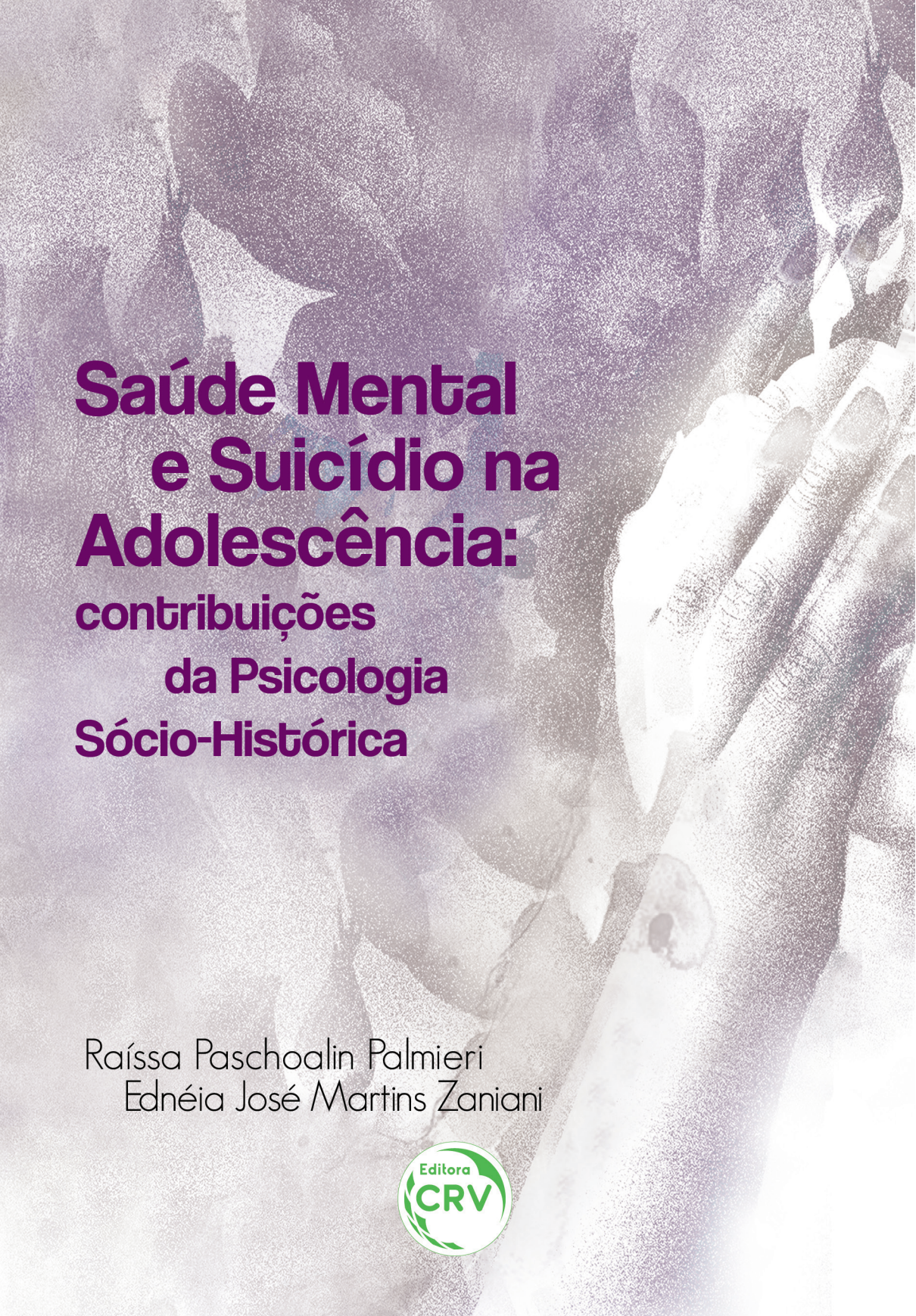




Saúde Mental e Suicídio na Adolescência:

**contribuições
da Psicologia
Sócio-Histórica**

Raíssa Paschoalin Palmieri
Ednéia José Martins Zaniani



Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Raíssa Paschoalin Palmieri
Ednéia José Martins Zaniani

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

SAÚDE MENTAL
E SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA:
contribuições da Psicologia Sócio-Histórica

Editora CRV
Curitiba – Brasil
2022

Copyright © da Editora CRV Ltda.
Editor-chefe: Railson Moura
Diagramação e Capa: Designers da Editora CRV
Imagem de Capa: tsukiko-kiyomidzu/Pixabay; rawpixel.com/Freepik
Revisão: Francisco Silveira e Maria Dolores Machado

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
CATALOGAÇÃO NA FONTE

Bibliotecária responsável: Luzenira Alves dos Santos CRB9/1506

P153

Saúde Mental e suicídio na adolescência: contribuições da Psicologia Sócio-Histórica /
Raíssa Paschoalin Palmieri, Ednéia José Martins Zaniani – Curitiba : CRV: 2022.
178 p.

Bibliografia

ISBN Digital 978-65-251-3015-6

ISBN Físico 978-65-251-3014-9

DOI 10.24824/978652513014.9

1. Psicologia 2. Saúde Mental – Adolescência 3. Suicídio 4. Psicologia Sócio-Histórica
5. Atuação Psicólogo I. Palmieri, Raíssa Paschoalin I. Zaniani, Ednéia José Martins II. Título
III. Série

2022- 27737

CDD 155.5
CDU 159.922.8

Índice para catálogo sistemático

1. Psicologia do adolescente – 159.922.8

ESTA OBRA TAMBÉM SE ENCONTRA DISPONÍVEL EM FORMATO DIGITAL.
CONHEÇA E BAIXE NOSSO APLICATIVO!



2022

Foi feito o depósito legal conf. Lei 10.994 de 14/12/2004
Proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem autorização da Editora CRV
Todos os direitos desta edição reservados pela: Editora CRV
Tel.: (41) 3039-6418 – E-mail: sac@editoracrv.com.br
Conheça os nossos lançamentos: www.editoracrv.com.br

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Conselho Editorial:

Aldira Guimarães Duarte Domínguez (UNB)
 Andréia da Silva Quintanilha Sousa (UNIR/UFRN)
 Anselmo Alencar Colares (UFOPA)
 Antônio Pereira Gaio Júnior (UFRRJ)
 Carlos Alberto Vilar Estêvão (UMINHO – PT)
 Carlos Federico Domínguez Avila (Unieuro)
 Carmen Tereza Velanga (UNIR)
 Celso Conti (UFSCar)
 Cesar Gerónimo Tello (Univer .Nacional
 Três de Febrero – Argentina)
 Eduardo Fernandes Barbosa (UFMG)
 Elíone Maria Nogueira Diogenes (UFAL)
 Elizeu Clementino de Souza (UNEB)
 Êlsio José Corá (UFS)
 Fernando Antônio Gonçalves Alcoforado (IPB)
 Francisco Carlos Duarte (PUC-PR)
 Gloria Fariñas León (Universidade
 de La Havana – Cuba)
 Guillermo Arias Beatón (Universidade
 de La Havana – Cuba)
 Helmuth Krüger (UCP)
 Jailson Alves dos Santos (UFRJ)
 João Adalberto Campato Junior (UNESP)
 Josania Portela (UFPI)
 Leonel Severo Rocha (UNISINOS)
 Lídia de Oliveira Xavier (UNIEURO)
 Lourdes Helena da Silva (UFV)
 Marcelo Paixão (UFRJ e UTexas – US)
 Maria Cristina dos Santos Bezerra (UFSCar)
 Maria de Lourdes Pinto de Almeida (UNOESC)
 Maria Lília Imbiriba Sousa Colares (UFOPA)
 Paulo Romualdo Hernandes (UNIFAL-MG)
 Renato Francisco dos Santos Paula (UFG)
 Rodrigo Pratte-Santos (UFES)
 Sérgio Nunes de Jesus (IFRO)
 Simone Rodrigues Pinto (UNB)
 Solange Helena Ximenes-Rocha (UFOPA)
 Sydione Santos (UEPG)
 Tadeu Oliver Gonçalves (UFPA)
 Tania Suely Azevedo Brasileiro (UFOPA)

Comitê Científico:

Andrea Vieira Zanella (UFSC)
 Christiane Carrijo Eckhardt Mouammar (UNESP)
 Edna Lúcia Tinoco Ponciano (UERJ)
 Edson Olivari de Castro (UNESP)
 Érico Bruno Viana Campos (UNESP)
 Fauston Negreiros (UFPI)
 Francisco Nilton Gomes Oliveira (UFMS)
 Helmuth Krüger (UCP)
 Ilana Mountian (Manchester Metropolitan
 University, MMU, Grã-Bretanha)
 Jacqueline de Oliveira Moreira (PUC-SP)
 Marcelo Porto (UEG)
 Marcia Alves Tassinari (USU)
 Maria Alves de Toledo Bruns (FFCLRP)
 Mariana Lopez Teixeira (UFSC)
 Monilly Ramos Araujo Melo (UFCG)
 Olga Ceciliato Mattioli (ASSIS/UNESP)
 Regina Célia Faria Amaro Giora (MACKENZIE)
 Virginia Kastrup (UFRJ)

Este livro passou por avaliação e aprovação às cegas de dois ou mais pareceristas *ad hoc*.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
PREFÁCIO	17
<i>Elisa Zaneratto Rosa</i>	
CAPÍTULO I PSICOLOGIA, CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO E HISTORICIDADE.....	21
CAPÍTULO II A ADOLESCÊNCIA E A EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença e da lógica psicossocial	37
CAPÍTULO III SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: da historicidade do fenômeno aos desafios da contemporaneidade.....	71
CAPÍTULO IV COMPARTILHANDO RESULTADOS DA PESQUISA.....	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
REFERÊNCIAS	163
ÍNDICE REMISSIVO	175
SOBRE AS AUTORAS	177

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

A publicação dessa obra foi financiada integralmente com recursos do Programa de Apoio à Pós-Graduação — PROAP — CAPES, destinados ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia — PPI-UEM. A versão digital da obra pode ser acessada gratuitamente pelo *site* da editora.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

APRESENTAÇÃO

Esse livro coloca em tela os resultados da pesquisa de mestrado da primeira autora, orientado pela segunda, intitulado *A Psicologia e o cuidado em saúde mental à tentativa de suicídio na adolescência*, defendida em abril de 2021, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM – Maringá-PR. Nasceu de nosso interesse, enquanto profissionais e pesquisadoras, em compreender mais amplamente o fenômeno do suicídio na adolescência¹, considerando que são poucos os estudos que se debruçam sobre essa interface, tomando-a em uma perspectiva mais crítica.

Tanto a formação acadêmica quanto a prática clínica, nossas experiências sinalizavam para a importância de construirmos fundamentos teórico-práticos que mediassem a compreensão e o manejo desse fenômeno, comumente interpretado como ato exclusivo da vontade individual, sem qualquer determinação histórica e social. Os estudos acadêmicos sobre o tema a que tínhamos acesso nos confirmavam que o suicídio era apresentado como determinado pelo funcionamento biológico do organismo, ligado às experiências privadas do sujeito e explicado independente das condições materiais de sua existência e das relações estabelecidas com o mundo. Essa compreensão naturalizada nos fazia perguntar sobre como o profissional da psicologia compreendia e trabalhava com o fenômeno do suicídio, sobretudo com aqueles que fizeram a tentativa de suicídio e demandavam, por essa razão, cuidados em saúde mental.

Valendo-nos das contribuições da psicologia sócio-histórica,² que se orienta teórica e metodologicamente pelo materialismo histórico-dialético, nosso objetivo é superar o psicologismo tão presente nos estudos e debates sobre o tema. Segundo Berencheim Netto (2013) 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). Nesse sentido, lembra-nos o autor, é preciso localizar o suicídio dentro dessa sociedade que é pautada na exploração, na opressão, nas desigualdades, na competitividade e no individualismo.

- 1 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). Optamos por utilizar a faixa etária estabelecida pela OMS porque essa é usada como referência para os serviços de saúde.
- 2 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 foi difundida especialmente a partir dos trabalhos de Sílvia Lane e continuada por seu grupo de pesquisa na PUC-SP. Inclui além das contribuições da escola russa de Vigotsky, as de autores da psicologia social que comungam de uma visão crítica de homem e de mundo e que compartilham dessa mesma base teórico-metodológica.

Recentemente o fenômeno do suicídio na adolescência acirrou discussões entre os profissionais da área da saúde na última década. Especialmente após o lançamento do seriado *13 Reasons Why* (Por Treze Razões)³, o fenômeno ganhou ainda mais destaque pelas críticas que recebeu, sobretudo, ao expor em um dos episódios, o ato suicida da personagem principal, a adolescente Hanna. Estudos e análises foram realizados nos Estados Unidos sobre o possível impacto dessa cena no público jovem, sendo divulgados pelo jornal americano *The Wall Street Journal*, no ano de 2019. A Netflix⁴ removeu esse episódio da primeira temporada por conta das dúvidas que giravam em torno do risco de sugestionar e levar ao aumento do número de suicídios entre adolescentes.

Sobre o número de suicídios no mundo, o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2017a), utilizando dados da OMS, aponta que ocorrem cerca 800.000 mortes a cada ano no mundo. Ademais, argumenta que, para cada suicídio notificado, existiriam outras 20 tentativas invisibilizadas. A OMS apresenta em seus dados alto índice de suicídio em pessoas com mais de 60 anos, mas considera que as taxas entre os jovens de 15 e 25 anos têm crescido muito nos últimos anos (Berenchtein Netto & Souza, 2015). Tais afirmativas ganham eco e acabam produzindo demanda para a construção de políticas de saúde mental voltadas à população infantojuvenil.

No Brasil, a soma dos ideários do Sistema Único de Saúde – SUS, do Movimento da Reforma Psiquiátrica e da lógica da Atenção Psicossocial⁵ que dele deriva, tem contribuído para a construção de um modo antimanicomial de cuidados em saúde mental: em liberdade, continuado, no território, tecido por uma equipe interdisciplinar e compartilhado com toda uma rede intersetorial.

O que estamos nomeando aqui como ‘cuidado’ em saúde mental?

A lógica psicossocial nos ensina que cuidar “(...) é mais que construir um objeto e intervir sobre ele, é na verdade, ser capaz de acolher, dialogar, produzir novas subjetividades, exercitar a capacidade crítica, transformar criativamente os modos de ver, sentir, pensar, já estabelecidos”. (Ballarin, Carvalho & Ferigato, 2009, p. 222-223). Em outras palavras, cuidar em saúde mental não se resume a certas técnicas e meios que se propõem tratar e extinguir a doença, mas a comprometer-se, implicar-se na relação com o outro (Yasui, 2010).

3 *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.

4 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.

5 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).

A lógica psicossocial nos ensina que na relação com aquele que sofre psiquicamente, o objetivo do cuidado em saúde mental precisa ser a produção de saúde, de vida e de novas formas de sociabilidade. O foco do cuidado precisa deixar de ser a doença para ser a existência-sofrimento. Descarta-se a busca pela cura entendendo que cuidar é ocupar-se “de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana que alimenta este sofrimento” (Rotelli, Leornardis & Mauri, 2001, p. 33).

Assim, para refletir e analisar o cuidado em saúde mental voltado aos adolescentes que fizeram tentativa de suicídio nos valem das contribuições da lógica da atenção psicossocial porque acreditamos que seu ideário socializador pode contribuir expressivamente para avançarmos na luta por uma práxis mais ampla e integral. Ademais, compreendemos que essas contribuições podem também reverberar positivamente sobre a atuação do psicólogo, seja essa em qual campo for.

A complexidade do fenômeno do suicídio exigiu que olhássemos para algumas particularidades da existência-sofrimento na adolescência. Contudo, não foi nossa intenção discutir, na sua acepção psiquiátrica, os denominados transtornos mentais considerados comuns a esse período do desenvolvimento humano. No entanto, refletimos sobre o mal-estar, o desconforto e o sofrimento psíquico que perpassam a experiência de alguns adolescentes na atualidade.

Buscamos uma concepção ampliada do processo saúde-doença e a encontramos na abordagem teórico-conceitual da determinação social do processo saúde-doença⁶, que considera seu nexos biopsíquico e entende que diferentes expressões de sofrimento são determinadas “(...) 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)

Não negamos que o enfrentamento do suicídio demanda estratégias coletivas diversas, que precisam articular ações de prevenção, cuidado e posvenção⁷, extrapolando os limites da atuação do psicólogo, da política pública de saúde e de saúde mental. Entretanto, acreditamos que refletir sobre o cuidado em saúde mental que vem sendo ofertado, tomando como exemplo a prática do profissional da psicologia, pode contribuir com a construção de um

6 Fundamentada igualmente no materialismo histórico-dialético, a abordagem da determinação social do processo saúde-doença foi base de parte do pensamento crítico da saúde coletiva brasileira que alimentou o movimento da Reforma Sanitária e que culminou na criação do SUS.

7 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).

conhecimento mais crítico e de uma práxis mais ética e comprometida com aqueles que experienciam tanto sofrimento.

Tomamos como 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 tivessem atendido/cuidado de adolescentes com essa demanda. Desenvolvemos uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e de campo, investigando o sentido do ato suicida para psicólogos que trabalham com o público infantojuvenil; compreendendo quais as causas o psicólogo atribuía ou considerava estar relacionadas ao suicídio na adolescência; e, por fim, refletindo sobre o modo como os psicólogos que atuam na rede pública e como profissionais liberais, acreditavam que deveria ser o enfrentamento desse fenômeno na adolescência.

Por meio de uma entrevista semiestruturada mediada por um roteiro disparador dos assuntos abordados, ouvimos dez psicólogos atuantes na rede pública de saúde – em serviços da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (especialmente que trabalhavam nas Unidades Básicas de Saúde, no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi e na Emergência Psiquiátrica), e dez psicólogos trabalhadores autônomos, isto é, que atuavam em clínicas particulares de saúde.

Nossa análise tomou como referência, como relatamos há pouco, as contribuições da lógica da atenção psicossocial para a construção de um modo de cuidar em saúde mental, além da abordagem da determinação do processo saúde-doença e da psicologia sócio-histórica por compartilharem da visão materialista histórico-dialética de homem e de mundo. As pesquisas que optam por essa orientação teórico-metodológica concebem que é preciso “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). E, para organizar a análise, trabalhamos com a metodologia dos *Núcleos de Significação*, proposto por Aguiar e Ozella (2006), para apreender o processo de produção dos sentidos atribuídos pelos psicólogos ao cuidado em saúde mental de adolescentes com histórico de tentativas de suicídio.

No Capítulo I, realizamos apontamentos sobre a psicologia como ciência e profissão a partir do século XIX, enfatizando a visão hegemônica de homem e de mundo que foi sendo produzida, bem como a constituição de uma contra-hegemônica: a concepção sócio-histórica do sujeito e de sua subjetividade. No Capítulo II, discutimos como a adolescência foi sendo entendida em nossa sociedade e o desenvolvimento da subjetividade contraposta pela 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.

No Capítulo III, apresentamos o fenômeno do suicídio, discorrendo sobre como ele tem sido compreendido ao longo da história da humanidade e interpretado dentro da nossa sociedade atual. Abordamos algumas das especificidades das propostas atuais de enfrentamento e cuidado em saúde mental dos sujeitos com histórico de tentativa de suicídio.

No Capítulo IV, compartilhamos resultados da pesquisa de campo e a análise das entrevistas realizadas com os profissionais de psicologia da rede pública e particular da cidade de Maringá-PR. Organizamos a análise em três *Núcleos de Significação*: 1) a compreensão do psicólogo sobre o suicídio e a tentativa de suicídio; 2) o cuidado em saúde mental e o enfrentamento do suicídio e 3) perspectivas e afetos dos psicólogos envolvidos com os atendimentos de tentativas de suicídio. Concluimos, tecendo considerações e apresentando sínteses de alguns dos principais resultados dessa pesquisa.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

PREFÁCIO

No momento em que este livro é produzido, as preocupações com a saúde mental ocupam um lugar de destaque na sociedade brasileira, o que podemos afirmar, que se trata de uma condição sem precedentes na história desse país. É comum ouvirmos, em contextos diversos, que “as pessoas estão sofrendo muito”, que “ninguém está bem”, que “está todo mundo louco ou doente”. Numa leitura mais cuidadosa do fenômeno que subsidia a produção dessas afirmações cotidianas, temos alertas em documentos e relatórios de órgãos oficiais, inclusive internacionais, como é o caso da Organização das Nações Unidas (ONU), que apontam para uma crise de saúde mental. Ao mesmo tempo, pesquisas diversas identificam e precisam o fenômeno, buscando indicadores que permitam caracterizar o possível aumento de casos ou situações de sofrimento psíquico. Por fim, na ponta desse cenário, serviços e trabalhadores da saúde mental enunciam, pela experiência cotidiana, o aumento significativo de demanda por cuidado, ou minimamente da complexidade das situações atendidas. Dentre eles, as psicólogas, que viveram recentemente, diante da pandemia de covid-19, o aumento importante da procura pelo serviço de psicoterapia.

Essa condição de sofrimento não deve, contudo, ser vista de forma uniforme ou geral, como se expressasse um fenômeno natural ou comum aos sujeitos desse tempo. Até mesmo nas manifestações advindas do senso comum, identifica-se o reconhecimento de recortes que demonstram como as pessoas, em função de diferentes condições, são diversamente afetadas. Dentre os recortes, destaca-se a faixa etária e, nesse processo, tem sido uma constante, seja a partir das instituições da educação, da saúde ou da assistência social, a identificação de uma necessária atenção aos adolescentes, que, de formas variadas, apresentam muitas e intensas expressões de sofrimento.

Antes que essa realidade seja imediatamente identificada como decorrência da pandemia anunciada no início do ano de 2020, cujas consequências são inquestionáveis, é preciso afirmá-la como multideterminada e reivindicar sua contextualização de forma longitudinal e complexa. É preciso, antes de tudo, reconhecer que as configurações e conformações da própria pandemia derivam de condições históricas e sociais determinadas, as quais têm relação com a conformação de uma sociedade que vem, há algum tempo, produzindo sofrimento psíquico como dimensão constitutiva da sua realidade. Vivemos numa sociedade que sofre, ou, dito de outra forma, o sofrimento psíquico é um fenômeno social, próprio desse tempo histórico.

Que tempo seria esse produtor de sofrimento? Que condições dessa sociedade se relacionam à condição humana de sofrimento nela gestada? Em uma

palavra, poderíamos dizer que é tempo de barbárie, que é definida como esgotamento das possibilidades civilizatórias no bojo das relações capitalistas de trabalho e produção. Barbárie como esgarçamento das possibilidades de realização e dignidade humana diante da necessidade de recuperação do capital. Barbárie, portanto, como expressão dos limites da crise do capital para as possibilidades de humanização. Diversos autores apresentam, desde uma perspectiva crítica, contribuições para uma leitura em saúde mental que permita o reconhecimento de determinantes sociais e históricos daquilo que fora naturalizado como patologia desde as condições da modernidade. Localizam, portanto, nessas condições a gestação de uma experiência humana própria desse tempo, designada como “doença mental”, a qual caracterizamos como uma condição de sofrimento experimentada como possibilidade de existência humana nas relações sociais em que ela se constitui.

Não cabe aos contornos desse prefácio desenvolver ou apresentar mais detidamente as ideias sistematizadas nas obras desses autores, mas podemos citar pontualmente as contribuições de Franco Basaglia, desde a experiência de Reforma Psiquiátrica, gestada na Itália, na segunda metade do século XX, e a leitura de Ignacio Martín-Baró, produzida desde as condições da guerra de El Salvador no mesmo período. Basaglia identifica a condição da doença mental à miséria, não apenas como miséria material, mas como miséria social, que impede a expressão e realização de necessidades humanas. Martín-Baró, na mesma perspectiva, reivindica uma leitura que reconhece o problema da saúde mental como materialização do caráter humanizador ou alienante das relações sociais e históricas. São referências que contribuem para desvelarmos o sofrimento configurado nesse tempo histórico, lançando luz, na dimensão da particularidade, às mediações que configuram em nosso país impedimentos permanentes a uma condição humana emancipatória.

Um país de desigualdade social intensa, que nega à maior parte da população a mínima condição de existência digna, enquanto uma parcela irrisória desfruta de grande parte da riqueza produzida a partir de relações de exploração. Um país que viu crescer nos últimos anos a condição de pobreza que se desdobra da desigualdade, atingindo números inaceitáveis como retrato da fome de sua população. Um país fundado no genocídio, que atualiza cotidianamente a violência estruturada em determinantes de classe, gênero e raça/etnia. Um país de frágil democracia, assolada no último período por uma política de desmonte e ataque a direitos e à garantia de proteção social sem precedentes em sua história. País da miséria material e social, que nega a possibilidade humanizadora como horizonte da existência de sua gente. É desde essa leitura que se apreende a condição universal do modo de produção capitalista e as mediações de sua particularidade em um país estruturado em

relações coloniais de exploração, que devemos apreender a singularidade das experiências de sofrimento psíquico, muitas e diversas, de nosso tempo.

Nesse contexto, Raíssa Paschoalin Palmieri e Ednéia José Martins Zaniani apresentam, com esse livro, uma obra de fundamental importância. Fruto da sua pesquisa de mestrado da primeira autora, realizado e defendido na Universidade Estadual de Maringá (UEM); ele apresenta para o debate a questão do sofrimento psíquico na adolescência, a partir de uma de suas expressões mais preocupantes na atualidade: o suicídio, cujo aumento na última década, sobretudo entre jovens e adolescentes, foi apontado como preocupação por pesquisas recentes, anunciando uma questão importante de saúde pública. Oferece uma leitura baseada no referencial sócio-histórico em psicologia, o que é essencial para uma perspectiva crítica, capaz combater concepções naturalizantes e patologizantes do fenômeno comumente adotadas.

A psicologia sócio-histórica, apresentada em seus fundamentos teóricos e metodológicos de forma densa e precisa pelas autoras, representa uma perspectiva ancorada no materialismo histórico-dialético que, tomando a historicidade como categoria central, permite uma leitura dos processos a partir de sua produção sob condições sociais determinadas. Assim, combate leituras universalistas da psicologia, reconhecendo os fenômenos sociais como históricos, produto da ação humana diante das condições sociais configuradas a cada contexto. Aponta, nessa medida, para o movimento e a transformação como essência da realidade, movimento esse que se produz historicamente, convocando a um compromisso ético-político em relação às possibilidades de superação e ao horizonte de transformação social com o qual a psicologia, ela própria parte da ação e produção humana, deve estar comprometida.

Com essa perspectiva, a obra assume o desafio de construir uma leitura crítica sobre múltiplas dimensões envolvidas na temática abordada. Apresenta, assim, uma perspectiva sócio-histórica de leitura da adolescência, do sofrimento psíquico e do próprio suicídio. Cada uma dessas dimensões, por si só, apresentadas pela psicologia sócio-histórica, representam uma contribuição essencial ao campo. Essencial porque é inovadora, na medida em que todos esses fenômenos são comumente abordados seguindo perspectivas a-históricas: a adolescência como fase natural e própria do desenvolvimento humano, marcada por crises e conflitos próprios ao processo de desenvolvimento; o sofrimento psíquico como transtorno ou doença mental e o suicídio como sintoma ou decorrência dessa patologia. As autoras problematizam essas leituras, ao apresentar outra compreensão. Nela, buscam as multideterminações constitutivas desses processos, numa perspectiva histórica. São todos eles, portanto, produzidos e constituídos a partir de condições determinadas, sob as quais elas discorrem, e isso possibilita o compromisso com a transformação dessas

condições como projeto e horizonte para as políticas de saúde mental e para a própria psicologia. Tomados em seu conjunto e em suas relações, a leitura crítica sobre esses processos é, então, convite a um reposicionamento radical.

Parte importante desse trabalho é aquela que coloca em análise as concepções relacionadas à atuação da psicologia, possibilitando não apenas o desvelamento de suas determinações, mas o apontamento de outra perspectiva possível à atuação profissional e à pesquisa na área. A construção crítica apresentada pelas autoras é um chamado às profissionais do campo, para que na atenção e cuidado em saúde mental efetivamente contribuam para a transformação das condições que produzem adolescentes em sofrimento intenso, desprotegidos, atônitos diante de um mundo que parece desabar diante de seus olhos e onde não há horizonte de futuro no qual seja possível a realização humana.

Nesse sentido, é preciso ampliar a perspectiva da intervenção psicológica e sua contribuição para as políticas de saúde mental necessárias a esses tempos: compreender o sujeito e sua singularidade por meio da complexidade que define a realidade social e histórica que o produz e que é por ele produzida, em sua trajetória de vida. O sofrimento dos adolescentes é ético-político, na medida em que revela condições sócio-históricas de dominação e opressão. Nessa medida, a construção de outra sociedade, democrática, no sentido pleno da garantia de direitos, é condição de saúde mental e está no horizonte de nossas intervenções. O suicídio, igualmente, não é uma resposta meramente individual. É um caminho e uma possibilidade forjada social e historicamente, que nos compromete com a construção de outros futuros, outras saídas, outros caminhos, como projeto coletivo, com a qual a psicologia deve estar, necessariamente, implicada.

O livro que aqui se apresenta é não só expressão das questões que enfrentamos nesse tempo histórico, mas instrumento de transformação diante delas. Revela uma perspectiva construída coletivamente e nele ecoam muitas vozes que, de diferentes formas, têm assumido o compromisso de fazer da psicologia uma ciência e uma profissão a serviço da transformação social, da garantia de direitos e da emancipação humana. As autoras adensam essas vozes, ao produzirem uma leitura sócio-histórica do suicídio na adolescência, marcando uma posição historicamente importante e convidando-nos a seguir essa (outra) construção, tão importante diante das questões de nosso tempo.

Prof.^a Dr.^a Elisa Zaneratto Rosa
PUC/SP

CAPÍTULO 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).

1.1. Breve percurso histórico da psicologia

A história da psicologia científica teve início entre o final do século XIX e começo do século XX, se afirmando sob o domínio de referências positivistas e do modelo das ciências naturais. Naquele momento, a psicologia nascente submetia-se à necessidade de responder à questão da objetividade para garantir seu *status* como ciência.

Marcada por determinadas condições sócio-históricas concebe o homem como um ser livre, racional e responsável por seus sentimentos – inserido em uma sociedade que o afirmava, mas que ao mesmo tempo, precisava produzir formas de controle para reduzi-lo à condição de instrumento ou objetivá-lo. Essa sociedade, pautada agora no modo de produção capitalista, permitiria a construção de uma nova noção de indivíduo e de privacidade, de vivência e experiência de uma subjetividade individual, como um modo psicológico (Kahhale & Rosa, 2009).

Figueiredo (1991) nos ensina sobre a ambiguidade do lugar de um sujeito concebido como dominador, liberto e reprimido, que passaria a ser reproduzido no plano teórico. Assim, muitas problemáticas humanas passariam a ser abordadas, interpretadas a partir das diferentes teorias psicológicas que vão sendo elaboradas. Nesse sentido, uma visão liberal de homem e de mundo vai sendo referendada pela psicologia, tomando o sujeito como um ser moldado pelo biológico, cujas problemáticas enfrentadas na vida em sociedade são explicadas à margem do contexto histórico e social onde ele se desenvolve.

Rememorando esse momento em que a psicologia ganha o *status* de ciência autônoma no século XIX, observamos que no auge das sociedades industriais capitalistas, demandavam-se saberes capazes de adaptar e racionalizar os homens com vistas ao aumento da produtividade. Com o decorrer dos anos, mediante novas exigências, à psicologia foi sendo impetrada a mensurar

as faculdades mentais por meio de instrumentos como os testes psicológicos de inteligência, de aptidão e personalidade, passíveis de serem aplicados em processos de seleção e orientação escolar e profissional, especialmente nas áreas do trabalho e escolar (Patto, 1987).

Assim, no decurso do século XX, a psicologia precisou fornecer conhecimentos que legitimassem uma prática com aparência científica, quando era mais importante possuir técnicas e exibir o caráter de ciência aplicada do que a eficiência de instrumentos e técnicas na solução de problemas fora do ambiente específico onde fora elaborada e testada, como destaca Figueiredo (1991). Por isso, no curso da história, muitas vezes se denunciou a desvinculação e descompromisso da psicologia com os problemas práticos da vida e o fato de submeter os fenômenos subjetivos aos interesses tecnológicos.

Servindo aos interesses dominantes, o objeto de estudo da psicologia passaria a ser o comportamento, levando-a a reproduzir o dualismo organismo-meio. Submetendo-se às influências dos conceitos da biologia, passava a considerar que o comportamento humano teria suas reações adaptativas e responderia aos estímulos do ambiente. Essa influência abria espaço para ascensão de uma ideologia adaptacionista que norteará a atuação do psicólogo. Essa apropriação de conceitos biológicos pela psicologia, segundo Patto (1987), seria uma forma de mascarar a natureza das relações entre o organismo e o meio natural dentro de uma dada sociedade, ou seja, mascarar 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, nesses termos, em racionalizar e adaptar o comportamento do indivíduo ao meio social.

Também no final do século XIX, a psicologia passou a se dedicar a estudos sobre o desenvolvimento infantil com vistas à essa suposta adaptação. Começou a criar critérios de classificação, comparando o desenvolvimento normal ao patológico “sendo que a própria noção de normalidade surge dessa preocupação com a conduta, buscando torná-la inteligível e administrável” (Hillesheim & Guareschi, 2007, p. 82).

Sem a intenção de dar conta dos meandros dessa história, queremos aqui sinalizar que a psicologia foi, paulatinamente, definindo parâmetros de normalidade e anormalidade, estabelecendo normas para orientar as crianças e os adultos, prometendo moldar suas condutas. A infância passou a ser concebida como uma etapa particular da vida que continha características diferentes das dos adultos e seu processo de normalização teria como referência a infância da classe burguesa, pertencente a uma família nuclear (Hillesheim & Guareschi, 2007).

Em um passado mais recente, recordamos que no Brasil, em 1962, quando a psicologia foi reconhecida oficialmente como profissão, suas áreas de atuação prevalentes eram a clínica de consultório, a organizacional e a escolar. No

lastro do contexto das lutas sociais relacionadas à Reforma Sanitária, que veio a se fortalecer nos anos 1970, e do movimento da Reforma Psiquiátrica, que teve seu início no final dessa mesma década – foi se constituindo um novo espaço de atuação para o psicólogo: a saúde pública. E, a partir da década de 1980, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) observou-se aumento significativo de psicólogos inseridos nesse campo.

Yamamoto e Oliveira (2010) colocam que com a entrada na saúde pública, o psicólogo ampliou seu campo sem necessariamente diversificar suas atividades. Segundo os autores, esse profissional não adentra a saúde pública porque se fez consciente de seu papel, mas em função da “queda nos níveis de emprego e uma diminuição acentuada nos padrões de consumo da classe média – grande consumidora dos serviços psicológicos” (p. 16). A falta de emprego somava-se às discussões acadêmicas acerca da relevância social da profissão, que espera, através da saúde pública, poder ofertar a psicoterapia para os pobres.

A inserção da psicologia no SUS, segundo Ferreira Neto (2011), forneceu importantes contribuições para o sistema e o SUS dará influências importantes para a formação dos psicólogos. Essa inserção escancarou diferenças entre as práticas em consultórios particulares e as desenvolvidas na saúde pública. Dentre elas, o autor cita o contato com as classes populares até então distantes da psicologia clínica, além do contato com outras áreas do conhecimento, que fez com que o psicólogo se deparasse com outros saberes e práticas e trabalhasse em conjunto com outros profissionais da saúde, bem diferente das clínicas particulares, cujo serviço prestado ficava restrito à relação psicólogo-cliente. Ademais, por mais que, em tese, todos os profissionais nesses espaços estivessem em pé de igualdade, o campo da saúde ainda seria hierarquizado e dominado pela categoria médica. Essas seriam algumas das razões que justificavam a insustentabilidade da reprodução do modelo clínico-privado de atendimento na prática dos psicólogos no campo da saúde pública. A esse respeito, Ferreira Netto (2011, p. 107) salienta que foi se tornando cada vez mais necessária e urgente a articulação entre “a prática clínica e o contexto mais ampliado da saúde coletiva”.

Com isso, pretendemos, por ora, apenas mencionar o quão desestabilizador o SUS foi para a psicologia, impelindo-a a repensar seus conhecimentos e seu modelo médico de atuação. Aos poucos, a perspectiva crítica e ampliada de saúde e saúde mental inaugurada pela saúde coletiva e pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, contribuíram para a construção de um novo olhar voltado ao processo saúde-doença⁸. Um olhar que precisa considerar as especificidades do nosso povo.

8 Sobre a construção desse novo olhar para o processo saúde-doença, discutiremos no capítulo II, quando trataremos sobre o sofrimento psíquico na adolescência.

Martín-Baró (1996), ao falar sobre o papel do psicólogo na sociedade latino-americana, destaca a importância de nos atentarmos à situação histórica dos povos e suas necessidades, porque quando não a consideramos, compactuamos com a preservação da ordem social vigente, seus mecanismos de controle e repressão social, impossibilitando um movimento de mudanças e reformas sociais.

Conforme Kahhale e Rosa (2009), a psicologia precisa construir conhecimentos que apreendam a complexidade da constituição do seu objeto de estudo e que vislumbrem e expressem formas de superação da sua naturalização. Entre tais possibilidades, encontra-se a psicologia sócio-histórica, que leva em conta a categoria historicidade para analisar o sujeito e

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).

Essa psicologia defende que precisamos pensar criticamente a realidade e identificar a gênese dos fenômenos humanos e sociais, assim como analisar a história desse sujeito, localizando-a dentro de uma realidade social mais ampla, reconhecendo-o como possuidor de um papel ativo, para, enfim, conseguir desnaturalizar os fenômenos humanos e as teorias psicológicas (Kahhale & Rosa, 2009). Essa criticidade é encontrada em Martín-Baró quando propõe que nós, profissionais da psicologia, pensemos sobre nossa prática e que isso não diz respeito ao que cada um fará com a psicologia, mas que é urgente considerar o “(...) efeito objetivo a atividade psicológica produz em uma determinada sociedade” (Martín-Baró, 1996, p. 13).

Martín-Baró (1996) nos adverte que, muitas vezes, a atenção do profissional está voltada às raízes pessoais das dificuldades, buscando no próprio indivíduo a solução dos problemas e não questionando o contexto sócio-histórico que o produz. Somente quando discutirmos sobre a ausência ou mesmo negação da historicidade na elaboração das teorias psicológicas é que saberemos o quanto essa perspectiva nos impediu de elaborar um saber crítico. Não nos atentamos ao fato de que as leis sociais não são naturais, bem como analisamos apenas o âmbito individual da vida, sem nos preocuparmos com as mediações sócio-históricas e, como consequência, construímos “(...) 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, por fundamentar-se na concepção materialista histórica dialética, 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).

Ao questionar o papel do psicólogo na atualidade é importante retornar às raízes históricas da psicologia, que se limitou em analisar o comportamento do indivíduo ao invés da sua consciência. 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”. À medida que o profissional tem como objetivo os processos da consciência, ele passará a reconhecer o outro como membro de uma coletividade, tal qual

(...) na práxis cotidiana, 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, que objetiva ter uma atuação transformadora, deve levar em conta os valores éticos existentes, que também são construídos historicamente. No percurso dessa construção, tais valores podem ser consolidados ou enfraquecidos, de modo a possibilitar espaço para outros valores e promover a busca permanente da emancipação humana como um desafio histórico, coletivo, e ao mesmo tempo que pessoal, pois prescinde uma forma de atuação do profissional.

Compreendemos que as reflexões realizadas até aqui são importantes para analisarmos posteriormente o cuidado da saúde mental infantojuvenil. As concepções de homem e de mundo do profissional subjazem, atravessam e demarcam as formas de implementar esse cuidado. Assim, a maneira como o profissional compreende esse sujeito, afeta – contribuindo ou prejudicando – a produção de conhecimentos, o desenvolvimento de instrumentos psíquicos e materiais para o enfrentamento da realidade e daquilo que produz, em grande parte, modos de experienciar o sofrimento psíquico.

1.2. A constituição sócio-histórica do sujeito e da sua subjetividade

Considerando as reflexões desenvolvidas anteriormente notamos como a psicologia como ciência e profissão contribuiu para a construção de uma concepção de homem e de mundo acrítica e a-histórica, dicotomizada e naturalizada. Na contramão dessa concepção, abordaremos algumas categorias por meio de uma leitura sócio-histórica, as quais nos auxiliarão na compreensão do desenvolvimento do homem como um ser histórico e social, bem como da constituição da sua subjetividade.

A psicologia sócio-histórica toma a subjetividade como objeto, de modo a considerar sua constituição como um processo complexo e 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, privada, que a subjetividade humana possa aparentar, faz-se necessário destacar que para essa psicologia a constituição subjetiva se faz no encontro com o outro, à medida que o sujeito constrói sua existência no mundo objetivo, ao 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 parece-nos imprescindível. Por categorias entendemos as construções/ideias que carregam o movimento da realidade ou de um fenômeno, suas contradições e historicidade. Além disso, categorias são abstrações que se desenvolvem na realidade e podem orientar a investigação de processos permeados por 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 ocorrem o movimento, as relações, as transformações dos fatos e a necessidade de se ter ferramentas para tanto. 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, informamos que aqui analisaremos as categorias: historicidade; consciência; atividade; linguagem; sentido e significado e, por fim, afetividade.

A historicidade nos auxilia na compreensão da leitura sócio-histórica da subjetividade e de seus processos, pois essa categoria nos permite compreender 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 diferença entre os acontecimentos de ordem natural, social e humana, no tocante ao processo de humanização, e, da mesma maneira, que existe uma complexa relação entre a trajetória humana e a natureza. Logo, 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).

Partindo dessa concepção, 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 histórico e social e, portanto, precisa ser objetivada e apropriada por cada indivíduo singular ao longo de sua vida em sociedade.

Nas palavras de Oliveira (2005), na atuação profissional, a dialética singular-particular-universal deve ser compreendida por meio da problemática em que o psicólogo está trabalhando. Essa dialética nos permite compreender que humanização ocorre a partir da relação indivíduo-sociedade, que se insere em uma relação mais ampla que é a o indivíduo-genericidade, que diz respeito à associação do homem com o gênero humano, abarcando a relação de cada indivíduo singular com as objetivações humanas consolidadas historicamente, passadas 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 de uma das modalidades de intervenção da atuação profissional, podemos destacar o processo terapêutico, quando o trabalho do psicólogo se dá na busca por contribuir com a ampliação do acesso às objetivações humanas. A partir da relação dialética do psicólogo e o sujeito, as objetivações que aos poucos vão sendo apropriadas por esse, propiciam maior compreensão da realidade e de si mesmo. 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, mostrando como tem se dado as relações entre esse sujeito, a sociedade e o gênero humano.

A relação dialética singular-particular-universal nos ajuda a compreender a constituição da subjetividade humana. Também é igualmente relevante destacar que é por meio da atividade humana que a linguagem se desenvolve, sendo vista como o mais importante mediador entre a atividade e o pensamento. Assim, a atividade humana produz a consciência, com sentido e intencionalidade.

Para melhor exemplificar, Kahhale e Rosa (2009) observam como foi modificando a complexificação dos processos humanos por conta da organização social e cultural, as quais envolvem uma linguagem simbólica. Com essa complexificação, se produz um pensamento e a intencionalidade da ação do sujeito, ou seja, ele planeja sua ação, levando em consideração suas experiências anteriores. Nesse movimento, as autoras enfatizam que 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” (p. 33).

Esses fundamentos marxistas confirmam que 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, afirma-se 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, recuperamos Marx e Engels (1846/2007, p. 534) que já haviam destacado 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, o que nomeiam como essência é uma construção do próprio homem moldada a partir das relações sociais que se estabelece na materialidade da vida.

Delari Junior (2000), ao retomar a proposta marxista 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 psicológicas humanas vão ter sua origem no encontro entre os sujeitos. 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 experimentamos no mundo ou em nós mesmos.

Com o intuito de demarcar o papel ativo do homem no seu processo de constituição, Martins (2013), baseando-se em Marx, Vigotski e Leontiev⁹, esclarece que, por meio do desenvolvimento do trabalho, ocorreram 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. Esse feito permitiu o avanço do sistema orgânico a partir da inserção do social no seu desenvolvimento.

A autora destaca que tal processo ocorreu pela via da mediação. Foi a mediação que proporcionou no âmbito social que o homem conseguisse internalizar e potencializar o trabalho teórico e prático, arrolando outras transformações na realidade. Nessa perspectiva, o desenvolvimento psicológico vai se modificando por meio de revoluções e evoluções porque durante o processo de sua constituição ocorrem rupturas, transformações e saltos qualitativos. Ao longo da história da humanidade, por intermédio do trabalho social, o psiquismo humano se desenvolveu, isto é, com o uso das mãos, do cérebro e da linguagem, o córtex cerebral se aperfeiçoou e proporcionou a transformação do ser orgânico em ser social, produzindo, em sequência, sua consciência. As transformações no modo de organizar e produzir a vida

9 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.

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 desenvolvimento do psiquismo humano, portanto, é de caráter histórico-cultural. Como relatamos há pouco, por meio do trabalho social e do uso de os seres humanos tiveram suas necessidades satisfeitas e dominaram a realidade. A psicologia de orientação materialista histórico-dialética considera assim 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 que pretendemos frisar é que cada indivíduo-singular (e qualquer fenômeno humano e social) pode ser compreendido em suas múltiplas determinações quanto mais compreendemos as mediações particulares do singular com a universalidade. Nesse trabalho, a essa visão de homem e de mundo trará implicações para nossa compreensão do fenômeno do suicídio e do cuidado em saúde mental que temos produzido junto aos adolescentes que realizaram tentativas de 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; e quando se apropriam dele ocorre uma reorganização dos movimentos do homem.

Com o uso dos instrumentos, o indivíduo responde ao estímulo do ambiente criando 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) nos ensina que estes dispositivos artificiais são dirigidos para o domínio dos próprios processos psíquicos como, por exemplo, a linguagem. Dessa forma, o instrumento psicológico tem como finalidade o controle e a transformação do próprio comportamento e, 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 esse fenômeno externo é modificado, a realidade se modifica também. Esse instrumento é transmitido para as gerações seguintes por mediação da cultura e da linguagem.

Trazendo contribuições marxistas, Kahhale e Rosa (2009) relembram 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 relatamos anteriormente, de acordo com Martín-Baró (1996), a consciência, enquanto um saber sobre si mesmo e sobre a realidade, é considerada 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 a 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 a mediação 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 interpessoais 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).

Pasqualini (2013) acrescenta que ao operar na ampliação das atividades sociais, a linguagem coopera para o enriquecimento da autorregulação do comportamento. Concomitantemente, o avanço da linguagem e da percepção

colabora com o aprimoramento do pensamento e da memória e, em consequência, é aumentado o universo de significações culturais do sujeito. Logo, a linguagem desempenha 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 dos ensinamentos de Vigotski, lembra que o processo de transmissão do pensamento por meio da fala, representa o 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 históricas dicotomias objetividade-subjetividade, individual-social, porque são pares dialéticos (Aguiar, Liebesny, Marchesan & Sanchez, 2009). Enquanto o significado diz respeito às produções históricas preexistentes ao sujeito que são compartilhadas socialmente e que permitem a comunicação entre os homens; o sentido se refere à forma como essas produções são internalizadas, transformadas em algo singular, pessoal, à medida em que o sujeito vai se apropriando 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.

Assim, 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 a essas considerações, Aguiar et al. (2009, p. 62) nos informam que “(...) 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 ele 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 a afetividade aos sentidos pessoais dos sujeitos e a sociedade onde 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-se que quando se constrói um trabalho criador de 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 nas discussões sobre a categoria afetividade é importante demarcar a influência do filósofo Espinosa¹⁰ no pensamento de Vigotski. Segundo Alves (2021, p. 23), “desde a juventude, Vigotski entrou em contato com a Ética, introduzida por seu tutor de origem judia, Salomon Ashpiz”. Com a influência do filósofo, compreendeu-se que na vida emocional o afeto e a racionalidade ou as emoções e a cognição não podem ser compreendidos separadamente.

Vigotski buscou se apropriar das teorias das emoções para superá-las dialeticamente. Ensinou que em relação à categoria afetividade, composta pelas

10 Baruch de Espinosa, (1632–1677), filósofo holandês do século XVII.

emoções e sentimentos, precisamos entender que as questões afetivo-volitivas funcionam como motivos que dão origem aos pensamentos do sujeito e direcionam seu caminhar pela 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 psicologia sócio-histórica se dedica a compreender a afetividade como parte de um sistema psicológico, atravessada por diversas funções psíquicas. Entendemos que a atividade mediada por signo e instrumentos proporciona 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, p.33). O autor nos conduz a percorrer um caminho político para se pensar em como a violência e a opressão, o racismo, o sexismo, a LGBT-fobia se desdobra na subjetividade dos sujeitos; assim, destaca-se que quanto mais individualista for uma cultura, mais as emoções serão vivenciadas pelas pessoas de maneira individualizada e não como parte de uma coletividade.

Os sentimentos carregam uma bagagem histórica, uma 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 posicionar 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 podem ser constantes e duradouros. Em consequência a esse processo, evidencia-se a ligação entre a emoção, o sentimento e a linguagem, porque junto à palavra, regula-se a conduta afetiva do homem.

Segundo Pellegrini (2003), as emoções têm valor que está sempre relacionado às necessidades (concretas ou abstratas), criadas a partir do contexto social onde o sujeito está inserido. Ao buscar a transformação qualitativa das emoções, deve-se buscar por mudanças nas relações sociais, pois 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 das relações a que estamos submetidos (...). (Pellegrini, 2003, p. 109)

Pellegrini (2003) afirma que é imperativo que o sujeito coletivo recrie “(...) a necessidade de desmistificação da dominação do objetivo mercadorria sobre o indivíduo (...)” (p. 109). É preciso que recuperemos 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 se articula à realidade onde o sujeito vive. Pode ser considerado um ato consciente aquele que 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 pode estar relacionado à própria vontade ou à vontade 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 suas experiências e conhecimentos sobre a realidade, o sujeito se desenvolverá de forma a apresentar menos ou mais dificuldades para tomar decisões. Como mencionado, estes atos estão sempre vinculados aos motivos e afetos 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).

Cabe-nos aqui perguntar: o sujeito é, portanto, livre para escolher a morte de si? Para responder a essa questão é preciso demarcar o que se entende por liberdade. Delari Junior (2009), com base em Vigotski, pontua que a liberdade

é construída na relação com o outro. No transcorrer da vida, conhecemos as possibilidades para alcançarmos autonomia e liberdade de pensamento, além de ação e afeto. Como destaca o autor, ao retomar os ensinamentos de 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. 7).

Conclui-se, por essas discussões, 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 desse trabalho que é o de refletir sobre o cuidado em saúde mental ofertado aos adolescentes que realizaram tentativa de suicídio, acreditamos ser importante nos debruçar sobre esse momento peculiar do desenvolvimento humano, compreendendo-o e abarcando a experiência do sofrimento psíquico sob as lentes sócio-históricas. É o que pretendemos para o capítulo seguinte.

CAPÍTULO II

A ADOLESCÊNCIA E A EXPERIÊNCIA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença e da lógica 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).*

2.1. O desenvolvimento da adolescência

Não existe uma conceituação única, universal para a adolescência. Etimologicamente, a palavra adolescente vem do particípio presente do verbo em latim *adolescere*, que significa crescer. Se partirmos das normativas legais, lembramos que de acordo com a lei nº 8.069/90, que versa acerca do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o adolescente é classificado segundo uma faixa etária: com a idade entre os 12 e os 18 anos incompletos.

Com frequência, a adolescência é compreendida como uma fase difícil, de rebeldia e desajustamento; um período que precisa ser dirigido e adaptado. Berencheim Netto e Souza (2015) destacam a importância de não se analisar a adolescência como um fenômeno a-histórico, natural e universal, advertindo-nos que a adolescência, tal qual conhecemos, não esteve presente em todos os momentos históricos e nem em todas as sociedades e ou culturas.

Nos dizeres de Bock (2004), foi o psicanalista Erik Erikson¹¹ quem situou a adolescência como uma fase especial no processo de desenvolvimento humano. Com base em seus estudos da psicologia do desenvolvimento, Erikson ressaltou que nesta fase, além de existir uma confusão de papéis, encontrar-se-iam dificuldades de se estabelecer uma identidade própria. Com isso queremos dizer que a adolescência foi sendo concebida como uma fase

11 Erik Homburger Erikson (1902–1994), psicanalista alemão e um dos teóricos da psicologia do desenvolvimento.

difícil, problemática e negativa, permeada por bobagens da idade. De acordo com Bock (2004), no Brasil, os psicanalistas Arminda Aberastury e Maurício Knobel introduziram a compreensão da denominada ‘síndrome normal da adolescência’, uma fase do desenvolvimento semipatológica que se apresenta permeada por conflitos naturais. Paulatinamente, ocorre a associação de muitos comportamentos ao quase patológico, mas que paradoxalmente são normais na adolescência. E, ao mesmo tempo em que patologiza, esse modo de olhar a adolescência, concebendo-a como normalmente anormal, pode contribuir para ocultar experiências reais de sofrimento psíquico.

Berenchtein Netto e Souza (2015) afirmam que historicamente a criação da adolescência relaciona-se ao processo de concretização do modo de capitalista produção, isto é, a adolescência 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. Até 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 o denominado ‘exército de reserva’: pessoas capazes e disponíveis para trabalhar. Entretanto, por conta do grande número de trabalhadores, essas permaneciam por um tempo afastadas dos âmbitos espaços formais de trabalho e, por conseguinte, “(...) 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 relação de exploração deflagrou motivos¹² que culminaram na elaboração de uma legislação fabril com regulações do uso da força de trabalho. Houve, assim, desinteresse na exploração dos sujeitos com menores idades.

Partindo da visão materialista, Berenchtein Netto e Souza (2015) acenam para a importância de se analisar as mudanças ocorridas na sociedade depois das revoluções industriais, fato este que nos permite melhor compreensão acerca das características que foram sendo atribuídas aos adolescentes e concebidas como normais e naturais. 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

12 Entre outros motivos estariam o contato com materiais tóxicos e, consequentemente, o envelhecimento e a morte precoce; a alimentação precária; o trabalho em excesso, inclusive no período noturno, de forma a interferir na capacidade reprodutiva e nas questões morais da época.

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 com o desenvolvimento capitalista, os adolescentes 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, uma espécie de distanciamento do mundo do trabalho e das possibilidades de desenvolver sua autonomia. Essa espera produz a “dependência do adulto, apesar de já possuir todas as condições para estar na sociedade de outro modo. Essa contradição vivida pelos adolescentes 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 levou à sociedade a reconhecer essa nova fase do desenvolvimento, estabelecendo significados e criando condutas que lhes seriam próprias. “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 do desenvolvimento ou como uma etapa entre a infância e a vida adulta, mas uma construção social que impacta na subjetividade e no desenvolvimento dos sujeitos na atualidade. Bock (2004, p. 40) nos diz que ao invés de questionar “o que é a adolescência”, devemos nos indagar: “como se constituiu historicamente este período do desenvolvimento?”. A autora sugere essa mudança porque “(...) 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” (p. 40).

Para a psicologia sócio-histórica é preciso considerar 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). A autora complementa que a adolescência não pode ser tomada como uma categoria universal, nem demarcada pelos fatores biológicos, psicológicos e sociais, porque, compreendendo a subjetividade humana como produto das relações objetivas, o desenvolvimento não está pré-determinado. Ao contrário, o desenvolvimento está amparado no biológico, mas é superado com a apropriação cultural na relação desse sujeito com

o mundo objetivo, como já abordamos anteriormente. Assim, ao considerar essas premissas é

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).

Para compreender o desenvolvimento humano precisamos concebê-lo como processo multideterminado, para não recairmos no equívoco de atribuir todos os fenômenos somente ao indivíduo, desconsiderando 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 humano, mediante o processo evolutivo e revolucionário, ocorrem modificações no funcionamento psíquico. As alterações acumulam-se no psiquismo e produzem saltos qualitativos. Isso ocorre por meio das mediações de outro sujeito, o qual propicia a oportunidade de apropriação da cultura produzida historicamente pela humanidade.

Quando trabalhamos com a adolescência não negamos que durante seu desenvolvimento ocorram crises¹³. Mas qual teor dessas crises quando partimos de uma visão sócio-histórica? Durante os diferentes períodos do desenvolvimento humano 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, dar lugar a outro e a permanência em uma crise, pode sim causar problemas a esse sujeito.

Nos diferentes períodos da vida existe uma atividade considerada a principal/dominante (aquela que liga esse 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

13 Importante destacar a qual ‘crise’ estamos nos referindo aqui. Almeida (2018) estabeleceu relações e distinções entre as denominadas ‘crises do desenvolvimento’ tal qual discutidas por Vigotski e as ‘crises psiquiátricas’ – momentos críticos, de intenso sofrimento, nomeados pela psiquiatria como surtos. Enquanto as primeiras impulsionam qualitativamente o desenvolvimento humano, as segundas representam o momento de agudização dos sintomas que podem, de acordo com suas particularidades, desestabilizar e produzir rupturas em diversas dimensões da vida do sujeito.

processos psíquicos. Ela é responsável pelas maiores mudanças psicológicas características do período em que o sujeito se encontra e por 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 dialeticamente 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 modificar completamente as características básicas da personalidade. Assim, 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).

Não é fácil verificar o início e o fim de uma crise, e nem sempre os períodos de crise que acontecem, são vivenciados da mesma forma por todos os sujeitos, sendo 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 para o trabalho. O sujeito pode buscar se desviar daquele sistema educativo que até então garantia o curso da sua educação e ensino. Segundo o autor, 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). Em outras palavras, Vigotski há tempo nos ensinava que é preciso questionar como o sistema educacional lida com os distintos modos de viver os períodos do desenvolvimento¹⁴.

As diferenças no desenvolvimento relacionam-se à influência que as condições externas e internas possuem sobre as crises, tornando-as mais ou menos profundas. Por isso, não podemos generalizar os acontecimentos no período de crises, como se todos os adolescentes fossem se comportar da mesma maneira. Cada sujeito, em sua singularidade, tem particularidades delineadas de acordo com o ambiente e as relações que vivenciam no curso de seu desenvolvimento. São essas condições externas que “(...) determinam o caráter concreto em que se manifesta, transcorre os períodos críticos” (Vigotski, 1996/2006, p. 256, tradução nossa).

14 Contraditoriamente, enquanto há 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 à 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).

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

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 experienciando o 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 sujeitos passem por períodos críticos no desenvolvimento e quando não encontram mediações de qualidade em suas relações e vivências não conseguem, muitas vezes, retomar suas atividades, nem lhes atribuir novos sentidos. Com isso pode se acentuar ainda mais nesse sujeito o sentimento de despertencimento a um grupo, à sua cultura ou à sociedade e, por consequência, a se sentir solitário como se não fizesse diferença alguma sua existência, com possibilidades de desenvolver pensamentos de morte.

Muitos autores, ao não observarem que a crise dos 13 anos é uma etapa de auge vital e pessoal permeada por sínteses superiores da personalidade, consideram os períodos críticos do desenvolvimento como negativos. De acordo com Vigotski, se a crise acontece de forma apática e inexpressiva por alguma razão, na próxima idade ocorrerão atrasos no desenvolvimento das expressões afetivas e volitivas da personalidade. Além disso, acrescenta que ao destacarem o conteúdo negativo, algumas vezes atrelado a questões biológicas, desconsideram o conteúdo positivo dessa fase que acarretaria 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 significa 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) destaca que os comportamentos de protesto neste período e aqui podemos pensar nos nossos adolescentes, são na verdade “(...) 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” (p. 258). 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 e refere ao período como uma etapa de transição, sem delimitações de idade. Destaca que é muito característico ocorrerem mudanças nos interesses dos adolescentes, bem como o desenvolvimento de novos hábitos com outros 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 oscilação de humor, irritabilidade e questionamentos às autoridades e ao que era por eles valorizado, além de “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 retomar contribuições de Vigotski sobre a adolescência, Pandita-Pereira destaca que nesse período de mudanças e de novos interesses, existem muitas potencialidades, com a materialização de um sentido pessoal para a vida e para as atividades que se realizam, sendo resultado de uma construção de todo seu desenvolvimento. Segundo 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. A interface adolescência, instituição escolar e mercado de trabalho

Como exposto há pouco, com o modo de produção capitalista ao afastar os adolescentes do mercado de trabalho, produziu-se um prolongamento da sua estadia nas instituições de ensino (Berenchtein Netto & Souza, 2015). Bock (2004) observa que quando as crianças acabam permanecendo mais tempo na escola, ficam mais distantes dos pais e da família, criando o grupo social intitulado ‘adolescência’, com um padrão específico de comportamento e um “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 teve como parâmetro de suas análises a adolescência burguesa e as “descrições e conceituações da adolescência e do adolescente continuam a expressar o conteúdo de determinada classe e, portanto, de determinada situação (...)” (p. 226). Focando na burguesia não se reconhecem as diferentes necessidades que permeiam a vida da classe burguesa e da classe popular.

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

(...) a adolescência deve ser considerada em suas relações com a cultura e a sociedade, o que significa que essa fase do desenvolvimento pode assumir característica 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)

De modo geral esse período está configurado como uma idade escolar, em que se considera um aluno ligado às exigências do processo de escolarização, à aprendizagem e à formação de sua personalidade (Leal & Mascagna, 2016). Ademais, Mascagna (2009) observa que a escola expressa o período histórico-social de sua época e como consequência, dentro da sociedade do consumo, as propostas escolares estão atreladas aos interesses maiores do capitalismo.

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, alinhada às contradições do capitalismo, se afasta de seu objetivo em transmitir os conhecimentos historicamente produzidos pela humanidade. A escola deveria cumprir 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).

Contudo, cabe compreender que a escola pode ser tanto produtora de vida, contribuindo com o desenvolvimento da consciência, como também ser produtora de sofrimento psíquico, vez que deposita nos ombros do indivíduo as possibilidades de sucesso escolar e profissional. Esse sofrimento pode estar relacionado com as cobranças envolvidas de um bom desempenho educacional, fazer um bom curso superior ou técnico, ter uma profissão reconhecida socialmente e ser bem-sucedido financeiramente.

Nesse íterim, a instituição escolar cumpre importante papel ideológico 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).

Muitos adolescentes não estão inseridos no mercado formal de trabalho, permanecendo, dessa forma, como parte do exército de reserva, tal qual ocorrera lá atrás, durante a 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)

Refletir sobre o lugar da escola dentro da sociedade capitalista, bem como qual papel tem cumprido – contribuindo para o desenvolvimento e ou produzindo experiências que forjam ou acirram o sofrimento psíquico nos adolescentes, considerando que muitos estão próximos de terminar o ciclo regular no ensino médio, cheios de expectativas para 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”. Esse período de estudo se refere aos anos iniciais até o término do ensino médio. Ante ao que temos exposto, é notória a urgência de analisarmos o contexto social e econômico da maioria dos nossos adolescentes, pois esse contexto influencia diretamente a continuidade (ou não) dos 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 ensino superior, é justamente na faixa etária que abrange 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 instigam a afirmar a existência não de uma, mas de várias adolescências. Acrescentamos aqui dados de outra pesquisa, realizada por Ozella e Aguiar (2008), com a participação de 856 adolescentes, sendo estes do sexo masculino e feminino, com idade entre 14 e 21 anos, pertencentes às classes sociais de A até E. Os adolescentes pertenciam a três grupos étnicos: brancos, negros e orientais, distribuídos segundo sua representatividade no município de São Paulo.

Os autores verificaram que os jovens negros e de classe social mais baixa eram 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 estaria relacionada a algum sofrimento, como crises e conflitos, e possuíam preocupações com a vida e com as drogas, falavam sobre frustrações, medos e impossibilidades. Os adolescentes da classe B e C consideravam uma situação de cobrança, repleta de dificuldades e uma vida adulta com muitas responsabilidades. Já os garotos da classe A, mesmo falando sobre limites e problemas, eram mais tranquilos, relatando preocupações materiais e com o envelhecimento.

Em relação às responsabilidades da vida, os adolescentes da classe C, sobretudo os de etnias orientais e negros, as associavam à necessidade de ajudar a família, assim como demonstravam 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 outra pesquisa, com foco na orientação profissional, na qual foi analisada uma escola particular de um município no interior do estado de São Paulo. 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 psíquico 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 mesma família acaba por produzir tensão e sofrimento por conta das expectativas em relação ao sucesso escolar e profissional do filho, ou melhor, o sucesso financeiro, tão valorizado dentro da 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).

Existiria assim uma adolescência preocupada com as questões familiares e com seus afazeres diários, mas que também se inquieta quando precisa considerar suas condições materiais. Apesar disso, a psicologia, muitas vezes,

ao discutir sobre a adolescência em suas produções científicas, não discorre sobre as condições reais de existência, que envolve a moradia, o território, as vulnerabilidades, as violências, a situação econômica e social desses sujeitos. 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)

Para concluir, Bock (2004) já nos alertava para o quanto quando nos referimos à adolescência, o que mais aparecem nos textos da psicologia tradicional, seriam as relações familiares, retratadas como um fator de influência no desenvolvimento e não como um fator constituinte do sujeito. Sendo assim, no próximo tópico pretendemos explorar um pouco mais sobre a compreensão sócio-histórica de família.

2.3. A interface adolescência e instituição familiar

Para compreendermos a adolescência destacamos outra mudança ocorrida na sociedade com as revoluções industriais, por exemplo, na própria constituição familiar. Precisamos refletir sobre os impactos produzidos sobre as relações e os 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 nova família: a nuclear. Na sociedade capitalista, o território do trabalho industrial e da atividade econômica foi separado dos domicílios, cindindo onde deveria acontecer a reprodução da vida nos cuidados com filhos, velhos e doentes, responsabilidades com a casa e refeições. À mulher foram atribuídas, justamente, as atividades domésticas e, assim, foram excluídas da economia dominante, abrindo espaços para o acirramento das relações de opressão.

(...) 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, Reis (1984) também considera que dentro do casamento burguês, a mãe é responsabilizada pela educação dos filhos. Não se trata de qualquer educação, mas de 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-se de suas responsabilidades com a educação do filho. A mãe deveria ser perfeita, porque assim, presumivelmente, seus filhos também o seriam.

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

Engels (1884/2009), pioneiro nessa discussão, postula que a família monogâmica foi a primeira a se pautar nas 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 privada. 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 viabilizador da escravidão doméstica, principalmente dentro de classes mais abastadas, uma 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 à opressão. Engels compara a divisão de gênero dentro da família relacionando-a à divisão de classes, entendendo que “na família, ele é o burguês e a mulher representa o proletariado” (Engels, 1884/2009, p. 80).

Para considerar os rebatimentos sociais dessa divisão, Vieira (2019) destaca que na nossa sociedade existem formas distintas em se educar meninas e meninos. No ambiente familiar, os valores patriarcais e as práticas machistas são transmitidas às crianças desde o início do seu desenvolvimento como, por exemplo, por meio da “(...) a ideia de que meninas ‘amadurecem’ mais rápido que os meninos” (p. 46), quando na verdade, 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. Nessa direção, assevera Vieira (2019)

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).

A constatarmos as separações de gênero dentro da família, notamos como essa reproduz a ideologia dominante: os pais (o homem e a mulher), mas principalmente as mulheres, dentro de uma sociedade patriarcal transmitem a educação e a noção ideológica de família como essa sendo uma instituição natural, universal e imutável. E, a criança por sua dependência 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: uma conservadora e outra 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 a relação indivíduo-sociedade, isto é, será a partir dela que o sujeito perceberá e se situará no mundo, formando assim sua identidade social. A linha conservadora coloca a família como base da sociedade, podendo garantir uma vida social equilibrada, enquanto a linha progressista critica a família, enxergando-a como empecilho para o desenvolvimento social e até mesmo contribuinte para a fabricação das neuroses.

Lessa (2012) nos alerta que debater sobre a família não é tarefa nada 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 atrela-se às relações sociais predominantes na sociedade, as quais podem ser bem diferentes das que gostaríamos. Deveríamos, assim, entender 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)

A família precisa ser compreendida a partir da 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. Logo, a forma como a família está organizada, objetiva, em última instância, atender às necessidades sociais de cada época.

Quando se defende uma constituição familiar muito conservadora, é possível notar os impactos de seu funcionamento nos atos violentos dentro da nossa sociedade. Como exemplo, trazemos dados do *Atlas da Violência*, divulgado em 2019, ano em que se destacou pela primeira vez a violência contra a população LGBTI+. Esse documento afirma que esse tipo de violência vem aumentando nos últimos anos e que existe certa invisibilidade desse problema, porque não haveria a produção oficial de dados e estatísticas sobre tal fenômeno (IPEA, 2019).

A respeito da violência contra a mulher, o *Atlas da Violência* apresentou dados sobre os feminicídios no Brasil ocorridos no curso de 2017. Foram 13 assassinatos por dia, totalizando 4.936 mulheres mortas, sendo esse o maior número registrado desde o ano de 2007. De todos os feminicídios, 28,5% ocorreram dentro da residência (39,3% se não considerarmos os óbitos onde o local do incidente era ignorado), com grande probabilidade de os casos decorrerem de violência doméstica. Outro dado importante diz respeito à totalidade das mortes: 66% das mulheres assassinadas, no país em 2017, eram negras, atestando, portanto, a desigualdade racial existente em nosso país. Aliás, o próprio 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 humanos que produzem expressam e se articulam aos diferentes modos de sofrimento, são sempre muito complexos. Se fossem meros reflexos de problemas singulares, poderiam ser resolvidos no âmbito individual. Entretanto, como pontua Lessa, a difusão do sofrimento, proveniente de certas relações familiares, mostra como ele está relacionado ao coletivo, vinculam-se à nossa história enquanto humanidade, e 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).

As explicações individualizantes fazem com que muitas famílias enfrentem dificuldades relacionadas a essas contradições e precisem lidar com a constante exposição social. Entre essas contradições, podemos citar: ter que cumprir o desempenho que a sociedade estabelece e não ter condições de atendê-lo; precisar manter e fortalecer laços de solidariedade, enquanto a

sociedade é marcada pelo individualismo extremo e por distanciarem-se dos modelos ideais e reais de família (Mioto, 2004).

Mioto (2004) acredita que o estado deveria desenvolver um modo de cuidar dessas famílias, como sujeitas de direitos, por meio de instrumentos pelos quais se reduziriam os conflitos derivados das carências que não foram atendidas em algum momento. A autora compreende que a família fragilizada e vulnerável de hoje é resultado das transformações da sociedade e, por isso, que é preciso pensá-la dentro de um contexto social mais inclusivo, cuja atuação direta do estado articule sua relação com a política social e avalie os impactos e modificações no cotidiano da família.

Na pesquisa realizada por Ozella e Aguiar (2008), citada anteriormente, os autores também investigaram como os jovens compreendem a adolescência e as relações familiares. 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, que levaria mais tempo para passar. Esses adolescentes apontam a repressão familiar, como uma das principais causas da rebeldia, contudo, reconhecem que os pais agem assim para seu bem. 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, 2008, p. 117)

Já os adolescentes da classe B e C, incluindo os orientais de ambos os sexos, não expuseram essa relação de tensão com a família. Nessas famílias, 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, 2008, p. 117).

Os autores observaram que a maioria dos jovens fala de uma adolescência valorizada socialmente, mas que ao analisar as respostas dos jovens da classe C, D e E, com menores poderes aquisitivos, esses expressam a tristeza de não poder viver a adolescência e “(...) 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, 2008, p. 121). Constatam, assim, outros significados dados à adolescência, 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, 2008 p. 121)

Entre os motivos que levariam as relações familiares a se tornarem mais conflituosas, estaria a existência de uma vigilância contínua pelos pais em relação aos filhos e amigos, porque essas estariam relacionadas às condutas praticadas pelos filhos e reprovadas por eles. Isso aconteceria porque 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, que passaria 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, valendo-nos das 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 propriedade 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 inserir 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. Considerar 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, esse desenvolvimento só irá acontecer a partir da relação que o adolescente estabelece com o meio. Logo, adentrando o campo da saúde/saúde mental e confrontando a dicotomia subjetividade x objetividade, somos levados a questionar: *qual o conjunto de condições materiais a maioria de nossas crianças e adolescentes dispõe para se desenvolver saudável e integralmente na nossa sociedade? E, pensando no processo de saúde-doença, como podemos pensar essa relação mediadora e seus rebatimentos sobre a experiência do sofrimento psíquico?*

2.4. O 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 abordagem teórico-conceitual da determinação social do processo saúde-doença, que, fundamentada no materialismo histórico-dialético, foi 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 os 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 do âmbito da área da 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 e o sofrimento decorrente, considerado a partir das obstruções presentes nos modos de andar pela vida, se relacionam ao modo como produzimos essa vida social. Nesse sentido, ao fazermos uma análise sobre o processo saúde-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, questionamos: o que vem ocorrendo para que o índice de suicídio entre os adolescentes estar aumentando? 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).

Reconhecemos que dentro da psicologia e da psiquiatria há muitos trabalhos acadêmicos que afirmam considerar que o sofrimento psíquico teria bases multifatoriais. Entretanto, muitos ainda prevalecem e legitimam a hegemonia biomédica 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 a diminuição dos sintomas e, em consequência, em obter melhorias na produtividade, permitindo ao sujeito que este continue dentro do trabalho e das relações que podem estar corroborando seu adoecimento/sofrimento. A autora afirma também que grande parte da classe trabalhadora inserida no sistema capitalista, com elevada 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 e relações tão adoecedoras, a experiência do sofrimento psíquico afeta tanto a classe trabalhadora, quanto os filhos dessa classe. Também atinge aqueles que possuem maior poder aquisitivo e, consequentemente, os filhos oriundos das classes mais favorecidas. O que é produção de sofrimento é que esse sistema corrói e empobrece todos os tipos de relações, independente da classe social onde 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 de alguns sobre muitos e na acumulação unilateral das riquezas. A partir desse olhar atento ao sofrimento psíquico, 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 psíquico ganha seu significado a partir das relações. Almeida (2018) parte dessa compreensão para trazer reflexões sobre os denominados “transtornos de humor”. Assim, busca-se superar a lógica biomédica, localizando a produção desse sofrimento 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, é porque reconhecemos que o SUS e a lógica psicossocial podem contribuir expressivamente para avançarmos em direção a um cuidado mais amplo e integral. Nossa aposta é a de que essas contribuições podem rebater positivamente sobre a atuação do psicólogo, seja em qual campo for. Assim, mesmo que de forma breve, resgataremos como a lógica psicossocial foi sendo brava e coletivamente escrita em nosso país.

O modelo da assistência voltada às crianças e aos adolescentes que se estabeleceu por muito tempo em nosso país, estava circunscrito a uma visão de proteção. Esse modelo acarretou a institucionalização do cuidado, amparada por medidas de cunho higienista e normativo-jurídicas, que criminalizavam a infância pobre e sua família. 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).

É preciso anotar que é recente no país a elaboração de políticas de assistência em saúde/saúde mental específicas voltadas a esse público. Essa

elaboração percorreu um longo período distante do que hoje se compreende por ‘cuidado em saúde mental’, de modo a considerar o sofrimento psíquico dos indivíduos inseridos em uma dada sociedade que, por vezes, produz o sofrimento. Antes, tratava-se de uma assistência fragmentada, voltada somente aos que não se enquadravam dentro dos padrões de comportamentos socialmente desejáveis.

No percurso da construção dessas políticas voltadas às crianças e aos adolescentes, a compreensão social da infância e adolescência e de seu lugar na sociedade igualmente sofreu transformações que atreladas a outras, fizeram emergir novas demandas jurídico-políticas. Citamos as mudanças nas legislações, por exemplo, com a proposição do Código Mello de Mattos (1927)¹⁵, primeiro documento jurídico voltado exclusivamente a este público no Brasil. O Código foi reeditado em 1979, sob a pretensão de 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, s/d).

Neste mesmo contexto da redemocratização, no ano de 1990, o SUS foi materializado parcialmente mediante a aprovação da lei 8.080/90, a Lei Orgânica de Saúde, na qual se especificava sua organização. O SUS afirma a

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

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, ao lazer, ao esporte, à habitação, à 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).

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 atribuiu 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, por isso, necessitam da preservação dos direitos por meio dos quais sejam viabilizados recursos materiais e imateriais para que ele ocorra em potencial. 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, tanto no que se refere à saúde física, quanto à mental (Couto, Duarte & Delgado, 2008).

Por efeito do SUS, entende-se a necessidade de se adotar estratégias que contribuam à ampliação da concepção de saúde e, consequentemente, de saúde mental. Compreende-se também diferente do conceito de tratamento, o de cuidado em saúde mental vai além dos sintomas, como já relatamos anteriormente. Cuidar envolve o acolher, o dialogar e o produzir novos modos de subjetivação e, para tanto, precisa articular os diversos profissionais, instituições e sujeitos de toda rede relacional e de serviços com vistas a ajudar a produzir uma vida mais enriquecida.

Couto e Delgado (2015) reiteram que apenas no século XXI se desenvolveram efetivamente propostas para a construção de uma política pública de saúde mental voltada a crianças e adolescentes no Brasil. Antes disso, lembram que não existia uma formulação estatal que orientasse o cuidado voltado a esse público, existindo em alguns casos ações ligadas apenas à assistência social e à educação, que visavam muito mais reparar e disciplinar, do que ofertar uma práxis psicossocial, assim como se 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 o SUS trará influências importantes para a formação e atuação clínica dos psicólogos. O autor destaca que grande parte dos impasses vividos na atuação do psicólogo no âmbito da saúde pública estão relacionados à formação deste profissional, 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 (2019) afirmam que a clínica tradicional tem atuado apenas na singularidade imediata e aparente, não considerando as ações dos indivíduos intrinsecamente relacionadas ao contexto histórico-social que eles vivenciam. Segundo os autores na “(...) 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” (p. 199).

O cuidado em saúde mental pleiteado pelo SUS foi parcialmente colocado em prática. Quando dizemos parcialmente é pelo 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 desse novo modo de cuidar, não mais institucionalizante, excludente, médico-centrado. Esse desafio atravessou o campo da saúde mental e ganhou eco 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 reiteradas com a aprovação da Lei nº 10.216/2001, que dispunha sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, versando também a respeito do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. No campo específico da infância e adolescência, a materialização desse debate 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, constituiu-se um espaço de discussão e articulação inter-setorial, que objetivava debater as diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para a construção de políticas públicas voltadas a essa população (Ministério da Saúde, 2014b).

A luta pela construção dos direitos humanos para a infância e adolescência acompanhou as mudanças na própria concepção de criança e de adolescente, sinalizando 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 parte desse novo ideal de cuidado voltado ao sujeito que vive a experiência do sofrimento, foi possível avançar na luta contra o modelo manicomial hegemônico, transformando a dimensão do campo técnico-assistencial. Nesse ínterim, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela portaria 336/2002, que consistiam em locais de produção de cuidado e de potencialidade, com o intuito de estrategicamente corroborar com a construção do direito a ser cuidado em liberdade.

Especificamente destinado às crianças e aos adolescentes em situação de sofrimento psíquico grave e persistente e/ou em uso abusivo de substâncias psicoativas, foram criados os CAPS Infantojuvenis – CAPSi, para o atendimento daqueles casos complexos, os quais se encontram, por vários motivos, impossibilitados de estabelecer ou manter laços afetivos, sociais e comunitários, bem como construir e ou implementar projetos de vida.

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou o primeiro documento oficial do SUS voltado às crianças e aos adolescentes, o *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil* (2005), que definiu princípios e diretrizes que viabilizassem um cuidado psicossocial em saúde mental à essa população. Para isso, o documento reconhecia a “esfera pública como um lugar de excelência de ação protetiva, de cuidados éticos emancipatórios (...)” (p. 14) e apontava princípios a serem considerados na construção de uma política nacional de saúde mental infantojuvenil: **a)** crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, ativos e responsáveis por sua demanda, sofrimento e sintoma; **b)** o 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” (p. 12); **c)** todo encaminhamento precisa ser implicado e corresponsável; **d)** deve se buscar a construção permanente da rede; **e)** o trabalho precisa ser no território; **f)** 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 afirmou que uma política voltada ao público infantojuvenil deveria considerar a criança e o adolescente como sujeitos, isso significa dizer que esses são possuidores de responsabilidades, de direitos, bem como são detentores de um lugar autêntico de fala – uma fala que precisa ser ouvida e respeitada – garantindo abordagens terapêuticas que considerem e trabalhem com as singularidades. Partindo desse entendimento, foi estabelecido que tanto as crianças quanto os adolescentes estariam intimamente implicados em seus processos de saúde, adoecimento e sofrimento (Ministério da Saúde, 2005).

Entendemos que essa concepção de sujeito ativo, protagonista do processo de cuidado, vai ao encontro de muitas contribuições da psicologia sócio-histórica. Outrossim, no trabalho clínico o psicólogo pode apropriar-se dessas contribuições para ampliar a clínica e pensar o sujeito e suas necessidades em sua integralidade.

A psicologia sócio-histórica, ao considerar o homem como ser ativo em sua vida enquanto produto e produtor de sua realidade, propõe o desenvolvimento da capacidade de transformação dos sujeitos a partir da relação dialética entre seus aspectos psicológicos, sociais, culturais, econômicos, políticos, entre outros. Nessa perspectiva, a clínica pode ser considerada como social, visto que pode se fazer presente em vários lugares e abarcar 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 de pertencimentos, cuja terapêutica envolve buscar o fortalecimento das redes de apoio, dos vínculos e da ampliação de sua inserção social. Esse jeito de pensar a clínica e seus objetivos 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 infanto-juvenil seja em qual campo for.

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 primária também serve como estratégia de “desmedicalização”, e 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-biológicos.

A AP deveria possibilitar o acesso ao cuidado à saúde, inclusive à saúde mental. Na AP, o atendimento é feito de modo estratégico, a fim de facilitar tanto o acesso do usuário à equipe, quanto da equipe ao usuário, sendo esse trabalho descentralizado. Nesse nível de atenção encontravam-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹⁶ – unidades físicas de serviço independentes constituídas por diferentes equipes profissionais de diversas áreas, as quais deveriam, sobretudo, atuar de maneira integrada, para apoiar profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando práticas e saberes em saúde nos territórios (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

16 A partir da *Nota Técnica nº 03/2020* 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 os gestores municipais livres para compor suas equipes 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.

um sintoma grave e indicativo da necessidade de cuidados em saúde mental, ressaltando que

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) também orienta o profissional da saúde a acolher esse adolescente e oferecer-lhe amparo, com vistas a entender como esse sujeito está e o porquê daquela tentativa. Ressalta ainda a importância e a necessidade da discussão imediata do caso com os profissionais da rede de 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 responsabilização pelo caso. (Ministério da Saúde, 2013, p. 110)

O Ministério da Saúde reforça que nem sempre alguns sintomas definidos como graves e persistentes, em determinado grupo, precisam ser atendidos em nível secundário ou terciário. O estado do Paraná tem utilizado a denominada *Estratificação de Risco em Saúde Mental*, um documento que é preenchido 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 às alterações na saúde mental que se manifestam na infância e/ou adolescência; 5. Sintomas relacionados às 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 concluir por 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, focando a crise, ao indicar tratamento farmacológico e reabilitação psicossocial supervisionada pelo apoio matricial.

No que tange aos problemas de saúde mental que se manifestam na infância e/ou na adolescência, o documento paranaense destaca que a atenção primária é importante à medida em que corrobora a proteção e o 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 primários, nos vínculos familiares, escolares e comunitários (Secretaria de Saúde, 2014).

Já nos casos de dependência de álcool e outras drogas, segundo o documento supracitado, a detecção precoce evitaria que os sintomas de ansiedade e outras patologias viessem a se tornar crônicos, ressaltando relações de dependência ou quebra de vínculos familiares. As intervenções deveriam 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 AP grupos de apoio mútuo. Entretanto, orienta que se deve 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 organizada 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 cuidado 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 pessoais do usuário sobre suas experiências com o sofrimento psíquico representam aspectos importantes para a produção desses nomeados itinerários terapêuticos.

Segundo Rosa (2016), para o processo da produção desses itinerários, precisamos considerar possíveis obstáculos (econômicos, geográficos e culturais) que implicam no acesso do usuário à saúde. Muitas das propostas de PTS serão compostas pelo movimento do usuário nessa busca pelo cuidado em saúde, onde se pode ou não 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 prescrições de ações e atividades propostas por uma equipe ao seu usuário. Rosa (2016) destaca que nas práticas dos CAPS, por exemplo, muitos PTS's ficam reduzidos às atividades existentes no próprio serviço, demonstrando uma frágil implicação com a vida cotidiana de cada sujeito e com 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 reais do sujeito em seu

cotidiano, e ainda, haveria o distanciamento das possibilidades existentes no território, que mesmo precárias, poderiam permanecer desconhecidas pelos usuários.

A experiência do sofrimento psíquico na adolescência é uma experiência produzida no encontro com o outro, dentro de um dado contexto que tem os contornos das particularidades das relações afetivo-sociais hegemônicas dessa nossa sociedade: relações excludentes, violentas, que expropriam e impedem o desenvolvimento pleno da maioria dos seus indivíduos. Nesse sentido, falar do cuidado em saúde mental àqueles que fizeram tentativa de suicídio na adolescência exige que localizemos tal experiência no interior dessa sociedade, compreendendo-o em sua materialidade e mirando no horizonte, formas de superação dessas relações que acabam produzindo e ou acirrando o sofrimento psíquico. Esse é o desafio do próximo capítulo.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

CAPÍTULO III

SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: da historicidade do fenômeno aos desafios da contemporaneidade

“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).

3.1. Breve construção histórica do fenômeno suicídio

O fenômeno do suicídio ganhou espaço especial 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 tem reforçado em seus dados que haveria alto índice de suicídio entre pessoas com mais de 60 anos de idade. Ao mesmo tempo, tem reconhecido que as taxas entre os jovens de 15 e 25 anos têm crescido nos últimos anos. Como já relatamos, a OMS afirma que anualmente ocorrem cerca de 800.000 óbitos por suicídio, e em decorrência desses números, em 2016, o suicídio passou a ocupar a 18ª principal entre todas as causas-mortes no mundo.

Para pensarmos o cenário epidemiológico do suicídio no Brasil 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 números 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, registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período de 2011 a 2015 (Ministério da Saúde, 2017a).

A partir do levantamento dos dados resultantes das notificações, identificaram-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. Em relação aos dados demográficos, os casos se concentraram nas regiões Sudeste (44,8%) e Sul (33,4%) (Ministério da Saúde, 2017a). Tais dados fomentam questionamentos do porquê, nos últimos anos, o índice maior de tentativas de suicídio 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 ocorreram 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, segundo essa associação, conscientizar a população sobre os fatores de risco que levam ao comportamento suicida e orientar ao tratamento adequado dos transtornos mentais que, segundo a instituição, representam 96,8% dos casos de morte por suicídio.

17 Informações sobre a campanha “Setembro Amarelo” podem ser acessadas em: <https://www.setembroamarelo.com/>.

Ainda que o contexto atual seja de acirramento de campanhas midiáticas, defesa da conscientização e de discussões sobre o tema, é preciso reconhecer que o suicídio não é um fenômeno novo. Aliás, esse fenômeno não gera inquietação apenas nos pesquisadores e profissionais do século XXI, inseridos no sistema econômico, cultural e social onde vivemos. O suicídio também esteve presente em outros momentos da história da humanidade, com diferentes significados, forjados de acordo com as particularidades de cada organização social.

Segundo Minois (2018), entre os séculos XVI, XVII e XVIII, construiu-se de modo lento, difícil e incompleto, o reconhecimento do suicídio como uma questão social e um ato trágico, com tentativas de compreensão sem preconceitos e sem condenações. Era o início de uma discussão que envolvia a 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 um fenômeno social. A sociedade da época buscou incutir a repressão dentro da consciência individual e abafaram o debate sobre a liberdade humana. Ademais, impuseram o dever de viver com base em explicações sobrenaturais e ideológicas. Essa imposição, segundo o autor, aconteceu em paralelo ao desenvolvimento das ciências humanas que, de alguma maneira, contribuiu para o desenvolvimento de um complexo de culpa individual e coletivo 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).

Sem a pretensão de dar conta da complexidade histórica, a título de exemplo, relembramos que no Brasil alguns documentos revelam as preocupações médicas acerca do tema, como é o caso de Moncorvo Filho (1930), importante médico higienista¹⁸ do século XIX e início do século XX. Naquele momento,

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 denominado

este higienista já tratava sobre o aumento dos casos de suicídio e a crescente preocupação com o envolvimento do público infantojuvenil. O autor realizou uma leitura sobre os casos divulgados pela imprensa brasileira, partindo dos estudos da psiquiatria, os quais apresentavam o suicídio como expressão de um desequilíbrio mental ou resultado de uma herança patológica que surgiria a partir de doenças, como a sífilis e o alcoolismo.

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 indicava que

Deve-se pôr em prática todos os recursos de combate ao suicídio das crianças pela bôa hygiene physica e mental, a censura do teatro e do cinema, promovendo as autoridades os meios de evitar que a imprensa 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 suas possíveis causas e as formas de combatê-lo, preocupando inclusive a área médica. Ponderando sobre o processo histórico que delineia a construção do sentido que um profissional da saúde tem desse fenômeno, notamos que esse médico higienista interpretava o problema como uma questão eminentemente de ordem biológica.

Segundo Minois (2018), a medicina contribuiu historicamente para a compreensão do suicídio como uma “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)

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>.

Observamos paulatinamente que a ciência médica definiu a melancolia depressiva e a inclinação ao suicídio como uma perversão qualquer do ser humano ou decorrente de uma alienação mental, ou seja, atrelando o ato suicida à uma forma de loucura. Nessa direção, 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 à anarquia libertária e ao materialismo ou excesso de beatismo. Entre essas interpretações, em destaque está a de que 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 sobremaneira nesse trabalho. Ele retorna à antiguidade para dizer que não existia, à época, o termo suicídio tal qual conhecemos hoje. 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, espalhando-se para várias culturas. Destaca que os momentos históricos e sociais que foram a base para o aparecimento da palavra suicídio, bem como suas decorrências, além de colocar como a morte voluntária esteve presente nas sociedades ocidentais desde a antiguidade até o início do século XVII, perpassando discussões filosóficas, religiosas e históricas.

Tendo em vista o fato de estarmos pensando o suicídio dentro da sociedade brasileira, traremos alguns recortes da pesquisa de Berenchtein Netto (2012), a qual discorre sobre a colonização do Brasil e as relações de trabalho que vigoravam à época. Entendendo as configurações de trabalho vigentes 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).

O excerto acima nos informa sobre 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 nesse início do século XXI. Se algo mudou em nossa sociedade desde a colonização isso

(...) 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 e trabalho da maioria das pessoas trazem como consequência o adoecimento e a morte prematura, sejam por exaustão, acidente ou abandono da própria vida. De acordo com o autor, a adaptação dos sujeitos às necessidades impostas pelo sistema capitalista ocorreu progressivamente. Em relação ao suicídio, o capitalismo colocou a responsabilidade sobre a morte de si em cada sujeito singular. Ademais, se por muito tempo a igreja explicou e relacionou o fenômeno a um pecado, contemporaneamente esse sistema passou essa responsabilidade aos profissionais da saúde, que começaram a elaborar medidas de prevenção e propor o uso excessivo de remédios como forma adequada para se lidar com o suicídio, considerando-o tal qual uma doença.

Recentemente vimos aumentar a busca por uma explicação unicausal para o complexo fenômeno do suicídio. Seja associando-o aos transtornos mentais ou a questões da vida privada e cotidiana dos sujeitos, como suas relações familiares, escolares e afetivas. Essa é uma forma reducionista de compreensão que nos distancia da historicidade do tema e da apreensão de suas múltiplas determinações.

Ao retomarem a história, Berenchtein Netto e Carvalho (2018) salientam que com as transformações econômicas e políticas sentidas na sociedade medieval, ocorreram novas relações de produção, determinando um conjunto de mudanças na compreensão sobre o suicídio. Como relatamos há pouco, para a igreja, que até então era a principal forma de controle da vida e da conduta das pessoas, o suicídio foi por muito tempo considerado crime ou pecado. Quando esse controle sobre as pessoas passa a ser da medicina, modifica-se o entendimento sobre a morte, que passa a ser uma doença ou uma manifestação dela, não havendo, entretanto, certeza sobre sua origem e nem sobre qual deveria ser seu tratamento.

A respeito da concepção de morte, os autores lembram sobre seu caráter negativo, intensificado ainda mais quando se trata da 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)

Não podíamos deixar de citar o trabalho de Marx, intitulado *Sobre o Suicídio* (1883/2006). Nesse, o autor, junto a uma ex-arquivista policial, Jacques Peuchet (1758–1830), considera o suicídio como um sintoma de uma sociedade doente, a qual pela sua natureza desumana golpeia os indivíduos em muito de sua origem social. 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)

Em Marx (1883/2006) se destaca que as questões econômicas podem explicar muitos suicídios como, por exemplo, os baixos salários, o desemprego e a miséria. Contudo, pontua que a crítica à sociedade burguesa deve ir além da exploração econômica, porque é preciso avançar na discussão do seu caráter social e ético, que envolvem todos os profundos e diversos aspectos opressivos que aparentemente dizem respeito à vida privada dos indivíduos.

O que Marx nos ensina e que aqui defendemos é que o sujeito inserido na sociedade capitalista tem sido expropriado, alienado não só do acesso às riquezas materiais produzidas por sua própria força de trabalho, mas das inúmeras possibilidades de se desenvolver potencialmente se beneficiando de todas as conquistas do gênero humano e de se reconhecer em sua humanidade.

As mudanças do sistema capitalista, além disso, trouxeram a novidade de que o trabalhador seria livre e, do mesmo modo, que existiria uma legislação para supostamente protegê-lo dos abusos realizados por seus patrões, que antes no sistema escravocrata eram desveladamente praticados. 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).

No que tange à relação da família burguesa com a morte, essa colocou-a em outro patamar. Antes, era esperado morrer com a velhice mediante o esgotamento da energia vital, mas ainda assim, com saúde. Com o avanço do capitalismo, a morte passa a ser considerada imprópria caso ocorra fora da velhice, tornando-se necessário manter a vida a qualquer custo e, para isso, faz-se necessário o consumo crescente de medicamentos e de 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”. 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)

É a denúncia do reconhecimento do suicídio como um produto do sofrimento da vida nessa sociedade. O autor acrescenta que existiria uma relação particular entre o suicídio e as relações de trabalho, ainda mais quando os dados apontam aumento significativo na quantidade de suicídios com a reestruturação do capitalismo. Existiria uma relação entre as condições de trabalho e os desejos de vida e morte dos sujeitos que estão trabalhando?

O suicídio considerado como sintoma dessa organização fora confirmado por Marx (1883/2006) quando 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. Concomitante ao

aumento do suicídio haveria o 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)

Ao buscar as origens da morte voluntária no Brasil, Berenchtein Netto (2012, p. 37) nos lembra que é preciso “(...) travar uma luta ideológica com o passado (...)”, como via de superação do que está formado no pensamento imediato cotidiano e no senso comum das pessoas, com o intuito de estabelecer mediações pelas quais possamos compreender o terreno, bem como os alicerces que sustentam as representações contemporâneas acerca do fenômeno do suicídio, que para muitos estaria relacionado.

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)

Contudo, muitos obstáculos vividos na sociedade capitalista são difíceis de serem superados, justamente porque estão balizados pelas diferenças e desigualdades de classe, de raça/etnia, gênero, gerações etc. A exploração da força de trabalho envolve as situações de opressão que abarcam mulheres e jovens e isso se deve, em grande medida, ao fato de serem uma mão de obra mais barata, flexível e submissa.

Em relação aos jovens existiria uma grande e mutável exigência que lhes seduziriam e dificultaria o processo da reflexão crítica sobre suas vidas, porque muito se cobraria e pouco se ofertaria de suporte, tendo como resultado o sentido de inadequação por parte desses sujeitos (Berenchtein Netto & Souza, 2015). Já em relação às questões de gênero, Marx (1883/2006), à época, já denunciava a opressão contra as mulheres, destacando casos de vítimas do patriarcado e da tirania familiar que buscaram no suicídio uma saída, indicando-nos a importância de, na análise de suas possíveis causas, ser preciso ir além da aparência dos fatos.

Outro aspecto a se considerar, são as explicações químico-orgânicas sobre o suicídio hoje tão propagadas no meio científico e 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 associados ao suicídio. Entre esses, estariam o transtorno de humor (em especial a depressão), a esquizofrenia e outros transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Segundo a ESPPR (2019), o adequado tratamento para o transtorno mental seria crucial à medida em que fomentaria a prevenção do suicídio.

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. Esses seriam alguns dos fatores de risco para o suicídio já apontados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A ESPPR (2019) enfatiza que além dessas situações, aspectos socioculturais também podem ser considerados fatores de risco para o suicídio. Mas, o que denominam de ‘aspectos socioculturais’? Em suas palavras seria

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)

Para a psicologia sócio-histórica, a dimensão sociocultural deveria ser compreendida como fator determinantemente. Considerando o suicídio como um fenômeno multideterminado, sabemos que ele se entrelaça a situações complexas e singulares da existência humana, que levam o sujeito a pensar no suicídio como uma possibilidade a ser concretizada. O suicídio assim 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).

Para o materialismo histórico-dialético, a morte voluntária é entendida como um ato exclusivamente humano, por esse ser o único ser na natureza a possuir condições materiais, bem como o desenvolvimento da atividade necessária para o uso da consciência nessa situação. Berenchtein Netto (2012) pontua que nem tudo o que é considerado suicídio, se confirma como tal, porque nem todo ato que o sujeito comete contra si mesmo, que se caracteriza como um suicídio. Além disso, o autor utiliza a definição de Fairbairn¹⁹ 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)

Nesses termos, existiria 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 ele tenha se suicidado, ainda que seja um ato realizado por ele próprio. Isso acontece porque 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 a irreversibilidade do ato, entre outros. Já o suicídio, por sua vez, se caracterizaria

19 William Ronald D. Fairbairn (1889 – 1964), psicanalista escocês.

(...) 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 dessa perspectiva, o suicídio seria um ato afetivo-volitivo. O significado social do suicídio, da vida e da morte se desprendem de acordo com as características de cada momento histórico. Esses significados historicamente construídos delineiam o modo como as pessoas irão lidar com esses fenômenos, parte das concepções de homem e de mundo, incluindo também a relação com estabelecem com a religião e a política. (Berenchtein Netto, 2012).

3.2. Debates e contrassensos que perpassam as propostas de enfrentamento e cuidado ao suicídio na atualidade

No curso da elaboração dessa obra, pensamos em destacar alguns dados estatísticos locais do suicídio para, em seguida, discutir sobre as questões epidemiológicas de notificação mais gerais. No entanto, à medida em que avançamos na compreensão do fenômeno, deparamo-nos com a necessidade de atentar à uma leitura mais crítica da epidemiologia, indagando o que esses números significam, como são produzidos e disseminados em nossa sociedade.

Assim, sendo o suicídio um fenômeno que levanta preocupações diversas na atualidade, precisamos localizá-lo no emaranhado das contradições que marcam a vida da maioria da população adolescente em nosso país, avançando na compreensão da determinação social do sofrimento psíquico.

No Brasil, as diferentes formas de violência, ligadas às desigualdades de classe social, gênero, raça/etnia, entre outras, resultam em experiências adversas e bastante plurais para uma dada adolescência. Arelado às necessidades criadas pelos meios de produção e consumo capitalistas, precisamos nos adequar a determinados padrões estéticos para não sermos excluídos. Os indivíduos que apresentam características físicas fora do padrão (por exemplo, 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 se normatiza um padrão, aqueles cujo gênero e orientação sexual fogem do modelo hegemônico (mulheres, transexuais, transgêneros, travestis, homossexuais e bissexuais), são considerados anormais e acabam vitimizados. Logo, nesse contexto social, as identidades de gênero e orientação sexual acabam sendo transformadas em fatores de risco para o suicídio. 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 que, como trouxemos anteriormente, afirmam que essas mortes são mais recorrentes entre os homens que entre as mulheres. Berenchtein Netto e Souza (2015) destacam que a OMS ao reproduzir essa afirmação não leva em conta os estudos de gênero, mas antes, faz uma análise sobre as diferenças nas taxas de suicídio utilizando justificativas superficiais. A maior incidência de suicídio entre os meninos estaria relacionada ao fato de que eles seriam mais agressivos e impulsivos, e que muitas vezes agiriam sob o efeito do álcool e outras drogas. Já as tentativas seriam maiores entre as meninas, porque mesmo vivenciando um quadro maior de depressão, procurariam ajuda com mais facilidade, o que cooperaria para a prevenção de atos fatais. Essas afirmativas carentes de historicidade, naturalizam e desconsideram a educação de gênero; não consideram o modo como nos constituímos socialmente enquanto homens e mulheres. Sobre essas relações 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 afeta, sobretudo, aqueles que não se encaixam nas características desejáveis ao modo de produção vigente. 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).

Na família, desde o início da vida, as crianças são impelidas a produzir, incutindo relações competitivas entre seus membros indivíduos. Desde muito pequena, a criança recebe uma educação pautada na produtividade, na formação e qualificação da força de trabalho, sem priorizar sua humanização e sem considerar seu pertencimento a uma classe social, raça/etnia e gênero (Berenchtein Netto & Souza, 2015).

Para transformar essas relações, produtoras de sofrimento psíquico, precisamos do engajamento coletivo, de construção de projetos que mirem a

emancipação humana e a superação estrutural dessas relações afetivo-sociais que tanto desumanizam. Nos limites de nossa atuação profissional, 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 nos ajuda a construir essas respostas terapêuticas para o alívio do sofrimento psíquico de sujeitos singulares. Ao focar o singular, não perdemos de vista que esse sofrimento é significado a partir das relações sociais mais amplas de produção e reprodução da vida.

Como observa Gomes (2020), devemos compreender os processos produtivos como processos de consumo, não apenas de meios de produção, mas também da força de trabalho. Nesse movimento, durante os processos de objetivação, as capacidades humanas se desgastam e se esgotam. Segundo esse autor, na medida em que tais desgastes não são contrapostos por processos de reprodução, deterioram-se as capacidades vitais dos seres humanos e, por consequência, muitas obstruções são vividas como sofrimentos e interpretadas pelos serviços de saúde como sendo patologias.

Navasconi (2019) coloca que muitos profissionais da saúde, que atuam nas emergências hospitalares emergenciais, acreditam que o adolescente quer chamar a atenção para si ao tentar o suicídio. Alguns, indignados, dizem que também sofrem e nem por isso tentam se matar; ou ainda, por sentirem raiva desse sujeito, acabam priorizando outros pacientes, já que, quem quer se matar não merece o mesmo cuidado que quem tenta viver. Nesse sentido, evidenciam o despreparo ao lidar com o suicídio, sobretudo, quando esse ato envolve um adolescente.

As notificações do SINAN ou SIM precisam ser compreendidas mediante algumas de suas limitações. Navasconi (2019), por exemplo, ressalta em sua pesquisa que, no momento do preenchimento das informações no SIM e SINAN, o item de raça/cor muitas vezes é negligenciado. Essa afirmativa nos faz refletir sobre o quanto ocultar essa informação contribui para a invisibilidade dos suicídios entre as pessoas negras no Brasil. Por essa razão e outras razões as notificações oficiais produtoras das estatísticas acerca do fenômeno não dão conta de expressar com precisão é nossa realidade.

Entre os fatores que impedem o profissional de fazer esse registro estão o preconceito e ou o desconhecimento da importância desses marcadores sociais e culturais. Além disso, Navasconi (2019) acrescenta 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)

Considerando a incapacidade de os dados epidemiológicos refletirem a realidade, questionamos o alcance das informações divulgadas pela OMS e Ministério de Saúde e, particularmente, se eles abarcam a multiplicidade de fatores envolvidos e que tornam esse fenômeno tão complexo. Tais limites passam não só pelo desconhecimento de como preencher a ficha de notificação do SIM e do SINAN, mas também do porquê preenchê-la.

Mesmo realizando o preenchimento correto dessas notificações, ao estar em posse desses dados, as instituições responsáveis por fornecer estratégias de cuidado e prevenção ao suicídio precisam ter ciência de que os dados não dão conta dos enredamentos que constituem esse fenômeno. Muitas vezes se justifica a necessidade das estatísticas para se propor políticas públicas, contudo, sabemos que toda política, enquanto braço do estado, é limitada e não dá conta de atingir as raízes daquilo que promete suprimir.

Não negamos a necessidade de implementação de políticas públicas de saúde que envolvam a prevenção das doenças, a promoção da saúde e o cuidado integral àqueles que dele necessitam. O que pretendemos, no entanto, é afirmar que o enfrentamento ao suicídio precisa extrapolar o controle do número de casos, de forma a interrogar o que tem corroborado para que muitos sujeitos, no auge de sua juventude, desejem a morte de si. A complexidade desse fenômeno exige que coletivamente busquemos ampliar a compreensão e os modos de enfrentamento, sem perder de vista que é imperativa a luta pela garantia de melhores condições de vida e de uma vida com mais saúde.

Em 26 de abril de 2019 foi instituída a lei nº 13.819, que trata da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, alterando a lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Essa lei aponta 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 a 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 ético²⁰ do profissional, porque existe a possibilidade de tal quebra, exemplificada no Código de Ética do Psicólogo, quando previsto 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)

20 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)

Em relação ao menor prejuízo, a orientação encontrada disponível no site do CFP²¹, informa que quando a manutenção do sigilo puder prejudicar o atendido e não o beneficiar, cabe ao 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 esses. 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 Municipal de Saúde e do Ministério de Saúde. Sendo considerado o suicídio um problema de saúde pública, algumas leis há tempos ratificam argumentos favoráveis à sua vigilância. 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)

O 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.

21 Para saber mais acesse: <https://site.cfp.org.br/documentos/nota-tecnica-de-orientacao-profissional--em-casos-de-violencia-contr-a-mulher-casos-para-a-quebra-do-sigilo-profissional/>.

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 sejam evitadas futuras tentativas de suicídio, partindo do argumento de que, no caso de tentativa, existe um risco elevado de outras tentativas subsequentes. Assim, a prevenção passaria pela notificação enviada à vigilância epidemiológica do município por meio da ficha de notificação, e-mail ou telefone (com envio posterior da ficha de notificação).

Nos entremeios desses debates, interessa-nos mais que enfatizar a exigência da notificação compulsória, refletir sobre como essa notificação ou a ausência dela rebate sobre as estratégias de cuidado em saúde mental. Um cuidado que, como já destacamos, delineado por outra lógica que não a da prescrição. Esse cuidado que não está à mercê das leis, tampouco se garante somente por meio delas.

Ainda do ponto de vista jurídico-político, lembramos que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, instituiu as denominadas ‘Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio’. Em uma de suas orientações, trata da organização de cuidados integrais em todos os níveis de atenção e em garantir o acesso às diferentes modalidades terapêuticas. Neste ponto, incluem-se as discussões sobre o cuidado em saúde mental voltado ao público infantojuvenil.

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-se reiterar as ações descritas na Portaria nº 1.876/2016, 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” foi justificada como parte do movimento da sociedade que estaria buscando a redução das tentativas e das mortes por suicídio. No entanto, em que pese a importância de todas as medidas de enfrentamento, entendemos que luta por garantir um cuidado integral em saúde/saúde mental, exige mais que um mês dedicado à discussão da temática e campanhas de conscientização.

Precisamos compreender e desvelar os determinantes sócio-históricos que cooperam para a produção e o agravamento das experiências de sofrimento. Precisamos pôr no centro do debate a saúde coletiva, denunciando as mazelas, as desigualdades e as violências que não poderão ser sanadas por meio da prescrição de medicamentos ou de intervenções psicológicas e psiquiátricas, clássicas e individuais.

No documento proposto pelo Ministério da Saúde, observam-se ações de enfrentamento ao suicídio dispostas em 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)²² 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)

22 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 precisam conversar, sob total sigilo por telefone, e-mail e chat 24 horas todos os dias. Essas informações estão disponíveis em: <https://www.cvv.org.br/>

Dentro do eixo acima exposto, existe a preocupação com a formação dos profissionais que atendem os casos de tentativa de suicídio, para que eles 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, 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 nem sinaliza considerar a necessidade de mudanças estruturais que reverberem ou alterem sua produção. Inclui iniciativas que individualizam e fragmentam tais questões, indicando a importância de ações 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), além de falar da necessidade de sensibilizar os membros dos conselhos nacional, estadual e municipal de saúde, para incluírem o tema nas agendas públicas e articularem junto ao Congresso Nacional, apoio do legislativo aos projetos de promoção à saúde. Cita ainda que o enfrentamento do suicídio envolve apoiar o desenvolvimento de atividades relacionadas à prevenção da violência e promoção da cultura da paz, bem como a prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.

No entanto, como promover a cultura da paz e a prevenção das violências dentro de uma sociedade que está pautada na exploração, na opressão e nas desigualdades?

Nesse mesmo Eixo II, aparece que a denominada articulação inter e intrassetorial inclui 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 solicita que redes comunitárias, formais ou informais, apoiem projetos no âmbito do trabalho para construção de ambientes saudáveis e seguros, bem como melhorias na regulamentação da publicidade e disponibilidade de bebidas alcoólicas e apoio às ações para controle do uso do tabaco.

No Eixo III, o que chama atenção é o foco dado às capacitações de profissionais das áreas da saúde, educação, justiça, assistência social, entre outras, para a prevenção do suicídio. O estado aparentemente preocupa-se com o fenômeno do suicídio se disponibilizando a orientar a sociedade civil sobre as formas adequadas de se abordar a temática, de se divulgar conhecimentos, de prevenir e ofertar tratamento em saúde mental àqueles que precisam.

Nos documentos oficiais apresentados reforça-se o entendimento de que o cuidado em saúde mental deve se iniciar na atenção primária, já que esta seria a porta de entrada dos usuários para toda rede de atenção à saúde do SUS. Seria na AP que se viabilizaria a articulação de todos os serviços existentes dentro da rede, possibilitando a integral do cuidado.

Outrossim, quando pensamos na atuação do psicólogo, preocupamo-nos com aqueles que são trabalhadores do SUS e também com os que trabalham nas clínicas particulares e recebem igualmente demandas de adolescentes que fizeram tentativas de suicídio. Entendemos que todos precisam ser incluídos nos debates acerca da prevenção e dos cuidados dos casos de suicídio. No próximo capítulo, pretendemos avançar nas reflexões sobre a prática profissional do psicólogo, partindo dos resultados da pesquisa de mestrado intitulada *A Psicologia e o cuidado em saúde mental à tentativa de suicídio na adolescência*, defendida em abril de 2021, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM – Maringá-PR.

No próximo capítulo, pretendemos avançar nas reflexões sobre a prática do psicólogo, quer seja no contexto do SUS, quer seja da clínica particular, partindo dos resultados da nossa pesquisa.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

CAPÍTULO IV

COMPARTILHANDO RESULTADOS DA PESQUISA

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

4.1. A psicologia sócio-histórica como orientadora da pesquisa e a metodologia utilizada

Nesse capítulo apresentamos os resultados da pesquisa de mestrado intitulada “A Psicologia e o cuidado em saúde mental à tentativa de suicídio na adolescência”. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e de campo, que teve suas análises guiadas pelas contribuições da lógica da atenção psicossocial, além da abordagem da determinação do processo saúde-doença e da psicologia sócio-histórica por compartilharem do fundamento materialista histórico-dialético.

A psicologia sócio-histórica tem por objetivo superar os reducionismos das concepções empiristas e idealistas, abordando e compreendendo o ser humano cuja constituição se dá

(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 pelo homem em lidar com os desafios da vida e das relações que ele estabelece.

Tendo em vista o fato dessa orientação considerar que as unidades de análise resguardam a totalidade do fenômeno, tal pesquisa pode contribuir

para ampliarmos a compreensão do fenômeno do suicídio na adolescência dentro da sociedade capitalista, e, conseqüentemente, refletir como tem se dado a atuação do psicólogo na difícil construção de cuidados em saúde mental voltado a essa população.

Escolhemos utilizar como recurso 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 é marcada por 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, 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, compreender o processo de sua produção. Partimos do entendimento de que o sujeito que fala se apropriou de determinados significados e lhes atribuiu 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, como as entrevistas, que primam pelo levantamento de informações, podem viabilizar a construção de respostas às perguntas que nos inquietavam e nos trouxeram até aqui. As respostas obtidas por meio das entrevistas, na sequência, foram categorizadas e analisadas à luz da leitura sócio-histórica de homem e de mundo, que como já salientamos, olha 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 pretendeu apreender o sentido atribuído pelos psicólogos ao cuidado em saúde mental voltado aos adolescentes com histórico de tentativas de suicídio, bem como o processo de produção desses sentidos (Aguiar, 2001). Nesses termos, a organização contou 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, pautamo-nos no empírico, mas fomos além das aparências. Estudamos o objeto em seu processo histórico e não apenas nas descrições dos fatos. Consideramos as mediações sociais que o constituíram e baseamo-nos em método que concebe o homem-singular como constituído na e pela relação dialética com o social.

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 realizadas 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 definição dos núcleos. Após este processo, aglutinamos os pré-indicadores, identificamos os indicadores (agrupados por similaridade, complementaridade ou contraposição), formando assim os *Núcleos de Significação*.

Sendo a palavra a nossa unidade de análise, atentamo-nos em conteúdos centrais expostos na fala dos psicólogos, àqueles que geraram emoções e maior envolvimento do profissional durante a entrevista semiestruturada. Assim, os *Núcleos de Significação* foram criados à medida que na análise 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, agregou questões intimamente relacionadas que, de modo geral, permitiram compreender e responder aos objetivos

da pesquisa. (Aguiar, 2001). Lembramos que o objetivo geral da pesquisa em tela foi o de refletir sobre o cuidado em saúde mental ofertado a adolescentes que fizeram tentativa de suicídio; e os objetivos específicos, foram: 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 tanto, foi necessário articular os conteúdos dos núcleos, a fala dos profissionais, com a história da nossa profissão e com o processo histórico que a constituiu, na intenção de apreender como esse psicólogo transformou o social em psicológico e constituiu seus sentidos (Aguiar, 2001).

Segundo Aguilar 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 que extrapolam a 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 se torna possível adentrar nas chamadas 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, prenhes 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 fragmentamos seu discurso, de forma a não ignorar a articulação das falas apresentadas. Entendemos que para compreender nosso objeto era preciso olhar para o processo, considerando-o no conjunto de suas relações. Assim, durante a análise, separamos os *Núcleos de significação*, para em seguida, reintegrá-los no seu movimento e compreendê-los de forma mais global e profunda (Aguiar, 2001).

Com a análise das entrevistas observamos que

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 abordados, construídos a partir dos objetivos específicos que há pouco apresentamos. Assim, ouvimos um total de 20 psicólogas. A escolha por investigar as psicólogas representa nosso esforço em buscar avanços na formação e na prática profissional, carentes de análises críticas sobre o fenômeno do suicídio.

Contamos com a participação de dez 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 dez 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.

Ouvimos psicólogas da rede pública e da rede particular com vistas a acessar um número maior de profissionais da psicologia que cotidianamente trabalham com o público infanto-juvenil. Assim, o critério principal de seleção dos participantes foi o de já ter atendido/cuidado de adolescentes que tentaram suicídio e que se dispusesse voluntariamente, a colaborar com a pesquisa. Os critérios secundários foram: 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.

Para entrevistar as psicólogas da rede pública precisamos da 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 informadas do objetivo da pesquisa e consultadas sobre a disponibilidade. Negociamos individualmente o melhor local e horário para a realização de cada entrevista. Todas foram convidadas e concordaram em assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Compreendemos que o cuidado em saúde mental demanda esforços conjuntos, é tarefa coletiva de diversos profissionais e áreas de conhecimento. Todavia, como psicólogas, deparamo-nos com a urgência de refletir sobre o cuidado em saúde mental e avançar no compromisso social da psicologia como ciência e profissão.

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

O campo de pesquisa foi a cidade de Maringá – município brasileiro do estado do Paraná. Trata-se de uma cidade de médio-grande porte, planejada e urbanizada recentemente. Sua população, conforme estimativas do IBGE de 2020, é de 430.157 habitantes, sendo o terceiro município mais populoso do estado. Maringá vem sendo considerada uma das melhores cidades para se viver no Brasil desde 2017, segundo o Ranking Macroplan²³, o qual analisa índices de educação, saúde, segurança, saneamento básico, sustentabilidade e economia (IBGE, 2020).

Sobre o funcionamento da Atenção Primária de Maringá, o município declara que teve sua primeira Unidade Básica de Saúde (UBS) implantada na década de 1980, sendo um dos primeiros municípios brasileiros a contar com o psicólogo no quadro de funcionários em todas as UBS, confirmando que é longínqua a inserção desses profissionais nos serviços voltados aos cuidados em saúde.

De acordo com o ‘Protocolo da 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).

Maringá utiliza-se, como já relatamos, da avaliação mediante preenchimento da *Estratificação de Risco*. O resultado da estratificação ajuda a definir

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

os encaminhamentos e os planos de cuidados a serem ofertados. Segundo orientações do município, nos casos em que os tratamentos extra-hospitalares não estão sendo considerados suficientes e o usuário apresenta uma situação de crise em saúde mental, apresentando risco para si e para os demais, realiza-se o encaminhamento à Emergência Psiquiátrica. Em Maringá, esse serviço funciona em ala anexa ao Hospital Municipal e oferta 26 leitos psiquiátricos de atendimento a essas situações de crise.

Sobre os dados estatísticos da cidade de Maringá-PR 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 às tentativas de suicídio e aos óbitos por suicídio no município no período de 2016 a 2018. Esses dados decorrem do preenchimento do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) e do 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 três 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.

Em relação às tentativas de suicídio, no ano de 2018 foram notificados 592 casos, sendo 159 casos do sexo masculino e 433 do sexo feminino. Em relação aos casos de ideações 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 – UPA's municipal e particular, com 110 notificações. Os hospitais (municipal, estadual e particulares) notificaram 51 casos e as UBS's notificaram somente um caso²⁴.

Em relação às entrevistas realizadas, conseguimos o contato das profissionais entrevistadas por meio de indicações da Secretaria de Saúde de Maringá ou por indicação de profissionais que conhecemos. Os locais das entrevistas foram indicados pelas próprias psicólogas: a grande maioria foi

24 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 nas UBS's, locais onde os profissionais de saúde estariam mais próximos do cotidiano da população? Sobre as UBS's não seria lá no território onde a vida acontece, que existiria maior aproximação-vinculação entre os profissionais da saúde e a comunidade?

realizada em seus locais de trabalho. As entrevistas com psicólogas da rede pública de saúde aconteceram entre as datas 03 de julho até 15 de julho de 2019, algumas foram realizadas no mesmo dia com mais de um profissional que trabalhava no mesmo local. As entrevistas com as psicólogas autônomas aconteceram entre as datas 04 de julho até 30 de julho de 2019. A duração média das entrevistas foi, em geral, 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 de um ser social, 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, escolar, hospitalar, nos serviços públicos 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 seguir uma abordagem ou teoria psicológica para fundamentar sua atuação, mas, algumas psicólogas da saúde pública, relataram utilizar mais de uma abordagem teórico-metodológica e poucas citaram que, para além da orientação teórico-metodológica, trabalharem com os fundamentos e princípios da SUS e da lógica da atenção psicossocial.

Antes de iniciarmos as entrevistas, era perguntado às profissionais se elas sabiam dizer a quantidade de casos de tentativas de suicídio que já haviam atendido e se podiam descrever o perfil dos adolescentes com um ou mais episódios de tentativas de suicídio. As psicólogas autônomas afirmaram ter realizado um número menor de atendimentos comparando 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 entre 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 também apareceu compondo a maioria dos casos atendidos.

Segue abaixo, em formato de quadro, uma síntese das informações que consideramos relevantes trazer aqui. No Quadro 1, é apresentado 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	Inst. de ensino graduação	Orientação teórica	Pós-graduação em psicologia	Experiência atual e/ou anterior	Idade (anos)	Tempo total de atuação (anos)	Atendimentos realizados de tentativa de suicídio
1	Particular	Psicanálise	Mestrado, doutorado, especialização	Clínica, docência universitária, hospital	43	19	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 especializações	Clínica, polícia	33	7	2 casos
3	Particular	Histórico-cultural	Mestrado	Clínica, docência universitária	28	5	2 casos
9	Particular	Psicanálise	Mestrado 2 especializações	Hospital, CRAS, docência EaD e em Pós-graduação	31	7	6 casos (4 em 2019)
4	Particular	Psicanálise	Mestrado 2 especializações	Hospital Particular e Público, Plano de saúde	32	9	7 casos (2019)
5	Particular	Gestalt	2 especializações, 2 pós-graduações	Clínica, hospital particular, associação autista	29	5	1 caso (2019)
7	Particular	Psicanálise	2 especializações	Clínica	53	7	1 caso
6	Particular	Histórico-cultural	Especialização mestrado, doutorado, Pós-doutorado	Clínica, docência universitária	35	12	1 caso (2019)
10	Particular	Psicanálise	Mestrado	Clínica, plano de saúde	25	3	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 (anos)	Atendimentos realizados de tentativa de suicídio
1	Pública	Atenção psicossocial	Mestrado, especialização, pós-graduação	NASF, Casa Lar	32	10	3 casos (2019)
6	Particular	Psicanálise, sistêmica, cognitivo comportamental	3 especializações 1 formação	UBS, Fórum da Infância	55	20	5 casos (2019)

continua...

continuação

Psicóloga saúde pública	Inst. de ensino graduação	Orientação teórica	Pós-graduação em psicologia	Experiência atual e/ou anterior	Idade (anos)	Tempo total de atuação (anos)	Atendimentos realizados de tentativa de suicídio
2	Particular	Psicanálise, fenomenologia	4 especializações 1 formação	CAPSi, clínica, escola particular e pública	49	16	80 casos (últimos anos)
3	Pública	Psicanálise	2 especializações	CAPSi, assistência social, CISAM, hospital	46	24	11 casos
7	Pública	Psicanálise	Mestrado 2 especializações	UBS, CRAS, sócioeducação, CREAS, docência	32	10	10 casos (2017-2018)
4	Pública	Analítico- comportamental, saúde pública	Especialização	Hospital, clínica, CAPS	38	13	Não soube responder
8	Pública	Psicanálise, jungiana	2 especializações	UBS, clínica, consultoria RH, hospital, plano de saúde	52	30	14 casos (2019)
9	Pública	Psicanálise, teoria cognitiva comportamental	2 especializações	UBS, Clínica	55	31	6 casos (2019)
10	Pública	Psicanálise, Construcionismo social	Mestrado 2 especializações	UBS, CREAS, Conselho tutelar, escola, clínica	55	18	Não soube responder
5	Pública	Analítico Comportamental	Mestrado MBA especialização	Hospital, clínica, perita, RH	39	15	20 casos (2019)

Depois da transcrição das entrevistas, realizamos leituras e releituras até chegar aos *Núcleos de significação* que apresentaremos a seguir. Como já relatamos, os núcleos foram formados de acordo com os pré-indicadores e indicadores que identificamos nas entrevistas. Nesse percurso, não pretendemos esgotar todo material coletado, por isso, selecionamos os elementos que mais expressavam e permitiam estabelecer relações com o todo, levando em consideração que as palavras são fragmentos da consciência, capazes de nos mostrar as significações do fenômeno estudado.

Chegamos a seguinte organização dos *Núcleos de Significação*: o primeiro núcleo diz respeito à compressão dos psicólogos sobre o suicídio e 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, discorreremos 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 trabalhamos com os sentidos atribuídos pelas psicólogas entrevistadas ao suicídio e às tentativas de suicídio realizadas por adolescentes. Ao longo da pesquisa, trabalhamos o suicídio como um fenômeno histórico, social e culturalmente determinado, sendo complexo e multideterminado, além de compreendê-lo como um produto da existência-sofrimento da vida em uma dada sociedade.

Nossa intenção ao retomar o conceito sócio-histórico de suicídio justifica-se porque um primeiro aspecto que nos chamou a atenção foi a dificuldade das psicólogas em definir o que seria esse fenômeno. Partimos da linguagem como uma expressão da consciência e entendemos que não é por acaso que tais profissionais, que representam uma ciência e profissão, ponderam de determinado modo. Os significados sociais e sentidos pessoais atribuídos ao suicídio são produzidos nas e pelas relações, experiências e oportunidades vivenciadas pelo sujeito no transcurso da sua vida pessoal, acadêmica e profissional.

A maioria das psicólogas, ao invés de definir o que seria suicídio, buscava explicá-lo, fazendo relação com questões intrínsecas ao sujeito e da vida particular dos adolescentes atendidos. Em algumas situações, observamos a dificuldade em diferenciar a tentativa de suicídio do comportamento autolesivo.

Muitas destacaram que o número de casos de suicídio tem aumentado nos últimos anos, citando, por exemplo, a ingestão de medicamentos, sem dizer, no entanto, o que compreendiam por suicídio. Por outro lado, ao pensar na totalidade do fenômeno, acreditamos que a dificuldade de conceituação não é uma questão meramente individual, mas articula-se de um lado às nossas limitações históricas, sociais e políticas de nos apropriarmos dos conhecimentos científicos acumulados, e de outro de lidarmos com o tema da morte e da morte voluntária.

Na maioria das entrevistas, observamos a relação causal do suicídio com a existência de um sofrimento psíquico intenso, expresso na solidão e nas dores, provenientes 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 o 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? (...)*”.

Essas falas nos remetem às reflexões que trouxemos anteriormente de que

(...) 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 bastante disseminada socialmente. Nessa espreita, o suicídio tem sido compreendido com frequência como resultado de uma falta individual da vontade de viver, motivado por um dado sofrimento intenso. Em que pese a validade dessa compreensão, não temos sido capazes de refletir sobre o que estaria nas bases da produção desse sofrimento e responder: que vida é essa que não vale a pena viver?

A lógica do capital agudiza o sentimento individual de inadequação, o qual se origina a partir da destruição das referências coletivas de identificação e da ação dos sujeitos como seres sociais. Esse sentimento de inadequação presentifica-se em muitos casos de suicídio, porque as exigências são tamanhas, que muitas vezes os espaços sociais que deveriam ofertar apoio e promover o desenvolvimento humano, são considerados uma ameaça ou consituem-se como um dos principais contextos promotores de sentimentos de inadequação e despertencimento, como é o caso da escola (Berenchtein Netto & Souza, 2015).

Na análise da interface violência-sofrimento-tentativa de suicídio, as psicólogas observaram que o ambiente escolar, para muitos, tem sido um espaço produtor de sofrimento psíquico. Na fala das profissionais esse ambiente aparece permeado de relações de preconceitos, opressão, *bullying* e de dificuldades nos relacionamentos interpessoais. A **Psicóloga saúde pública 1**

concluiu que o suicídio estaria *“aliado a várias questões do desenvolvimento, 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 para a vulnerabilidade emocional decorrente das relações estabelecidas em um ambiente desfavorável ao desenvolvimento emocional tão necessário para se aprender a lidar com as situações difíceis da vida.

Na prática cotidiana, temos observado que o *bullying*, bem como toda forma de violência, preconceitos, opressões e exclusões tem produzido e acirrado muito sofrimento. É importante não negarmos o quanto a exposição às violências – ocorridas dentro ou fora do ambiente escolar – podem impactar negativamente sobre a saúde mental. Precisamos também estender a discussão da violência presente nos ambientes privados para a violência que está na raiz desse sistema: a denominada violência estrutural, que produz efeitos nefastos que vão desde os prejuízos e atrasos no processo de escolarização dos jovens, até tornar as relações de trabalho cada vez mais adoecedoras nas instituições educacionais.

Para compreendermos esse cenário, recuperamos dados do IBGE (2019) que destacam que adolescentes entre 15 e 17 anos representam 23,1% dos estudantes que estão atrasados em relação à etapa que deveriam estar frequentando. 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. Ante o grande o número de adolescentes apontados como desertores, precisamos refletir: por que esses adolescentes estão fora da escola? Por que abandonam a escola antes de completar o ensino fundamental ou o ensino médio?

Quando referimos à instituição escolar, não podemos citar apenas os estudantes, mas considerar todos os atores envolvidos no processo de escolarização, sobretudo, os professores. Os dados do IBGE (2019) informam que *“(...) 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”*. Para pensarmos uma educação de qualidade, precisamos valorizar esses profissionais, dispendendo recursos financeiros e referendando sua importância social enquanto agente promotor de desenvolvimento humano. A escola precisa ser um ambiente em que se valha a pena estar, trabalhar e pela qual devemos lutar.

O cenário apresentado engloba uma escola com docentes desvalorizados, que se coloca a serviço do sistema capitalista quando deposita exclusivamente no sujeito a capacidade de obter (ou não) o sucesso escolar. Paradoxalmente, a sociedade segue esperando que essa escola sem valor, mechie uma vida melhor, que amplie oportunidades de se alcançar um futuro profissional que garanta o sustento e o reconhecimento social.

Instituições sociais como a escola deveriam ter no horizonte o desenvolvimento integral, estabelecendo mediações mais saudáveis e que contribuam para a construção do pensamento crítico e do controle voluntário do comportamento. No entanto, muitas vezes esses espaços favorecem mais a alienação que impede que os adolescentes tenham plena consciência de seus atos. A **Psicóloga saúde pública 2** observa:

(...) 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, que está relacionado à realidade. Esse ato pode ser consciente ou alienado-inconsciente, dependendo dos interesses particulares ou coletivos, podendo se relacionar à vontade própria do sujeito ou à vontade de outro. O sujeito pode não executar de primeira o que havia planejado, mas é por meio do processo que envolve a tomada de decisão e o ato, é por meio da relação consciente das formas de alcançar os objetivos estabelecidos e da consciência dos meios para atingi-lo, que o suicídio poderá ser considerado um ato volitivo.

A psicologia sócio-histórica nos convida a compreender a relação dialética existente entre o mundo objetivo e o subjetivo. Contudo, em um contexto neoliberal, que individualiza os fenômenos para explicá-los, quando referimos aos fenômenos psicológicos, parece existir dois mundos que não se misturam: um mundo interno e outro externo. Lembramos que historicamente, a psicologia tem concebido o sujeito partindo dessa visão dicotômica, liberal, notada, por exemplo, na prevalência da associação do suicídio com as questões aparentemente da ordem do individual, isto é, quando se atribui o suicídio a eventos da vida privada, à uma dinâmica familiar conflituosa e/ou à uma tentativa desse adolescente em chamar a atenção dos seus pais.

Quando a psicologia trabalha sustentada nessa visão liberal, coloca suas análises à margem da dinâmica da vida em sociedade, não sendo capaz de conceber o homem como um ser ativo, agente transformador da realidade. A psicologia não produz um saber crítico que permita apreender a essência dos fenômenos psicológicos, nem a dialética dos processos psicossociais, perdendo-se entre os sentidos da sua atuação profissional.

Sobre os fenômenos psicológicos, Bock (2004) realizou uma pesquisa na qual analisou o significado que esses teriam para os psicólogos. A seu ver,

para os profissionais, o psiquismo seria algo próprio da natureza humana, dado desde o nascimento. Observou que os psicólogos não se preocupavam em apontar como ocorreria o desenvolvimento dos fenômenos psicológicos, já que o compreendiam como natural, apartado do contexto histórico e social no qual os sujeitos se desenvolvem. Por fim, a autora notou o desinteresse desses profissionais para com as relações sociais e culturais e pelas formas humanas de produção da sobrevivência.

Na análise dos materiais produzidos sobre adolescência, Bock (2004) observou que a psicologia não apresentava as características dessa idade como sendo constituídas nas e pelas relações estabelecidas, afastando de suas análises as questões sociais envolvidas na produção da singularidade. A partir dessas constatações, a autora levanta alguns pontos que precisam ser considerados quando nos propomos discutir sobre adolescência, a saber: a falta de políticas públicas para essa etapa; a desqualificação e inadequação do contexto escolar para as demandas dos adolescentes; 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 mundo jovem; a dificuldade de se adquirir autonomia financeira quando não se pode ou não se consegue trabalhar, ou quando precisa sustentar a própria família.

Como vimos discutindo, a naturalização tem marcado nossa forma de conceber a adolescência. Do mesmo modo, a forma como compreendemos o suicídio no período específico da adolescência acaba sendo delineada por esse mesmo 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 observamos há pouco, muitos profissionais ao reconhecerem a existência de um sofrimento psíquico intenso nesse momento da vida atribuem sua origem à própria natureza da adolescência. Associam as tentativas de suicídio à oscilação emocional entendida como comum nessa fase e também às suas crises. 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.

Encontramos similaridades nos discursos profissionais que explicam as dificuldades que os adolescentes enfrentam na atualidade como sendo inerentes às faltas e incapacidades ligadas à crise da adolescência. As denominadas crises do desenvolvimento são interpretadas de modo diferente pela psicologia sócio-histórica: seriam períodos de mudanças, deslocamentos, modificações e rupturas na personalidade. Essas crises estariam relacionadas às transformações nos interesses, como quando muda de uma atividade principal para outra, por exemplo, da atividade de estudo para a atividade do trabalho.

Muitos podem vivenciar períodos críticos ao longo de seu desenvolvimento e, se durante essas crises não contarem com relações e mediações de qualidade, podem não conseguir retomar às atividades de forma a lhes atribuir novos sentidos e significados. Essas dificuldades podem acirrar ainda mais o senso de não pertencimento a um grupo, à cultura ou à sociedade, agravando a solidão e o sentido de que sua existência não faz diferença. 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 pensarmos os períodos de crises do desenvolvimento e, a partir deles, considerar dialeticamente o teor das relações estabelecidas, as quais, inegavelmente, são muito mais significativas nesse momento. Desse modo, perguntamo-nos: quais atividades estão presentes na vida desses adolescentes para que aprendam a significar e lidar com o que sentem? Como desenvolverão novos sentidos dentro de uma sociedade tão cerceadora do acesso à mediações de qualidade?

Como mencionamos, com a inserção em novas atividades sociais, a linguagem também se amplia e coopera para o enriquecimento da autorregulação do comportamento. Em nossa sociedade, a inserção do adolescente não se faz sem conflitos e isso ocorre a despeito de esse ser um momento muito

rico em potencialidades. Seus comportamentos ao serem avaliados como de rebeldia e inquietação acabam por afastá-los do convívio social, restringindo suas trocas e seu amadurecimento.

Pandita-Pereira (2016), citando 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. Por estar construindo a autoestima, ele pode ficar mais sensíveis às opiniões das pessoas, tendo reações emocionais mais intensas, seja por aprovar ou reprovar 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 desse trabalho, a psicologia sócio-histórica nos convida a olhar para a adolescência como uma construção social, questionando as relações que vimos historicamente estabelecendo os sujeitos nomeados adolescentes. Dialeticamente, o modo como a adolescência vem sendo significadamente socialmente impacta no desenvolvimento integral e na produção de sua subjetividade.

A **Psicóloga autônoma 4** analisa a adolescência como um período difícil, de transformação, descobertas, autoafirmação, de transição da infância para a vida adulta, que na atualidade “ (...) *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 (...)*”. Outras entrevistadas relatam dificuldades do adolescente em se envolver e resolver questões da vida, por exemplo, como a **Psicóloga saúde pública 7**, que afirma que os adolescentes estão sem perspectivas, sem acessos 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 da busca por aprovação social e da preocupação com o futuro profissional. Assim, “(...) *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 falam alguns psicólogos, não são de origem abstrata. Ao falarmos da falta de perspectiva, precisamos pensar qual a realidade concreta vivida pela maioria dos nossos adolescentes. Segundo dados do IBGE (2019), em pesquisa sobre o mercado de trabalho, o maior índice de desocupação se encontra entre pessoas com 14 a 29 anos de idade, atingindo 22,3% nos anos de 2017 e 2018. Dentro desse

grupo de desocupação, existe ainda a desigualdade de gênero. Em 2018 as mulheres se encontravam mais fora do mercado de trabalho que os homens.

No curso da análise das entrevistas, observamos que pouco adentramos em discussões estruturais que envolvem as diferentes desigualdades, entre elas a de gênero. Apesar de as agências internacionais e nacionais de saúde afirmarem que as mulheres são as que mais atentam contra a própria vida (Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], 2014), pouco nos debruçamos sobre essas questões, olhando para as desigualdades de gênero considerando-as como constituintes de nossa subjetividade e de experiências que coadunam em diversas formas de experienciar o sofrimento psíquico.

Algumas poucas entrevistadas até citam conflitos de gênero e de sexualidade, bem como conflitos interpessoais, trazendo falas como a da **Psicóloga saúde pública 2** que afirma: (...) *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 de sexualidade, por exemplo de ser homossexual, que gera o sofrimento, mas sim a rejeição e o preconceito que esses sujeitos sofrem por não serem aceitos, não poderem circular com tranquilidade e segurança nos espaços públicos. Sobre essa realidade, a profissional acrescenta que quando esses adolescentes expressam uma sexualidade que desagrada a sociedade, sofrem rejeições e, consequentemente, vivenciam múltiplos sofrimentos.

Fez-se recorrente o entendimento de que a transição da escola para a entrada no mercado de trabalho seria um momento fundamental na vida desses adolescentes. Diante das taxas de desocupação que apresentamos, das dificuldades em se inserir em um emprego formal e garantir o sustento, seja pessoal ou familiar, somos levados a questionar: qual perspectiva de futuro se abre para esses adolescentes no cenário socioeconômico que está posto?

No ano de 2016 a proporção de jovens sem estudos e sem ocupação laboral 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 OCDE²⁵ (IBGE, 2019). Este cenário de incertezas vem se agravando cada vez mais: dados mais recentes, também do IBGE, confirmam a perda de cerca de 7,8 milhões de postos de trabalho no ano de 2020 durante a pandemia do COVID-19. Desses, 5,8 milhões eram de empregos informais²⁶.

O IBGE (2019) acena para a relação entre a interrupção precoce dos estudos e as taxas de desocupação. Informa que no ano de 2018, dos jovens

25 A OCDE é uma 'Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico' que conglomerava 36 países com economias de alta renda.

26 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>

entre 18 e 24 anos que não estavam frequentando alguma instituição de ensino e estavam desocupados, 46% não concluíram nem ao menos o ensino fundamental, e 27,7% teriam o ensino médio incompleto.

Levando em consideração esses números, é preciso atentar para as armadilhas presentes na associação entre o distanciamento da escola e a desocupação profissional, bem como da relação entre adolescência, projetos de vida e perspectivas de futuro. A constatação da falta de um projeto de vida, considerado por muitos psicólogos, como fator de risco para o suicídio, precisa vir acompanhada de questionamentos: como construir projetos de vida perante a ausência de oportunidades concretas de avanço na escolaridade e, consequentemente, de inserção no mercado de trabalho? Esses adolescentes estão fora da escola e do trabalho por quê? Tais questionamentos nos levam a problematizar outros como o que precisamos para garantir que nossas crianças e adolescentes tenham reais oportunidades de acesso e permanência na escola? Além da permanência, como garantir que essa escola ofereça uma educação de qualidade?

O processo de naturalização igualmente pode ser percebido quando os comportamentos considerados próprios da adolescência são universalizados e interpretados de antemão como fatores de risco tanto pela população em geral, quanto por familiares, profissionais da educação e ou 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 adolescentes 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, tive uma frustração lá na escola (...)”. Alguns psicólogos referem que testemunham durante o atendimento clínico individual ao adolescente que fez tentativa de suicídio, o acirramento de suas dificuldades em não saber lidar com a dor e a frustração. Logo, discorrem sobre uma adolescência inapta, fragilizada, cujo suicídio seria, como aponta 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 entrevistas, as profissionais explicam o suicídio na adolescência como decorrente de uma vida permeada pela agressividade, pelos abusos sexuais, violência intrafamiliar ou extrafamiliar. Tais circunstâncias impactariam na vida desses sujeitos e como assinala a **Psicóloga saúde pública 8** “(...) *Algumas tentativas também por questão de abuso, seja físico, sexual, verbal, emocional dentro da própria família (...)*”. A **Psicóloga autônoma 5** ao comentar um caso de tentativa de suicídio que atendeu se lembra 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*”. Já a **Psicóloga saúde pública 7** considera que as crianças que vivenciam a realidade da extrema pobreza estariam “(...) *mais sujeitas à questão da violência, do uso de drogas, de sofrer algum abuso, algum assédio sexual (...)*”.

Como observam Berenchtein Netto e Souza (2015), os fatores de risco para o suicídio atribuídos para a faixa etária da adolescência acenam para as peculiaridades das relações interpessoais, da vida privada, como passar por problemas familiares, conflitos com colegas e com a escola. Mas, esses autores advertem que ao focar na privacidade não avançamos na compreensão das relações sociais mais amplas e dos determinantes sócio-históricos que se articulam nas diversas e complexas situações de violência, contribuindo para a busca da morte como saída para se escapar tanto do presente, quanto 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).

Tais observações nos impelem a refletir sobre como a vida social e familiar parecem estar cada vez mais insatisfatórias e o indivíduo não consegue encontrar formas pelas quais possa ter uma vida mais feliz. Lessa (2012) pontua que sempre que isso acontece, ou seja, quando existe um problema para o qual ainda não temos alternativas, intensifica-se a busca desesperada, rápida ou mística, de propor saídas individualizadas. Além dessa busca, lembra o autor, não podemos deixar de considerar como as relações dentro da família, muitas

vezes reproduzem e instigam a concorrência e o individualismo, perpetuando diferentes formas de violência.

Enquanto psicólogos, pouco arrolamos o suicídio às questões sociais mais amplas. Tal como observado, focamos apenas nas questões pessoais, localizadas como sendo do âmbito privado, desconsiderando como esse fenômeno sintetiza múltiplas determinações (Berenchtein Netto & Souza, 2015). Essa associação limitada também aparece nas entrevistas realizadas, a partir do entendimento de que existiria, de um lado, um sujeito incapaz de lidar com a realidade, e de outro, uma realidade que em nada precisaria ser alterada.

Como Kahlhale e Rosa (2009) destacam, no momento em que indivíduo e sociedade, sujeito e objeto, são considerados dicotômicos, naturalizamos o homem e os processos psicossociais. Patto (1987) há muito tempo nos alertou sobre isso, quando enfatizou o quanto a psicologia contribuiu para mascarar a existência das classes sociais, da ideologia, das relações de poder, excluindo a dimensão histórica dos fatos psicossociais. Colocamos em oposição a objetividade e a subjetividade, afastando-nos do reconhecimento da relação dialética entre o singular-particular-universal.

Se compreendermos que o singular se faz mediado pelas particularidades da vida em sociedade que o limita ou o permite se beneficiar das conquistas da genericidade da vida humana, passamos a nos inquietar, indagando o que vem sendo produzido de vida e de saúde no cotidiano desses sujeitos. A fala da **Psicóloga autônoma 6** traz como crítica que

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 nesse isolamento, nessa solidão né, nessas vivências de conflitos e sofrimentos onde ela não vê saída. Ao experimentar um sofrimento em desespero tão intenso ela prefere interromper a vida, começa a pensar e ter isso como uma questão e muitas vezes concretiza, realmente tira sua vida.

Na sequência às considerações acima, a psicóloga reforçou seu entendimento de que o período da juventude, como uma nova fase da vida humana, é caracterizado por sentimentos de desamparo, angústia, desespero, junto com uma sensação de incapacidade, de não estar à altura dos padrões de referência de sucesso estabelecidos socialmente, como estudar em uma boa escola, passar no vestibular, conseguir um bom emprego, ser bem remunerado, falar uma língua estrangeira, viajar, possuir bens materiais.

Como aponta a **Psicóloga autônoma 6**, para alguns, a subordinação financeira impossibilita a concretização dos projetos e sonhos. São adolescentes

marcados pelas dificuldades em se organizar para conseguir uma profissão. Muitas vezes esse adolescente “(...) *fica subordinado ao conflito de interesses com quem banca financeiramente sua vida e ele já começa a entrar em conflitos com isso, porque depende financeiramente, mas já tem suas próprias vontades, seus próprios planos*”.

É claro que precisamos nos perguntar se essas exigências se estendem ou não aos filhos da classe trabalhadora. Esses, em muitas situações, sequer conseguem terminar o ensino considerado fundamental, porque precisam trabalhar e colaborar com o sustento da própria casa. Segundo a **Psicóloga autônoma 3**, o processo de construção de uma identidade profissional é difícil nessa sociedade marcada pela divisão de classes. Acrescenta que à medida em que o sujeito não consegue conquistar o esperado, ou, aquilo que esperavam dele, atribui a si mesmo toda culpa, passando a ver o suicídio como a possível saída, e isso seria “(...) *sintomático, é tentar tirar a própria vida né, acabar com tudo que eu tenho de mais básico em mim*”.

Relembramos que o suicídio é considerado pela OMS como a segunda principal *causa-mortis* entre jovens com idade entre 15-29 anos, ou seja, entre a população que teria maior condição 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. Mesmo diante desse contexto histórico, marcado por instabilidades políticas, sociais e econômicas, muitos psicólogos concluem que entre as causas mais frequentes do suicídio estariam os denominados “conflitos internos” ou “conflitos nas relações interpessoais”.

As tentativas de suicídio para parte das entrevistadas expressariam uma “vulnerabilidade psicológica”, explicada pelas más influências ou pela inadequação do ambiente. Muitas observam que é preciso considerar toda a história de vida desse jovem para compreender como e porquê certas situações produzem tanto impacto. Como pergunta a **Psicóloga autônoma 6** “(...) *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 (...)*”. Já a **Psicóloga autônoma 4** justifica que essa vulnerabilidade decorreria da falta de um local seguro que acarretaria inabilidades para lidar com a 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 seria diminuída, de acordo com a **Psicóloga autônoma 2**, quando seu cuidador

(...) *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.

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

A **Psicóloga saúde pública 3** relaciona o suicídio à falta de uma referência afetiva. Afirmar existir bastante insegurança afetiva em alguns adolescentes porque os pais não estariam olhando para ele, não acompanhariam seu crescimento e, por isso, não perceberiam quando ele se encontraria angustiado. Considera que a questão familiar representa 50% do que levaria o adolescente a tentar o suicídio, principalmente ante o abandono por parte dos pais levando o adolescente a ser criado pelos avós. Como exemplo dessa referida ausência familiar, a **Psicóloga autônoma 4** destaca que já presenciou dentro do hospital a internação de um jovem que precisou ligar para um amigo para acompanhá-lo porque estava sozinho: “(...) 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 a nosso ver indicam como estamos compreendendo e lidando com essa família e das hipóteses que levantamos para o porquê desses pais não comporem a rede de apoio afetiva desse adolescente.

Entre nós vigora a ideia de que a família teria uma ilimitada capacidade de proteção e cuidado para com seus membros. Essa capacidade independeria das condições objetivas e das particularidades vividas por essa instituição na contemporaneidade. Pensamos o porquê em muitos casos de tentativa de suicídio certas famílias não atenderem as exigências e as expectativas sociais depositadas sobre elas. Quando e por que essas famílias se tornaram incapazes, disfuncionais e patológicas?

A própria formação do psicólogo pouco o aproxima da família real brasileira, prevelecendo durante a preparação para a atuação profissional, uma visão limitada, quando não, preconceituosa acerca das famílias, especificamente das classes sociais desfavorecidas. No entanto, acreditamos que quando a causa da tentativa do suicídio é atribuída à família, não podemos falar dessa família como se ela existisse à margem da dinâmica maior da sociedade e tivesse um funcionamento próprio. Precisamos considerar que no caso da realidade brasileira, a constituição da família foi sendo marcada pelo patriarcado, pelo machismo, pelas violências, opressões e desigualdades.

A despeito dessas desigualdades e contradições, percebemos que dentro da psicologia, conservar-se a expectativa de que a família saudável seria aquela sem conflitos. Observemos a fala da **Psicóloga saúde pública 2** ao afirmar que

(...) 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, de 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, apenas uma profissional pareceu-nos localizar essa família dentro da dinâmica maior da vida em sociedade, citando impactos dessa dinâmica sobre o desenvolvimento dos sujeitos singulares. A **Psicóloga autônoma 6** destacou que muitos pais ou cuidadores estariam “(...) *afogados em problemas, em outras questões e todas geralmente muito sérias e que também consomem muito né, ficam indiferentes, descuidados, e às vezes agressivos, violentos, impacientes (...)*”. Acrescentou que tal ambiente desencadearia 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 as relações familiares, Bock (2004) destaca que

As relações com os adultos são tomadas como conflituosas. (...). 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)

Para consertar a família entraria em cena o especialista! Aquele profissional que vai ensinar aos pais como serem pais. No discurso assentado na incompetência, para esse profissional as relações afetivas seriam as maiores culpadas pelo suicídio, desconsiderando que em um sistema cuja gênese está nas relações de poder, dominação e exploração de uns pelos outros, a família se constitui e tem nessas relações suas balizas.

Há profissionais, como a **Psicóloga saúde pública 8**, que até mencionam aspectos da realidade socioeconômica importante para se pensar a dinâmica das famílias contemporâneas como, por exemplo, pais que trabalham muito,

por vezes em mais de um emprego, que por isso, não têm tempo para a criança, terceirizando sua educação para outra pessoa (normalmente avó) ou para alguma instituição. Cita famílias cuja subsistência está centralizada na mãe-mulher, por conta do abandono paterno. Mas, a análise das entrevistas nos mostrou que salvo algumas exceções, pouco se associa as dificuldades familiares ao modo como organizamos a vida nessa 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 acabam sendo incentivados por outros jovens usuários das redes sociais a tentar o suicídio. A **Psicóloga saúde pública 7** acrescenta que há situações em que o adolescente se sente legitimado em seu sofrimento por pessoas que passam por algo parecido e, nesse momento, se apoiam mutuamente 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 mencionado para dizer que “(...) *esses adolescentes que estão envolvidos com internet, com as tecnologias, que se comunicam também trocando muitas ideias e informações que podem levar às ideias para se machucarem (...)*” (**Psicóloga saúde pública 6**). A **Psicóloga saúde pública 9**, do mesmo modo, associa o suicídio à velocidade das informações dispostas nas redes sociais, bem como à impulsividade que os levariam a buscar soluções imediatas para seus problemas. A **Psicóloga saúde pública 8** relaciona o suicídio ao acesso a informações rápidas na internet, com a permanência prolongada em jogos, em face à negligência da família que não controlaria seu uso adequado.

Em relação a esse aspecto em específico – a interface internet-suicídio – a **Psicóloga saúde pública 2** acredita que por um lado é normal o adolescente se isolar dentro de seu quarto e usar o celular, para ter seu espaço e privacidade. Mas, por outro lado, considera que se trata de 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, se considera aquele isolamento como sendo algo normal, ou, se nele observa o indício de algo patológico que sinalizaria que esse sujeito estaria 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.

Segundo essa profissional, seria necessário avaliar o que esses comportamentos, como o isolamento, a tristeza, os excessos, a reclusão, a timidez, a euforia e a agressividade estariam representando. A **Psicóloga saúde pública 7**, por sua vez, se mostrou preocupada com a junção do isolamento e do relato frequente dos adolescentes que afirmam se sentir desamparados e excluídos. Ela associa esses sentimentos ao uso das redes sociais e a comparação que esses adolescentes fariam com os blogueiros ou influenciadores digitais (*Instagram* e *Facebook*) “(...) *porque 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, mencionou a questão do corpo ideal, que estaria muito presente em seus atendimentos clínicos individuais quando o adolescente afirma “(...) *‘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 as tentativas de suicídio na adolescência estariam também relacionadas aos transtornos alimentares, como a bulimia, a recusa em se alimentar e a baixa autoestima.

Outra causa atribuída ao suicídio é o uso de substâncias psicoativas. Segundo a **Psicóloga saúde pública 8**, a maioria dos adolescentes está envolvida com o consumo de algum tipo de substância que desencadearia transtornos, sintomas depressivos e ideação suicida. Se não é o jovem quem faz, ele usa; atribui a causa do suicídio ao histórico familiar de envolvimento com o álcool e outras drogas. Para a **Psicóloga autônoma 1**, o manejo de suicídio precisa estar atrelado ao 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 (...)*”. Segundo essa profissional, a pessoa que começa a usar substâncias desse tipo pode lidar de maneira insuficiente com suas questões emocionais.

Em exceção, entrevistamos profissionais que trouxeram para o debate questionamentos sobre a organização da sociedade ao falar das causas do suicídio. A **Psicóloga saúde pública 3** reconheceu a dificuldade socioeconômica dos adolescentes que atende, enquanto a **Psicóloga autônoma 3** fez questionamentos sobre a sociedade em que vivemos, dizendo: “(...) *Como que esse sujeito se organiza? Como que ele está nesse processo de constituição da própria consciência? Como é ser jovem nessa sociedade?(...)*”. Assim, perguntam-se sobre a inserção desse sujeito no mundo e apontam para a questão social como central em uma análise mais ampla do fenômeno do suicídio.

Algumas das entrevistadas até mencionam o suicídio como um fenômeno complexo e multifatorial, mas não desenvolvem no decorrer de suas falas argumentos que expressem o entendimento dessa complexidade e multideterminação. Notamos na fala de algumas psicólogas um esforço em compreender mais amplamente as condições de vida e as relações sociais que vimos estabelecendo, contudo, sem avançar na apreensão da totalidade, das contradições e limites próprios da ordem social capitalista.

Dando continuidade às reflexões suscitadas nesse primeiro núcleo de significação, a seguir pretendemos refletir sobre como as psicólogas entrevistadas concebem o cuidado em saúde mental aos adolescentes que fizeram tentativa de suicídio, e como acreditam que deveria ser seu enfrentamento e o papel da psicologia nessa difícil tarefa.

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

Como discutido anteriormente, partimos do entendimento que as concepções de homem e de mundo do profissional de saúde, entre outras coisas, demarcariam o cuidado em saúde mental que o mesmo oferta. A forma como o psicólogo compreende o sujeito e a constituição do sofrimento psíquico, perpassariam e delineariam a construção da sua prática junto aos que experienciam o sofrimento psíquico na adolescência.

Isso porque não é possível colocar de lado a teoria e, de outro, a prática profissional. A leitura marxista nos permite a superação dessa compreensão dicotômica, pois entende a teoria enquanto representação ideal do real e que 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 estava associado e limitado ao tratamento dos denominados transtornos mentais. Com a lógica psicossocial, notamos que o objetivo do cuidado em saúde mental deveria deixar de ser a cura, passando a ser a produção de vida, de saúde e de novas formas de sociabilidade. Partindo das contribuições dessa lógica, entendemos que as ações de cuidado não deveriam mais se dar sobre a doença, mas se voltarem à existência-sofrimento do sujeito em suas particularidades (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003).

Contudo, o fenômeno do suicídio tem sido relacionado com frequência a questões de ordem biológica, explicado pela existência prévia de um transtorno

mental ou psiquiátrico. Vimos que a própria OMS e, em sequência, a Escola de Saúde Pública do Paraná (2019) elencam que o transtorno mental estaria entre os principais fatores de risco para o suicídio, em especial, mencionam a depressão, a esquizofrenia e os transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Afirmam, assim, que o tratamento adequado do transtorno mental seria um importante fator de prevenção do suicídio.

Nesse sentido, perguntamo-nos 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 foram bastante mencionadas pelas profissionais, de modo a reafirmarem a concepção vigente de que o suicídio decorreria da esquizofrenia, da depressão, da bipolaridade, da ansiedade. Tal qual mencionou a **Psicóloga saúde pública 6** decorreria do transtorno borderline, ou como associou a **Psicóloga saúde pública 2** relacionar-se-ia à agressividade, à raiva e à ‘ebulição hormonal’ própria da adolescência.

A **Psicóloga saúde pública 8** coloca que a pessoa atenta contra a própria vida em função de “(...) *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 citou que o ápice da tentativa de suicídio, se deveria, 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* (...)”.

Em nossa experiência nos deparamos com muitos trabalhos acadêmicos da psicologia e da psiquiatria, que descrevem o homem como um “ser biopsicossocial”. Muitos desses trabalhos afirmam considerar as bases multifatoriais do sofrimento psíquico, entretanto, referendam a hegemonia do modelo biomédico e psiquiátrico quando propõem intervenções terapêuticas que priorizam o uso de psicofármacos (Almeida, 2018). Essa prescrição diminui alguns sintomas e melhora a produtividade, contribuindo para que esse sujeito adoecido se mantenha trabalhando, cristalizando as relações que podem estar produzindo o adoecimento.

A compreensão contemporânea do suicídio é profundamente marcada pela história e pelo desenvolvimento das forças produtivas. 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, se expressa na valorização das explicações químico-orgânicas desses fenômenos e na localização de sua origem nos indivíduos e não nas relações sociais e culturais, histórica e economicamente determinadas (Berenchtein Netto & Carvalho, 2018).

Uma explicação muito difundida entre os profissionais da saúde é a de que um desequilíbrio químico cerebral ocasionaria o transtorno mental. Segundo Szasz (1979), a medicina supõe um sutil defeito neurológico para explicar as desordens do pensamento e do comportamento. Problemas manifestados pelos sujeitos oriundos de diferenças nas necessidades pessoais, opiniões, aspirações sociais e valores, seriam denominados de doenças mentais. Para o autor, todos os problemas da vida, de uma forma ou de outra, seriam atribuídos aos processos psicoquímicos, os quais, no devido tempo, seriam abonados por meio da pesquisa médica.

O autor considera que o conceito de doença mental seria desnecessário, porque quem o utiliza, desejaria na verdade dizer que as pessoas sofrem de doenças cerebrais. A seu ver, os fenômenos considerados como doenças mentais precisam ser revistos e retirados da categoria ‘doenças’, e, por conseguinte, serem “(...) 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 funcionaria como um mito conveniente, cujo papel seria o de tranquilizador social, que obscureceria o fato diário de que para muitos, a vida seria uma luta contínua, ou seja, uma luta que se daria não apenas pela sobrevivência biológica, mas antes de tudo, pela busca por uma vida melhor. 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 precisaria pedir ajuda médica. Não acreditaria que o medicamento resolveria toda situação, mas o consideraria importante para superação da situação de crise. Destaca que quando o jovem sai desse período, seria necessário realizar uma nova consulta médica para retirar um pouco da medicação. A **Psicóloga saúde pública 7** também acredita que a medicação ajudaria bastante em um quadro sem nenhum tipo de tratamento, por exemplo, um adolescente que possui sintoma de tristeza muito grande, sem saber 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 expressão do desequilíbrio químico cerebral e atuar baseado na visão biomédica, o psicólogo entende que é o uso de medicamentos que controla o comportamento. Nesse sentido, 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 sobre como aconteceria os mecanismos de ação de suas substâncias. Almeida (2018, p. 34) nos 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 a solução que permitiria a extinção dos sintomas pode ser observado na fala de muitos profissionais, principalmente os da saúde pública. A **Psicóloga saúde pública 6** observa que ao atender um adolescente cuja fala 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 seria atendido, acompanhado e depois reencaminhado, direcionado para outros atendimentos, na UBS ou no CAPS. A profissional acredita que a medicação controlaria 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 por quê daquela agressão e daquele movimento contra a vida dele*”.

Para a **Psicóloga saúde pública 8**, além do medicamento ser considerado extremamente necessário para o alívio dos sintomas, seria importante estudar o caso junto com um psiquiatra ou um neurologista, para obtenção de um diagnóstico correto e, assim, realizar o melhor tratamento, diferenciando o que seria ‘químico’ daquilo que seria ‘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 (...)*”.

O histórico dualismo mente-corpo permanece e se materializa no trabalho atual da psicologia. Teve seu início com a teoria cartesiana que se propôs separar a essência do eu (mente) e a exterioridade (corpo), tornando essa separação problemática à medida que as toma como incompatíveis, ou seja, a mente e as emoções estariam separadas da razão e da cognição. Quando Vigotski iniciou o estudo das emoções, questionou esse dualismo, 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 um desafio. O peso da herança genética e da explicação médico-psiquiátrica para o suicídio presentifica-se nos discursos científicos, que por sua

vez estão sustentados no que declara a própria OMS. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), por exemplo, afirma que 96,8% dos casos de morte por suicídio têm por traz uma pessoa com transtorno mental²⁷. Para a perspectiva sócio-histórica, compreender o suicídio pela via dos transtornos mentais e os conceber como predominantemente herdados, significa reduzir ao orgânico um fenômeno que teria múltiplas determinações (Berenchtein Netto, 2012).

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

Viapiana, Gomes e Albuquerque explicam o nexu biopsíquico humano ancorando-se nas contribuições da medicina social latino-americana. Não se reduzem esse nexu 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-psiquismo 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-psiquismo, combinam-se, potencializam-se e se tornam processos intracorporais e intrapsíquicos complexos, provocando mudanças fisiológicas.

Recorremos 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 dos diversos contatos que estabelecemos em todas as áreas de nossas vidas. Reduzir o processo saúde-doença à sua dimensão biológica e orgânica seria considerar que esse não teria relação alguma 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,

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

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 que compõem a vida cotidiana, retirando do debate os afetos que sustentam nossas relações e nossa vida em sociedade, silenciando com o remédio, os diferentes modos de existência-sofrimento.

Como pudemos observar na análise das entrevistas, algumas profissionais dão ênfase ao uso do medicamento como parte imprescindível do cuidado em saúde mental. Outras se atentaram também para o fato de que o medicamento ao mesmo tempo em que seria utilizado no tratamento, poderia ser aproveitado nas tentativas de suicídio por intoxicação exógena e que isso pediria reflexões e orientações sobre o acesso e o controle do uso dos psicofármacos.

Por essas observações, identificamos o quanto não conseguimos desvencilhar a ideia de cuidado em saúde mental daquilo que apregoa o modelo biomédico e manicomial. Somos capazes de questionar a necessidade da internação de longa permanência, mas não de negar a internação psiquiátrica como recurso imprescindível à superação das crises e do sofrimento psíquico.

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 seria necessária, mas que às vezes não seria terapêutica, dizendo que “(...) *se precisar internar, que fique o mínimo de tempo possível* (...)”. Considera que durante a internação, precisaria ocorrer um bom acolhimento para se analisar quais as vulnerabilidades desse adolescente e, por fim, realizar encaminhamentos para a continuidade do cuidado. A **Psicóloga saúde pública 5** observa que tais internações teriam

(...) 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 à qualidade da atenção hospitalar dispensada, a **Psicóloga autônoma 9** relata que percebe um preconceito por parte dos profissionais quando o atendimento a um adolescente que fez tentativa de suicídio, acontece em um hospital que não seria referência para psiquiatria. Observa que, às vezes, a pessoa é direcionada ao hospital geral por conta de um tratamento

específico ou pelo plano de saúde e que esse atendimento é prejudicial por conta do despreparo dos profissionais. Em suas palavras:

***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, 'Queria 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. Alguns profissionais entendem que uma pessoa que fez tentativa de suicídio atrapalha 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 entrevistada, que trabalha em um hospital da rede particular, relatou que vem realizando um trabalho para desenvolver junto à equipe hospitalar uma compreensão sobre o sofrimento psíquico, em que o suicídio não acontece à toa, mas que seria oriundo de um sofrimento muito grande.

(...) Acontecia assim com muita frequência, os profissionais falarem 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 muitos 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 atribuiriam o suicídio às questões biológicas, valorizando a utilização de psicofármacos para seu tratamento, encontramos uma profissional que refletiu sobre o impacto da sociedade na subjetividade, fazendo 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 diagnostica excessivamente e silencia os sujeitos com o uso de psicofármacos? Aqui não estamos desconsiderando que, em alguns casos, o uso da medicação se faz importante, sobretudo, quando uma pessoa está em sofrimento psíquico, e esse se mostra como um recurso a mais dentro de um plano diversificado de cuidados em saúde mental. A crítica está no uso irracional dos remédios e no tornar um problema médico, aquilo que faz parte da vida cotidiana.

Hoje, há um número muito expressivo de crianças e adolescentes que fazem uso de um ou mais medicamento psicofármaco, que partindo de uma visão biomédica, fariam esse uso justamente porque não conseguiriam lidar com suas emoções. Uma pesquisa realizada no estado do Paraná, cuja finalidade foi coletar, sistematizar e analisar qualitativamente dados de criança de zero a dez anos, matriculadas na rede pública municipal de ensino, diagnosticadas e medicadas com os denominados 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 IDEB²⁸ 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 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 temos organizado a vida e nossas relações sociais. As condições históricas do último século teriam ascendido uma grande crise

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

afetiva. A angústia e a tristeza passaram a ser traços genéricos nas pessoas, e teriam passado a serem 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 tem levado ao suicídio, seria preciso que nos perguntássemos: o que teria nos levado à depressão? Segundo Almeida (2020), haveria um desinteresse social em oferecer ao sujeito em sofrimento, mediações apropriadas de suporte, a partir das quais seriam promovidas mudanças nas condições que o estariam produzindo. Para a autora existiriam muitas tentativas de ajustar as condições que adoecem às explicações naturalizantes, além da imposição de uma modulação artificial do humor atrelado ao autocontrole do comportamento via uso de psicofármacos.

É importante lembrar que para psicologia sócio-histórica, o autocontrole, ou, o controle voluntário do comportamento estaria relacionado ao desenvolvimento das funções psicológicas superiores que só ocorreriam 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. Seria a realidade social que proporcionaria o desenvolvimento e a aquisição de novas propriedades da personalidade, bem como o 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 do sofrimento e pensar a saúde mental de uma forma mais concreta, que denuncia, entre outras coisas, as contradições de nossa realidade. Essa compreensão

precede a busca pela construção de novos recursos, que somados a muitos outros, contribuam para transformações mesmo que parciais na vida desses sujeitos. Berenchtein Netto e Carvalho (2018) acreditam que a ausência de uma compreensão histórica do fenômeno do suicídio não permitiria localizar e superar determinados interesses ideológicos em escamotear a existência e a quantidade de suicídios.

A psicoterapia como provedora de instrumentos para a vida desses sujeitos foi temática abordada por todas as profissionais da saúde pública e da rede particular. A psicoterapia foi apontada como sendo uma prática imperativa no cuidado em saúde mental a adolescentes que tentaram o suicídio. Essa ênfase na psicoterapia nos revela, em boa parte, um sentido de cuidado marcado pela naturalização e individualização que envolvem o fenômeno, como observamos há pouco. Mesmo que alguns profissionais mencionassem a necessidade de articular a psicoterapia com a prática de outros profissionais e de outros setores da sociedade, observamos que a clínica individual curativa permanece muito valorizada.

Todas as profissionais destacaram a psicoterapia como espaço de escuta que permite ao adolescente se expressar. A **Psicóloga saúde pública 1** diz ser um espaço que oportuniza a fala do sofrimento e o suporte no qual o jovem possa procurar os seus projetos de vida. Para a **Psicóloga saúde pública 6** quando o adolescente está em atendimento, é possível realizar uma orientação abordando que o suicídio não é a saída, e após essa orientação, oferecer um suporte para que 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 melhor o mundo.

Não negamos, como nos indicam 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 a história de vida, ajudando esse sujeito a compreender a realidade que lhe faz desejar, em algum momento, a própria morte, seria fundamental também auxiliá-lo na busca por soluções para os condicionantes que causam o sofrimento no plano coletivo.

Contudo, a partir de algumas falas, reconhecemos o quanto não conseguimos ainda nos desvencilhar do modelo biomédico e da lógica manicomial. Vigora na sociedade a concepção de que o cuidado deveria ser ofertado pelo especialista, e que o profissional especializado em um conhecimento sobre o ser humano (psicologia e psiquiatria) dominaria o saber e seria a autoridade capaz de oferecer ao sujeito orientações sobre como se deveria viver.

Valorizar a prática clínica psicológica, tomando-a como autossuficiente no cuidado em saúde mental e indispensável para todos os sujeitos, é reproduzir

esse modelo que há tempos nos identifica. Na história da psicologia, a clínica psicológica tradicional refletiu esse modelo por meio de seus objetivos adaptativos/curativos, considerando-a como um lugar intransponível: o lugar onde o sujeito aprenderia a conduzir e a ajustar sua vida às exigências sociais.

Uma das demandas que podem aparecer e ser trabalhada na psicoterapia, seria segundo algumas psicólogas, 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 essas questões proporcionaria um sentimento de reconhecimento do que esse adolescente está vivenciando, ofertando-lhe um espaço para se expressar.

Algumas profissionais de psicologia destacam em suas falas um sentido de cuidado em saúde mental. A **Psicóloga saúde pública 4** fala sobre a importância de orientar, esclarecer e trazer ferramentas efetivas no cuidado, por exemplo, perguntando: “(...) *‘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 que descreveria como se daria esse cuidado, mas que seria preciso construir com esse adolescente formas de lidar com suas questões.

A **Psicóloga saúde pública 9** destaca os acordos necessários de se estabelecer com esse adolescente com tentativa de suicídio. Nos casos mais graves, disponibiliza seu número de 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, afirma que esse sujeito saberá que existe uma pessoa interessada por ele e pronta para ouvir e ajudar. A seu ver, os “(...) *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**, seria preciso fazer um contrato e ter um manejo diferente com o sujeito que apresenta comportamento suicida: redobrar a atenção e a postura de cuidado; disponibilizar o celular para entrar em contato em momentos de crise ou para se fazer uma orientação pontual e, principalmente, para ter 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, casos com iminência de uma tentativa de suicídio, contatar uma pessoa indicada anteriormente pelo

adolescente para chamar para um 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 com os casos individuais, consegue identificar os sinais de sofrimento e fazer o acolhimento tanto do adolescente, quanto de seus pais, identificando o sentido pessoal para as ações que ele executa. 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 dele*”.

Delari Junior (2009) propõe que o trabalho do psicólogo precisa levar em consideração o contexto e as relações sociais que o sujeito estabelece, observando todos os ambientes onde ele está inserido (família, relacionamentos afetivos, escola, trabalho, vida comunitária, lazer, entre outros). Precisa favorecer o estabelecimento de relações entre o ser social e seu desenvolvimento histórico, mediando a tomada de consciência da sua existência, da sua ação sobre o mundo e seu lugar na sociedade.

Não obstante, tais 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 e na inserção do sujeito em projetos de enfrentamento a tal sofrimento: 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 desse sujeito com o mundo e suas relações; bem como, as reais possibilidades sociais de o mesmo se reorganizar.

Com isso, pretendemos salientar que o acolhimento ao sofrimento psíquico que se faz via escuta e construção de um vínculo, necessita 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 italiana.

A permanência desse cuidado mais centrado na experiência do indivíduo expressa ressonâncias de uma ciência e profissão que historicamente supervalorizou a atuação liberal-privatista e, do mesmo modo, dirigiu seu foco às práticas curativas e clínico-tradicionais, como avaliação, o diagnóstico e o tratamento. Esse foco nos impede de avançar, inclusive, nas práticas de prevenção ao suicídio que alcancem as diferentes classes sociais, pois aqui caberia a seguinte reflexão: se a psicoterapia (que ainda é bastante elitizada) é considerada essencial no cuidado às tentativas de suicídio, como beneficiar a maioria da população que não teria acesso a essa modalidade de atendimento?

Mesmo algumas psicólogas que citam a necessidade de ofertar um cuidado ampliado, a maioria enfatiza o tratamento, principalmente o individual, para que o sujeito consiga lidar com aquilo que produz o sofrimento psíquico. Poucas falas mencionam a possibilidade do trabalho com grupos. A **Psicóloga saúde pública 2** fala em oferecer atividades grupais e a **Psicóloga saúde pública 7** destaca a importância da oferta de grupos terapêuticos para um trabalho educativo junto ao adolescente e seus familiares. A **Psicóloga saúde pública 5** considera ser importante trabalhar em grupo e articular o trabalho com a vida em sociedade, dizendo que o psicólogo precisa indagar esse adolescente: “(...) *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** falou sobre a psicologia poder atuar para além da psicoterapia individual, com vistas a responder às necessidades da realidade concreta desse 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 que, às vezes, a pessoa precisa de um apoio mais lúdico e artístico para que consiga se reconfortar com a situação de sua vida.

Para a **Psicóloga autônoma 3**, seria preciso estabelecer uma parceria e colaboração com o sujeito em atendimento, que não as mesmas que se estabelece 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 que o ajustamento social desses sujeitos. O espaço da clínica precisa fomentar possibilidades do sujeito refletir, de criar e de se desenvolver dentro do mundo, isto é, a produção da vida social e não apenas sua reprodução. Para tanto, o psicólogo precisa refletir sobre os impactos sociais da sua prática, 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 preconizada de cuidado em saúde mental sustentado no ideário maior do SUS e da Reforma Psiquiátrica destaca a importância do Projeto Terapêutico Singular (PTS) a ser construído junto com os sujeitos em sofrimento psíquico. Esse PTS deve buscar a “(...) 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 à vida concreta para que possa mediar a construção de um campo novo de relações, de transformação da vida que só pode ser operada considerando que não é uma vida individual, mas uma vida que se faz a partir das relações.

Nesse sentido, a **Psicóloga autônoma 3** refletiu sobre o cuidado integral que precisaria articular todas as dimensões da vida desse sujeito, bem como os “(...) *relacionamentos na escola, relacionamentos familiares, desempenho escolar, tudo isso está implicado diretamente né (...)*”. Em seguida, acrescentou sobre a importância do trabalho articulado com outros serviços e instituições, porque, segundo ela, não adiantaria trabalhar aquelas demandas apresentadas na clínica e nada se alterar na escola, na família e na sociedade, uma vez que todos estariam adoecidos.

Como analisado anteriormente no primeiro *Núcleo de Significação*, a família é considerada protagonista, seja na produção do sofrimento que levaria às tentativas de suicídio na adolescência, seja para o êxito no tratamento a ser ofertado. Desse modo, a família se mantém em destaque quando os psicólogos são questionados sobre a forma como entendem que deveria ser o cuidado em saúde mental.

A **Psicóloga autônoma 3** relata que quando se atende crianças e adolescentes seria importante trabalhar com a família inteira no processo terapêutico, “(...) *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 com o(a) 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 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 muito difícil dar seguimento ao tratamento.

A **Psicóloga saúde pública 1**, por sua vez, entende que a psicologia no cuidado em saúde mental, poderia trabalhar para que essa família compreendesse a realidade e abrisse um espaço de fala para esse adolescente. Já a **Psicóloga saúde pública 2** advertiu que o psicólogo precisaria compreender se as queixas apresentadas pelo adolescente nasceria na família e que *"(...) 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 (...)"*.

As falas acima nos indicam que prevalece entre nós a visão de uma família padrão, bastante idealizada, e do mesmo modo, que se idealiza o poder do psicólogo, superestimando sua capacidade de indicar e de resgatar o 'papel de pai e mãe', responsabilizando-os pelo cuidado do filho. Chama-nos a atenção a menção por parte de uma das entrevistadas de que *"(...) 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"*. Continua sua fala afirmando que colocar um adolescente dentro de um CAPSi é rotulá-lo para os outros serviços e para a sociedade.

Paradoxalmente, durante a análise, algumas psicólogas consideraram o quanto a baixa condição socioeconômica dessas famílias interfere em sua dinâmica, 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?"*.

Ante essa realidade, algumas poucas entrevistadas mencionaram o princípio da intersetorialidade, que pleiteia que o cuidado em saúde mental faça a necessária articulação com outras políticas públicas setoriais, como exemplo a política de Assistência Social e suas referências de proteção social ofertadas pelo CRAS ou pelo CREAS. Notamos que são poucos profissionais que incluem essa política e seus respectivos equipamentos no cuidado em saúde mental e no enfrentamento do fenômeno do suicídio. A **Psicóloga saúde pública 3** acredita ser importante essa parceria e a atuação da política de Assistência Social no fortalecimento das famílias; e a **Psicóloga saúde pública 10** aponta para a necessidade de incluir o adolescente no Programa

Jovem Aprendiz, oferecendo um pouco mais de 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 diretamente com o ideário do SUS, da Reforma Psiquiátrica e do processo saúde-doença pela compreensão da teoria da determinação social, é o destaque àqueles espaços sociais que proporcionariam e ampliariam o desenvolvimento e o fortalecimento de vínculos. A **Psicóloga saúde pública 1** cita os espaços que dariam prazer ao jovem, onde ele poderia 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 adolescentes, que oferta atividades esportivas, culturais e musicais. Esse seria, segundo esses profissionais, um espaço que poderia fazer mais parte da vida dos adolescentes e ajudar a potencializar o sentido de pertencimento. A **Psicóloga saúde pública 7** lembra 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, poderia 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 onde ele vive, bem como se o espaço que ele frequenta a maior parte do tempo não lhe fornece instrumentos e ocupação: “(...) 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 (...)”. Essa psicóloga acredita que esses espaços proporcionariam ao jovem uma compreensão de que existe uma vida além daquela sofrida dentro de casa; que a vida dele iria além do espaço familiar. A **Psicóloga saúde pública 8** percorre o mesmo raciocínio ao destacar que os adolescentes 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, que pretenda ser integral e continuado, reconhecemos que o mesmo precisa envolver ou fomentar as redes sociais e de apoio desse sujeito e sua família, na sua comunidade, com estratégias e recursos diversificados. Em outras palavras, é preciso articular o apoio ofertado pela psicologia, considerando o necessário compartilhamento do cuidado com toda uma rede intersetorial.

O trabalho intersetorial acontece através da articulação de diversas políticas, serviços e profissionais com os quais a criança e o adolescente se relacionam ou estão inseridos (como a escola e outros serviços sociais e de base comunitária). O cuidado não seria construído isoladamente, tampouco se caracterizaria pela simples somatória de ações, mas se configuraria em um modelo de rede de atenção mais ampliada (Couto & Delgado, 2010).

Assinalamos igualmente a importância da atuação multiprofissional e interdisciplinar. De uma maneira geral, tanto as psicólogas da saúde pública como as autônomas destacaram a importância do trabalho multiprofissional no cuidado em saúde mental, e isso nos sinaliza a tentativa de ampliar o olhar para a complexa experiência do sofrimento psíquico, esteja esse sujeito sendo atendido em uma clínica particular ou em um serviço público de saúde.

A respeito do atendimento psicológico clínico-privado, notamos que as psicólogas da rede particular trabalham muito sozinhas, apartadas do contexto social onde estão inseridas, desenvolvendo poucas trocas com outros profissionais que permitam pensar e dividir coletivamente o cuidado a esse sujeito. Por outro lado, o trabalho do psicólogo no SUS deve impreterivelmente se voltar à ampliação da clínica, por meio da articulação dos saberes e práticas de profissionais que atuam tanto na saúde quanto na rede intersetorial, favorecendo o acesso a recursos materiais e imateriais que contribuam para a melhoria nas condições de vida desse sujeito.

As psicólogas da saúde pública relataram o contato com a denominada rede intrassetorial e as trocas com a equipe de profissionais que trabalham no mesmo local. Falaram da possibilidade de encaminhamento dos casos de tentativa de suicídio para a psiquiatria ou para o CAPS, como exemplifica a fala da **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 mais intensivo e longitudinal ao adolescente com tentativa de suicídio. Seria, segundo ela, um trabalho mais coletivo e contaria com os vários profissionais disponíveis naquele serviço. Relata também que o CAPSi oferece grupos abertos e procura acolher a todos, contudo, que alguns não se

sentem pertencentes e param de frequentar. Quando isso ocorre, afirma que entram em contato com a UBS e a ACS passa a investigar como esse adolescente está, ou se discute tal caso nas reuniões da rede de saúde.

O cuidado em saúde mental que funciona seria, segundo algumas psicólogas, aquele que envolve uma atuação multiprofissional e a responsabilização pelo usuário, 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.

A partir das falas das profissionais entrevistadas entendemos que ainda precisamos aprimorar os serviços públicos que são o trabalho dessa rede intersetorial. A **Psicóloga saúde pública 6** destaca o trabalho em equipe, as 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, a educação, as ações da cultura, do esporte, do lazer, o Conselho Tutelar, entre outros.

As psicólogas autônomas se referem a um trabalho multiprofissional, mas destacam 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 no capítulo II, quando discutimos a interface saúde mental-instituição escolar, ressaltamos 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 também produtora de sofrimento. Quando se deposita no indivíduo a responsabilidade final do sucesso escolar e profissional, com todas as cobranças envolvidas como ter bom desempenho; fazer um bom curso superior ou técnico; ter uma profissão reconhecida socialmente e ser bem-sucedido financeiramente; afasta do compromisso tantas outras instituições e condições sociais envolvidas no ilusório 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, que pode contribuir com a prevenção do suicídio. Também acreditam ter ali

um espaço para trabalhar e desenvolver questões e habilidades emocionais, capazes de evitar e enfrentar o suicídio.

No entanto, cabe a nós a indagação: como a escola responderá a essas expectativas se estiver a serviço do capital? É do interesse dessa instituição ter alunos que pensem criticamente ou que 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 à capacitação dos adolescentes 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 adolescentes 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 nas escolas poderiam haver grupos que trabalhassem as emoções das crianças e adolescentes, ou ainda, que ofertassem uma disciplina que trabalhasse autoconhecimento e emoção. Ademais, acrescenta ser importante um trabalho com professores, pedagogos e orientadores, para que os mesmos sejam capacitados a trabalharem e lidarem de forma diferente com seus adolescentes.

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*”. A escola, contudo, precisaria 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 tempo de participação no período escolar, após o desenvolvimento dos modos de produção capitalista, passa-se a questionar cada vez mais o papel dessa instituição na organização da sociedade atual. Berenchtein 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, ou 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 onde se ofereçam ou se articulem formas diversificadas de cuidados a esse sujeitos.

Segundo a **Psicóloga autônoma 5**, o contexto escolar influencia significativamente o sofrimento psíquico do adolescente, porque pode existir preconceitos ou conflitos, 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 psíquico aparece atrelado às experiências na escola, seja com professores adoecidos pela sobrecarga de trabalho ou entre os alunos, com alto nível de cobrança oriundo da sociedade e da família. Muitas vezes, a escola estimula a competitividade entre os adolescentes e reforça a meritocracia, quer seja, de que o sucesso depende das capacidades individuais e não do processo de escolarização e das condições materiais de existência.

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 fundamentar discussões críticas sobre nosso modo de ser, sentir e agir no mundo. Segundo Berenchtein 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, remetem 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 de suicídio. Percebeu-se que os psicólogos da rede pública têm conhecimento da obrigatoriedade da notificação, mas poucos preenchem a ficha de notificação do SINAN porque acreditam que outros já o fizeram ou logo o fará. A **Psicóloga saúde pública 1** diz perceber resistências por parte das equipes e dos profissionais de saúde para preencherem a notificação, 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 os desdobramentos da notificação compulsória de problemas considerados de saúde mental segue uma lógica diferente das notificações de doenças infectocontagiosas. Em outras palavras, se existe o controle epidêmico, ocorre uma ação pontual de prevenção para evitar novos casos. Contudo, quando se transpõe esse mesmo processo à saúde mental, é difícil fazer uma relação direta entre doença e prevenção, e apela-se à notificação obrigatória no intuito de se ter maior controle sobre os casos de violência autoprovocada. Se compreendemos que o suicídio é multideterminado, histórico e social, passamos a questionar as limitações que atravessam o notificar e o quanto contribuem com a prevenção, sabendo que para se promover uma vida mais saudável, é imperativo avançar para além do controle epidemiológico.

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** relatou durante a entrevista ter ficado curiosa sobre a ficha de notificação do 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 (...)”. A **Psicóloga autônoma 7** apontou ter trabalhado durante toda sua atuação sem o conhecimento da exigência dessa notificação. Não conheceu e não aprendeu

sobre as especificidades dessa ficha na faculdade e nunca fez nenhum curso sobre suicídio ou outra violência que a permitisse aprender.

Essas falas nos mostram a falta de conhecimento desse documento, assim como nos faz pensar no número subnotificado dos casos existentes a respeito do suicídio e das demais violências autoprovocadas. A **Psicóloga saúde pública 10** reconhece que há a subnotificação do suicídio por dois motivos: ou porque o profissional não faz ou porque a família não procura o serviço de saúde para notificar, uma vez que é difícil admitir que existe um caso de 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, vem defendendo propostas de cuidado em saúde mais integrais, que envolvam uma rede ampliada, que precisa ser articulada e coordenada pela atenção básica ou primária, para que assim, se estreitem os vínculos entre os serviços e a população referenciada, que vivendo em um dado território, experienciam determinadas necessidades de saúde. Finalizamos esse núcleo relembando que na cidade de Maringá-PR, campo dessa pesquisa, dos 162 casos de tentativas que foram notificados e envolviam adolescentes (12-19 anos) em 2018, o maior número de notificações foi realizado pelas Unidades de Pronto Atendimento – UPA's municipais e particulares, enquanto apenas um caso foi notificado por uma das suas Unidades Básicas de Saúde.

4.5. Núcleo de significação 3: perspectivas e afetos dos psicólogos envolvidos com o 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 na implementação desse cuidado?

Antes de iniciar essa discussão, gostaríamos de compartilhar a reflexão de Guzzo e Lacerda a respeito do trabalho do psicólogo no Brasil, quando dizem: “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 parcialmente

narrada em algumas das entrevistas realizadas na pesquisa. Muitas foram as dificuldades que marcam o processo de trabalho do psicólogo e, consequentemente, que afetam o cuidado que ele pretende ofertar, como vimos nos dois primeiros núcleos, e que seguiremos expondo neste último.

Segundo os autores citados acima, atuar profissionalmente em um país latino-americano com a neutralidade positivista e sem postura política, é uma forma de omissão. Destacamos Martín-Baró quando 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 aprofundada sobre as condições sociais vividas pela maioria, bem como o conhecimento das opressões, para só assim propor práticas e intervenções que modifiquem os padrões psicológicos e sociais relacionados a essas violências (Moane, 2003 citado por Guzzo & Lacerda, 2007). Também seria 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 que podem ofertar, se formaram e se transformam no curso do movimento dialético de se constituírem psicólogos. Essa constituição, afetada seja durante a formação acadêmica inicial, seja na formação continuada ou no cotidiano do seu fazer profissional, deveria vir acompanhada da inquietante pergunta: *como a psicologia pode contribuir com o cuidado em saúde mental?*

Ao mesmo tempo em que nos deparamos com psicólogas da rede pública de saúde que discorreram sobre o necessário fortalecimento da RAPS, outras percorreram um caminho e narraram uma atuação mais solitária. Complementando as discussões realizadas nos dois núcleos anteriores, destacamos que os profissionais consideraram que o papel do psicólogo consistiria em trabalhar para que o sujeito não tentasse novamente suicídio, com destaque ao acompanhamento psicoterápico que deveria ser ofertado 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 que vimos realizando, que alguns psicólogos acreditam que o enfrentamento do suicídio se faria a partir da *“escuta desse 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 assinalou a **Psicóloga autônoma 9**.

Assim como observou Almeida (2018), em uma pesquisa realizada por meio de entrevistas com sujeitos em sofrimento psíquico, quando um sujeito relata sua vivência, sua fala se encontra permeada por significados e sentidos pessoais construídos 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 pode ser sim, muito benéfico, que o sujeito tenha espaços onde possa e consiga se expressar, possa (re)construir sua história pessoal, considerando que *“(...) as terapêuticas também produzem mudanças nas vivências, tanto pela possibilidade de maiores níveis de autoconsciência (...)”*.

Entre os profissionais entrevistados há aqueles que idealizam que o cuidado em saúde mental é mais promissor quando ocorre na clínica individual tradicional e na rede 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 em saúde mental quanto no enfrentamento do suicídio, reconheceram 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 desenvolver uma atuação que se pautasse e se somasse à lógica psicossocial, reconhecendo a atenção básica como organizadora de toda uma rede, alcançando os territórios e os usuários do serviço. Assim, a profissional continua falando a respeito da importância do compartilhamento e da corresponsabilização do cuidado que deveria *“(...) olhar para esse sujeito dentro do contexto dele, do território, vendo o que a gente pode oferecer (...)”*.

Segundo a **Psicóloga autônoma 1**, o trabalho da psicologia precisaria se somar ao de 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, trata-se de um trabalho coletivo. Para a **Psicóloga saúde pública 3**, o cuidado poderia ser implementado de diversas formas: por meio de orientação, do acompanhamento e de relações que possibilitassem a criação de vínculos na área da saúde, escolar, familiar e religiosa.

Entretanto, em nossa sociedade, o senso de coletividade e solidariedade, a construção de relações de apoio mútuos estão cada vez mais restritos, às vezes se limitando aos familiares mais próximos. Não raramente, quando o sujeito vivencia algum tipo de sofrimento psíquico, emergem dificuldades entre as pessoas do seu convívio em acolherem e serem responsáveis por ele, “(...) com uma tendência às concepções que preconizam o isolamento e/ou expectativa de respostas exclusivamente pelos profissionais de saúde” (Almeida, 2018, p. 316). Essas dificuldades podem, por conseguinte, sobrepujarem as competências profissionais e, principalmente, centralizar no seu trabalho toda expectativa de cuidado, acarretando na pressão e na cobrança social para que deem conta daquele sofrimento.

Na fala das profissionais acima, destacamos que o cuidado em saúde mental necessita 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 precisam ampliar sua clínica, estabelecendo diálogos e trocas, não se considerando autossuficientes, nem se isolando em seus espaços privados. Precisam se incluir como partes estruturantes de suas ações, das articulações com outros profissionais da saúde e com as demais políticas públicas. Para tanto, entendemos que esse profissional precisa tanto ter condições de trabalho que o permitam assim proceder, quanto precisa de disposição interna para se envolver e se comprometer com o difícil manejo dos casos que envolvem a temática do suicídio.

A respeito do enfrentamento do suicídio atrelado ao desenvolvimento das ações intersetoriais, as ações efetivadas pelas 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 pouco articuladas 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” (...).

Para avançar e superar tais dificuldades, os profissionais da psicologia precisam também pensar para além do individual, do 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, às vezes, inclusive, conflitantes. A análise demonstrou que essas divergências e contradições se manifestam, por vezes, no curso de uma mesma entrevista ou quando comparávamos a fala das profissionais dos serviços públicos de saúde com as das profissionais autônomas.

Ao buscar 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 primeiramente 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 referia ao movimento de outras profissões de se apropriarem de saberes que historicamente foram tomados pela psicologia e perdidos por atuarmos de forma tão individual. Contudo, em sua narrativa, não expôs qual seria mesmo a contribuição social da psicologia, focando 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*”.

Interessa-nos relembrar que a psicologia se desenvolveu enquanto ciência e profissão atrelada ao desenvolvimento da sociedade capitalista, partindo de uma visão liberal de homem e de mundo, com foco nas explicações centradas no indivíduo, voltando sua intervenção às práticas curativas/adaptativas. Todavia, fenômenos complexos como o suicídio nos informa que precisamos pensar a saúde como uma produção humana e o processo saúde-doença como multideterminado, dinâmico e contraditório. Esse processo articula situações intrincadas e singulares da existência humana e, por isso, demanda que construamos ações de cuidado que extrapolem aquelas voltadas ao tratar, ao remediar e ao reabilitar os sujeitos.

A psicologia precisa estar mais envolvida com as ações de prevenção e de promoção da saúde no geral. Mas, de que prevenção estamos falando? Por certo, não estamos nos propondo a falar da histórica polêmica da possibilidade

de prevenção dos denominados transtornos mentais²⁹? Aqui, assentados na concepção 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 à 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. Não prevenimos os transtornos mentais, mas podemos prevenir outras tantas situações, eventos e condições que em nossa sociedade são produtoras de sofrimento.

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 apropriasse de sua situação e conseguisse gerar uma mudança na forma de lidar com a sociedade. Na sequência, afirma ser importante olhar a sociedade e pensar políticas públicas amplas para o cuidado em saúde mental.

À vista disso, compreendemos que precisamos avançar em uma discussão mais sócio-histórica de como poderíamos enquanto categoria profissional, contribuir para a ampliação da consciência desse sujeito e do quanto essa contribuição passa pela construção de 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 realizadas, apreendemos que os sentidos de cuidado em saúde mental estão atrelados à 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 e estruturação desse adolescente, bem como o uso da medicação como crucial para amenização dos sintomas.

A atuação com a clínica psicológica individual, que frequentemente se faz isolada, que pressupõe independência profissional, mobiliza nele também muitos afetos. No encontro dialógico das entrevistas, as psicólogas ao falarem sobre o trabalho realizado com adolescentes que fizeram tentativa de suicídio,

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

contaram sobre emoções e sentimentos mobilizados durante tais atendimentos. Esses indicadores nos fizeram trazer esse último núcleo de significação, porque entendemos que a forma como o profissional se afeta no processo de trabalho, reverbera também na construção do seu sentido de cuidado.

Pellegrini (2003) explica que quando o sujeito está inserido em um problema – podemos considerar aqui o atendimento a um caso difícil –, isso pode ajudá-lo a 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 movimento contraditório entre atender nossas necessidades e as emoções que aparecem no cotidiano a partir dessas mesmas necessidades, afinal, nossas emoções muitas vezes se confundem.

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

Como nos lembra Almeida (2018), 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” (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 entrevistadas durante a pesquisa, notamos que a grande maioria se referiu angustiada em trabalhar com esses casos e algumas permaneceram em dúvida se estariam ou não preparadas para tais atendimentos. Foi comum no final das entrevistas, as psicólogas desejarem continuar conversando, fosse pela mobilização de alguns afetos durante aquela conversa e por precisarem de um acolhimento ou mesmo por curiosidade para perguntar a opinião da pesquisadora sobre a temática e/ou sobre o que as outras profissionais que participaram da pesquisa haviam respondido.

Foi possível observar como nós, profissionais da saúde, temos dificuldade em relacionar nossas vivências no trabalho, que são muito singulares, com outras determinações gerais. Por exemplo, as questões envoltas ao suicídio têm se feito frequentes na atividade profissional e nos parece ser comum e válidos sentimentos de preocupação. No entanto, temos ressalva em compartilhar essas afetações com outro profissional, pensar como ele se afeta e se ele se preocupa de maneira semelhante.

Durante as entrevistas, com frequência, apareceu o questionamento acerca da qualidade do trabalho realizado; se haviam feito ou não a melhor intervenção e ou encaminhamentos. Notamos a existência de afetos contraditórios diante de algumas situações: mesmo o profissional reconhecendo não ser possível dar conta sozinho do sofrimento humano, porque ele é produzido a partir de múltiplas determinações, muitas vezes, esse mesmo profissional se descrevia angustiado e preocupado se havia dado o melhor de si para o acolhimento e cuidado desses sujeitos.

O trabalho, por mais que faça sentido para o profissional, muitas vezes faz com que ele se depare com uma trajetória permeada por sofrimentos e violências. Em contrapartida, o psicólogo cria vínculos e se afeta, porque se depara com seus limites e capacidade de modificação da realidade em que a grande maioria da população se encontra, ou seja, em situações de vulnerabilidades, desigualdades, 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 colocando-se 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 psíquico.

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*”. Menciona 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-se de maneira diferente a partir das relações objetivas particulares que estabelecem quando entra em contato com esses 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 presentes 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 alguns afetos mobilizados ante a exigência social depositada sobre seus ombros, quer seja inclusive o de dar conta da complexidade dos vários fatores que podem estar envolvidos no desejo da morte de alguém.

Entre as profissionais que relataram a angústia, há aquelas que afirmaram que superaram esse sentimento no decorrer do trabalho a partir da própria prática ou por meio de apropriações teóricas. 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 houveram 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 atuação profissional ficava mais angustiada e recorria às supervisões para trabalhar seus sentimentos. Mas, hoje sente que a angústia diminuiu e afirma se afetar menos com esses atendimentos. A **Psicóloga saúde pública 2** também relata que a supervisão contribuiu 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 profissional em buscar o desejo de conhecer o sujeito e, por conseguinte, de se conhecer melhor. Isso porque todos estão inseridos no mesmo conjunto social, sendo

coautores do mesmo processo histórico que é (re)produzido por todos no viver e fazer 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 aparece como derivado da preocupação em prestar contas à família se alguma coisa viesse a acontecer, além do sentimento de culpa expresso “(...) *como se eu tivesse permitido, sentia uma responsabilidade muito grande*”.

A **Psicóloga saúde pública 5** expõe que desde que começou a atuar, sentia medo da responsabilidade de acontecer o suicídio de algum paciente: “(...) *por melhor que você faça o seu trabalho, ele pode acontecer, mas como lidar com isso depois né? (...)*”. Ademais, comentou sobre a possibilidade de ficar se questionando onde errou ou o que poderia ter feito e não o fez. Nesse sentido, acreditamos na importância desse psicólogo refletir sobre as expectativas historicamente depositadas sobre o seu fazer e sobre a suposta autossuficiência da sua prática. Repensar a onipotência que envolve a crença de que o psicólogo pode dar conta de solucionar todas as demandas, trabalhando com questões complexas que extrapolam os limites de sua atuação porque se articulam às questões estruturais difíceis de se modificarem.

O profissional precisa cuidar de suas angústias e da possível paralisação causada pelo medo. Considera-se aqui que a saúde individual só pode ser produzida a partir do momento em que se prioriza a saúde coletiva (Martín-Baró, 2000 citado por Guzzo & Lacerda, 2007). Nesses termos, precisamos concomitantemente buscar o fortalecimento daqueles que vivenciam o sofrimento e nos engajar com ações mais coletivas que permitirão uma real transformação social.

Em relação aos sentimentos produzidos pela concretização da morte por suicídio, a **Psicóloga autônoma 9** relatou que quando recebeu a notícia de que uma jovem que estava em atendimento havia 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*”.

Como discutimos há pouco, muitas profissionais afirmaram não se sentirem preparadas para realizar tais atendimentos. A **Psicóloga saúde pública 3** fala que não se sentia preparada porque o atendimento seria ‘uma caixinha de surpresa’. Apesar da experiência, mencionou ser preciso atender o sujeito como se fosse o único, citando 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, de que conseguiria ajudar a todas as pessoas. Contudo, com o tempo, percebeu que precisava trabalhar muito para oferecer algo ao sujeito. Acrescentou 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. Martín-Baró, por sua vez, comenta sobre o trabalho de psicólogos quando diz que “(...) 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 deveria repensar sua imagem como profissional, deveria confrontar o seu saber com as novas necessidades dos povos e que seria necessário se colocar na perspectiva histórica da população para compreender sua realidade e entender seus problemas. Por fim, realizar um confronto crítico com o sistema existente em nossa sociedade, afirmando que

(...) 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), perguntamo-nos 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 nossa contribuição pleiteia entre outras coisas, ampliar a compreensão do fenômeno do suicídio, extrapolar as explicações e intervenções centradas no indivíduo, a partir das quais torne possível se reconhecer o quanto as relações afetivas e sociais que estabelecemos com nossos adolescentes, produzem, articulam e ou agravam as 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 a preparou para enfrentar casos complexos como os de suicídio, tanto por não ofertar conhecimento teórico quanto

experiência na formação profissional pois “(...) *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, por ser muito comum na prática profissional do psicólogo aparecerem casos de tentativas de suicídio nos atendimentos. Além disso, observa que seria necessário verificar já na primeira entrevista com o sujeito, se seria um caso que conseguiria trabalhar ou precisaria encaminhar a outro profissional.

Outro ponto que envolve a questão da preparação profissional foi trazido pela **Psicóloga autônoma 3** ao relatar 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 basear-se em fundamentos teóricos 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 ele a 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** comentou sobre a necessidade de mais capacitações voltadas ao cuidado em saúde mental para todos os profissionais da rede, sejam psiquiatras, terapeutas ocupacionais, neurologistas, entre outros; porque a fila de espera para atendimento clínico individual seria muito grande e somente os profissionais da psicologia não dariam conta de atender.

Segundo a **Psicóloga saúde pública 3**, precisaria existir uma capacitação em que os profissionais pudessem falar o que pensam e, assim, construir

um conhecimento teórico a partir de um espaço mais voltado às trocas de experiências, pois “(...) *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, afirmaram a possibilidade de 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 seria possível o profissional separar seus afetos do modo como atua em sua prática profissional.

(...) 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”. (Pellegri, 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, ela está inserida dentro das organizações, a começar da própria família, das relações de trabalho, das empresas, igrejas, escolas” (Pellegri, 2003, pp. 107-108). Ademais, esclarece que a superação das contradições sociais que refletem no individual, precisa ser construída coletiva e permanentemente.

Para complementar, Alves (2021) nos adverte que em uma sociedade com uma cultura muito individualista, os sujeitos tendem a compreender suas emoções apenas como pessoais e não inseridas nessa coletividade. A concepção sócio-histórica busca compreender a afetividade por meio de elementos que se amparam na determinação social da vida emocional do sujeito. Nesse sentido, não podemos negar a inter-relação entre o afeto e o desenvolvimento humano. Os afetos estão relacionados às demais funções psicológicas superiores e são importantes tanto para a construção do sujeito, quanto para sua apropriação do conhecimento científico que deve embasar sua prática.

Ao lidarmos com o fenômeno do suicídio, além do domínio do conhecimento científico, conhecer as causas, o manejo e técnicas necessárias para se trabalhar com esse sujeito, precisamos, além disso, ter oportunidades que impulsionem nosso desenvolvimento. Precisamos refletir sobre a temática no processo de formação acadêmica e, principalmente, na formação continuada, privilegiando espaços coletivos de trocas onde o profissional possa compartilhar suas vivências, suas concepções e angústias, uma 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 reflexões teórico-práticas, diálogos e estímulos que coadunem na construção de novos caminhos. Para que essa transformação aconteça, precisamos priorizar o trabalho coletivo e continuado (Guzzo & Lacerda, 2007, p. 239). Não podemos nos esquecer que somos seres ativos e sociais e nos atentarmos ao

(...) 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 se desprenderia de uma maior articulação dos psicólogos, por meio da mediação do Conselho Federal de Psicologia e dos Conselhos Regionais de Psicologia, a partir das comissões já existentes ou da criação de novas, buscando fortalecer a construção coletiva da nossa profissão. Outra proposta seria o fomento – desde a formação acadêmica – de uma participação efetiva dos psicólogos em espaços de participação democrática, em especial citamos aqui os Conselhos de Controle Social, como o Conselho Municipal de Saúde – CMS e o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio na adolescência tem gerado muitos incômodos à sociedade, sobretudo quando ocorre na idade em que se espera do sujeito mais energia, mais produtividade, mais engajamento na escola, na vida profissional e nos grupos sociais. Aparecem questionamentos: como uma pessoa tão nova, que tem a vida toda 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 esse profissional tem compreendido a adolescência? Quais os instrumentos e recursos têm utilizado para trabalhar com esse grupo na atualidade, ante as transformações culturais ocorridas ao longo das últimas décadas? Ele está se atentando ao contexto social e histórico no qual esse sujeito está inserido? O que está afligindo os adolescentes no momento atual? Quais fatores podem contribuir para a produção e ou agravamento do sofrimento psíquico dos nossos adolescentes?

Para além desses questionamentos, Lacerda (2016) nos lembra que ao trabalhar com uma psicologia de orientação 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 (...)” (p. 267). Em outras palavras, o autor entende que precisamos questionar as estruturas sociais e lutar pela transformação por meio de uma revolução social. Nesse sentido nos lembra que

(...) 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)

Em que pese as reflexões acima, ao trabalhar com a psicologia sócio-histórica consideramos que todas as nossas ações precisam ter uma orientação ético-política, que visem em última instância a emancipação humana, ainda que essa só possa ser plenamente alcançada com a superação do modo de produção capitalista. Temos consciência da sociedade em que vivemos e das lutas que coletivamente precisaremos travar se desejamos construir uma ciência e profissão que não reproduza ideologias e não busque adaptação dos sujeitos a esse sistema que adoece 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)

O livro que por ora concluimos também espera contribuir com o desvelamento, a denúncia de questões que atravessam a adolescência e a existência-sofrimento de muitos sujeitos que reconhecem na própria morte, sua única saída.

Retornando ao objetivo geral da pesquisa que deu origem a esse livro, 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 infanto-juvenil; 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 para a 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 que permitissem 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*, deparamo-nos com a 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 questionaram sobre que vida é essa que não se 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, afetando e diminuindo nosso senso de pertencimento. Se olharmos para essa sociedade, ante todas as

suas possibilidades e riquezas já produzidas pelo gênero humano-universal e as desigualdades de acesso e condições de uma vida digna, constatamos que as relações humanas vão ficando cada vez mais fragilizadas. Essa fragilidade afeta também nossos recursos psíquicos e nossa capacidade de lidar com tantos conflitos e de lutar contra as adversidades da vida.

Ao serem questionadas 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 a considera a continuidade e integralidade de seus discursos, vimos prevalecer explicações de ordem individual e relacional, experiências privadas, como a incapacidade da família em lidar e dispendar afetos e atenção aos seus membros adolescentes. As psicólogas associaram o suicídio à vulnerabilidade psicológica da adolescência, entendida como uma fase natural, marcada por crises desenvolvimentais 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 as dificuldades nas relações interpessoais e a influência da internet como fatores preditores da tomada de decisão sobre a tentativa de suicídio. Colocaram o uso das substâncias psicoativas como possível desencadeador de transtornos mentais e, por consequência, deram bastante destaque aos transtornos depressivos que levariam ao suicídio.

Mesmo olhando para as experiências privadas, consideramos que, na sociedade de classes, as trocas afetivas estão cada dia mais empobrecidas. Destacamos como os afetos prevalentes nesse momento histórico revelam o modo de organização da sociedade atual, ou seja, a sociedade contemporânea se organiza em torno do lucro, individualiza, exclui, de forma a empobrecer as relações afetivas e sociais, dificultando a construção e a ampliação de redes de apoio. Neste sentido, é possível compreender que muitos sujeitos que encontraram no suicídio o último recurso contra os males da vida privada, talvez pouco vislumbraram por algo melhor. Segundo Marx (1883/2006), o suicídio seria um dos muitos sintomas da luta social e ao classificarmos as causas do suicídio, deveríamos classificar os próprios problemas existentes dentro da nossa sociedade.

Como trabalhar com suicídio sem levar em consideração as contradições sociais? Como cuidar do sofrimento psíquico sem buscar as reais causas que o subjazem, que são alienantes e se expressam na produção de vida e da morte na sociedade capitalista?

Apareceram em algumas falas isoladas denúncias sobre o funcionamento da nossa sociedade latino-americana e brasileira, ou seja, psicólogas que reconheceram 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 o quanto é sofrida a busca por um futuro inexistente para muitos desses adolescentes, seja pela pobreza e pelas violências que medeiam seu desenvolvimento, seja pela precariedade dos estudos ou pelas impossibilidades e dificuldades de adentrar no mercado de trabalho. A falta de perspectiva de futuro é uma questão objetiva, não apenas subjetiva (numa perspectiva de subjetividade como sendo algo intrínseco, abstrato), 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, seja dentro da própria família, da 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 mais básicos, desigualdades de raça/etnia e gênero, permeada por toda sorte de violências e opressões, ainda pouco associamos as questões estruturais, concretas, à produção do sofrimento humano. Não as consideramos constituintes da nossa subjetividade e das experiências de sofrimento que podem nos 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 a importância da RAPS, no cuidado responsável e compartilhado em rede, ao mesmo tempo que outras discorrem sobre o 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 cuidado em saúde mental é necessária a articulação com outras políticas públicas, serviços e profissionais; poucas psicólogas mencionaram o trabalho da rede intersetorial e uma destacou que esse trabalho é bastante fragmentado e pouco articulado nos casos como os de suicídio. Acerca da notificação compulsória do SINAN da violência autoprovocada (tentativa de suicídio), verificamos que as psicólogas da rede pública conhecem a

obrigatoriedade da notificação, mas poucas 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 no cuidado em saúde mental e dificuldades em se desvencilhar do modelo médico e manicomial. Associaram com frequência o suicídio aos transtornos mentais e deram ênfase ao uso do medicamento, apontado como solução para extinção dos sintomas e considerado parte imprescindível do cuidado em saúde mental. Questionamos a explicação naturalizada que sustenta a busca pelo medicamento como a mais importante (e às vezes a única) resposta para o sofrimento psíquico, como medicaliza e patologiza as questões da vida cotidiana, retirando também do debate os afetos que compõem nossas múltiplas relações. Desconsideramos o quanto temos silenciado com o remédio, diferentes modos de existência-sofrimento.

Defendemos que o acolhimento ao sofrimento psíquico que se faz via escuta e formação de vínculos, muito atrelado nas entrevistas à psicoterapia individual, precisa se fazer acompanhado de outras mediações. Defendemos 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 estabelecer alianças coletivas para que somadas a outras mudanças socioculturais permitam 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 as profissionais (da saúde pública e da rede particular) destacaram as instituições de ensino como participantes 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 se possa trabalhar e se desenvolver habilidades 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 que é grande a mobilização afetiva dessas profissionais e a maioria demonstrou e admitiu se sentir angustiada, com medo, receios e dúvidas ante esses casos. Muitas se indagam se realizaram as melhores intervenções e encaminhamentos e, principalmente, se o manejo que tiveram foi o mais adequado. Queixam-se da falta de formação acadêmica e profissional para construir um conhecimento científico sólido sobre a temática e recorrem à psicoterapia e supervisões teóricas para obterem suporte para

seus atendimentos. Para além do processo de formação acadêmica inicial, é imprescindível que na formação continuada se privilegie espaços coletivos de trocas onde possam compartilhar vivências, angústias e concepções.

Reconhecemos não ser possível um único profissional dar conta de cuidar do sofrimento humano e de enfrentar os desafios que envolvem os casos de tentativa de suicídio, um fenômeno produzido a partir de múltiplas determinações. Muitas vezes a angústia, o medo e a preocupação se ofereceram o melhor no acolhimento e no cuidado a esse sujeito se acirram e entre outras coisas, revelam que nos falta justamente o sentido coletivo de cuidado.

Mesmo reconhecendo os limites da psicologia (ciência e profissão) no enfrentamento e cuidado ao suicídio, precisamos ter como norteamento ético-político, o fato de trabalhar com uma ciência – seja no âmbito público ou privado – que busque nos limites de sua prática profissional, enfrentar desigualdades, violências, desumanização, bem como 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 completamente 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, nossa aposta é a de que o enfrentamento também se faz pela via do desenvolvimento de pesquisas que se comprometam com a defesa da saúde-saúde mental como um bem coletivo, e, do mesmo modo, façam uma clara oposição aos interesses mercadológicos que, de um lado criam uma massa de doentes, e de outro, impedem que aqueles que precisam de cuidados em saúde mental, o tenham.

Yamamoto (2007) 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” (pp.35-36). Esse autor considera como um 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)

Conscientes da complexidade do fenômeno do suicídio, destacando que como seres sociais, mergulhados nos desafios desse tempo histórico, nos reconhecemos limitados para compreender a totalidade social. Com certeza, não fomos capazes de responder a todas as reflexões que foram suscitadas durante a escrita desse livro. Essa limitação abre caminhos para que sigamos pesquisando, principalmente, produzindo conhecimentos que debatam sobre a saúde mental de modo mais ampliado e mais crítico.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

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). 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). 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”.
- 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*. EduFatecie. <https://editora.unifatecie.edu.br/index.php/edufatecie/catalog/book/48>

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*. CFM/ABP.

Ballarin, M. L. G. S.; Carvalho, F. B., Ferigato, S. H. (2009). Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *Mundo Saúde*, 33(2), 218-24. Recuperado em 9 mar. 2022, de: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/586>

Berenchtein Netto, N. (2007). *Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico-dialético*. 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.

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*. 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). Editora Unifesp.

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.

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). 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*.

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*. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/redepsicosociais finali1.pdf>

Corbello, L. G. (2019). *Vivência e gênero a partir da psicologia histórico-cultural: primeiras aproximações*. 2019. [Dissertação de Mestrado 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). 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)*, 11(2), 159-168.

- Delari Jr, A. (2000). *Consciência e linguagem em Vygotsky: aproximações ao debate sobre a subjetividade*. [Dissertação de Mestrado em Educação], Universidade Estadual de Campinas.
- Delari Jr, A. (2009). *Vigotski e a prática do psicólogo: em percurso da psicologia geral à aplicada*. Mimeo.
- 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*. 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). Escuta.
- Figueiredo, L. C. M. (1991). *Matrizes do pensamento psicológico*. 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).
- 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). 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]. 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 Psicología*, 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.
- 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.
- Hillesheim, B., & de F. 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).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. <https://url.gratis/7vNCg>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Estimativa populacional 2020 IBGE*. https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2020/estimativa_dou_2020.pdf
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2019). *Atlas da Violência: Fórum Brasileiro de Segurança Pública*. IPEA.
- 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.
- 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). Cortez.

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). 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*. Autores Associados.

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.

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.

Lei nº 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 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.

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.

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!* 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]. Universidade Estadual Paulista Júlia de Mesquita Filho
- Marx, K. (2006). *Sobre o suicídio*. Boitempo Editorial. (Trabalho original publicado em 1883).
- Marx, K. (2008). *Contribuição à Crítica da Economia Política*. Expressão Popular. (Trabalho original publicado em 1859).
- Marx, K., & Engels, F. (2007). *A ideologia alemã*. 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.
- 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.
- 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 enfrentamento*. 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. 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. 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. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2017a). Saber, agir e prevenir. *Boletim Epidemiológico*, 48(30). http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/campanhas/Prevencao_do_suicidio_2017/folheto_Suicidio_PublicoGeral_150x210.pdf.
- 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. (2018). *Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio* [documento eletrônico]. <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcaram-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>
- Minois, G. (2018). *História do suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária*. Editora Unesp.
- Mioto, R. C. T. (2004). *Que família é essa. Trabalho com famílias: textos de apoio*, 2. Universidade Federal de Santa Catarina. <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.

Navasconi, P. V. P. (2019). *Vida, adoecimento e suicídio: racismo na produção do conhecimento sobre jovens negros/as LGBTTIs*. 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). 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.

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.

Patto, M. H. S. (1987). *Psicologia e ideologia: uma introdução crítica à psicologia escolar*. T. A. Queiroz.

Pellegrini, R. (2003). A dialética das emoções. *Mediações – Revista de Ciências Sociais*, 8(1), 99-113.

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.

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.

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.

- 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*. [Tese de Doutorado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Rotelli, F.; Leonardis, O.; Mauri, D. (2001) Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In F. M. Nicácio (Org.). *Desinstitucionalização* (2ª ed, pp. 17-59). Hucitec.
- Secretaria de Saúde. (2015). *Linha-Guia de atenção à saúde mental do município de Maringá*. Secretaria de Saúde do Município de Maringá.
- Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. (2014). *Nota Informativa da CGDANT/MS sobre a Notificação de Violência e a Portaria 1271/2014*. 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.
- 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.
- Szasz, T. (1979). *O Mito da doença mental*. 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* (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.

- 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 de Mestrado em Psicologia]. Universidade Estadual de Maringá.
- Vigotski, L. S. (1999). *Imaginación y creación em la edad infantil*. La Habana. Pueblo y Educación. 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*. 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*. Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1927).
- Vigotski, L. S. (2006). *Obras Escogidas IV*. Psicología Infantil. Machado Grupo de Distribución. (Trabalho original publicado em 1991).
- Yamamoto, O. H. (2007). Políticas sociais, “terceiro setor” e compromisso social’: perspectivas e limites do trabalho do Psicólogo. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 30-37.
- Yamamoto, O. H.; Oliveira, I. F. de. (2010) Política social e psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(25ANOS), 9-24.
- Yasui, S. CAPS: estratégia de produção de cuidados (2010). In *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira* (Loucura & Civilização collection, pp. 113-160). Editora Fiocruz.
- 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* (pp. 15-30). Curitiba: Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescência 3, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 23, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 47, 48, 49, 53, 54, 55, 60, 61, 62, 66, 67, 69, 71, 82, 94, 96, 99, 103, 107, 108, 109, 111, 112, 118, 119, 120, 125, 132, 134, 137, 155, 156, 157, 164, 166, 167, 168, 169, 171, 173

Afetos 15, 35, 94, 103, 124, 126, 140, 145, 146, 147, 148, 152, 157, 159

Atuação do psicólogo 13, 22, 27, 59, 62, 94, 155

C

Clínica 11, 22, 23, 61, 62, 64, 65, 68, 91, 100, 101, 102, 109, 128, 129, 131, 132, 135, 142, 143, 145, 151, 159, 164, 165, 167, 177

Crise 17, 18, 40, 41, 42, 43, 57, 66, 67, 99, 107, 108, 121, 127, 129, 173

D

Desenvolvimento 13, 14, 19, 22, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 64, 67, 69, 73, 81, 84, 86, 90, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 116, 120, 122, 126, 127, 130, 134, 136, 137, 143, 144, 152, 158, 159, 160, 161, 167, 168, 169, 171

Determinação social 13, 15, 37, 55, 56, 57, 82, 84, 123, 134, 152, 156, 163, 166, 170, 173

E

Emoções 33, 34, 35, 51, 95, 109, 111, 122, 126, 127, 134, 137, 146, 147, 148, 152, 171, 172

M

Materialismo histórico-dialético 11, 13, 19, 55, 81, 94, 163, 164, 166

P

Psicologia 3, 11, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 34, 37, 39, 40, 44, 48, 49, 57, 59, 62, 64, 67, 81, 86, 93, 94, 97, 98, 100, 101, 106, 107, 108, 109, 113, 116, 119, 120, 122, 127, 128, 129, 131, 133, 135, 141, 142, 143, 144, 150, 151, 155, 156, 160, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 173, 177

Psicologia sócio-histórica 3, 11, 14, 19, 24, 25, 26, 34, 39, 64, 81, 93, 106, 108, 109, 127, 155, 156, 163, 167, 177

S

Saúde coletiva 13, 23, 55, 56, 89, 149, 163

Saúde-doença 13, 14, 15, 23, 37, 55, 56, 84, 123, 134, 144, 156, 163, 166, 173

Saúde mental 3, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 23, 25, 30, 36, 55, 56, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 86, 87, 88, 91, 94, 96, 98, 99, 102, 105, 119, 120, 121, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 151, 156, 158, 159, 160, 161, 164, 165, 168, 169, 170, 171, 172

Saúde pública 19, 23, 62, 71, 72, 80, 86, 87, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 124, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 147, 148, 149, 150, 151, 158, 159, 164, 165, 166

Sofrimento psíquico 13, 15, 17, 19, 23, 25, 36, 37, 38, 42, 45, 46, 48, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 68, 69, 82, 83, 84, 86, 103, 104, 107, 110, 119, 120, 123, 124, 125, 126, 130, 131, 132, 135, 138, 142, 143, 147, 155, 156, 157, 159

Suicídio na adolescência 3, 11, 12, 14, 20, 69, 71, 94, 96, 99, 103, 112, 118, 120, 132, 134, 155, 156, 157, 166

T

Tentativa de suicídio 11, 13, 15, 36, 55, 65, 67, 69, 71, 72, 86, 87, 88, 89, 90, 96, 99, 101, 102, 103, 104, 111, 112, 115, 117, 119, 120, 121, 124, 125, 129, 134, 135, 138, 139, 145, 147, 155, 156, 157, 158, 159, 160

Tentativa de suicídio na adolescência 11, 69, 99, 120, 157

Transtornos mentais 13, 59, 62, 66, 72, 76, 119, 120, 122, 123, 145, 157, 159, 165, 168, 171

SOBRE AS AUTORAS

Raíssa Paschoalin Palmieri

Graduada e Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá. Atua como Psicóloga Clínica (CRP 08/24491) no atendimento de adolescentes, jovens, adultos e famílias. Coordenadora do Grupo de Estudo Práxis em Psicologia Histórico-Cultural Clínica. Supervisora clínica. Contato: raissa.palmieri@hotmail.com

Ednéia José Martins Zaniani

Docente do Departamento de Psicologia da UEM e do Programa de Pós-graduação em Psicologia – PPI/UEM. Doutora em Psicologia pela UNESP/ASSIS-SP. Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório Estudos e Pesquisa em Psicologia Sócio-Histórica – LAEPSO. Membro do GT da ANPEPP – Método e Categorias Teóricas na Pesquisa em Psicologia Sócio-Histórica. ORCID: 0000-0003-2734-0235. Contato: ejmzaniani@uem.br

SOBRE O LIVRO

Tiragem não comercializada

Formato: 16 x 23 cm

Mancha: 12,3 x 19,3 cm

Tipologia: Times New Roman 10,5 | 11,5 | 13 | 16 | 18

Arial 8 | 8,5

Papel: Pólen 80 g (miolo)

Royal Supremo 250 g (capa)

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização