

Universidade Federal de Goiás
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Faculdade de Educação

Izabela Assis Rocha

**Suicídio no contexto acadêmico: uma análise sobre as estratégias de enfrentamento na
Universidade Federal de Goiás**

Goiânia
2023



Documento assinado eletronicamente por **Izabela Assis Rocha, Discente**, em 26/04/2023, às 18:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Maria Do Rosario Silva Resende, Professora do Magistério**



Superior, em 27/04/2023, às 09:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3703190** e o código CRC **D0C88D4B**.

Referência: Processo nº 23070.023096/2023-51

Universidade Federal de Goiás
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Faculdade de Educação

Izabela Assis Rocha

**Suicídio no contexto acadêmico: uma análise sobre as estratégias de enfrentamento na
Universidade Federal de Goiás**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal de Goiás como requisito para obtenção de título de Mestre.

Área de concentração: Psicologia

Linha de pesquisa: Processos Psicossociais e Educacionais

Orientadora: Prof. Dra. Maria do Rosário Silva Resende

Goiânia

2023

Rocha , Izabela Assis

Suicídio no contexto acadêmico: uma análise sobre as estratégias de enfrentamento na Universidade Federal de Goiás[manuscrito] / Izabela Assis Rocha . - 2023.

CXLIX, 149 f.

Orientador: Profa. Dra. Maria do Rosário Silva Resende . Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Goiânia, 2023. Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, tabelas, lista de tabelas.

1. Teoria Crítica da Sociedade . 2. Suicídio . 3. Prevenção. 4. Posvenção. 5. Universidade . I. Resende , Maria do Rosário Silva, orient. II. Título.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº22/2023 da sessão de Defesa **Izabela Assis Rocha**, estudante de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGP, área de concentração em **Psicologia**.

Aos vinte e seis dias do mês de abril do ano de dois mil e vinte e três (26/04/2023), às 15:30h, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora: **Maria do Rosário Silva Resende (PPGP/UFG)**, doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, **Sebastião Benício da Costa Neto(PPGP/PUC-GO)**, doutor em Psicologia pela Universidade de Brasília e **Susie Amâncio Gonçalves de Roure (PPGP/UFG)**, doutora em Educação pela Universidade Federal de Goiás, para, sob a presidência da primeira, e em sessão pública realizada na Sala 242 da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, procederem à defesa da dissertação intitulada: "**Suicídio no contexto acadêmico: uma análise sobre as estratégias de enfrentamento na Universidade Federal de Goiás**", em nível de Mestrado, de autoria de **Izabela Assis Rocha**, discente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela presidente da Banca Examinadora, Profa, Dra. **Maria do Rosário Silva Resende (PPGP/UFG)**, que fez a apresentação formal dos membros da Banca e deu-se início à apreciação e avaliação do texto. A Banca Examinadora, após a apreciação e avaliação do texto apresentado, decidiu considerá-la **APROVADA**. Os trabalhos foram concluídos e eu, Profa. Dra. Livia Gomes dos Santos, coordenadora do PPGP-FE/UFG, lavrei a presente ata que assino juntamente com os membros da Banca Examinadora. Goiânia, aos vinte e seis dias do mês de abril de dois mil e vinte e três.

Banca Examinadora:

Presidente: Profa. Dra. Maria do Rosário Silva Resende (PPGP/UFG)

1º Membro Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto(PPGP/PUC-GO)

2º Membro: Profa Susie Amâncio Gonçalves de Roure.(PPGP/UFG)

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Maria Do Rosario Silva Resende, Professora do Magistério Superior**, em 26/04/2023, às 17:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Susie Amancio Goncalves De Roure, Professor do Magistério Superior**, em 26/04/2023, às 17:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Izabela Assis Rocha, Discente**, em 26/04/2023, às 18:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sebastiao Benicio Da Costa Neto, Usuário Externo**, em 27/04/2023, às 10:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3699440** e o código CRC **038EB0A5**.

Referência: Processo nº 23070.023096/2023-51

SEI nº 3699440

Dedico este trabalho a Matheus Silva Souza. Todas as palavras aqui ditas começaram com o silêncio que você deixou. Sua existência neste plano permanece além da sua partida e você vive dentro de mim em forma de amor.

Agradecimentos

Aos meus pais, vocês são solo seguro por onde caminho e floresço. Agradeço pelo inventivo, pela confiança e, principalmente, pelo amor incondicional em todos os períodos da minha vida. Sinto-me confiante para escrever minha história com vocês ao meu lado.

Agradeço também a minha família. A minha avó, a pessoa que mais admiro no mundo. Ao meu irmão Jorge Henrique Assis Rocha. Aos meus primos-irmãos Bianca Mahatma Assis Vieira, minha cara metade deste mundo e minha melhor amiga, e Gabriel Krishna Assis Vieira. A minha dinda Ângela Assis Vieira, minha segunda mãe.

À professora Maria do Rosário Silva Resende, que orientou este trabalho. Obrigada pela paciência e por me ensinar tanto. Embora todo o mestrado tenha sido realizado de forma remota, não faltou incentivo na tecitura do nosso trabalho. Sinto-me profundamente grata por ter sido escolhida como sua orientanda. O contato com a Teoria Crítica da Sociedade promoveu uma formação ainda mais crítica e politicamente posicionada na minha vida como pesquisadora.

Às minhas professoras queridas da graduação, Tatiana Machiavelli e Rita de Cássia Andrade, que me incentivaram a pesquisar e construir um modo de fazer psicologia que seja comprometido com a transformação social.

À CAPES, por me proporcionar a bolsa de estudos para minha formação de pesquisadora. Agradeço a oportunidade de ter trabalhado como bolsista. Sinto muito orgulho de ter trabalhado como pesquisadora ao longo de 2 anos. Acredito no poder transformador da educação e tenho certeza de que ela é parte imprescindível do meu processo de crescimento pessoal e profissional.

Agradeço ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Goiás e a todos os professores que, mesmo em um período tão adverso para o ensino, continuaram com seu compromisso ético e político de educar. Aos meus colegas da sétima turma de mestrado, pelas experiências compartilhadas por meio de telas e por não me deixarem só apesar de tudo. Agradeço a Cláudia Trindade, minha colega de orientação, obrigada pelas trocas.

Agradeço a minha amiga Maria Clara da Silva que foi luz, alegria e companheirismo em todo o percurso que seguimos juntas ao longo do mestrado. Encontrar sua família foi essencial para me fortalecer durante esses 3 anos. Nunca vou me esquecer da amizade construída por meio de mensagens, da intimidade nascendo a cada identificação e da confiança que construímos. Nosso encontro fez toda a jornada valer a pena e nossa amizade é um dos frutos mais bonitos desse percurso. Obrigada por serem minha família goianiense, Anna Cecília da Silva e Mônica Cândida.

As minhas amigas que sempre estiveram ao meu lado: Marina Simões, Júlia Peres, Amanda Barbosa, Catherine Peronelli, Karla Ribeiro, Kamilla Lima e Lesley Diana de Sousa. Obrigada por me acolherem sempre, ouvirem minhas angústias e acreditarem em mim quando sequer eu conseguia. Ao meu amigo fiel e legal Marcelo Furtado, nosso encontro era destino.

Agradeço ao meu companheiro Rodrigo Filgueira Souza, obrigada por caminhar a vida ao meu lado. Sua paciência me ensina a ser mais gentil comigo mesma e a melhor parte de mim é quando eu me vejo pelos seus olhos. Obrigada por me escolher todos os dias, até nos momentos mais difíceis. Escolho você também todos os dias e espero escolher por mais todos os dias que virão da minha existência. Você e João Victor tornam minha vida mais feliz.

“Sua ausência passou por mim
Como a linha através de uma agulha
Tudo o que faço é costurado com a sua cor”
W.S. Merwin

Sumário

Introdução.....	17
Capítulo 1. A Teoria Crítica da Sociedade: fundamentação teórica.....	25
1.1 A Teoria Crítica da Sociedade.....	25
1.2 Formação e subjetividade na Teoria Crítica da Sociedade.....	31
1.3 Contribuições da Teoria Crítica para a compreensão do suicídio.....	42
Capítulo 2. Diferentes concepções sobre o suicídio e sua relação com o ambiente acadêmico.....	45
2.1 Análise histórica sobre o suicídio.....	46
2.2 Karl Marx e Émile Durkheim sobre o suicídio.....	60
2.3 O suicídio sob a perspectiva da Psicanálise Freudiana.....	64
2.4 A Suicidologia de Shneidman: uma compreensão moderna do suicídio.....	70
2.5 Contribuições teóricas para a compreensão do suicídio.....	77
Capítulo 3. Políticas públicas em Saúde mental e a questão do suicídio.....	79
3.1 Políticas públicas relacionadas à saúde mental.....	82
3.1.2 Políticas públicas de saúde mental e enfrentamento ao suicídio.....	86
3.1.3 Políticas de enfrentamento ao suicídio em Goiás e em Goiânia.....	91
3.2 O suicídio no meio acadêmico.....	96
3.3. A Universidade Federal de Goiás e o enfrentamento ao suicídio.....	100
Capítulo 4. Enfrentamento ao suicídio na Universidade Federal de Goiás.....	105
4.1 Procedimentos.....	109
4.2 Participantes.....	109
4.3 Aspectos legais e éticos.....	110
4.4 Análise de dados.....	110
4.4.1 Universidade Federal de Goiás, serviços de saúde mental e discussão sobre suicídio.....	111
4.4.2 A complexidade em compreender o suicídio e sua interface com a educação.....	115
4.4.3 Ações de enfrentamento ao suicídio desenvolvidas pela Universidade Federal de Goiás.....	122

Considerações finais.....	128
Referências bibliográficas.....	133
Apêndices.....	140
Anexos.....	145

Lista de Tabelas

Tabela 1: Resoluções a promoção de equidade social desenvolvidas na Universidade Federal De Goiás.....	100
---	------------

Lista de Abreviaturas e Siglas

Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPEA	Centro de Estudo, Pesquisa e Extensão do Adolescente
CONSUNI	Conselho Universitário
COVID-19	Corona Vírus
CVV	Centro de Valorização da Vida
FAV	Faculdade de Artes Visuais
HC	Hospital das Clínicas
IEP	Instituto de Estudos em Psicologia
Lgbtqia+	Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Poli, Não-binárias e mais
LIVITS	Linha de Cuidado Integral às Vítimas de Tentativas de Suicídio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PATS	Programa de Estudos e Prevenção ao Suicídio e Atendimento a Pacientes com Tentativas de Suicídio
PNPS	Plano Nacional de Prevenção do Suicídio
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PRAE	Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis
PUC	Pontifícia Universidade Católica
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAM	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás
Unb	Universidade de Brasília
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Resumo

A presente pesquisa é um estudo de caso que tem como objetivo investigar estratégias de enfrentamento ao suicídio desenvolvidas na Universidade Federal de Goiás. Atualmente, o suicídio é a segunda causa de morte em jovens e parte dessa população encontra-se em formação no ambiente universitário. A universidade em nossa sociedade é um espaço privilegiado de formação científica e de subjetividade humana, sendo o lócus da produção científica. Como objetivos secundários, buscou-se compreender como o suicídio expressa-se na população de jovens universitários e quais políticas têm sido implementadas no cuidado para o suicídio. O referencial teórico para utilizado foi a Teoria Crítica da Sociedade. Os dados foram obtidos por meio de documentos governamentais e institucionais sobre saúde mental e através de entrevistas semidirigidas com profissionais de um serviço de saúde mental da universidade. São utilizados, ainda, documentos legislativos e portarias em saúde mental no Brasil e portarias institucionais implementadas pela Universidade Federal de Goiás. Além disso, foram realizadas três entrevistas semidirigidas, que foram transcritas integralmente. Os resultados indicam uma lacuna nas políticas da Universidade para o cuidado em saúde mental, além de um número reduzido de profissionais que atuam no principal serviço de saúde mental da instituição. Conclui-se que o suicídio em jovens, na sociedade ocidental atual, relaciona-se diretamente com os sentimentos de frustração e impotências gerados pelo sistema capitalista vigente. Compreende-se o suicídio como expressão de sofrimento e impossibilidade de vislumbrar superações individuais e sociais. Verifica-se que o Brasil tem sido um pioneiro na implementação de políticas em saúde mental na América Latina, porém possui fragilidades na sua implementação. Considera-se, assim, que existem lacunas em políticas para o cuidado do suicídio na população universitária, incluindo estratégias de prevenção e de posvenção, e poucos profissionais capacitados no cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: Suicídio; Jovens; Universidade; Teoria Crítica da Sociedade; Prevenção; Posvenção.

Abstract

This research is a case study that aims to investigate suicide coping strategies at the Federal University of Goiás. Currently, suicide is the second cause of death in young people and part of this population is in training in the university environment. The university in our society is a privileged space for scientific training and human subjectivity, being the locus of scientific production. As secondary objectives, we seek to understand how suicide is expressed in the population of university students and what policies have been implemented in suicide care. The theoretical framework used was the Critical Theory of Society. Data were obtained through governmental and institutional documents on mental health and through semi-structured interviews with professionals from a mental health service at the university. Legislative documents and ordinances on mental health in Brazil and institutional ordinances incorporated by the Federal University of Goiás are also used. In addition, three semi-structured interviews were carried out, which were fully transcribed. The results indicate a gap in the University's policies for mental health care, in addition to a reduced number of professionals who attend the institution's main mental health service. It is concluded that suicide among young people, in current Western society, is directly related to feelings of imprisonment and impotence generated by the prevailing capitalist system. Suicide is understood as an expression of suffering and the impossibility of envisioning individual and social overcoming. It appears that Brazil has been a pioneer in the implementation of mental health policies in Latin America, but it has powers in its implementation. Therefore, it is considered that there are gaps in policies for suicide care in the university population, including prevention and postvention strategies, and few professionals trained in mental health care.

Keywords: Suicide; Young people; University; Critical Theory of Society; Prevention; Postvention.

Introdução

O suicídio na atualidade representa 1,4% de todas as mortes e, entre os jovens de 15 a 29 anos, é a terceira principal causa de morte (Organização Pan Americana de Saúde, 2018). Em todo o mundo, registra-se mais de um milhão de casos e, no Brasil, são registrados cerca de 10 mil suicídios por ano (Brasil, 2021). Esses números, entretanto, podem não corresponder a totalidades dos casos de suicídio, visto que existem subnotificações devido ao tabu social que essa temática gera e as dificuldades, em determinadas situações, de identificar uma morte por suicídio, como em casos de mortes por acidentes de automóveis. De acordo com Dutra (2012), os preconceitos e os significados religiosos e morais em torno do suicídio, muitas vezes, impedem que esse fenômeno seja identificado e notificado como tal. Assim, a realidade sobre os casos de suicídio pode ser ainda maior do que temos registrado.

Para além do ato em si de tirar a própria vida, o comportamento suicida também inclui pensamentos, planos e tentativas de suicídio (Organização Mundial da Saúde, 2014). Dessa forma, o suicídio é compreendido como um continuum que envolve desde pensamentos, que apresentam um potencial de risco menor, até a realização de tentativas, que apresentam maior potencial de efetividade. Enquanto fenômeno social, ele é compreendido como multifatorial, envolvendo não somente aspectos sociais e econômicos, como também psicológicos, ambientes e biológicos (Organização Mundial da Saúde, 2014).

O suicídio, segundo a literatura, é interpretado como um ato de desespero e de extrema angústia, em que há ambivalência de sentimentos entre viver e morrer, em que não se enxerga perspectiva sobre resoluções que angustiam o sujeito. Essa ação, assim, é vista como a última saída e como resolução de uma existência de angústia e a consequência final de um processo de sofrimento (Organização Pan-Americana de Saúde, 2018). Uma característica do suicídio é a ambivalência entre desejo de viver e pôr fim à dor, a impulsividade do ato ou tentativa e rigidez no modo de pensar, uma vez que a pessoa não consegue perceber outras soluções para os problemas que a angustiam (Fukumitsu, Abilio, Lima, Gennari, Pellegrino & Pereira, 2015). A pessoa, nessa situação, nem sempre busca a morte em si, mas sim um alívio para o sofrimento que sente e que não consegue encontrar alternativas para solucionar.

O suicídio é uma questão de saúde pública, uma tragédia que afeta famílias e a sociedade como um todo e, nesse sentido, a Organização Pan-Americana de Saúde (2018) recomenda que todos os países desenvolvam políticas públicas para seu enfrentamento. A prevenção ao suicídio compreende todas as ações realizadas com o intuito de diminuir suas taxas. São atividades voltadas para grupos vulneráveis e, principalmente, para aquela população que já realizou uma tentativa de suicídio previamente. Concomitante à prevenção de suicídio, existe a posvenção. A posvenção compreende ações voltadas para a prevenção de novos suicídios após a ocorrência de uma tentativa ou de suicídio efetivado (Shneidman, 1993). Dessa forma, a posvenção representa outra etapa para a prevenção de suicídio, pois atua na diminuição de sofrimentos decorrentes de uma morte por suicídio que pode corroborar com novos suicídios. Além da prevenção e da posvenção, considera-se que a promoção de saúde também se configura uma forma de enfrentamento ao suicídio, pois ela visa estabelecer ações que promovam equidade social em pessoas socialmente vulneráveis.

O enfrentamento ao suicídio é uma tarefa social e política e, no Brasil, políticas em saúde mental têm sido desenvolvidas desde a implementação do Sistema Único de Saúde com a Constituição de 1989. O SUS, “a partir da Lei Orgânica da Saúde, incorporou o conceito ampliado de saúde resultante dos modos de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural, superando a concepção da saúde como ausência de doença, centrada em aspectos biológicos” (Brasil, 2018, p. 7). Dessa forma, o Sistema Único de Saúde brasileiro é construído a partir de uma perspectiva de saúde que abrange determinantes sociais para a compreensão dos processos de adoecimento nos sujeitos, superando uma compreensão biológica da doença.

Ao longo dos anos de democracia brasileira, outras políticas em saúde mental foram criadas, como as Diretrizes Brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio de 2006. Em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), articulando os serviços de saúde mental em torno dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Em 2014, implementou-se a notificação compulsória por doenças, agravos e outros eventos, tornando a

notificação de suicídios e tentativas de suicídio imediatas (Brasil, 2014). Por fim, implementou-se a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, cujo primeiro objetivo é promover saúde mental. Além disso, ela busca prevenir violência autoprovocada, garantir acesso a cuidados em saúde para quem possui sofrimento mental, desenvolver ações de educação para a população e profissionais sobre o suicídio e promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio (Brasil, 2019).

Nota-se que o Brasil possui diversas políticas públicas para o cuidado em saúde mental e foi o primeiro país da América Latina a elaborar estratégias para o enfrentamento ao comportamento suicida (Botega, 2014). Com o fomento às políticas públicas sobre a temática, a presente pesquisa buscou compreender o enfrentamento ao suicídio no contexto acadêmico, visto que a universidade é parte da sociedade e como locus de formação de profissionais, possui compromisso político com a educação e com o desenvolvimento de seus estudantes. As universidades federais brasileiras possuem papel privilegiado na produção científica e do pensamento crítico e, dessa forma, devem estar em consonância com o enfrentamento ao suicídio, pois ele também ocorre na população universitária. Ressalta-se que os índices de sofrimento psíquico e de comportamento suicida em estudantes universitários têm crescido exponencialmente nos últimos anos, mas de acordo com Setti (2017), a produção acadêmica não acompanhou o crescimento do número de casos de maneira proporcional, o que prejudica a sua investigação e enfrentamento.

Grande parte dos materiais e da literatura existentes sobre o suicídio no contexto acadêmico é voltada para a prevenção do suicídio, com avaliação de risco e relação com transtornos mentais, protocolos para profissionais da saúde e da educação e ferramentas de intervenção para pessoas em crise que já tentaram suicídio ou que possuem ideação suicida (Ruckert, Frizzo, & Rigoli, 2019). Ainda existem lacunas na produção científica brasileira sobre a temática no ambiente universitário.

O presente estudo procura investigar as estratégias de enfrentamento ao suicídio desenvolvidas na Universidade Federal de Goiás. Como objetivos específicos, busca-se:

(a) Compreender o suicídio enquanto fenômeno social e como se manifesta na sociedade brasileira;

- (b) Compreender como o fenômeno do suicídio se expressa em estudantes universitário;
- (c) Analisar as intervenções realizadas acerca do suicídio, a partir das percepções e vivências de profissionais da saúde dos serviços de promoção em saúde mental, ofertados pela Universidade Federal de Goiás.

Para a análise da temática, parte-se de uma perspectiva crítica, com o referencial da Teoria Crítica da Sociedade, a partir de autores como Adorno (1975, 2005, 2015, 2020), Horkheimer (1985) e Crochík (1998, 2004), a fim de compreender a articulação entre sociedade e produção de subjetividade na atualidade. A Teoria Crítica da Sociedade, com o auxílio de conhecimentos e reflexões de diversas disciplinas do conhecimento, como sociologia, filosofia, história e psicologia, busca analisar criticamente os processos psicossociais e os fenômenos da atualidade, inseridos em um contexto político e econômico neoliberal. Assim, ao incorporar pensamentos filosóficos, considerados tradicionais, tensiona-os com a atualidade, desvelando suas contradições (Matos, 2012).

O primeiro capítulo da dissertação apresenta a Teoria Crítica da Sociedade e realiza uma análise do suicídio a partir desse referencial. A Teoria Crítica surgiu em 1924 por iniciativa de Félix Weil, em um momento histórico de grande tensão mundial, devido ao período entre guerras, que refletia as desilusões em relação às mudanças do mundo, ao ceticismo de engajamentos políticos que visavam a revolução, bem como a busca por autonomia e a independência do pensamento. Destaca-se entre seus principais autores: Max Horkheimer, Theodor W. Adorno, Herbert Marcuse, Walter Benjamin, Leo Lowenthal, Franz Neumann, Erich Fromm, Otto Kirchheimer, Friedrich Pollock (Matos, 2006).

Desse modo, a Teoria Crítica surgiu ao meio de esperanças e desesperanças revolucionárias, de desilusões causadas por atos de desumanidade, como as duas grandes guerras mundiais, a ascensão nazista e o holocausto causado por ela (Matos, 2006). Sua pretensão seria analisar a formação social que levou às barbáries do mundo moderno, descobrindo as condições que levaram a esse rumo, de forma a superar tais condições e transformar a sociedade de forma equalitária (Adorno, 2015). Para a realização dessa análise, os autores da Teoria Crítica encontram no materialismo dialético de Marx e Hegel, na teoria psicanalítica de Freud e na filosofia de Kant elementos que norteiam a compreensão dos

caminhos que levaram para a realidade moderna. A Teoria Crítica procura estabelecer os desafios a serem enfrentados pelo pensamento crítico em uma sociedade tecnicista em busca da emancipação e da autonomia dos indivíduos, que podem levar a mudanças sociais.

Segundo Matos (2006), a Teoria Crítica tensiona os pensamentos da chamada filosofia tradicional, pautada pelo pensamento cartesiano, através da análise do mundo moderno. A lógica no pensamento do filósofo Descartes repousa na racionalidade e na possibilidade de que tudo que existe no mundo pode ser conhecido. O pensamento racionalista é a base do pensamento moderno e, conseqüentemente, da economia capitalista. A noção de indivíduo que foi construída a partir do Iluminismo corrobora com a noção de liberdade e de autodeterminação dos indivíduos. Entretanto, o que os autores da teoria crítica destacam é que o que se tem visto na atualidade são atos de desumanidade e de exploração desses indivíduos, o que não correspondem às promessas iluministas (Adorno & Horkheimer, 1985).

A Teoria Crítica, dessa forma, lança luz a essa aparente dicotomia, compreendendo que as raízes das explorações e das dominações econômicas e sociais estão nos próprios ideias de liberdade e em consonância com elas. Ou seja, as aparentes contradições percebidas nessas ideias, em contraposição à realidade, são na verdade pretendidas pelas próprias teorias que visam a descoberta da verdade, pois a ascensão à liberdade e à igualdade foi criada e desenvolvida para apenas alguns indivíduos, enquanto para outros restaria a subordinação a ela. (Adorno, 2015).

O capítulo dois amplia a compreensão sobre o suicídio a partir de autores considerados referências para esse estudo, como Émile Durkheim, Karl Marx, Sigmund Freud, George Minois e Edwin Shneidman. Este capítulo, então, tem como intuito realizar uma historiografia do suicídio na sociedade ocidental e compreender as transformações sobre o significado do suicídio ao longo da história. Para isso, busca-se autores que se debruçaram sobre a temática a partir de diferentes disciplinas, como a Sociologia, a Psicologia e a História. Assim, pode-se construir uma análise do suicídio enquanto fenômeno psicossocial e produzido a partir de contextos sociais e políticos específicos.

O terceiro capítulo apresenta um estudo documental sobre políticas públicas de promoção de saúde e de enfrentamento ao suicídio no Brasil, bem como investigação de

políticas institucionais de saúde e de enfrentamento ao suicídio na Universidade Federal de Goiás. Para a construção deste capítulo, inicialmente, realiza-se uma revisão sobre produções de artigos, teses e dissertações sobre suicídio no contexto acadêmico nas plataformas de buscar online, como *Scielo* e plataforma Capes, com os seguintes termos de busca: suicídio and jovens; suicídio and universidade, suicídio and ensino superior. Com o intuito de compreender o enfrentamento ao suicídio a partir de políticas institucionais, parte-se para uma análise de políticas públicas brasileiras que se relacionam com a temática.

O quarto capítulo da dissertação apresenta a metodologia utilizada e a análise das entrevistas em sua articulação com as políticas públicas e institucionais de enfrentamento ao suicídio. A metodologia utilizada para a construção da pesquisa foi o estudo de caso, que possibilita uma compreensão profunda sobre o tema estudado. Parte-se de uma compreensão de ciência, que não se fundamenta pela neutralidade de uma realidade e que não pode ser apreendida somente por uma ferramenta. Por fim, é realizada a coleta de informações com servidoras da Universidade Federal de Goiás, que atuam no Saudavelmente, principal serviço de Saúde Mental da universidade. Serão realizadas três entrevistas, de forma online com psicólogas que foram e/ou são servidoras da Universidade Federal de Goiás. Infelizmente, a obtenção de informações foi prejudicada devido à pandemia decorrente da COVID-19. Devido à pandemia, as atividades desenvolvidas na Universidade Federal de Goiás funcionaram, durante quase 2 anos, de forma remota. A coleta de informações a campo, que seria muito mais profícua para a construção da pesquisa, não foi passível de realização e, dessa forma, as informações obtidas foram coletadas de forma online.

Capítulo 1. A Teoria Crítica da Sociedade e sua relação com o suicídio

O intuito deste capítulo é apresentar a Teoria Crítica da Sociedade, referencial teórico utilizado para a construção da presente pesquisa, e construir uma análise sobre o suicídio a partir desta teoria. A Teoria Crítica da Sociedade surgiu na Europa em 1924, um período em que o velho continente enfrentava as duas grandes guerras mundiais. Seus autores se propuseram a fazer um estudo desta sociedade, buscando compreender como esta sociedade, que parecia estar caminhando para o progresso, cometeu diversos crimes e atrocidades contra outros seres humanos. É esta dicotomia que o presente capítulo tem o intuito de explicitar e fazer uma relação entre outra dicotomia: como em uma sociedade que busca a felicidade e possui recursos tecnológicos para a promoção de saúde tem visto seus índices de suicídio crescer. É por meio desta Teoria que se pode compreender o engodo do sistema econômico capitalista que condiciona o consumo como modo de obter prazer. O suicídio a partir de uma perspectiva da Teoria Crítica indica também a falha desta sociedade em oferecer a felicidade plena a partir do consumo. Dessa forma, o suicídio pode ser compreendido como um símbolo de uma falha primordial no discurso econômico. Entretanto, da mesma forma que os autores da Teoria Crítica analisam a sociedade e compreendem suas mudanças e transformações ao longo do tempo, ela também proporciona a esperança de que novas formas de viver e se relacionar são possíveis e que talvez um fenômeno subjetivo como o suicídio também possa ser cuidado.

1.1 A Teoria Crítica da Sociedade

A Teoria Crítica da Sociedade, segundo Matos (2012), surgiu em 1924 por iniciativa de Félix Weil, em um momento histórico de grande tensão mundial: o período entre a Primeira e a Segunda Guerra Mundial. A Teoria Crítica, nesse contexto, refletia as desilusões em relação às mudanças do mundo, ao ceticismo em relação a políticos que visavam à revolução, bem como a busca por autonomia e independência do pensamento. Ela desenvolveu-se em meio de esperanças e desesperanças revolucionárias, de desilusões causadas por atos de desumanidade, como as guerras mundiais, a ascensão nazista e o holocausto causado por ela. Destaca-se entre

seus principais autores: Max Horkheimer, Theodor W. Adorno, Herbert Marcuse, Walter Benjamin, Leo Lowenthal, Franz Neumann, Erich Fromm, Otto Kirchheimer e Friedrich Pollock (Matos, 2012).

Um dos objetivos da Teoria Crítica seria analisar a formação social que levou às barbáries do mundo moderno, descobrindo as condições que levaram a esse rumo a fim de interferir nos processos futuros (Adorno, 2020). Para a realização dessa análise, seus autores encontram no materialismo dialético de Marx e Hegel, na teoria psicanalítica de Freud e na filosofia de Kant elementos que norteiam a compreensão da construção do conhecimento moderno. Segundo Matos (2012), a Teoria Crítica tensiona os pensamentos da chamada filosofia tradicional, pautada pelo pensamento cartesiano, através da análise do mundo moderno. A lógica no pensamento do filósofo Descartes repousa na racionalidade e na possibilidade de que tudo que existe no mundo pode ser conhecido, descrito e ordenado. Ele é a base do pensamento moderno, lógica compreensiva que se pauta na possibilidade de reduzir toda a realidade a uma explicação única e parcial.

A fim de elucidar suas origens, Adorno e Horkheimer (1985), em *Dialética do Esclarecimento*, realizam uma retomada histórica e política sobre suas bases, pois consideram que sua construção foi primordial para consolidação da noção de cientificidade e indivíduo que utilizamos na atualidade. Com essa análise, os autores se propuseram a “descobrir porque a humanidade, em vez de entrar em um estado verdadeiramente humano, está se afundando em uma nova espécie de barbárie (Adorno e Horkheimer, 1985, p. 11). Inicialmente, retoma-se o conceito de esclarecimento: “o esclarecimento tem perseguido sempre o objetivo de livrar os homens do medo e de investi-los na posição de senhores” (Adorno e Horkheimer, 1985, p. 17). O objetivo do esclarecimento, do conhecimento explicativo era o desencantamento do mundo pela dissolução dos mitos e da imaginação. O esclarecimento, assim, apreende as formas explicativas construídas pela humanidade a fim de compreender o mundo e a si mesmo. A civilização humana buscou desde seus primórdios controlar a natureza por meio de técnicas e de intervenções para modificá-la e, com o avanço tecnológico promovido pelo capitalismo, esse controle tem ficado cada vez mais forte. Na realidade, porém, a humanidade ainda está sob o controle da natureza externa e da natureza interna dos desejos e, quanto mais tentamos controlá-

las, mais nos tornamos reféns de suas necessidades, em engodo da natureza e de nós mesmos, criando a ilusão de controle.

O esclarecimento já estava presente nos mitos da antiguidade grega, uma vez que eles possuíam a função de explicar e ordenar a realidade de seus povos: “O mito queria relatar, dominar, dizer a origem, mas também expor, fixar, explicar” (Adorno & Horkheimer, 1985, p. 20). Seu intuito era interpretar as origens da antiguidade grega, estabelecendo uma ordem explicativa para a sua realidade, em uma tentativa de compreensão e controle da natureza. O mito de Ulisses, contido no clássico livro *Iliada* de Homero, ilustra a busca humana pela explicação lógica na antiguidade e nele também já está presente a noção de individualidade, como controle de desejos, que já era observado nesse período histórico: “o herói das aventuras revela-se precisamente como um protótipo do indivíduo burguês, cujo conceito tem origem naquela autoafirmação unitária que encontra seu modelo mais antigo no herói errante” (Adorno & Horkheimer, 1985, p. 47).

A viagem que Ulisses faz de Troia a Ítaca pode ser compreendido como metáfora sobre o percurso que a humanidade realiza entre os mitos, no qual encara e controla as forças da natureza e se consolida como um eu forte. Todas as aventuras que Ulisses supera e triunfa, como vitorioso, são seduções que desviam a construção do eu lógico e racional. É nesse percurso que se forma a consciência de si mesmo, durante o qual se nega desejos e se resiste a tentações. É a aventura que possibilita a formação do eu, pois o ego é formado pela oposição rígida a aventura, que nega tudo que é múltiplo (Adorno e Horkheimer, 1985, p. 50). A consolidação de Ulisses, como herói, perpassa a recusa de seus desejos e o controle diante de tudo que é diferente, pois o dessemelhante ameaça a integridade ordenadora do que é previsível.

A construção desse herói leva à formação de sua identidade, forjada pela oposição à aventura e pelo engodo que ele realiza diante de seres mitológicos. Ao enganar a natureza, Ulisses usa da astúcia e da racionalidade. Essa é ainda a subjetividade requerida na atualidade, pois o que o sistema capitalista demanda é a anulação de desejos com a intenção de que os sujeitos se conformem a todas as necessidades do sistema para a sua manutenção. É necessário reprimir dentro de si sentimentos e vontades que fariam os sujeitos felizes, a fim de se conformar a uma sociedade que visa somente ao acúmulo de bens. Esse acúmulo, entretanto,

difícilmente será conquistado pelos sujeitos trabalhadores e, dessa forma, a dicotomia entre se anular para um propósito sem nunca obter benefícios dele escancara o logro do sistema capitalista, gerando frustração e sentimento de impotência.

Adorno e Horkheimer (1985) realizam um paralelo entre o que o protagonista de *Ilíada* faz e o que ocorreu durante a exploração europeia nas américas e no continente africano: ambos enganam o outro por meio da astúcia. Ulisses ilude as divindades da natureza, personificadas em seres mitológicos, assim como mais tarde durante a colonização os exploradores europeus enganaram os povos originários através de trocas de materiais pouco valiosos em sua sociedade, mas que nunca havia sido visto por eles, por marfim, ouro e outras preciosidades (Adorno e Horkheimer, 1985). A astúcia, nesse sentido, auxilia a formação da subjetividade tal qual o sacrifício auxiliava na antiguidade. Ela é uma troca autoconservadora, como antes o sacrifício era, com a diferença de que durante o sacrifício havia uma conexão entre a natureza e o homem (Adorno e Horkheimer, 1985). A fé no sacrifício representava infligir a outro uma injustiça que outrora lhes foi infligida, a fim de suportá-la. Com a ocorrência de mudanças no modo de vida humano, como a propriedade privada e a divisão do trabalho, o esclarecimento modificou-se, no sentido de superar os antigos mitos explicativos, rumo a uma verdade considerada mais coerente com os mecanismos de produção modernos:

Na história das classes, a hostilidade do eu ao sacrifício incluía um sacrifício do eu, porque seu preço era a negação da natureza no homem, em vista da dominação sobre a natureza extra-humana e sobre os outros homens. Exatamente essa negação, núcleo de toda racionalidade civilizatória, é a célula da proliferação da irracionalidade mítica. Com a negação da natureza no homem, não apenas o telos da dominação externa da natureza, mas também o telos da sua própria vida se torna confuso e opaco. No instante em que o homem elide a consciência de si mesmo como natureza, todos os fins para os quais ele se mantém vivo – o progresso social, o aumento de suas forças materiais e espirituais, e até mesmo a própria consciência – tornam-se nulos, e a entronização do meio como um fim, que assume no capitalismo tardio o caráter de um manifesto desvario já é perceptível na proto-história da subjetividade. O domínio do homem sobre si mesmo, em que se funda o seu ser, é sempre a destruição virtual do sujeito a serviço do qual ele ocorre; pois a substância dominada, oprimida e dissolvida pela autoconservação, nada mais é senão o ser vivo, cujas funções se configuram, elas tão somente, as atividades da autoconservação, por conseguinte exatamente aquilo que na verdade deveria ser conservado. A antirrazão do capitalismo

totalitário, cuja técnica de satisfazer necessidades, em sua forma objetualizada, determinada pela dominação, torna impossível a satisfação de necessidades e impele ao extermínio dos homens – essa antirrazão está desenvolvida de maneira prototípica no herói que se furta ao sacrifício sacrificando-se. A história da civilização é a história da introversão do sacrifício. Ou por outra, a história da renúncia. Quem pratica a renúncia dá mais de sua vida do que lhe é restituído, mais do que a vida que ele defende. Isso fica evidente no contexto da falsa sociedade. Nela cada um é demais e se vê logrado. Mas é por uma necessidade social que quem quer que se furte à troca universal, desigual e injusta, que não renuncie, mas agarre imediatamente o todo inteiro, por isso mesmo há de perder tudo, até mesmo o resto miserável que a autoconservação lhe concede (Adorno e Horkheimer, 1985, p. 55).

Nessa citação, Adorno e Horkheimer (1985) fazem um paralelo entre o sacrifício na antiguidade com o capitalismo moderno. O sacrifício já indicava uma marca catastrófica, pois era um ato de violência contra a natureza e contra o homem, mas ainda remontava a uma conexão entre esses dois elementos. Na atualidade, existe uma contradição consolidada entre o homem e a natureza, externa e interna, representada pelos desejos. Devemos renunciar a eles, assim como Ulisses fez enfrentando o canto das sereias, e agirmos de forma racional. A sobrevivência humana no sistema capitalista é feita por meio da renúncia, mas sua realização exige muito mais do que o sistema nos promove de benefícios e, dessa forma, sempre damos mais do que recebemos. Jamais podemos expressar nosso todo, apenas parte de nós mesmo, e devemos usar da astúcia para nos iludir, como se não estivéssemos sendo podados em potencialidades humanas em detrimento da manutenção do capitalismo.

A aventura e o desconhecido são considerados irracionais no sistema econômico vigente, mas quando eles encontram um poder maior, o qual precisa vencer, são legitimados. O capitalismo dita ordens que ele mesmo reescreve a fim de se manter atual. O solitário astucioso representado por Ulisses já é o *homo oeconomicus*, o qual se assemelha a todos os seres racionais (Adorno & Horkheimer, 1985, p. 58). O sentimento de desamparo que o herói vive em suas aventuras diante do mar e as renúncias que precisa fazer de seus desejos legitimam o discurso do viajante que enriquece à custa das navegações. A partir desse pressuposto que a economia burguesa fixou a noção de risco, a possibilidade de ruína justificaria moralmente o lucro e todas as desumanidades decorrentes disso. A remota possibilidade de perder capital e

de perder a si mesmo servem como legitimador para a exploração de outros povos e da natureza, pois indica que aquele que arrisca tem maiores direitos e maior poder em relação ao outro.

Se no capitalismo, a dominação e a exploração são regras para sua manutenção; na cientificidade, o fenômeno da abstração é seu correspondente. Nela, o sujeito do conhecimento encontra-se distante do objeto, dominando-o para que possa ser compreendido sem interferências subjetivas. O poder e o conhecimento, segundo Adorno e Horkheimer (1985), tornaram-se sinônimos e, na sociedade moderna, aqueles que detêm o conhecimento especializado, cuja finalidade é a fragmentação dos fenômenos sociais em pequenas partes individuais e desconexas, possuem também a capacidade de dominação dos indivíduos. Para os autores, na ciência moderna:

O que importa não é aquela satisfação que, para os homens, se chama “verdade”, mas a “operation”, o procedimento eficaz. Pois não é nos “discursos plausíveis, capazes de proporcionar deleite, de inspirar respeito ou de impressionar de uma maneira qualquer, nem em quaisquer argumentos verosímeis, mas em obrar e trabalhar e na descoberta de particularidades antes desconhecidas, para melhor prover e auxiliar a vida”, que reside “o verdadeiro objetivo e função da ciência”. Não deve haver nenhum mistério, mas tampouco o desejo de sua revelação (Adorno & Horkheimer, 1985, p. 18).

Nesse sentido, a verdade única e explicativa da cientificidade visou a destruição do animismo, dos mitos e do desconhecido. A ciência deveria ter como função a de descobrir as verdades desconhecidas em busca de melhores condições de vida. No entanto, atualmente, ela corrobora para a manutenção das desigualdades sociais ao elidir os componentes políticos de disputa por poder da sua interpretação do mundo. A racionalidade moderna foi consolidada com as ideias iluministas e positivistas que colocavam o indivíduo em um patamar superior à natureza, sendo, portanto, seu papel o de dominá-la. Na busca pela dominação, o esclarecimento tornou-se totalitário, pois tudo que não pode ser reduzido a ele é visto com desconfiança e caracterizado como uma redução e regressão a estados considerados primitivos. Seu modo de funcionamento aproxima-se de uma lógica matemática que tem o esquema de calculabilidade para a compreensão do mundo como norma pré-fixada: “A sociedade burguesa está dominada pelo equivalente. Ela torna o heterogêneo comparável, reduzindo-o a grandezas abstratas. Para

o esclarecimento, o que não pode se reduzir a números não passa de uma ilusão” (Adorno e Horkheimer, 1985, p. 20).

O grande dilema discutido pelos autores é que esse pensamento também foi transposto para as relações sociais dos indivíduos e possibilitou a livre exploração entre aqueles que detêm poder e aqueles que lhes são subordinados através do desenvolvimento do capitalismo e da indústria cultural. A construção da cientificidade, desde seus primórdios, foi fundada na compreensão de que o poder é o princípio de todas as relações (Adorno & Horkheimer, 1985). Dessa forma, na atualidade moderna, ela pauta-se em uma relação supostamente de neutralidade entre sujeito e objeto, mas que, na verdade, mostra-se como relação de dominação. Pode-se pensar que essa forma de fazer ciência, ao ser transposta para o estudo das subjetividades e de questões humanas, reitera a dominação do próprio sistema capitalista ao normalizar a construção das ciências humanas como algo asséptico. Assim, a relação entre sujeito e objeto, nessa perspectiva, é realizada com distanciamento, como se ambos não compartilhassem similaridades devido a sua natureza em comum.

A Teoria Crítica da Sociedade, dessa forma, lança luz à aparente dicotomia entre a evolução tecnológica da atualidade e à falta de desenvolvimento humano, compreendendo que as raízes das explorações e das dominações econômicas e sociais estão nas próprias ideias de liberdade e em consonância com elas. Ou seja, as aparentes contradições percebidas nessas ideias, em contraposição à realidade, são na verdade pretendidas pelas próprias teorias que visam à descoberta da verdade. A construção das noções de liberdade e igualdade foram desenvolvidas a fim de beneficiar apenas uma minoria da população, aquela que economicamente domina o restante do povo. Entretanto, mesmo aqueles que se beneficiam com as desigualdades sociais são limitados pelo próprio sistema capitalista, sendo eles também dominados.

1.2 Formação e subjetividade na Teoria Crítica da Sociedade

Diante das origens explicativas para a construção do esclarecimento, compreendido como conhecimento humano, torna-se necessário analisar a formação de subjetividade no contexto atual. Para Adorno (2005) formação é a subjetivação da cultura pelo sujeito, que

ocorre através da aprendizagem do indivíduo com seu contexto social. Compreende-se a formação, então, como o processo através do qual os indivíduos apropriam a subjetividade da cultura na qual estão inseridos, tornando-se, assim, seres sociais com características singulares, decorrente das diferenças que existem entre as formações dos sujeitos. Esse processo ocorre pela internalização de elementos da cultura e negação de outros elementos em uma relação dialética de aproximação e afastamento. Por meio da aprendizagem, que temos desde a infância, apreendemos o mundo. Dessa forma, a formação da subjetividade, inicia-se na coletividade. O que é coletivo, pelo processo de subjetivação, torna-se individual. Primeiramente, nos primeiros anos de vida dos sujeitos, a formação é realizada pelo núcleo familiar. Em sequência, esse processo formativo tem seguimento nos ambientes escolares, nas relações de trabalho e por todos os aparelhos culturais que dispomos. Nessa perspectiva, o processo formativo nunca está finalizado e fixado de maneira rígida no sujeito. Ele ocorre desde o nascimento até o final da vida dos sujeitos, pois as experiências culturais estão em corrente transformação ao longo de todo o curso da existência do sujeito.

O que Adorno (2005) denuncia atualmente é que a apropriação da cultura tornou-se semiformação, uma vez que ela, fonte material da formação de subjetividade, foi transformada em um valor e uma mercadoria dentro do capitalismo. Internalizamos um modo de ser que também pode ser compreendido como mercadoria e nossa vida também se torna fetichizada. A ideia de cultura como conhecimento não pode ser vista como sagrada e fixa tal qual o sistema capitalista forjou, a partir do conceito de esclarecimento, pois esse lugar intocado, reforçaria ainda mais a semiformação. Quando a cultura se fixa em si mesma, a formação deixa de ser crítica e assim o processo formativo, que deveria promover a formação de seres humanos, atua formando pessoas simplesmente para o mercado, regidos pela dominação econômica.

Essa formação, agora sob o caráter de semiformação, contrariamente à promoção de autonomia, reitera a cultura de valores, alienando a si mesma. A formação emancipatória e crítica deveria realizar sempre uma tensão entre ideias, entre o que é múltiplo e não se fixar em si mesma. Quando essa fixação acontece, a formação fortalece a ideologia dominante, promovendo uma formação regressiva. Ela é a mera adaptação formativa, o esquema pelo qual aprendemos e internalizamos a dominação (Adorno, 2005). No contexto moderno, o sujeito se

submete e acomoda subjetivamente em seu ser todo o processo social de submissão ao sistema dominante.

a adaptação se reinstala e o próprio espírito se converte em fetiche, em superioridade do meio organizado universal sobre todo fim racional e no brilho da falsa racionalidade vazia. Ergue-se uma redoma de cristal que, por se desconhecer, julga-se liberdade. E essa consciência falsa se amalgama por si mesma à igualmente falsa e soberba atividade do espírito (Adorno, 2005, p. 5).

O processo da formação cultural varia segundo a época, local, conteúdo e as instituições de determinado tempo histórico. Isso significa que assim como existem variações culturais entre determinadas épocas e povos, existem também variações na própria formação dos sujeitos. Para Adorno (2005), o processo de semiformação consolidou-se com o triunfo da burguesia sob o sistema feudalista. Durante o período de ascensão burguesa, a formação tornou-se objeto de reflexão social, a fim de corresponder às necessidades de uma sociedade que se baseava em princípios de indivíduos livres e iguais. A formação nesse período buscou tornar os indivíduos livres e racionais, ao mesmo tempo, em que deveriam sublimar seus impulsos, sendo essa condição essencial para uma sociedade racional. Para as ideias iluministas, a formação promoveria a racionalidade dos sujeitos, tornando-nos livres tal qual a sociedade seria.

No modelo liberal, isso seria tanto melhor atingido quanto mais cada um estivesse formado por si mesmo. E quanto menos as relações sociais, em especial as diferenças econômicas, cumprem esta promessa, tanto mais energicamente se estará proibido de pensar no sentido e na finalidade da formação cultural (Adorno, 2005, p. 5).

Ao tentar homogeneizar toda a sociedade, os impulsos e desejos dos sujeitos, essa formação, na verdade, diminuiu as possibilidades de uma construção emancipatória de fato (Adorno, 2005). O progresso, em contraponto ao modelo feudalista, que foi prometido pela burguesia, não foi cumprido. Quando a burguesia tomou o poder político na Inglaterra, durante o século XVII e, na França, no século XVIII ela estava mais desenvolvida e consciente no sentido econômico do que no Feudalismo. As características que, posteriormente, foram denominadas formação cultural foi o que possibilitou a classe burguesa a desempenhar seus objetivos econômicos e administrativos (Adorno, 2005). Tais especificidades, compreendidas

como formação, não foram somente o símbolo da emancipação burguesa, mas também o que possibilitou a sua emancipação enquanto classe.

O processo de desumanização, implementado pelo sistema capitalista, negou aos trabalhadores o acesso aos pressupostos dessa formação, dentre eles, o ócio, que é essencial para que a aprendizagem possa ser acomodada de forma crítica na subjetividade humana (Adorno, 2005). A educação popular, que tem sido oferecida ao proletariado, nutre-se da esperança de que ela por si mesma poderia revogar a realidade da exclusão dessa classe. Ela representa a ideologia de classe que sustenta essa ilusão para a manutenção da força de trabalho capitalista acrítica. É o que Adorno compreende como integração, processo que ilude a realidade:

O termo sociológico para isso se chama integração. Para a consciência, as barreiras sociais são, subjetivamente, cada vez mais fluidas, como se vê há tanto tempo na América. Por inúmeros canais, se fornecem às massas, bens de formação cultural. Neutralizados e petrificados, no entanto, ajudam a manter no devido lugar aqueles para os quais nada existe de muito elevado ou caro. Isso se consegue ao ajustar o conteúdo da formação, pelos mecanismos de mercado, à consciência dos que foram excluídos do privilégio da cultura – e que tinham mesmo que ser os primeiros a serem modificados (Adorno, 2005, p. 6).

A diferença entre o poder ideológico da sociedade e a impotência social, que nega autonomia aos sujeitos, conserva a própria ideologia. Entretanto, para Adorno (2005), é ainda na formação cultural tradicional, em que é possível encontrar o contraponto com a semiformação, mesmo que de forma questionável, pois a primeira denuncia as contradições dessa e suas promessas que, na verdade, nunca poderiam ser cumpridas por conta do caráter coisificado e mercadológico da formação cultural. Logo, a formação em si tem como pressupostos a autonomia e a liberdade dos sujeitos. Inicialmente, porém, ela remete às estruturas as quais os sujeitos devem se submeter para se formarem enquanto sujeitos na sociedade. As ideias e normas sociais são noções ideológicas que se impõem entre o sujeito e realidade, formando os próprios sujeitos. Dessa forma, as ideias e a ideologia não podem ser separadas e, na verdade, são unidas em semicultura.

O período feudal, na atualidade, é interpretado como lócus da não cultura, que representa a ingenuidade e ignorância atribuídas a esse período. Essa não-cultura foi negada pela burguesia, pois representava ideias de coletividade que não correspondiam a sua pretensão de individualidade. A sua negação, entretanto, também desencadeou a renúncia às tradições e aos vínculos sociais fortes que eram mantidos pelo sistema de colonato e pela religiosidade, que ligavam o homem à terra e a Deus. As autoridades pré-burguesas, como o líder religioso, mediavam a tradição e a formação e, nesse contexto, desenvolvia-se pela identificação de figuras paternas de autoridade e era intermediada pelas relações familiares para a consolidação da autonomia.

Após a derrubada desse sistema pela burguesia, tudo se tornou modelada pelo princípio da equivalência racionalista que exige que os indivíduos sejam maleáveis ao que o mercado precisa. O decreto metodológico racionalista realizou a separação entre sociedade e psique, de tal maneira que os sujeitos não se reconhecem mais na sociedade. A existência foi alienada, as relações humanas compreendidas como um fim em si mesmo e, para que isso fosse realizado, foi necessário que a formação se tornasse semiformação: “A semiformação não se confina meramente ao espírito, adultera também a vida sensorial. E coloca a questão psicodinâmica de como pode o sujeito resistir a uma racionalidade que, na verdade, é em si mesma irracional” (Adorno, 2005, p. 11)

A internalização subjetiva da semicultura forma uma psique contraditória, na qual o sujeito precisa se adaptar a uma realidade que está em contraposição ao que seus desejos e impulsos demandam. Nesse sentido, o sujeito precisa sempre tentar conciliar os seus desejos com o que é demandado pelo sistema capitalista. Contudo, as demandas do mercado são sempre mais fortes do que as individuais, gerando sofrimento. Para que o sentimento de impotência se forme no cerne da subjetividade humana atual, a ideologia do psicologismo é imprescindível. O psicologismo é uma forma de fazer psicologia que desassocia o sujeito de seu contexto histórico e político, esvaziando toda a cultura e a relação do sujeito com outros sujeitos. Ele parte do pressuposto de que está no indivíduo as causas e explicações da sociedade, fixando a socialização humana como algo individual. Essa doutrina esvazia a compreensão sobre a

formação de subjetividade humana ao considerar que esse processo ocorre de forma individualizada no corpo do sujeito.

Assim, ao separar o indivíduo do contexto em que está situado, o psicologismo corrobora para a compreensão de que as falhas e as conquistas do indivíduo sejam percebidas como puramente individuais e de responsabilidade única do sujeito. Nessa perspectiva, o sofrimento do indivíduo tem causas e explicações somente em si mesmas. O sofrimento é percebido como um fracasso do indivíduo em se adaptar ao sistema capitalista e visa somente a conformação do sujeito ao seu ambiente para que o indivíduo continue produtivo. O psicologismo ainda se baseia em um comportamento racional (Adorno, 2015, p. 79). Por mais que os indivíduos sejam produtos da totalidade social; nessa perspectiva, as contradições entre indivíduo e sociedade são encaradas pelos sujeitos como um sortilégio de um processo social, pois eles não conseguem se perceber influenciados pelo contexto social.

Para viver em sociedade, o indivíduo deve se apropriar dela por meio de suas normas e regras culturais que ocorrem com a aprendizagem social. Inicialmente, a cultura existe de forma exterior ao sujeito, por meio do processo de internalização da cultura, que ocorre através da aprendizagem, é que se dá a formação da subjetividade. Sob esse viés, para se tornar humano é necessário se submeter a diversas regras sociais que já estão socialmente estabelecidas antes mesmo da nossa existência enquanto indivíduo.

A contraposição entre indivíduo e sociedade tem origens sociais e suas manifestações devem ser primeiramente compreendidas socialmente, pois uma vez que o psicológico sempre contém algo de irracional e deriva da própria contradição social que cinde racionalidade e irracionalidade. O indivíduo singular representa o substrato da autopreservação e corporifica, em absoluta oposição à sociedade, seu princípio mais profundo (Adorno, 2015, p. 88). Dessa forma, existe o antagonismo entre indivíduo, que busca a sua sobrevivência de um lado, e a sociedade, que demanda do indivíduo uma série de renúncias para a vida em coletivo de outro.

Para compreender como essa dicotomia dos conflitos sociais se reproduz no indivíduo, Adorno (2005) retoma conceitos psicanalíticos freudianos de id, representante dos desejos dos indivíduos, e superego, preposto da instância reguladora da sociedade. A psicodinâmica, que ocorre na psique do indivíduo, é, assim, a reprodução de conflitos sociais (Adorno, 2005).

Como o processo de formação da psicodinâmica possui algo que se desenvolve a partir de si mesmo, de maneira orgânica, ela retrata as tensões sociais e partilha da fragmentação social. Em sociedade, é necessário renunciar aos desejos, às diferenças e às marcas individuais decorrentes do processo de subjetivação. A formação cultural subjetiva depende da diferenciação entre sujeitos, todavia essa distinção foi eliminada na semiformação. As necessidades individuais dos sujeitos sempre foram socialmente mediadas pelas relações sociais. Essas necessidades, na atualidade, são vistas como externas a quem as sentem e a satisfação delas tornou-se um fim para a manutenção do sistema de trocas. A substância racional que conserva os indivíduos foi considerada irracional, pois a humanidade fracassou na formação de um sujeito plenamente social e racional. As subjetividades são homogeneizadas e a semiformação representa a conquista subjetiva do mercado fetichista sobre os indivíduos, tornando a própria subjetividade uma mercadoria.

Neste sistema capitalista, “prometem-se vantagens, mas ao mesmo tempo, a ideia de sua felicidade é substituída enfaticamente por ameaça e violência; são impostos imensos sacrifícios, a existência é imediatamente ameaçada e apela-se a desejos latentes de morte” (Adorno, 2015, p. 17). É a partir dessa cultura que se forma a subjetividade na atualidade, para Adorno (2015), por meio da internalização de uma promessa de felicidade que se mostra um logro. A dicotomia entre essa promessa e o que é sentido pelos sujeitos demanda um intenso sacrifício da subjetividade humana, que se percebe anulado em diversos aspectos frente às violências impostas pelo sistema vigente.

Mais essencial como motivo subjetivo da racionalidade é o medo. Ele é mediado. Quem não se comporta segundo as regras econômicas hoje em dia raramente naufraga imediatamente, mas no horizonte delineia-se o rebaixamento socioeconômico. Torna-se visível o caminho para o associal, para o criminoso: a recusa de colaborar torna suspeito e expõe a vingança social quem não precisa ainda passar fome e dormir sob as pontes (Adorno, 2015, p. 79).

O medo de ser excluído da sociedade, pela sanção econômica capitalista, foi internalizado por meio de tabus e se sedimentou na subjetividade humana. Dessa forma, ele é a segunda natureza humana decorrente da diferença de poderes entre instituições e indivíduos. Esse medo é gerador de impotência, pois o sujeito percebe-se anulado diante da diferença de

poder entre ele e a sociedade. A humanidade e a liberdade perderam sua força em um sistema coercitivo, que mina a possibilidade de autoconhecimento, pois tudo aquilo que foge à conformidade das normas sociais é considerado suspeito e estigmatizado. Nesse sentido, o conceito de normalidade relaciona-se com a capacidade do sujeito em se adaptar a todas as adversidades do sistema capitalista, sem se voltar contra ele. Para Adorno (2015), o sujeito que é considerado saudável para o capitalismo assemelha-se à insanidade desse sistema, tornando-se doente. Entretanto, o sujeito que sente e se rebela contra as normas sociais, sofrendo psicologicamente, também não está mais saudável, pois sofre com toda a impossibilidade de transformação social.

A semicultura exclui as relações e reflexões críticas que poderiam lançar luz as suas dicotomias, tornando suspeito e marginalizando tudo aquilo que questiona seu status quo. Nesse contexto, que demanda a anulação de si mesmo, os sofrimentos psíquicos decorrem de uma mina às diversas possibilidades de existência humana, compreendendo que tudo que questiona e não se conforma a esse modelo adaptativo é um transtorno. Essa é a origem social das formas psicóticas do funcionamento da psique:

a psicose em si é a alienação objetiva de que o sujeito se apropriou até o mais íntimo. Os sistemas delirantes coletivos da semiformação cultural conciliam o incompatível; pronunciam a alienação e a sancionam como se fosse um obscuro mistério e compõem um substitutivo da experiência, falso e aparentemente próximo, em lugar da experiência destruída (Adorno, 2015, p. 90).

Para que haja a manutenção dessa perspectiva de saúde, como adaptação, e doença, como desajustamento, a psicologia hegemônica desempenha um papel relevante enquanto disciplina do conhecimento humano que se interessa pelo sujeito individual de forma isolada e abstrata da sociedade. “Ela utiliza o método de abstração para compreender o indivíduo apartado do processo social de produção econômica” (Adorno, 2015, p. 91). A psicologia, como disciplina, surgiu justamente com o advento da burguesia e reproduz em vários aspectos a compreensão burguesa de um indivíduo que se forma por si mesmo, que é livre em suas escolhas e que pode traçar sua vida de forma independente ao social. O elemento racional e objeto de estudo da psicologia, o comportamento humano, é heterônomo e formado pela coerção social e, na verdade, na sociedade atual, a maioria das situações, em que decisões ocorrem, as escolhas

já foram previamente determinadas pela sociedade. Assim, a racionalidade humana impacta de forma mínima o curso da vida individual e coletiva.

Tudo que é considerado irracional foi condenado pela sociedade burguesa como fraco, pois está associado à natureza e às formas anteriores ao capitalismo. A sociedade, a fim de conservar seu modo de existência capitalista, exige que os indivíduos renunciem o que é ilegítimo, mas necessário. A racionalização de sentimentos e comportamentos, em que aparece a psicologia, é necessária para a manutenção da sociedade capitalista. O que o indivíduo compreende como sua própria essência e necessidades individuais, em contraponto ao que a sociedade exige, é também socialmente produzida por ela. O sujeito está alienado de si mesmo nesse processo em que uma sociedade totalitária, que procura igualar a energia do ego ao movimento social, fazendo com que ele não perceba que a imagem que tem de si mesmo é socialmente formada.

Consoante a Adorno (2015, p. 107), “o conceito do eu é dialético, psíquico e não psíquico, um fragmento da libido e o representante do mundo”. Embora seja o eu, algo psíquico, ele contém o jogo de forças que adapta todo o mundo interior à realidade: é esse o conceito fundamental da psicologia: a adaptação social. Entretanto, a o eu se constitui quando vai além desta adaptação a realidade, tornando-se um fragmento único e singular pelo jogo dialético de forças entre o material interno e externo. Conhecer as violências decorrentes da semicultura, como a psicose e outras formas de sofrimento psíquico, confirma que não é possível mudar isoladamente tudo que é produzido e reproduzido pelas relações objetivas. Não se pode separar o sentimento de impotência das condições atuais da sociedade da subjetividade humana: “As experiências de impotência são tudo, exceto irracionais; nem mesmo propriamente psicológicas. Somente elas permitem a esperança de uma resistência contra o sistema social, em vez de ele ser mais uma vez incorporada pelos seres humanos (Adorno, 2015, p. 111). A impotência humana transformou-se em experiência e os indivíduos não são capazes de encarar esse sentimento de frente. A mudança dessa situação de impotência e desesperança humana requer que a cultura não seja dogmatizada e tornada enrijecida como verdade, mas que ela se volte para uma dialética crítica.

Essa formação perpassa o sistema educacional, o lócus social da apropriação subjetiva da cultura, que promove a formação regressiva atual, compreendida como estado de barbárie: “entendo por barbárie algo muito simples, ou seja, que, estando na civilização do mais alto desenvolvimento tecnológico, as pessoas se encontrem atrasadas de um modo peculiarmente disforme em relação a sua própria civilização” (Adorno, 2015, p.111). A inexistência do interesse político e econômico de mitigar desigualdades sociais coloca-nos em uma situação de barbárie social. Como todos estamos no mesmo contexto político e econômico, ninguém estará livre de traços de barbárie e, conforme Adorno (2015), tudo depende de orientar os traços dela de forma que isso não corrobore para maiores violências sociais. Logo, ela existe em todo lugar que ocorre violência, uma regressão a formas primitivas de viver em coletividade, sem que isso, entretanto, seja vinculado à racionalidade da sociedade.

A submissão à autoridade é uma das formas pelas quais a barbárie continue imperante, e isso passa diretamente pelo modo de educação em que vivemos, pois, segundo o referido teórico, o sistema educativo é mediado pelo princípio de autoridade. Dessa forma, é importante que a educação supere os tabus acerca da diferenciação, intelectualização e espiritualidade, a fim de que os sujeitos se diferenciem no processo educacional.

Compreendendo a subjetividade como forjada na relação entre indivíduo e sociedade, a Teoria Crítica analisa a construção dos indivíduos na sociedade moderna. A subjetividade tem, atualmente, sido cooptada e criada pelas regras do capitalismo, pois é esse o sistema social vigente de produção econômica e relações sociais. Essas regras agem de modo coercitivo nos indivíduos que necessitam sobreviver dentro desse sistema e devem escolher entre sobreviverem dominados por ele ou morrerem (Adorno e Horkheimer, 1985). A construção, então, da própria subjetividade dos indivíduos é realizada nas operações de dominação, criada e dirigida para se submeter às leis da sociedade e, dessa maneira, realizar a manutenção dela. Uma das estratégias de manutenção desse sistema é a manipulação de sentimentos, como o medo de não pertencimento a ele, de se sentir sempre ameaçado e inseguro dentro desse contexto (Resende, 2005).

Cria-se, assim, uma subjetividade que serve à perpetuação da dominação, visto que a concretude do trabalho força o conformismo e a criação dessa subjetividade adaptada segundo

as necessidades sociais. Em uma sociedade regida pelos meios de comunicação em massa e que constrói uma subjetividade fraca e pouco definida, pois ela é necessária para acompanhar as mudanças constantes que ocorrem conforme os interesses mercadológicos, as instâncias reguladoras como a igreja e a família perdem espaço. A cultura constrói também uma subjetividade pautada pela exploração e nas atuais condições de desenvolvimento econômico que privilegiam o lucro em desfavor dos homens, os indivíduos se veem anulados frente aos poderes econômicos. A sociedade burguesa tem como ideologia a homogeneidade dos indivíduos, a redução do que é heterogêneo em sociedade a partir da abstração de suas diferenças. A dominação dessa sociedade postula o indivíduo em contraposição ao universal, assim como coloca a razão como contraponto à realidade. Nela, a divisão do trabalho impõe-se aos indivíduos, mediado pelo princípio da individualidade.

A sociedade atual de cultura de massa forma uma dupla personalidade que, de um lado, aponta para a incorporação de conceitos de adaptação que visa a produtividade e manutenção do sistema de exploração e, de outro, permite o desenvolvimento de características pessoais e de contraposição a essa adaptabilidade. Essa dicotomia é causadora de sofrimento humano, pois o indivíduo, ao perceber as diferenças entre a ideologia dominante e a realidade imposta, sente mal-estar. Nesse sentido, a ideologia dominante e com ela, a psicologia, que surgiu justamente em um período de ascensão do capitalismo, tentam negar essa contradição, buscando a adaptação dos indivíduos através da culpabilização de seus sofrimentos e os reduzindo à esfera individual e biológica.

Desse modo, é necessário que a psicologia, enquanto ciência comprometida com a saúde dos indivíduos, posicione-se de forma crítica frente aos fenômenos sociais. Segundo Adorno e Horkheimer (1985), o método científico fundamenta-se no distanciamento entre sujeito e objeto, entretanto, ao ser aplicado a questões subjetivas, é falho e desumano, visto que seria impossível separar sujeito e objeto quando eles possuem a mesma natureza. Por isso, as ciências humanas deveriam buscar a interpretação dos acontecimentos sociais pautados pela crítica à sociedade na qual vivemos. O estudo da subjetividade não poderia ser realizado através dos métodos científicos de neutralidade e abstração, pois estaria reificando a relação de dominação entre sujeito e objeto.

Compreender a formação da subjetividade humana é imprescindível para entender o fenômeno do suicídio na atualidade. Essa formação percebe-o como algo individual, formado apenas por aspectos biológicos e pela história de vida do sujeito. O suicídio, enquanto forma de morte autoinfligida, também é percebido como individual, como sintoma ou desfecho de um sofrimento psíquico intenso. A psiquiatria vigente compreende-o em sua correlação com transtornos mentais e, nesse sentido, ele representa o fracasso do sujeito em lidar com seu sofrimento mental. Portanto, a Teoria Crítica da Sociedade, ao lançar luz à formação da subjetividade humana como processo decorrente da socialização e dos aspectos culturais, possibilita analisar o suicídio como fenômeno social, decorrente de um processo de subjetivação.

1.3. Contribuições da Teoria Crítica para a compreensão do suicídio

A formação é a apropriação subjetiva da cultura (Adorno, 2005), processo pelo qual nos tornamos seres sociais, ao aprender normas e valores culturais. É através desse processo que nos tornamos humanos e é por meio dele que nos diferenciamos de outros animais. Ele ocorre, ainda, mediado por outras pessoas e pelo material simbólico e cultural que a sociedade dispõe. Assim, somos seres coletivos que necessitamos do outro para o auxílio de nossa formação. Somente dessa forma aprendemos a ser humanos. Entretanto, o que a Teoria Crítica denuncia é que esse processo, na atualidade, tornou-se semiformação, ou seja, uma sombra do que realmente deveria ser, pois ele não possui como intuito promover o desenvolvimento de autonomia e a felicidade dos sujeitos. Ao contrário, visa a formação de uma subjetividade adaptativa e submissa aos interesses do sistema capitalista para que haja sua manutenção.

O sistema capitalista de produção econômica produziu toda uma cultura na sociedade ocidental. A burguesia ascendente da Europa do século XVII criou todo um conhecimento que auxiliou o desenvolvimento do capitalismo. Com o rompimento da religiosidade, que era tão presente nas sociedades feudais, e com o fomento ao individualismo e ao acúmulo de bens, a burguesia apropriou-se do poder político e econômico. Essa apropriação foi realizada através do uso de violências no continente europeu e, principalmente, nos países africanos e da América Latina, pela dizimação de povos originários para a implementação de sua cultura.

A cultura violenta de subordinação e subjugação do outro foi essencial para a consolidação do sistema capitalista e ela tem reflexo em tudo que tem sido produzido na sociedade atual. Essa cultura reflete em um modo de fazer ciência, que se pauta pela neutralidade científica e pelo conceito de objeto de estudo, como algo a ser esmiuçado e dominado pelo conhecimento científico. Além disso, ela também reflete na própria formação dos sujeitos na atualidade, que sequer conseguem vislumbrar outra forma de existência humana, que não seja por meio do capitalismo. O que ocorre é uma semiformação por meio de livros, que reiteram a história do colonialismo, como algo triunfante e uma conquista europeia por meio de filmes, músicas e outras produções culturais que visam o acúmulo de bens, simplesmente.

Ora, se a formação é a apropriação da cultura, então estamos nos apropriando de uma visão sobre o mundo e, posteriormente, de si mesma que precisa acumular bens, valorizar a dominação e a competitividade. Entretanto, isso é somente uma visão sobre o que é ser humano na atualidade. Somos seres cheio de potencialidades e já vivemos de diversas outras formas ao longo da história. Temos um capital histórico de outros jeitos de ser humano e podemos observar isso nas culturas tradicionais indígenas brasileiras, em que o senso de coletividade é norteador dessas comunidades. Dessa forma, para viver em sociedade na atualidade, o que a semiformação demanda é a anulação, a repressão de desejos, de impulsos individuais e coletivos que visariam outras potencialidades humanas. Segundo Crochík (2004, p. 45), nesse contexto, “a possibilidade de felicidade que encontram é a resignação com a sociedade estabelecida”. Ao nos anularmos, diante do sistema capitalista de produção, invalidamos uma série de possibilidades de sermos humanos, de estarmos em contato com nossos sentimentos e com os outros.

A Teoria Crítica demonstra, todavia, que, na verdade, nossos desejos e outras formas de subjetivação ainda existem apesar do que é demandado pelo sistema. Existem brechas na semiformação que possibilitam perceber o engodo que é realizado. Tornamo-nos, nesse contexto capitalista, seres cindidos que não nos vemos representados pela sociedade, pois ela demanda de nós ações que não condizem com todo o nosso potencial humano (Adorno, 2015). É nessa perspectiva, nessa sensação de frustração e impotência gerada por essa dicotomia que

ocorre o sofrimento psíquico. Sentimos no nosso corpo e na nossa mente a contradição inconciliável entre ser humano e a manutenção do sistema capitalista.

Considera-se, nesta pesquisa, que esse sofrimento, a sensação de impotência e de aparente imutabilidade do sistema capitalista gera desespero e, como veremos no próximo capítulo, o sentimento de desespero é um dos fatores presentes no comportamento suicida. No suicídio, o sujeito não consegue vislumbrar outra forma para lidar com seu sofrimento. O suicídio é visto como única forma de escapar dele. Ora, se o sistema capitalista nos aliena de uma forma que sequer conseguimos sonhar com outro modelo econômico, no comportamento suicida ocorre algo semelhante. Nele, o sujeito está alienado de si mesmo, de suas possibilidades e potencialidades, de acreditar que existe mudança e perenidade na história individual e coletiva.

A Teoria Crítica da Sociedade, assim, fornece alguns fundamentos que nos auxiliam na análise do suicídio como expressão de um sofrimento com origens sociais e que, na atualidade, relacionam-se diretamente com o modelo econômico de acúmulo de bens de consumo. Além disso, ela possibilita uma análise crítica sobre a realidade, de forma que fomenta o estudo de outras disciplinas para a compreensão dos fenômenos sociais. A partir dessa perspectiva de que a complexidade dos fenômenos sociais demanda a articulação entre os diferentes saberes, o próximo capítulo realiza uma análise sobre o suicídio com base em diferentes disciplinas.

Utilizou-se autores da Psicologia, da Sociologia e da História para uma compreensão ampliada sobre o suicídio, pois se compreende que um fenômeno social como o suicídio possui especificidades relacionadas ao contexto no qual está inserido, sendo forjado por meio da relação indivíduo e sociedade. Ao entender as transformações históricas da temática, pode-se desnaturalizar a sua compreensão como fenômeno orgânico e compreendê-lo, historicamente, e possível de transformações e de intervenções.

Capítulo 2. Diferentes concepções sobre o suicídio e sua relação com o ambiente acadêmico

Atualmente, a psiquiatria tem associado o suicídio, como a aniquilação consciente de si mesmo, e isso tem sido associado à presença de transtornos mentais (Smith, 2013). Beautrais (2000) sugere que os transtornos afetivos, dentre eles os depressivos e de bipolaridade, os associados ao abuso de substâncias e de comportamento desempenham um papel importante na etiologia do suicídio em jovens. Nessa mesma perspectiva, Cassorla e Smeke (1994) discutem que em países desenvolvidos cerca de 15 % de pessoas diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior e 9% dos sujeitos que têm Transtorno Bipolar morrem por suicídio. Consoante Cassorla (2017, p. 52), “a maioria dos suicídios em pessoas com transtornos mentais intensos ocorrem em depressões graves ou melancolia, e quando o indivíduo está diante de uma desintegração psicótica”.

A perspectiva psiquiátrica vigente compreende o comportamento suicida como um sinal de transtorno mental ou o desfecho de uma situação de crise decorrente de um transtorno psiquiátrico. Dessa forma, o comportamento suicida é explicado por um transtorno psiquiátrico de base que predispõe sua ocorrência em momentos de crise. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2022) os transtornos mentais são compreendidos como uma interação que envolve pensamentos, percepções, emoções e comportamento anormais que afetam não somente o sujeito, como as suas relações interpessoais. Para compreender parte do fenômeno do suicídio, ele e a saúde mental, porém, não podem ser reduzidos à presença ou ausência de algum transtorno mental, sendo a saúde compreendida como um processo que envolve determinantes sociais e individuais.

Ao longo dos anos, o suicídio foi estudado por diversas áreas do conhecimento e Cassorla (2017) discute que isso construiu diferentes concepções etiológicas sobre o tema de forma restrita e unidimensional. Para o autor, esse fenômeno é uma faceta da violência humana que possui aspectos individuais e sociais e, portanto, exige elevado grau de aprofundamento. Dessa forma, a compreensão sobre o suicídio por apenas uma ótica do conhecimento humano pode levar a limitações devido a sua complexidade. Retoma-se, assim, uma análise histórica

sobre o suicídio em nossa sociedade a fim de compreender suas interpretações e modificações ao longo do tempo.

2.1. Análise histórica sobre o suicídio

Em contrapartida ao discurso hegemônico psiquiátrico adotado, inclusive por Cassorla (2017), que compreende o suicídio como sintoma de um transtorno, propõe-se uma análise psicológica, sociológica e histórica sobre o tema, compreendendo que ele, como outros fenômenos humanos, tem sido apropriado pelo discurso psiquiátrico como sintoma de transtornos e reduzido a uma perspectiva reducionista da temática. Utiliza-se a mesma reflexão de Phillipe Ariès (2017) sobre a morte:

As transformações do homem diante da morte são extremamente lentas por sua própria natureza ou se situam entre longos períodos de imobilidade. Os contemporâneos não as percebem porque o tempo que as separa ultrapassa o de várias gerações e excede a capacidade da memória coletiva. O observador de hoje, se quer atingir um conhecimento que escape aos contemporâneos, deve, portanto, dilatar seu campo de visão e ampliá-lo a um período maior do que o separa duas grandes mudanças sucessivas (Ariès, 2017, p. 23).

Dessa forma, conforme a proposta do historiador francês de investigar o fenômeno da morte na sociedade oriental, propõe-se também analisar a morte por suicídio a partir de um longo período histórico, dilatando a perspectiva vigente sobre esse fenômeno. Compreende-se, assim, que o suicídio conforme o conhecemos na atualidade sofreu transformações ao longo da história humana e que somente compreendendo suas mutações poderemos apreender a totalidade desse fenômeno. O próprio termo suicídio, enquanto substantivo, possui historicidade e, nesse sentido, o suicidologista Shneidman (2014) resgata a origem do termo:

Em qualquer estudo da Suicidologia é importante especular sobre a data de origem de um termo chave; especificamente por que o termo suicídio não apareceu até meados de 1600 e por que depois? No sentido epistemológico, era impossível antes de 1635 cometer suicídio. Alguém, poderia claro, machucar a si mesmo, passar fome até a morte, se jogar contra a espada de outra pessoa ou se jogar de

um telhado- mas ninguém poderia “cometer suicídio”. A palavra, e com isso seu conceito básico, não existia (Shneidman, 2014, p. 12). (tradução das autoras) ¹

Shneidman (2014), nesse trecho, discute que anterior ao ano de 1635 era impossível para a sociedade ocidental europeia a concepção do suicídio como temos atualmente. Uma pessoa poderia se machucar, permanecer em jejum até a morte, se jogar contra uma espada ou de um telhado, mas não existia a possibilidade de “cometer suicídio”. O substantivo e a ação de matar a si mesmo simplesmente ainda não estavam formados. Foram as transformações científicas e religiosas do século XVII que possibilitaram construir a compreensão do suicídio como a morte autoinfligida de forma consciente.

No mundo medieval uma crença persistente em Deus- e no céu, inferno, espíritos, duendes, bruxas e uma alma imortal- era onipresente. Essa crença estava no cerne, na urdidura e na trama de toda a construção psicológica da realidade. Com essa perspectiva de mundo e de universo, era simplesmente impossível alguém se extinguir para sempre. Uma pessoa poderia se afogar, ou se enforcar ou sangrar até a morte, mas após isso a alma imortal transmigraria para outra existência; talvez, se alguém em pecado tirou uma vida iria para o purgatório ou para o inferno. Mas a essência vivia. Essa era a condição e o destino humano (Shneidman, 2014, p. 20). (tradução das autoras).

Durante a Idade Média, o poder da religiosidade católica corroborava para a construção de uma crença na qual era impossível a inexistência após a morte. Nesse tempo histórico, era inimaginável a possibilidade de que a vida não possuía continuidade para além da morte do corpo físico. Para Shneidman (2014), a essência humana e seu destino eram a vida eterna, sendo impossível questionar essa lei e sequer pensar sobre tal possibilidade. Essa perspectiva é corroborada pelo historiador francês Phillippe Ariès, em seu livro *História da morte no*

¹ “In any comprehensive suicidology, it is important to speculate about the date of the origin of the key word; specifically, why did the word "suicide" not appear until about the mid-1600s, and why then? In this etymological sense, it was not possible, before about 1635, to commit suicide. One could, of course, do harm to oneself, starve oneself to death, throw oneself upon one's sword or off one's roof or into one's well—but one could not "commit suicide." The word, and with it the basic concept of suicide, did not exist.

Ocidente. Nessa obra, o autor realiza uma historiografia sobre o papel da morte na sociedade ocidental e como atualmente essa temática tornou-se um tabu social:

Com a morte, o homem se sujeitava a uma das grandes leis da espécie e não cogitava em evitá-la nem em exaltá-la. Simplesmente a aceitava apenas com a solenidade necessária para marcar a importância das grandes etapas que cada vida devia sempre transpor (Ariès, 2017, p. 48).

Segundo Ariès (2017), a morte durante a Idade Média, na Europa, estava em consonância com leis religiosas da vida humana que compreendiam esse fenômeno a apenas uma etapa da existência da alma, sendo impossível de transpor. A morte não era compreendida como o final da existência humana, mas como uma etapa inevitável do destino. Durante esse período, a sociedade medieval estava familiarizada com os mortos e com a morte de si mesmo. Os rituais diante da morte possuíam um caráter público, durante o qual não somente toda a comunidade participava, mas onde o moribundo possuía um papel de destaque e autonomia da condução da própria morte.

Com o testamento, a pessoa, na eminência da morte, transmitia sua herança e seus ensinamentos para aqueles que ficavam. Esse item não possuía apenas o caráter econômico que atualmente representa, ele também tinha o papel de transmitir o legado sobre o conhecimento da vida da pessoa. Foram as transformações da sociedade medieval, rumo à sociedade capitalista, que organizaram a família em um pequeno núcleo, fazendo com que o testamento tivesse exclusivamente um caráter econômico de transmissão de bens. Dessa forma, todo o ritual de morte, que antes dizia respeito ao morto, tornou-se um evento e um sofrimento sobre quem se enluta. Além disso, com a perspectiva individualista da sociedade ocidental, que preza pela felicidade em vida, a morte tornou-se um acontecimento insólito.

Hoje o adulto experimenta cedo ou tarde, e a cada vez mais cedo o sentimento de que fracassou, de que sua vida adulta não realizou nenhuma das promessas de sua adolescência. Esse sentimento é a origem do clima de depressão que se alastra entre as classes abastadas das sociedades industriais (Ariès, 2017, p. 58).

Na contemporaneidade, a morte representa o fracasso da vida e, por isso, tem sido associada a algo negativo. Em uma sociedade industrial, relaciona-se a morte como desfecho de uma vida de frustrações, durante a qual as promessas de felicidade dos períodos iniciais da

vida não foram cumpridas: “o interdito que hoje se abate sobre a morte é uma característica estrutural da civilização contemporânea (Ariès, 2017, p. 241). Consoante o autor, inclusive, esse sentimento de desencanto origina a depressão que presenciamos atualmente. Além disso, com o avanço das técnicas médicas, todo o processo de morrer tem sido relegado aos espaços hospitalares e temos, cada vez menos, contato com o processo de morte de entes queridos. A temática da morte é compreendida como mórbida e dificilmente estamos preparados para falar sobre ela:

Uma causalidade imediata aparece prontamente: a necessidade da felicidade, o dever moral e a obrigação social de contribuir para a felicidade coletiva, evitando toda causa de tristeza ou de aborrecimento, mantendo um ar de estar sempre feliz, mesmo se estamos no fundo da depressão. Demonstrando algum sinal de tristeza, peca-se contra a felicidade, que é posta em questão e a sociedade arrisca-se, então, a perder sua razão de ser (Ariès, 2017, p. 87).

Em uma sociedade capitalista, a tristeza e sentimentos negativos são compreendidos como sinais de afronta a todas as promessas que foram prometidas por ela e que não se cumpriram. Assim, a morte, que atualmente possui um caráter mórbido, é encarada com desprezo e estranhamento. O suicídio, nesse contexto como morte autoinfligida, que fere regras morais e religiosas de uma sociedade, é percebido como ápice da interdição e da transgressão da vida (Ariès, 2017). Além de Ariès, destaca-se aqui o historiador George Minois, também francês, que possui a obra *História do suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária*. Em contrapartida a Ariès, que se debruçou sobre a historiografia da morte, Minois (2018) interessou-se, especificamente, pela morte autoinfligida, realizando uma genealogia do suicídio. Para esse autor, embora o suicídio seja um tema silenciado, isso não significa que sua prática não ocorra e os números crescentes de suicídio na atualidade corroboram com essa afirmativa. Além disso, Minois (2018) ressalta que a morte autoinfligida ocorre desde as civilizações antigas e tem acompanhado a humanidade em todas suas transformações sociais e econômicas.

No período da Idade Média Europeia, a ocorrência de morte voluntária acontecia em todas as classes sociais e gêneros e, nesse contexto, era considerada uma consequência de tentação diabólica por meio do desespero ou de um comportamento anormal. A religiosidade

cristã, uma das bases da formação do sistema feudalista, parte do dogma de que a existência humana foi criada por Deus para lhe servir e tornar cada sujeito útil para a sociedade. O suicídio seria uma fuga desse destino e uma forma de questionar o poder e a benevolência divina, exigindo grandes punições (Minois, 2018). Dessa forma, nesse período, a morte autoinfligida era considerada um assassinato e o corpo de quem morria sofria punições físicas. Além disso, ocorria o confisco dos bens de quem morreu e a alma era condenada à punição eterna.

O que Minois considera é que existiam, já neste período, diferenças nos suicídios entre diferentes classes sociais. O camponês e o artesão morriam por suicídio para fugir da miséria e do sofrimento; enquanto isso, o cavaleiro e o clérigo se matavam para escapar da humilhação. Havia também distinção no tratamento entre os casos de suicídio: enquanto a morte do camponês era vista como fuga e reprimida com suplício ao corpo, com a impossibilidade de sepultamento em terreno sagrado e condenação eterna e confisco de bens, a morte do cavaleiro e do clérigo eram interpretadas como um gesto de fidelidade à honra cavaleiresca ou demonstração de fé. Assim, embora esse tipo de morte fosse considerado uma afronta ao poder religioso; na prática, a personalidade e o status social de quem morreu eram ainda mais relevantes para sua interpretação e posteriores desdobramentos fúnebres.

No período medieval, as restrições contra o suicídio intensificaram-se ainda mais com Santo Agostinho. No século V, a partir do uso do quinto mandamento bíblico, “não matarás”, o filósofo reitera que aquele que morre por suicídio era considerado um covarde por não suportar as penitências da vida que foram atribuídas por Deus. Assim, a morte de si mesmo foi condenada como um crime contra Deus, juntamente com o aborto e o infanticídio. “O suicídio era proibido por três razões: é um atentado contra a natureza e a caridade, é um atentado contra a sociedade e é um atentado contra Deus” (Minois, 2018, p. 38). Para a Igreja Católica, o sujeito que demonstrava desespero e se matava não receberia nenhum perdão, pois não acreditava no indulto e nem na misericórdia divinas. O desespero tornou-se um crime gravíssimo ao questionar o poder de absorção da Igreja e da misericórdia de Deus.

As autoridades civis e religiosas travam o combate contra o suicídio. A proibição do suicídio acompanha o recuo da liberdade humana: o homem perde o direito fundamental de dispor de sua pessoa em proveito da Igreja que tem controle total sobre a vida das pessoas e retira sua força do número de fiéis, e em proveito dos

senhores, alguns dos quais são eclesiásticos, que precisam conservar e aumentar a sua mão de obra, em um mundo subpovoado no qual a fome, as epidemias comprometem regularmente a valorização das propriedades (Minois, 2018, p. 38).

A proibição do suicídio acompanhou o recuo da liberdade individual que ocorreu na Idade Média: o direito sobre a vida humana era da Igreja e do senhor da terra na qual a pessoa trabalhava. A força religiosa procurava aumentar, cada vez mais, seus fiéis, enquanto o sistema econômico feudal mantinha seu conjunto de trabalhadores em um mundo no qual epidemias sempre comprometia a valorização e a produção de suas propriedades rurais. A religiosidade cristã e o sistema de colonato conservavam a mão de obra da fé e da manutenção do feudalismo pelo controle da vida dos sujeitos. Sobre o desenvolvimento do cristianismo, “a moralidade cristã foi construída contra o desespero, pois um milagre divino sempre seria possível e a sabedoria divina antecipava todas as adversidades que a vida poderia encontrar (Minois, 2018, p. 39). Durante esse período, a religiosidade desempenhava um papel essencial na política governamental feudalista, pois promovia uma regulação da vida que corroborava para a manutenção desse sistema.

Nesse contexto de regulação severa da vida dos sujeitos pela Igreja Católica e pelo sistema de colonato, a explicação do suicídio estava relacionada à tentação diabólica ou à loucura. Diferente de um estado psíquico conforme, atualmente, compreende-se; ele era um pecado decorrente da ação do diabo, que convencia o pecador a duvidar da misericórdia divina e ir de encontro a sua condenação eterna:

[...] os suicídios por simples desgosto de viver eram classificados como loucura, pois era impossível questionar a bondade da sua própria existência. Era inconcebível que uma pessoa de mente saudável possa considerar com frieza que a vida não vale a pena ser vivida. O simples fato de imaginá-lo sem nenhum motivo, pelo desgosto de viver era um sintoma de loucura. Esse estado passou a ser chamado de melancolia, termo de origem grega que significa humor negro decorrente de uma doença física causada pelo excesso de bílis negra que ofuscava o cérebro, provocando pensamentos sombrios (Minois, 2018, p. 45).

Assim, qualquer sinal de comportamento estranho poderia ser compreendido como uma perturbação mental decorrente da influência diabólica que provocava o fiel a ir contra o bem mais precioso nos concedido por Deus: a vida. Mesmo uma existência cheia de sofrimentos

deveria valer a pena, pois os fiéis deveriam confiar na misericórdia divina, que traria uma vida eterna, cheia de felicidades e alegrias. Dever-se-ia suportar todas as penitências e dificuldades enfrentadas na vida, pois a confiança de uma vivência eterna com recompensas era incontestável para a religiosidade católica. Durante esse mesmo período, retoma-se o uso do termo grego melancolia, que explica o desgosto pela vida como excesso de bílis negra, cuja elucidação inicia a convergência entre suicídio e loucura. Dessa forma, duas explicações passam a coexistir: suicídio, como intervenção direta do diabo ou sinal de loucura.

De forma paradoxal embora o suicídio seja um ato exclusivamente humano, ele parece tão inumano que só se pode explicá-lo pela intervenção direta do diabo ou da loucura. No primeiro caso, o homem é vítima de um desespero diabólico contra o qual a igreja oferece socorro da confissão, aquele que a despeito dessa ajuda sucumbe é condenado ao inferno. No segundo caso, como o infeliz não é responsável por seus atos, ele pode ser salvo (Minois, 2018, p. 48).

As transformações no que tangem a relação da sociedade medieval e o suicídio iniciaram-se, a partir do século XV, durante o período do Renascimento, em que houve a retomada de estudos da antiguidade grega e romana. Em meio a mudanças sociais, econômicas e políticas, decorrentes da ascensão da burguesia enquanto classe, o poder da Igreja Católica também começou a ser questionado em contraposição à religiosidade do mundo antigo. Na antiguidade grega e romana, o suicídio era uma questão filosófica, que gerava questionamentos sobre a qualidade da vida na terra, pois ela só mereceria ser conservada se fosse boa, de acordo com a razão e a dignidade, gerando mais satisfação que sofrimento.

Platão e Aristóteles consideravam o homem um ser social, inserido em uma comunidade e, portanto, o indivíduo não deveria raciocinar em função de seus interesses pessoais. Para Platão, o mais importante era o respeito pela divindade, enquanto Aristóteles reforçava o compromisso do sujeito com a cidade. Segundo Minois (2018), a posição de Platão é mais indefinida e flexível e, no contexto cristão, originou o suicídio místico: a morte de si e do mundo para alcançar já nesta vida a felicidade do além. Em contraposição a essa perspectiva, Aristóteles condenava o suicídio como um gesto de injustiça contra si e contra a pólis, uma covardia diante das responsabilidades e oposta à virtude.

A civilização romana é considerada menos punitiva em relação ao suicídio, embora existam também diferenças e nuances entre os seus pensadores. O suicídio era proibido apenas para escravos e soldados devido a questões econômicas e patrióticas, mas entre os homens livres não havia proibições legais ou religiosas, pois se compreendia que a vida era um direito de cada cidadão e que ele poderia dispor de seu direito como desejasse. A proibição severa e absoluta sobre o suicídio foi implantada a partir das invasões bárbaras e regulamentadas pelos escolásticos da idade média clássica: “A partir do século III, o suicídio passou a ser seguido de punições e quem se casava com uma viúva por suicídio é punido com desonra” (Minois, 2018, p. 67). Logo, essa proibição foi incorporada às estruturas do pensamento cristão, fenômeno que se deve muito à desconfiança dos pensadores cristãos em relação ao antigo paganismo.

Com a revolução cultural na Europa dos séculos XIV e XV, o suicídio também começa a ser estudado a partir da perspectiva positivista do conhecimento. Nesse período, a compreensão do suicídio, por intermédio do conceito de loucura, foi ampliada pelo movimento do Iluminismo e, na atualidade, apresenta-se na medicina atrelada à presença de transtornos psiquiátricos. No Renascimento, a principal causa explicativa para o suicídio continuava sendo o desespero, mas nesse contexto a discriminação desse fenômeno em diferentes classes sociais exacerbou-se ainda mais. Os suicídios de comerciantes ricos tornaram-se lucrativos, com confisco de bens, que eram distribuídos para o capelão e o rei. Em contrapartida, pode-se observar algumas modificações e rupturas nessa concepção vigente de suicídio como desespero, principalmente, a partir da arte produzida na época.

Essa mudança revela a tensão existente na devoção do século XV, em que se despreza o mundo, compreendido como lugar de sofrimento e se valoriza o além como lugar de virtudes. Entretanto, as modificações religiosas durante a reforma protestante não atenuam a condenação da morte voluntária, pois para católicos, luteranos, calvinistas e anglicanos, o suicídio é um ato diabólico e que deve ser enfrentado pela religiosidade. Fortaleceu-se no mundo católico a explicação medieval de que a causa do suicídio é o desespero e na escala de pecados, a desesperança se torna uma das faltas mais graves (Minois, 2018, p. 84).

Contra o desespero, a Igreja oferecia a ajuda da confissão e os manuais sobre a arte de morrer, que se multiplicam no século XVI, lançando luz ao suicídio como uma questão social já neste período histórico. O suicídio era considerado o pior de todos os pecados: “Domingo de

Soto, um teólogo, desenvolve os três argumentos clássicos reproduzidos por São Tomás: o suicídio é um atentado contra a natureza e o amor-próprio, o Estado e a sociedade e contra Deus, que nos deu a vida” (Minois, 2018, p. 86). Dessa forma, ele iria contra todos os poderes sociais, religiosos e naturais, sendo a pior ação que alguém poderia tomar. As grandes mudanças sociológicas e culturais do primeiro Renascimento forneceram um cenário que possibilitou a reflexão sobre o suicídio. Além disso, durante esse período houve também aumento do individualismo burguês nas esferas dos negócios, da religião e da cultura.

O capitalismo incipiente reivindicava mais liberdade de escolha e começava a rejeitar entraves corporativistas; ele deseja um contato mais direto com Deus, uma fé interiorizada e profunda, ele afirma sua personalidade por meio de seus gostos, sua moradia, seus móveis, suas leituras e seu retrato, no entanto a desagregação está em marcha desde o final da idade média: o humanista, o letrado, e o comerciante encontram-se sozinhos diante de seus problemas, suas inquietações e angústias, pois os livros não substituem as relações humanas. O gosto pelo segredo acentua ainda mais essa solidão que vem se somar às incertezas culturais e materiais. O renascimento assiste ao questionamento de valores, as normas são contestadas e as hipóteses testadas (Minois, 2018, p. 99).

Além disso, no mesmo período, inicia-se a Reforma Protestante, movimento religioso iniciado por Martinho Lutero no século XVI, que questionava dogmas da Igreja Católica, trazendo mais preocupações ainda para o suicídio. Uma das inquietações propostas pela Reforma era de que a leitura e a interpretação da bíblia deveriam ser feitas por qualquer fiel, diferente do que pregava o Catolicismo. Com isso, embora Lutero e Calvino fossem contrários ao suicídio e à libertação dos fiéis, com a livre compreensão do livro da vida poderiam também despertar o desespero em algumas pessoas, pois os sujeitos seriam menos subordinados ao poder religioso:

O problema do suicídio também se apresenta de outra maneira, através do viés da loucura, assunto muito em voga entre o final do século XV e meados do século XVI. O louco já está morto para si mesmo e para o mundo. A loucura é ao mesmo tempo uma desculpa e uma fuga diante do problema lancinante do pecado, que corrói a geração de Lutero. Perseguido pela miséria, pela morte, pela obsessão, com o pecado e o inferno, a humanidade embarca na nau dos insensatos. Contudo, a resposta absurda aos problemas angustiantes da existência, a loucura se transforma rapidamente em crítica racional dos comportamentos humanos absurdos (Minois, 2018, p. 94).

De acordo o autor, a admiração pelo suicídio pagão da antiguidade, combinado à perspectiva cristã da vida como bem divino, contribuiu para aumentar a complexidade da temática durante essa época (Minois, 2018, p. 101). Embora, durante o Renascimento os índices de morte por suicídio não foram mais elevados do que na Idade Média, esse tema foi mais estudado e falado. O suicídio era classificado como pecado que fora introduzido pela ação do diabo e as execuções de cadáveres e confiscos, que eram comuns nessa fase, só não eram realizadas quando se utilizava a desculpa da loucura. Os contemporâneos do Renascimento descobriram a complexidade desse ato e sua importância relevadora de um comportamento individual. Na perspectiva protestante, a severidade contra a morte autoinfligida também era grande: “Para Lutero, o suicídio era o assassinato de uma pessoa cometido pelo diabo e aquele quem morre por suicídio, apesar de possuído, era responsável pelo seu acometimento” (Minois, 2018, p. 110)

Durante o Humanismo europeu, o tema do suicídio tornou-se ainda mais presente e isso pôde ser observado no teatro, como em *Hamlet* de William Shakespeare. A tentação do suicídio na referida peça é a expressão mais acabada de uma preocupação que marca o pensamento inglês e europeu durante os anos 1580-1620. Nesse contexto, o suicídio só é realmente justificado quando se está agonizando, em caso de dor física intensa e incurável ou para evitar uma morte cruel. “Para Pierre Charron, padre estoico, o suicídio era permitido e racional se fosse resultado de uma decisão longamente refletida e motivada” (Minois, 2018, p. 112). A condição humana comporta inúmeras obrigações, mas não nos condena a suportar tudo. As pessoas não são obrigadas a aguentar todas as indignidades que o destino lhes faz ou lhes prepara e algumas situações degradantes ou desumanas legitimariam a morte autoinfligida.

Minois (2018) aponta que a reflexão sobre o suicídio é um sinal de crise na sociedade medieval. Ele e o assassinato só são os atos mais condenáveis se consideramos inteiramente desprovidos de outra relação que os valorizem. Segundo o autor, “o suicídio deve ser julgado em ação e não em teoria” (2018, p. 118). Outro sinal dessa crise é o movimento de secularização e, portanto, banalização do suicídio. Diante do clero, diferentes confissões continuam sendo enxergadas como Satã por trás de cada suicídio. Por intermédio do desespero suscitado por ele,

alguns intelectuais e médicos começam a analisar o processo psicológico que conduz ao assassinato de si mesmo e lhe dão um nome: melancolia.

“Enquanto o desespero é um conceito moral, um pecado; a melancolia é um conceito psicológico, de desequilíbrio do cérebro” (Minois, 2018, p. 120). A melancolia conservará durante muito tempo uma mácula moral, ainda mais porque as explicações filosóficas são extremamente imprecisas e fantasiosas. Nesse sentido, a causa do suicídio é a melancolia e esta é uma doença. Para Minois (2018), alguns autores como Robert Burton procuram investigar a sua origem:

Sua descrição do mal é clássica: é ao mesmo tempo fisiológico e análogo, em virtude de suas correspondências universais; trata-se de um excesso de bile negra, associado aos mais sombrios elementos, a terra e ao mais sombrio dos planetas, Saturno. Como é adquirida durante o nascimento, algumas pessoas estão predestinadas a terem um comportamento sombrio. No entanto, este pode ser corrigido ou agravado pelo ambiente. É por isso que um tratamento psicossomático pode atenuar os efeitos da melancolia e até transformá-la em qualidade, conferindo uma profundidade de espírito, como foi colocado de pessoas e profetas religiosos famosos (Minois, 2018, 120).

Burton também torna a organização socioeconômica indiretamente responsável pela melancolia, ao transformar a pobreza em uma causa importante dos distúrbios psíquicos. Dessa forma, o tratamento por meio de exorcismos e práticas astrológicas não faziam sentido e o autor responsabiliza o desespero incitado pelas religiões católica e puritana como causadores de suicídio. “Os primeiros favorecem a atuação do diabo através de crenças supersticiosas e idólatras, os segundos semeiam o pânico com seus sermões apocalípticos” (Minois, 2018, p. 122). A passagem da escolástica à razão analítica, do mundo fechado ao universo infinito, do humanismo à ciência moderna, do mundo das propriedades à linguagem matemática, da verdade imutável à dúvida sistemática, da certeza ao questionamento crítico, da unidade cristã à divisão entre confissões rivais não pode ocorrer sem que o sistema de valores seja abalado. “Os anos de 1580-1620 avançam em um relativismo moral que se traduz em um questionamento de normas” (Minois, 2018, p. 135).

O suicídio, durante esse momento, ainda possui uma reputação sinistra e diabólica, embora a elite oponha-se ao confisco de bens e execução do cadáver, invocando a loucura.

Enquanto a elite era mais favorável às ideias flexíveis e filosóficas sobre o suicídio, as autoridades ainda possuíam uma perspectiva rígida:

Responsáveis pela organização social, autoridades são duplamente contrárias ao suicídio. Por um lado, ele ameaça todo o sistema, ao eliminar alguns de seus membros e semear a dúvida, a ansiedade e a contestação no interior de um corpo social perturbado. Por outro lado, o suicídio é uma acusação direta contra os dirigentes sociopolíticos e religiosos. Ele é a prova de seu fracasso em assegurar a justiça e uma vida decente a todos os habitantes. O suicídio desperta má consciência e o remorso do corpo social, que não foi capaz de garantir a felicidade de seus membros e consolar os necessitados. O suicídio é uma acusação dirigida contra a sociedade e seus dirigentes, pois quem se mata prefere o nada ou os riscos do além a um mundo que se tornou um inferno para ele. O suicídio é uma censura, uma acusação, até mesmo um insulto aos vivos e sobretudo aos responsáveis pela felicidade coletiva (Minois, 2018, p. 141).

Nesse sentido, o suicídio, além de representar um crime contra o poder divino e a misericórdia de Deus, torna-se um crime contra a própria sociedade. A morte por suicídio seria compreendida como uma acusação e um insulto contra as autoridades, o bem-estar social e as promessas de uma sociedade livre e feliz. A religiosidade prega que a vida deve ser aceita como ela é e fugir disso deveria ser reprimido.

O protestantismo e a reforma católica travam na verdade combate pela retomada do controle da cultura, destinada a restabelecer as bases estáveis das sociedades europeias, abaladas pelas incertezas, pelas experiências e pelas teorias do Renascimento. Cada coisa e cada pessoa em seu lugar, em uma harmonia estática; a perfeição reside na imobilidade. Enquadrado, guiado e vigiado, o indivíduo não precisa fazer perguntas, nem se preocupar. Tudo está previsto, até sua eternidade, o que deveria tranquilizá-lo. Desse ponto de vista, o bom andamento do conjunto só pode ser garantido se cada um ocupar o lugar que lhe foi reservado. A falta mais grave é querer sair de sua condição, o que equivale a contestar a ordem monárquica e divina recusando o papel que foi atribuído a cada pessoa e demonstrando a sua insatisfação diante da Providência. Recusar esse dom é cometer ofensa contra Deus e desertar do seu posto na comunidade familiar e humana, uma afronta à moral e ao Estado (Minois, 2018, p. 144).

Os teólogos e moralistas protestantes tornaram-se mais firmes do que os católicos em sua crítica ao suicídio. “O puritano William Perkins proíbe o suicídio em razão do desespero, pois não existe pecado maior do que duvidar da misericórdia divina (Minois, 2018, p. 159.)”.

Os argumentos de William Vaughan contra o suicídio são proporcionais a sua preocupação diante da amplitude da contestação, evidenciando o horror que ele inspira nesta sociedade. O suicídio teria origem no desespero nascido em uma alma frágil, além de ser uma afronta a Deus, ele priva o Estado de um dos seus membros. Para Minois, a proliferação de obras sobre o suicídio indica a existência de um problema real.

Um dos autores ingleses que mais refletiu sobre o tema foi Thomas Browne, em 1670. Situando-se em três níveis – pessoal, paternal e teológico – sua iniciativa tem valor humano e existencial que não se apresentava nos autores precedentes. Essa diversidade destaca, acima de tudo, as evoluções e contradições do indivíduo confrontado em sua vida com problemas. Segundo Minois (2018, p. 164) “os teólogos e pregadores ingleses do século XVII não se contentam em contrapor o suicídio aos argumentos teológicos e morais clássicos, eles retomaram e ampliaram a campanha de satanização contra o assassinato de si mesmo”.

A importância do desespero religioso nas motivações dos suicídios no século XVII não é surpreendente. O uso exagerado do medo na religião, nascido da Reforma e Contrarreforma, leva a um resultado contrário: “tendo perdido a esperança de alcançar a salvação, alguns espíritos frágeis ou que sofrem de crise momentânea correm ao encontro da morte” (Minois, 2018, p. 165). Nesse contexto, diversos autores encontram perspectivas divergentes sobre o suicídio, como John Sum, que propõe uma abordagem muito mais racional do suicídio. Seu objetivo é se opor ao avanço das ideias suicidas e seu livro contém aspectos como esboço da psicologia do suicida. Para John Sum:

aquele que se mata não procura a morte, mas para além dela, um bem e um remédio; a paixão e a imaginação desempenham um papel mais importante em sua determinação que a simples razão [...]. Assim, antes de condenar alguém seria preciso se informar sobre as causas e os motivos, bem como os estados mentais, pois são culpados aqueles que se matam de maneira totalmente deliberada e consciente, portanto a luta eficaz contra o suicídio deve ser nas suas causas (Minois, 2018, p. 167).

Nota-se que John Sum lança luz a uma perspectiva sobre o suicídio como maneira de escapar de um sofrimento e não o desejo de morte em si. Entretanto, esse autor relaciona o suicídio como desfecho para a presença de um transtorno mental e considera que quando um

transtorno está presente na história de vida do sujeito, não existe condenação. Nesse contexto, o direito e a medicina trazem ainda mais aspectos para mudanças na perspectiva sobre o suicídio e para a flexibilização das punições sociais atreladas a ele. Alguns juristas ainda eram a favor do confisco de bens e punições do corpo, enquanto outros não, questionando se seria legítimo atacar o corpo de quem morreu.

Além disso, segundo Minois (2018), alguns autores defendem que só se deve condenar aqueles que se matam para fugir de uma punição, enquanto os suicídios decorrentes de melancolia não deveriam ser punidos, pois se tratavam de uma doença. Nessa compreensão, o fato de se matar equivale a dizer que todos aqueles que se matam são loucos. Essa perspectiva está de acordo com as teorias médicas da época e, no século XVII, a justiça foi influenciada pelos estudos de psicopatologia. No século XVII, o médico Thomas Willis (1621-1675) expôs o ciclo maníaco depressivo, demonstrando que a melancolia pode degenerar em loucura e provocar crises suicidas.

Para ele, a melancolia é uma loucura sem febre nem histeria, acompanhada de medo e tristeza; ela é a forma de um delírio e se explica por um movimento desordenado dos espíritos de animais dentro do cérebro, eles provocam ali um movimento criando poros no material cerebral. Na circulação anômala, eles se tornam obscuros e atuam como um vapor corrosivo que desregula as funções do cérebro, fazendo com que ele se fixe em um único objeto, enchendo-se de tristeza e medo. Surge assim aos poucos a explicação médica, somática das tendências suicidas que atua no sentido de desresponsabilização daqueles que se matam, que são vítimas e não assassinos. As causas não são uniformes quanto a origem, mas causas sobrenaturais e demoníacas da loucura e do suicídio dão lugar a doença. Para todos, a lama não é afetada pelo suicídio. Isso é fortalecido pela ótica de Descartes que ajuda na explicação de uma origem fisiológica da ansiedade (Minois, 2018, p. 173).

As explicações fisiológicas sobre a origem do suicídio apontam para causas internas do sujeito que apresentam um funcionamento anormal. A perspectiva desse fenômeno, como influência sobrenatural e demoníaca, cede espaço para uma explicação do suicídio como desequilíbrio fisiológico, apontando para uma fragilidade que não é religiosa, mas do próprio funcionamento biológico do sujeito de que se mata. Nesse contexto, para os juristas e para a medicina, o suicídio deixa de possuir responsabilidade penal, pois seria decorrente de uma

doença e, portanto, fora da racionalidade do sujeito. Contudo, mantém-se atualmente a condenação moral dessa prática que pode ser percebida pela temática do suicídio ser um tabu social. Essa perspectiva de que o suicídio é fruto de um desajuste fisiológico corroborou para a produção do discurso psiquiátrico vigente sobre o tema.

Compreender a historiografia do suicídio, possibilita vislumbrar como a temática tem sido socialmente interpretada ao longo dos anos na sociedade ocidental. O suicídio nas sociedades grega e romana não era percebido com o caráter de pecado, que fora atribuído durante a Idade Média pelo catolicismo e que persiste ainda na atualidade. Portanto, a historiografia do suicídio localiza esse fenômeno em diferentes contextos sociais, políticos, religiosos e econômicos. Pode-se perceber que a condenação moral sobre o suicídio, bem como suas causas explicativas modificaram-se ao longo do tempo até a construção moderna hegemônica do suicídio como sintoma de transtornos mentais.

Para além de uma perspectiva historiográfica, propõe-se também compreender esse tema pela sociologia, pela psicologia e pela suicidologia. Essas três disciplinas surgiram somente com o desenvolvimento das noções de cientificidade produzidas com a ascensão capitalista. Na sequência, serão apresentadas algumas teorias que possuem um modelo explicativo sobre a produção do suicídio na atualidade. É importante considerar, ainda, que essas perspectivas tensionam a explicação biológica e reducionista da psiquiatria e a consideração do suicídio como desfecho trágico para a presença de transtornos mentais, ao lançarem luz a diferentes aspectos sociais e psíquicos do suicídio.

2.2 Karl Marx e Émile Durkheim sobre o suicídio

O livro *Sobre o suicídio*, de Karl Marx (2006), apresenta uma perspectiva interseccional² do suicídio ao analisar os escritos do francês Peuchet sobre esse fenômeno em mulheres francesas do século XVII. Marx foi um filósofo, economista, historiador, sociólogo,

²Segundo Crenshaw, “a interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras” (2002, p. 177).

teórico político, jornalista e revolucionário socialista alemão, cujas obras mais conhecidas são *O Capital* e *O Manifesto Comunista*. Esse autor, em uma análise econômica da sociedade, compreende que toda a história é formada pela luta entre classes e que somente uma revolução liderada pelo proletariado colocaria fim às desigualdades sociais decorrentes do sistema capitalista.

Nesse livro, ainda pouco discutido dentro do contexto das suas obras, Marx realiza a reflexão de que o suicídio na sociedade burguesa se constitui uma característica própria dessa sociedade e que esse é um comportamento natural: “Antes de tudo, é um absurdo considerar antinatural um comportamento que se consuma com tanta frequência; o suicídio não é, de modo algum, antinatural, pois diariamente somos suas testemunhas (Marx, 2006, p. 25). Além disso, de acordo com o teórico, a classificação das diferentes causas do suicídio deveria ser, na verdade, uma classificação dos próprios defeitos sociais e ele, um fenômeno considerado individual, compreendido como sintoma de uma sociedade:

O número anual dos suicídios, aquele que entre nós é tido como uma média normal e periódica, deve ser considerado um sintoma da organização deficiente de nossa sociedade; pois, na época da paralisação e das crises da indústria, em temporadas de encarecimento dos meios de vida e de invernos rigorosos, esse sintoma é sempre mais evidente e assume um caráter epidêmico (Marx, 2006, p. 23).

A compreensão marxiana sobre o fenômeno aponta que, em períodos de crise dentro do capitalismo, pode-se perceber um exacerbamento dos casos de suicídio, indicando a relação entre o modo de produção vigente e o suicídio. Marx ainda ressalta que as sociedades não produzem os mesmos resultados e produtos, pois possuem suas especificidades e, dessa forma, os suicídios que ocorrem em cada uma delas guardam características que remontam a sua organização política e social. Em diálogo com a obra de Peuchet, Marx ressalta que, além de causas econômicas como baixo salário, desemprego e miséria, as injustiças sociais que são do âmbito privado também corroboram para a produção de sofrimento e, portanto, do suicídio: “embora a miséria seja a maior causa do suicídio, encontramos-lo em todas as classes, tanto entre os ricos ociosos como entre os artistas e os políticos. A diversidade das suas causas parece escapar à censura uniforme e insensível dos moralistas” (Marx, 2006, p. 46).

O suicídio, nesse contexto econômico, é compreendido como “o último recurso contra os males da vida privada” (Marx, 2006, p. 48). Dessa forma, é uma ação que ocorre no íntimo do sujeito como tentativa final para a solução de males e sofrimentos sociais. A análise realizada por Marx e Peuchet não se limita à questão da exploração econômica decorrente do capitalismo e os sofrimentos por ela causados. Marx aborda também aspectos relacionados ao gênero e de desigualdades sociais que têm influência no surgimento do sofrimento psíquico e do suicídio. O suicídio seria, então, um ato final de desespero e tentativa de escapar à realidade que se impõe e da angústia decorrente de relações sociais opressivas.

Consoante Marx (2006), a existência do suicídio indica seu significado transgressor em relação às normas sociais, pois embora interdito pela religião e exista a estigmatização da memória de quem morreu, esse fenômeno ainda é expressivo. Dessa forma, apesar de a sociedade estigmatizá-lo e ele representar uma forma de transgressão às normas sociais, isso ainda não é suficiente para seu impedimento. Somente com uma reforma de nosso sistema geral de agricultura e indústria, pode-se esperar por fontes de recursos e por uma verdadeira riqueza (Marx, 2006).

Foi o sociólogo francês Émile Durkheim, em seu livro *O Suicídio: Estudo de Sociologia*, escrito em 1897, um dos primeiros estudiosos a se debruçar sobre a questão de forma sistemática. O intuito do autor com essa obra era o de realizar um trabalho que comprovasse a cientificidade da sociologia enquanto disciplina do conhecimento humano. Para cumprir seu objetivo, Durkheim investigou as taxas sociodemográficas de suicídio em diversos países da Europa do século XIX. Conforme o autor, denomina-se suicídio: “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte” (Durkheim, 1982, p. 14).

Dessa forma, o suicídio é um fenômeno consciente, em que o sujeito que o realiza sabe e deseja sua própria morte. Durkheim (1982, p. 19) postula que “cada sociedade em determinado momento da sua história produz as condições que determinam o suicídio, sendo, portanto, o fator social o mais importante para a compreensão do fenômeno”. O autor, embora considere que existam causas individuais e subjetivas na escolha do suicídio, direciona sua

análise nos processos sociais e econômicos que geram as condições para a sua expressão em diferentes sociedades.

Nos estudos de Durkheim, já existe a informação de que esse fenômeno é mais frequente em homens do que em mulheres, apesar de o número de tentativas de suicídio seja maior entre elas. Além disso, o autor discute que em pessoas com distúrbios psicológicos a taxa de suicídio seja maior, não é possível dizer que isso ocorra em decorrência de seus transtornos, não sendo, assim, o estado mental que determina a possibilidade ou não do suicídio ocorrer. Em relação à hereditariedade, Durkheim (1982) ressalta que são os padrões comportamentais repetitivos no contexto familiar que podem sugerir que os suicídios existam em uma mesma família.

Consoante o teórico, o suicídio cresce e aumenta com o desenvolvimento da cientificidade de uma sociedade, pois, juntamente a esse movimento, existe a perda do poder profilático da religião. A religião, para Durkheim, exerce uma ação preventiva sobre o suicídio, não só porque o condena como ação contrária aos desígnios de Deus, que tem como consequências punições na vida após a morte, mas principalmente devido à integração entre os membros da comunidade religiosa. A vida social e a união dos membros de uma comunidade religiosa são apontadas pelo autor como fatores de proteção para o suicídio.

Durkheim (1982) diferencia três tipos de suicídio: o suicídio egoísta, o suicídio altruísta e o suicídio anômico. Segundo o autor, o suicídio egoísta surge do excesso de individualização que leva à perda de vínculos entre sujeito e sociedade. É o surgimento de um desinteresse pela vida e que, potencializado por algum acontecimento, leva ao ato de tirar a própria vida. À medida em que os grupos se atenuam, os indivíduos que faziam parte deles também se enfraquecem, dependendo cada vez mais de si mesmos para se reconhecerem. O estado em que o eu se afirma excessivamente diante do eu social e às expensas deste último é chamado de egoísmo é, assim, o primeiro tipo de suicídio analisado pelo autor, denominado suicídio egoísta, devido à individuação excessiva.

O suicídio altruísta, em oposição à individuação excessiva que ocorre no suicídio egoísta, ocorre quando existe uma individuação insuficiente. Para Durkheim (1982), da mesma forma que ao ser desligado da sociedade o homem mata-se, ele também pode tirar a própria vida quando é integrado nela demasiadamente. Dessa forma, o suicídio altruísta tem origem em

uma sociedade que mantém os sujeitos em sua dependência, impossibilitando a criação da individualização. O suicídio aparece, então, como um dever social do sujeito para a sociedade.

Segundo o Durkheim, a sociedade também é um poder que regula os indivíduos e existe relação entre a maneira pela qual se exerce essa ação reguladora e a taxa social dos suicídios. As crises econômicas têm influência sobre a propensão ao suicídio por serem crises, ou seja, perturbações da ordem coletiva, uma vez que toda ruptura de equilíbrio, mesmo que resulte em maior abundância e aumento da vitalidade geral, impele à morte voluntária (Durkheim, 1982). Quando a sociedade é perturbada por uma crise econômica, alguns sujeitos podem sofrer mudanças bruscas em seu estilo de vida, como na classe social e no poder da economia. Devido às dificuldades econômicas e morais decorrentes dessa alteração, instala-se uma crise na própria vida do sujeito, que pode levar ao suicídio.

É nesse sentido que o suicídio anômico é descrito por Durkheim (1982), como aquele decorrente da incapacidade dos sujeitos de lidar com acontecimentos de crises, sejam elas sociais ou econômicas. Conforme o teórico, o sujeito, incapaz de satisfazer suas necessidades sozinho, não possui condições morais para enfrentar mudanças bruscas na sociedade. Além disso, o autor ressalta que cada sujeito que se mata confere ao suicídio, enquanto fenômeno social, marcas de seu estado emocional. Assim, por mais que o suicídio se refira a condições de uma sociedade, existem sofrimentos nesse ato que não podem ser compreendidos pelas condições gerais da sociedade e demandam especificidades para a compreensão do sofrimento subjetivo.

2.3 O suicídio sob a perspectiva da Psicanálise Freudiana

Na perspectiva psicológica, destaca-se a teoria psicanalítica freudiana. Sigmund Freud foi um médico austríaco, que desenvolveu a Psicanálise, a partir da sua prática clínica. A Psicanálise volta-se para a compreensão do sujeito como um ser de desejo, em contraponto à perspectiva racionalista de Descartes. Freud (1974) divide o funcionamento da psique humana em três instâncias: inconsciente, pré-consciente e consciente. A primeira abrange todos os desejos e vontades singulares dos sujeitos, inclusive aqueles moralmente condenáveis. A instância do consciente regula o funcionamento do sujeito por meio de normas sociais. Essas

estruturas, de acordo com Freud (1974), formam-se a partir da socialização do indivíduo na primeira infância, sendo esse estágio o mais importante e determinante para a formação da subjetividade humana.

Em relação ao suicídio, uma das primeiras reflexões realizadas por Freud (1974) está em *Breves escritos: contribuições para uma discussão acerca do suicídio*. Nesse texto, o autor discute a incidência de suicídio entre jovens. Segundo o teórico, na escola secundária, onde a faixa etária varia entre 12 e 18 anos, os adolescentes defrontam-se com uma realidade até então desconhecida, com responsabilidades e demandas desse período de transição entre a infância e a fase adulta. Para Freud (1974), o suicídio não ocorre somente em estudantes de nível secundário, mas também nos níveis escolares superiores. A escola deveria fazer mais do que simplesmente não corroborar com o suicídio em estudantes, mas também “ela deve lhes dar o desejo de viver e devia oferecer-lhes apoio e amparo numa época da vida em que as condições de seu desenvolvimento os compelem a afrouxar seus vínculos com a casa dos pais e com a família (Freud, 1974, p. 141).

O que Freud discute é que os vínculos afetivos na escola deveriam ser incentivados para que promovam apoio e representem um papel de proteção para o suicídio. Consoante Freud (1974), o papel da escola deveria ser de substituir os vínculos primários familiares durante a adolescência e despertar o interesse dos sujeitos para o mundo, pois ela é um local de formação não só intelectual, mas também afetiva de sujeitos que estão ainda em fase de desenvolvimento. Enquanto nesse texto, Freud debruça-se em questões relacionais sobre o suicídio, incluindo os fatores protetivos para o cuidado do comportamento suicida como os vínculos sociais, no livro *Luto e Melancolia*, o teórico investiga o funcionamento das origens psicológicas do comportamento suicida. Nessa obra, ele propõe distinguir a diferença entre esses dois estados, debruçando-se na melancolia enquanto processo que ocorre na psique para a compreensão de comportamentos em que o sujeito machuca a si mesmo de forma intencional:

O luto, via de regra, é a reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como pátria, liberdade, ideal, etc. Sob as mesmas influências em muitas pessoas se observa em lugar do luto uma melancolia, o que nos leva a suspeitar nelas de uma disposição patológica (Freud, 1917-1996, p. 208).

Nessa perspectiva, o luto é uma reação esperada que ocorra após a perda concreta ou simbólica de um laço significativo. Nele, a realidade demonstra que um objeto que um dia foi amado não existe mais. Assim, o trabalho do luto consiste em redirecionar a libido que um dia fora investida para esse objeto de amor. Essa não é uma tarefa simples de ser realizada e nele existe “grande dispêndio de tempo e de energia de investimento, e enquanto isso a existência do objeto perdido é psiquicamente prolongada” (Freud, 1917-1996, p. 210).

O trabalho do luto é, assim, uma reação esperada após a ocorrência de uma perda, pois demanda uma reorganização de energia psíquica, uma vez que o objeto de amor não existe mais. Essa energia precisa ser direcionada para outros lugares e objetos, enquanto isso não ocorre existe sofrimento pelo prolongamento da existência do objeto perdido na psique. Na melancolia, existem todas as reações desencadeadas por uma perda, como diminuição da capacidade de amar e inibição de atividades antes prazerosas com a presença de desânimo. A diferença entre os dois estados é que na melancolia, diferentemente do luto, existe autorrecriação e os insultos dirigidos a si mesmo, que podem chegar a punições e, portanto, ao suicídio:

A melancolia caracteriza-se psiquicamente por um desânimo profundamente doloroso, uma suspensão do interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade e um rebaixamento do sentimento de autoestima, que se expressa em autorrecriações e auto insultos, chegando até à expectativa delirante de punição (Freud, 1917-1996, p. 209).

Alguns casos de melancolia também são desencadeados por uma perda de um objeto amado. Esse objeto, contudo, seria muito mais de natureza ideal do que real. Assim, a problemática nesse estado gira em torno não de algo que morreu, mas daquilo que se perdeu como objeto de amor. A melancolia relaciona-se com o que foi perdido, ou seja, com as perdas secundárias que ocorrem. No luto, o desinteresse e o retraimento são compreendidos como trabalho do enlutamento que demanda energia do ego para ser elaborado.

Dessa maneira, na melancolia, um trabalho interno é consequência da perda desconhecida e, portanto, será responsável pela inibição que ocorre nesse estado. Essa inibição que ocorre é considerada por Freud (1917-1996) como enigmática. Além disso, esse estado

possui algo específico que não é observado no luto: uma diminuição exacerbada de autoestima, com empobrecimento do ego. No luto, foi o mundo que perdeu o sentido e, na melancolia, é o ego que se encontra vazio de significados. Para Freud, no estado de melancolia:

O doente nos descreve seu ego como indigno, incapaz e moralmente desprezível; ele se recrimina, se insulta e espera ser rejeitado e castigado. Humilha-se perante os demais e tem pena dos seus por estarem eles ligados a uma pessoa tão indigna. Não julga que lhe aconteceu uma mudança, mas estende sua autocrítica ao passado: afirma que ele nunca foi melhor. O quadro deste delírio de inferioridade – predominantemente moral – se completa com insônia, recusa de alimento e uma superação – extremamente notável do ponto de vista psicológico – da pulsão que compele todo ser vivo a se apegar à vida (1917-1996, p. 212).

A fala do melancólico é marcada por depreciações de si mesmo, com críticas ao presente e ao passado, afirmando que nunca houve sequer uma parte boa de si mesmo. A esse estado estão agregados a insônia, a inapetência e a diminuição da pulsão de vida, o instinto de sobrevivência da humanidade que nos faz desejar viver. Para Freud (1917-1996), a autocrítica e o estado de inferioridade são uma descrição acurada de sua situação psicológica, pois naquele instante a pessoa crê ser aquilo que está dizendo sobre si mesma. Assim, no momento de melancolia, o que é verbalizado diz sobre o sentimento em relação à própria inferioridade. As recriminações e autoacusações que existem nesse estado podem ser compreendidas, na verdade, como recriminações contra um objeto de amor a partir do qual se volta ao próprio ego. As falas depreciativas sobre si dizem sobre outro e as ações do indivíduo melancólico têm origem em um sentimento de revolta, que se transforma em melancolia:

Na melancolia, quando há perda de uma pessoa amada “por real ofensa ou decepção”, a resposta não ocorre “dentro da normalidade”, através do encontro de um substituto. A libido retorna ao eu (ego), e uma identificação com o objeto perdido acontece, ou seja, “a sombra do objeto cai sobre o eu (ego)”, e o objeto abandonado transforma-se em perda no eu (ego), cuja consequência é transferir o conflito com a pessoa amada para um conflito interno ao eu (ego). Ocorre uma bipartição entre “a crítica do ego e o ego modificado pela identificação”. O retorno da libido ao eu (ego), sua retirada do mundo externo promove “um estado de narcisismo” (Freud, 1917-1996, p. 213).

Assim como o luto, a melancolia é uma reação à perda do objeto de amor, quando está comprometida com uma condição de falta no luto normal ou, quando ocorre, converte-o em luto patológico. As raízes melancólicas ultrapassam a perda por morte e compreendem também situações de ofensa, desprezo e decepção que penetram na relação opositiva de amor e ódio, ou é reforçada por uma ambivalência já existente. Esse conflito de ambivalência, seja da ordem real ou constitutiva, é essencial para compreendê-la.

A melancolia tem por conteúdo algo mais do que luto normal. Nela, a relação com o objeto não é nada simples e se complica pelo conflito de ambivalência. A ambivalência é ou constitucional, isto é, inerente a cada uma das ligações amorosas desse ego, ou surge justamente das experiências acarretadas pela ameaça de perda do objeto. Por isso, a melancolia pode, quanto aos motivos que a ocasionam, ir muito mais longe do que o luto, que via de regra só é desencadeado pela perda real, a morte do objeto. Na melancolia se tramam, portanto, em torno do objeto inúmeras batalhas isoladas, nas quais ódio e amor combatem entre si: um para desligar a libido do objeto, outro para defender contra o ataque essa posição da libido (Freud, 1917-1996, p. 219).

A agressividade dirigida a si mesmo, que ocorre de forma deleitável na melancolia, significa uma satisfação de tendências sádicas e de um ódio direcionado a um objeto, que por esse processo retornam à própria pessoa. A punição de si mesmo representa uma tentativa de vingança contra os objetos imaginários, assim como uma procura de atormentar os seres amados pelo sofrimento expresso, após cederem ao sofrimento, para não direcionar de forma direta sua hostilidade.

Se o amor pelo objeto – um amor que não pode ser abandonado, ao mesmo tempo que o objeto o é – refugiou-se na identificação narcísica, o ódio entra em ação neste objeto substitutivo, insultando-o, humilhando-o, fazendo-o sofrer e ganhando neste sofrimento uma satisfação sádica (Freud, 1917-1996, p. 215).

De acordo com Freud (1917-1996), o amor dirigido a si mesmo nos protege contra ameaças e é um estado primordial para a vida. Em pessoas neuróticas, consideradas normais pelo autor, a ideação suicida parte de um impulso de aniquilar o outro e a melancolia ajuda a compreender o jogo das forças que ocorrem nos comportamentos suicidas, pois ensina que o ego só pode matar a si próprio se puder, por meio do retorno do investimento do objeto, tratar-se como um

objeto. Dirigindo, dessa forma, contra si a hostilidade que vale para o objeto e que representa a reação primordial do ego contra os objetos do mundo externo. No amor e no enamoramento pela morte autoinfligida, o ego é subjugado pelo objeto de amor. No luto, é exigido certo tempo para que a ordem da realidade prove que o objeto perdido não retornará e que a libido antes dirigida a esse objeto possa ser libertada.

A melancolia ainda nos põe diante de outras perguntas, cuja resposta em parte nos escapa. O fato de desaparecer depois de certo período de tempo, sem deixar grandes alterações demonstráveis, é uma característica que a melancolia compartilha com o luto. Constatamos que neste era preciso tempo para executar minuciosamente a ordem da prova de realidade, e que depois de realizado esse trabalho o ego liberta sua libido do objeto perdido. Podemos pensar que o ego durante a melancolia se ocupa de um trabalho análogo: tanto num como noutro falta a compreensão econômica do processo. A insônia da melancolia comprova a rigidez desse estado, a impossibilidade de cumprir a retirada geral dos investimentos, necessária para o sono. O complexo melancólico se comporta como uma ferida aberta atraindo para si, de toda parte, energias de investimento (que nas neuroses de transferência chamamos de “contra investimentos”) e esvaziando o ego até o empobrecimento total; facilmente o complexo melancólico se mostra resistente ao desejo de dormir do ego (Freud, 1917-1996, p. 216).

Para o teórico, a melancolia pode ser compreendida como uma ferida que atrai para si todas as energias que antes poderiam ser investidas para outros objetos, esvaziando e fragilizando o ego. Além disso, o autor chama a atenção para a alternância entre mania e depressão que pode ocorrer na melancolia: na mania, o ego precisa ter superado a perda do objeto (ou o luto pela perda, ou talvez o próprio objeto) e, desse modo, todo o montante de contra investimento, que o doloroso sofrimento da melancolia atraíra do ego para si e ligara, fica agora disponível. No luto, recordações e situações de expectativa mostram à libido, ligada ao objeto perdido à realidade, a inexistência do objeto e o ego. Por assim dizer, indagado se quer compartilhar este destino, deixa-se determinar pela soma de satisfações narcísicas, dadas pelo fato de estar vivo, e desfaz sua ligação com o objeto aniquilado. Esse desligamento é lento e gradual e que, ao terminar o trabalho, também se dissipa o gasto que ele requeria.

As ambivalências que ocorrem na melancolia não possuem acesso ao consciente, enquanto não sobrevém o seu desenlace característico. Esse consiste no fato de que o investimento libidinal ameaçado, finalmente, abandona o objeto, mas só para se retirar de volta

ao lugar do ego do qual havia partido. O amor deixou de ser eliminado por sua fuga para o ego. Após a regressão da libido, o processo pode se tornar consciente e se representa para a consciência como um conflito entre uma parte do ego e a instância crítica.

Segundo Freud (1917-1996), a consciência ao apreender sobre a melancolia pode ajudar na resolução desse estado: o ego degrada-se e se enfurece contra si mesmo e é difícil descobrir uma analogia essencial entre o trabalho da melancolia e o do luto. Neste último, o ego renuncia ao objeto, declarando-o morto, mas com o prêmio de permanecer vivo. Esse processo termina dentro do sistema inconsciente após diminuir os sentimentos negativos vivenciados depois da perda ou com a desistência do objeto por compreender que ele não possui mais valor. O autor, todavia, relata ainda ser impreciso saber qual dessas duas possibilidades ocorrem para a resolução na melancolia e considera que o ego pode nessa situação se desfrutar como na satisfação de poder se reconhecer como o melhor, como superior ao objeto.

2.4. A Suicidologia de Shneidman: uma compreensão moderna do suicídio

A Suicidologia, campo de estudo sobre o suicídio, foi consolidada pelo psicólogo e pesquisador estadunidense, Edwin Shneidman, fornecendo uma análise sobre o tema na atualidade. Para este autor, o suicídio pode ser definido, como: “um ato consciente de aniquilação de si mesmo, mais bem compreendido como um mal-estar multidimensional de um indivíduo com um problema e que percebe o suicídio como a melhor solução para isso”³ (Shneidman, 1993, p. 4), (tradução nossa).

Shneidman compreende o suicídio como um fenômeno multidimensional, influenciado por fatores sociais, biológicos e intrínsecos à história de vida dos sujeitos. Esses fatores confluem em determinado momento da biografia do sujeito, durante o qual existe um sofrimento intenso e desesperador, que levam à percepção do suicídio como única solução para lidar com tal angústia.

³ Suicide is a conscious act of self-annihilation, best understood as a multidimensional malaise in a needful individual who defines the issue for which the suicide is perceived as the best solution.

A Suicidologia de Shneidman considera que cada evento suicida possui um elemento psicológico que ocorre na mente do sujeito: “O suicídio é intencional. Sua intenção é responder ou diminuir certa necessidade psicológica” (1993, p. 3, tradução nossa).⁴ O suicídio seria um ato intencional, com o intuito de responder ou diminuir uma necessidade psicológica. Embora Shneidman considere que ele sempre ocorre na relação dialógica entre sujeito e cultura; para o teórico, o suicídio é sempre um evento individual que ocorre na mente do sujeito. Nessa perspectiva, é a única ação que o sujeito consegue pensar a fim de satisfazer uma necessidade emocional: interromper um mal-estar. Logo, matar a si mesmo é uma estratégia que alguém, em um estado de pensamento constricto, consegue pensar para fugir de seu sofrimento intenso. Com o intuito de compreender esse estado de angústia aguda, Shneidman apresenta o conceito de dor psíquica:

A dor psíquica refere-se à mágoa, angústia, dor, dor psicológica – a dor de sentir excessivamente vergonha, culpa, humilhação, solidão ou medo, ou angústia, ou medo de envelhecer, ou de morrer de uma maneira ruim ou qualquer outra coisa. Quando ocorre, sua realidade é introspectivamente inegável. O suicídio ocorre quando a dor psíquica é considerada pela pessoa insuportável. (1993, p. 51.) (tradução nossa).⁵

A dor psíquica é compreendida como um sofrimento intenso experienciado pelo sujeito. Essa dor, embora não seja física, é impossível de ser visualizada por alguém externo, é real e esmagadora. O autor ainda reitera que podem existir mortes que não tenham sentido lógico para quem morre, como acidentes ou um adoecimento inesperado, mas não existe nenhum suicídio que não possua um significado. Quando existente, esse é um sofrimento insuportável e impossível de ser administrado, levando o sujeito a se matar, não como desejo de morte, porém porque essa ação é percebida como a única possível para solucionar tanta carga de dor. O sentido de uma ação suicida é, então, a comunicação em ato de um sofrimento interno intenso

⁴ suicide is purposive. Its purpose to respond to or redress certain psychological need.

⁵ Psychache refers to the hurt, anguish, soreness, aching, psychological- the pain of excessively felt of shame, or guilt, or humiliation, or loneliness or fear, or angst, or dread of growing old, or of dying badly or whatever. When it occurs, its reality is introspectively undeniable. Suicide occurs when the psychache is deemed by the person to be unbearable.

que não pode ser representado por outra forma. Shneidman também aponta que, tangencial a esse sofrimento intenso, existe uma série de outros problemas do sujeito:

Dor é do que a pessoa que se mata está procurando para escapar. Em qualquer análise atenta, o suicídio é melhor entendido como um movimento combinado para a cessação da consciência e como um movimento longe de emoção intolerável, dor insuportável, angústia inaceitável. De fato, o desejo ou necessidade de efetuar uma cessação da consciência é por causa da dor. Ninguém comete suicídio por alegria, nenhum suicídio nasce da exultação. O inimigo da vida é a dor e quando a dor não vem do próprio soma, então a ameaça à vida vem daqueles que causam a dor ou a dor da emoção dentro da mente do sujeito, a dor em sentir dor⁶ (1993, p. 20) (tradução nossa).

Compreende-se o suicídio como uma forma de escapar do fluxo de pensamentos negativos, de angústia e de um sofrimento mental intenso. Dessa forma, a pessoa nesse estado não deseja a morte e a eliminação de sua existência, considera-se que seja uma ação de enfrentamento a dificuldades intensas durante uma situação na qual o sujeito não consegue vislumbrar alternativas para cessar sua dor psíquica. A pessoa nessa situação pensa de forma constricta tomando o suicídio como única maneira possível de lidar com seus problemas. Esse estado mental é denominado por Shneidman (1993) como visão de túnel, em que a única luz percebida pelo sujeito, em uma percepção distorcida da realidade, é o suicídio para escapar da escuridão de si mesmo.

Shneidman (2014) também se debruça sobre o estado mental de alguém que se mata, considerando que essa pessoa se encontra em intensa perturbação, com aumento de sentimentos negativos contra si mesmo, em um momento que não consegue encontrar outra forma de enfrentamento para sua intensa reflexão interna. Esse estado de desespero ocorre, ainda, em um contexto emocional de desamparo, solidão e desesperança sentidos pela pessoa. O autor

⁶ Pain is what the suicidal person is seeking to escape. In any close analysis, suicide is best understood as a combined movement toward cessation of consciousness and as a movement away from intolerable emotion, unendurable pain, unacceptable anguish. Indeed, the wish or need to effect a cessation of consciousness is because of the pain. No one commits suicide out of joy; no suicide is born out of exultation. The enemy to life is pain and when pain does not come from one's soma then the threat to life is from those who cause the pain or the pain of emotion within one's mind. It is psychological pain of which we are speaking; metapain; the pain of feeling pain.

considera que dois termos são importantes para compreender o suicídio: a perturbação e a letalidade de um sujeito. Enquanto a perturbação refere-se a quão desesperado, agitado ou deprimido o sujeito em sofrimento está, a letalidade é definida como a probabilidade de um sujeito se matar:

Propomos uma dimensão chamada letalidade, definida como a probabilidade de um indivíduo específico se matar (ou seja, acabar morto) no futuro imediato (hoje, amanhã, no próximo dia não no próximo mês). Uma medida da letalidade de qualquer indivíduo pode ser feita a qualquer momento. Quando dizemos que o indivíduo é suicida, queremos transmitir a ideia de que ele está experimentando uma exacerbação aguda (ou aumento) de suas tentativas letais de suicídio, ameaças de suicídio e suicídios cometidos devem ser classificados por sua letalidade⁷ (1993, p. 20) (tradução nossa).

O conceito de letalidade proposto por Shneidman (1993) tem como intuito estabelecer certa predição do comportamento suicida, definindo a probabilidade de um sujeito se matar em breve, pois, segundo o autor, o nível de perturbação sozinho não é capaz de promover um ato suicida. Ele ressalta, ainda, que um indivíduo considerado potencialmente suicida é aquele que está experienciando um aumento tentativo de suicídio com risco real de efetivação da própria morte. Para diminuir o potencial suicida de um sujeito, o trabalho proposto por Shneidman (1993) é o de mitigar ao máximo a perturbação experienciada, fazendo tudo que for possível para que esse sujeito encontre conforto psíquico, seja no ambiente de trabalho, em relacionamentos interpessoais ou familiares.

Para diminuir a letalidade coloca-se um gancho na perturbação e, fazendo o que precisa ser feito, diminui o nível de perturbação, e com essa ação diminui também o nível de letalidade. Quando a pessoa não está mais em uma alta potência suicida,

⁷ We propose a dimension called lethality, defined as the probability of a specific individual's killing himself (i.e., ending up dead) in the immediate future (today, tomorrow, the next day-not next month). A measure of the lethality of any individual can be made at any given time. When we say that individual is suicidal we mean to convey the idea that he is experiencing an acute exacerbation (or heightening) of his lethality. All suicide attempts, suicide threats, and committed suicides should be rated for their lethality.

então os métodos convencionais de psicoterapia podem ser plenamente utilizados⁸ (1993, p. 27) (tradução nossa).

Shneidman aponta uma série de sugestões a serem realizadas a nível individual, a fim de diminuir o nível de perturbação de um sujeito, como “comunicar a situação com outras pessoas significativas, criando ações ao redor da pessoa, indicando preocupação real” (1993, p. 27). Além disso, deve-se aumentar a perspectiva de solução do sujeito que, no momento da ação suicida, encontra-se constricta. O intuito, com isso, é ampliar as possibilidades de enfrentamento do sujeito, de forma que o suicídio se torne uma solução dentre diversas outras para a diminuição da sua dor psíquica. Para além de ações a serem realizadas na prevenção da consumação de um suicídio, Shneidman aponta para aquelas atividades realizadas após, as de posvenção:

De fato, no caso do suicídio o maior problema de saúde pública não é a prevenção do suicídio [...] nem o manejo das tentativas de suicídio (cerca de oito vezes o número de suicídios cometidos relatados), mas o alívio dos efeitos do estresse nos sobreviventes-vítimas de mortes suicidas, cujas vidas são mudadas para sempre e que, ao longo de um período de anos, chegam a milhões. Este é o processo que chamei de "posvenção": aqueles atos apropriados e úteis que ocorrem após o próprio evento de morte (1968b, 1971b). O leitor reconhecerá prevenção, intervenção e posvenção como aproximadamente sinônimos dos conceitos tradicionais de saúde de prevenção primária, secundária e terciária, ou de conceitos como imunização, tratamento e reabilitação (1968b, 1971b)⁹ (2008, p. 23) (tradução nossa).

Shneidman aponta que a maior questão de saúde pública em relação ao suicídio na atualidade é o alívio dos efeitos acarretados por ele nos sobreviventes/vítimas, termo utilizado

⁸ To decrease lethality one puts a hook on perturbation and, doing what need to be done, pulls the level of perturbation- and with that action brings down the active level of lethality. When the person is no longer highly suicidal, then the usual methods of psychotherapy can be fully employed.

⁹ Indeed, in the case of suicide the largest public health problem is neither the prevention of suicide [...] nor the management of suicide attempts (about eight times the number of reported committed suicides), but the alleviation of the effects of stress in the survivor-victims of suicidal deaths, whose lives are forever changed and who, over a period of years, number in the millions. This is the process I have called "postvention": those appropriate and helpful acts that come after the death event itself (1968b, 1971b).

pelo autor a todos aqueles que experienciam a morte de um ente querido por suicídio. Shneidman (2008) considera que diversas pessoas são impactadas por uma morte violenta e permeada por tabus sociais como o suicídio e que necessitam de uma atenção especial para a elaboração de seu luto. A posvenção, nesse sentido, são todas as ações posteriores ao seu acontecimento que procuram diminuir o sofrimento decorrente dessa morte. Logo, o luto decorrente de uma morte por suicídio, devido ao estigma social em torno da temática, possui especificidades:

É óbvio que algumas mortes são mais estigmatizantes ou traumáticas que outras: morte por homicídio, por negligência de si ou de outra pessoa, ou por suicídio. As vítimas-sobreviventes de tais mortes são invadidas por um complexo doentio de emoções perturbadoras: vergonha, culpa, ódio, perplexidade. Eles estão obcecados com pensamentos sobre a morte, buscando razões, culpando e muitas vezes se punindo (Shneidman, 2008, p. 24) (tradução nossa)¹⁰

O suicidologista aponta que sobreviventes e vítimas de uma morte por suicídio costumam sentir emoções distorcidas como vergonha, culpa, ódio e perplexidade, incluindo pensamentos obsessivos e uma punição severa contra si mesmo. A posvenção não se limita ao acolhimento inicial logo após a morte por suicídio, tornando-se um trabalho sistematizado que acompanha a vida do sobrevivente por um período. Shneidman aponta uma série de ações que podem ser incluídas na tarefa da posvenção:

Os esforços da posvenção não se limitam a este estágio inicial de choque, mas são mais frequentemente direcionados para o longo curso, a convivência diária com o luto ao longo de um ano ou mais após o primeiro choque de perda. A posvenção está nos rituais de velório ou de shiva, mas significa mais. Normalmente, estende-se por meses durante o primeiro ano crítico e compartilha muitas das características da psicoterapia: fala, ab-reação, interpretação, segurança, direção e até confronto realizado de forma gentil. Ele fornece um espaço para a expressão de emoções guardadas, especialmente estados afetivos negativos como raiva, vergonha e culpa. Ele coloca estabilidade na vida da pessoa enlutada e fornece um relacionamento interpessoal com o terapeuta que pode ser genuíno, em que

¹⁰ It is obvious that some deaths are more stigmatizing or traumatic than others: death by murder, by the negligence of oneself or some other person, or by suicide. Survivor-victims of such deaths are invaded by an unhealthy complex of disturbing emotions: shame, guilt, hatred, perplexity. They are obsessed with thoughts about the death, seeking reasons, casting blame, and often punishing themselves.

sentimentos honestos não precisam ser suprimidos ou dissimulados¹¹ (Shneidman, 2008, p. 25) (tradução nossa).

A posvenção faz-se atuante em todas as ações de acolhimento, desde o acompanhamento e possibilidade de rituais de despedida, até o trabalho terapêutico individual ou em grupo para elaboração de sentimentos. Considera-se que a posvenção, ao minimizar o sofrimento mental dos sobreviventes, diminuindo esses sentimentos, desempenha também o papel de prevenção de novos suicídios. Dessa forma, embora conceitualmente sejam etapas diferentes de enfrentamento ao suicídio, a prevenção e a posvenção caminham juntas nos cuidados com ele.

[...] a posvenção pode ser vista como prevenção para a próxima década ou para a próxima geração; posvenção pode ser praticada por enfermeiras, advogados, assistentes sociais, fisiólogos, psicólogos e bons vizinhos ou amigos-tanatologia, e com um programa compreensivo sobre saúde mental em qualquer contexto¹² (Shneidman, 2008, p. 27) (tradução nossa).

Shneidman (2008) aponta que o caminho para o enfrentamento e o cuidado do suicídio, nessa década, é o da posvenção, que pode ser praticado por diferentes agentes da saúde e pela comunidade. Para o autor, um programa que tenha efetividade no cuidado de saúde mental deve incluir os três níveis de cuidado: prevenção, intervenção e posvenção. Assim, embora seja um fenômeno que ocorra dentro da mente do sujeito, em um momento de dor psíquica, o suicídio

¹¹Postventive efforts are not limited to this initial stage of shock, but are more often directed to the longer haul, the day-to-day living with grief over a year or more following the first shock of loss. Postvention is in the honored tradition of holding a wake or sitting shiva, but it means more. Typically it extends over months during that critical first year, and it shares many of the characteristics of psychotherapy: talk, abreaction, interpretation, reassurance, direction, and even gentle confrontation. It provides an arena for the expression of guarded emotions, especially such negative affective states as anger, shame, and guilt. It puts a measure of stability into the grieving person's life and provides an interpersonal relationship with the therapist which can be genuine, in that honest feelings need not be suppressed or dissembled (Tradução da pesquisadora).

¹² Postvention can be viewed as prevention for the next decade or for the next generation; postvention can be practiced by nurses, lawyers, social workers, physicians, psychologists, and good neighbors and friends-thanatologists all; and a comprehensive mental health program in any enlightened community will include all three elements of care: prevention, intervention, and postvention.

demanda cuidados e atenção de toda a sociedade, uma vez que os impactos dele acarretam sofrimento individual e social.

2. 5. Contribuições teóricas para a compreensão do suicídio

Diante das diferentes teorizações sobre o suicídio, a partir da perspectiva sociológica, histórica, da Psicanálise e da Suicidologia, apresentadas neste capítulo, podemos realizar algumas considerações sobre a temática. Diferentemente da compreensão religiosa e do senso comum, compreende-se que o suicídio não é fenômeno antinatural, pois que ele acompanha a história desde seus primórdios (Durkheim, 1982; Marx, 2006; Minois, 2018). A historiografia sobre o tema demonstra que, a cada período histórico, esse fenômeno possui especificidades que remontam a seu contexto político, econômico e social.

Nota-se a presença da morte autoinfligida e intencional desde os povos gregos e romanos, quando sequer a noção de suicídio moderna existia, perpassando durante toda a Idade Média, até a atualidade. Nas civilizações antigas do ocidente, na Grécia e em Roma, o suicídio era uma questão filosófica que questionava a qualidade da vida humana (Minois, 2018). Durante a Idade Média, com o poder religioso do catolicismo e com o sistema feudal, ele tornou-se um crime contra Deus e contra a benevolência divina, pois a vida era o bem mais precioso e uma dádiva concedida por Ele. Nesse período, matar a si mesmo era um pecado decorrente de uma tentação diabólica, durante o qual o sujeito não possuía fé o suficiente para vencer o mal. Como a morte autoinfligida representa algo antinatural, sendo contrária ao instinto de preservação da vida concedida por Deus, nesse período, já se inicia a consideração de que o suicídio deveria ser algo da ordem da loucura, de um estado alterado de consciência e de razão.

Ressalta-se, ainda, o sentimento de desespero que aparece desde a Idade Média sob a influência do catolicismo como um fator relevante para compreender o suicídio. Durante esse período, esse sentimento relacionava-se com a falta de fé em um Deus misericordioso, pois como ser onipotente e benevolente, poderia trazer conforto perante as dores e sofrimentos vivenciados em vida. Seja na vida terrena ou na existência eterna, após a morte, esse conforto deveria chegar de alguma forma e não crer nisso era um pensamento impossível nesse contexto

religioso. A morte, nesse contexto, conforme podemos compreender com Philippe Ariès (2017), representava apenas mais uma etapa da existência humana e, portanto, não era temida, uma vez que havia a certeza uma vida eterna.

Somente a partir do Renascimento, com mudanças no pensamento moderno rumo à cientificidade, descobertas em relação ao funcionamento do corpo e ao individualismo possibilitaram a criação de uma palavra que denotasse a ação de se retirar da existência humana de uma vez por todas. Dessa forma, o termo suicídio, como conhecemos na atualidade, surge com a morte intencional e consciente de si mesmo. O individualismo fomenta a possibilidade de o sujeito escolher seu próprio destino e, dentre tais escolhas, optar pelo suicídio. Conforme discutido por Ariès (2017), atualmente, consideramos difícil compreender a morte como fenômeno natural, pois socialmente afastamos esse tema do cotidiano, relegando-a aos espaços hospitalares e relacionando a finitude humana como um fracasso à felicidade prometida pelo sistema capitalista. Nesse sentido, a morte por suicídio adiciona maior complexidade e interditos, pois é violenta e cujo autor foi a própria vítima. Assim, o suicídio é silenciado pela moralidade religiosa e ética da sociedade, sendo percebido como uma ação incompreensível por quem presencia esse tipo de morte.

A Psicanálise, ao questionar o modelo racionalista de Descartes, proporciona uma compreensão mais aprofundada sobre o funcionamento dos desejos humanos. Ao considerar que a maior parte da vida psíquica e de nossos desejos são da ordem do inconsciente e que não somos seres racionais, mas de desejo, ela questiona o modelo de loucura e saúde até então construído. O componente irracional, que é um dos cerne da compreensão da loucura, está em todos os sujeitos e, dessa forma, a normalidade plena e ausente de conflitos psíquicos não existe. Dessa forma, o suicídio, como comportamento incompreensível, torna-se explicável a partir da teoria freudiana, que analisa o ato suicida como direcionamento para si mesmo de sentimento hostis dirigidos a alguém e que não foram externalizados (Freud, 1917-2016).

A Suicidologia de Shneidman (1983) proporciona uma compreensão do suicídio como um estado de sofrimento agudo, trazendo o conceito de dor psíquica para explicá-lo. Ressalta-se que Shneidman evita a correlação do suicídio com transtornos psiquiátricos, enfatizando o estado mental de uma pessoa que realiza um ato suicida. Para esse autor, uma pessoa que efetiva

uma ação suicida não procura a morte, mas sim escapar de uma dor interna percebida como impossível de lidar de outra forma a não ser pela morte de si mesma. A perspectiva de visão de túnel ajuda a compreender o estado constricto e inflexível da consciência do sujeito que, em um momento de intensa perturbação e letalidade, põe fim a sua existência. A letalidade, conforme pontua o teórico, relaciona-se com o quão efetivo o método utilizado pode ser para a consumação de um suicídio, enquanto ela relaciona-se com a agitação e o sentimento de desespero.

Além disso, seu conceito de posvenção aponta para a elaboração de estratégias de enfrentamento ao suicídio tanto a nível individual quanto social. A posvenção compreende todas as ações realizadas após a efetivação de um ato suicida, com o intuito de minimizar o sofrimento em entes queridos, denominados pelo autor como sobreviventes, que perderam alguém por suicídio (Shneidman, 2008). O autor parte de uma compreensão de que esse tipo de morte, devido a seu caráter estigmatizado, pode levar à exacerbação de um sofrimento intenso, podendo gerar outros suicídios. Dessa forma, a posvenção também atua como prevenção comunitária de novos eventos suicidas ao fomentar o acolhimento e o cuidado de sobreviventes.

O suicídio, como sofrimento que ocorre dentro do indivíduo, diz de um sentimento que é social, conforme apontado por Durkheim e Marx. Marx (2006) aponta para uma explicação do suicídio não como sintoma de transtorno mental, mas como sinal de um adoecimento da ordem social. Enquanto a psiquiatria preocupa-se com uma categorização do sofrimento mental em uma perspectiva de desequilíbrio fisiológico, em um viés biológico e reducionista dos fenômenos, a teoria marxiana questiona o desequilíbrio na esfera individual como resultante de relações sociais fragilizadas pelo capitalismo.

Na atualidade, a psiquiatria vigente compreende o desespero como um estado anormal da consciência humana, não porque esse sentimento refere-se à falta de esperança em uma entidade divina, conforme a religiosidade cristã postula, mas porque ele questiona o estado de bem-estar social do capitalismo atual. Dessa forma, compreender o estado mental de uma pessoa que se mata, como pretendido por Shneidman (1983, 2008) e Freud (1974), aponta para a formação de subjetividade e de sofrimentos produzidos pela sociedade capitalista na atualidade. Enquanto isso, os estudos de Durkheim (1982) e Marx (2006) fornecem uma base

política e econômica de como o suicídio tem relações com o social. O sentimento de desespero revela a fratura nas promessas de felicidade plena e individual que se iniciaram com a ascensão burguesa e persistem no capitalismo atual. Portanto, o suicídio, como fenômeno psicológico, deve ser entendido em sua relação social e contextual, compreendendo que, para além de um fenômeno que ocorre na psique humana, ele é influenciado por relações sociais, econômicas e políticas.

Ao entender que o suicídio não é mero produto de um desarranjo psíquico, mas sim socialmente produzido em um determinado contexto histórico e político, que leva ao estado de desespero no indivíduo, abre-se a possibilidade para seu enfrentamento na realidade material. Se a produção do suicídio está nas condições sociais, nas relações da sociedade estabelecidas em tais condições entre o sujeito e outros e consigo mesmo, então, por meio de transformações sociais, possamos lidar com o suicídio. Compreende-se na presente pesquisa que o enfrentamento ao suicídio é realizado a partir de ações de prevenção, posvenção e de promoção à saúde. Todas essas ações têm como intuito o de cuidar do sofrimento psíquico intenso dos sujeitos, possibilitando a autonomia do indivíduo.

Assim, o próximo capítulo apresenta as políticas nacionais e institucionais relacionadas à saúde mental e, principalmente, às políticas especificamente voltadas para o enfrentamento ao suicídio com o intuito de compreender como ele tem sido realizado no contexto acadêmico da Universidade Federal de Goiás.

Capítulo 3. Políticas públicas em Saúde mental e a questão do suicídio

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2014), o suicídio é uma questão de saúde pública, pois sua ocorrência gera impactos sociais e econômicos. Atualmente, enquanto os índices de suicídio têm diminuído em várias faixas etárias, ele tem aumentado na população jovem e se encontra como segunda causa de morte em pessoas entre 15 e 29 anos (Organização Mundial da Saúde, 2018). A primeira causa de morte nessa faixa etária são mortes violentas, como o homicídio e a segunda causa são acidentes automobilísticos. O suicídio, todavia, também se constitui como uma morte violenta, em que a violência é autoinfligida e autor e vítima tornam-se a mesma pessoa.

Conforme analisado no capítulo anterior, o suicídio acompanha a humanidade; contudo, ao longo dos anos e das transformações sociais e políticas, seu significado foi também alterado. Na atualidade, considera-se que ele seja uma alternativa para colocar fim a um sofrimento mental intenso, no qual o sujeito não consegue vislumbrar outra possibilidade para cessar uma dor psíquica (Shneidman, 2008). Dessa forma, a característica principal do suicídio, em nossa sociedade ocidental, relaciona-se com a saúde mental da população, em um momento de intenso sofrimento psíquico.

As discussões sociais e acadêmicas sobre a saúde mental intensificaram-se no Brasil e no mundo a partir das Reformas Psiquiátricas e pela Luta Antimanicomial, iniciadas nos anos 60, na Itália. Por meio da Reforma Psiquiátrica, a concepção de saúde foi ampliada e, dessa maneira, iniciou-se a construção de ações para o cuidado em saúde. No Brasil, compreende-se que a criação do Sistema Único de Saúde de 1989 consolida a luta de movimentos sociais que visam o cuidado da saúde a partir de uma perspectiva ampliada e social. Após a sua implementação, o Sistema Único de Saúde corroborou para o acesso público e gratuito de cuidados em saúde para processos de adoecimento físicos e para o sofrimento mental no território brasileiro.

Enquanto isso, o ambiente acadêmico brasileiro representa um importante espaço de estudos e de discussão sobre os cuidados em saúde mental no país, com produções sobre a temática. Compreende-se que a universidade possui uma relação dialética com a sociedade,

produzindo pesquisas e fomentando o debate em saúde no Brasil, ao mesmo tempo em que tem refletido fragilidades sociais da temática. O presente capítulo tem como objetivo analisar a construção de políticas públicas em saúde mental no Brasil, com enfoque principal naquelas que corroboram para o enfrentamento ao suicídio em uma perspectiva ampliada de saúde mental. Além disso, busca-se investigar as ações institucionais desenvolvidas na Universidade Federal de Goiás que fomentam os cuidados em saúde mental e, especificamente, o enfrentamento ao suicídio.

3.1 Políticas públicas relacionadas à saúde mental

O conceito internacional e nacional de políticas públicas enfatiza o seu “caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população” (Fleury & Ouverney, 2012, p. 18). Sendo assim, as políticas públicas são ações e estratégias governamentais instituídas, cujo objetivo principal é promover qualidade de vida aos cidadãos. O cerne de uma política pública é formado por seus objetivos, de forma que são eles que norteiam todas suas ações de planejamento, de efetivação e de avaliação:

Entende-se por política [de saúde] as decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento (...). As políticas visam tornar transparente a ação do governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis. O cerne de uma política é constituído pelo seu propósito, diretrizes e definição de responsabilidades das esferas de governo e dos órgãos envolvidos (Brasil, 1998, p. 7).

As políticas públicas são uma forma legislativa de implementar ações governamentais que se tornem contínuas ao longo dos anos, mesmo após uma mudança de governança. Além disso, segundo Fleury & Ouverney (2012), esses objetivos são orientados por valores sociais e políticos, de forma a alocar recursos para a construção de políticas públicas. Destarte, existem valores e interesses na elaboração de políticas, compreendendo que existe sempre um campo de disputa ideológica entre os diferentes atores sociais que constroem políticas públicas.

(...) na construção da política de saúde, depara-se com algo que é maior do que propostas setoriais de ganho econômico ou político imediato, com algo que transcende particularidades por representar projetos de classe definidos e estruturados, abrangendo questões mais amplas como modelos políticos, econômicos e de organização social. Aqui, ao elaborar uma política de saúde, deve-se ter em conta que seu formato interage com macroprocessos sociais, que irão delimitar o campo de expansão dessa política, normalmente reforçando-a ou restringindo-a. Contudo, ao definir uma política de saúde, estamos definindo um padrão civilizatório e um modelo de sociedade que desejamos construir (Fleury & Ouverney, 2012, p. 48).

Para compreender a história de construção das atuais políticas de saúde mental no Brasil, que incluem o enfrentamento ao suicídio, retoma-se o movimento de Reforma Sanitária e a Luta Antimanicomial, compreendendo que tais movimentos foram essenciais na disputa política e ideológica. A partir dos anos 60, uma série de movimentos de saúde mental na Europa e nas Américas começou a questionar o modo de cuidado do sofrimento mental (Góis, 2012). O contato com a realidade das instituições de psiquiatria evidenciou os elementos violentos que eram utilizados como formas de tratamento e cura dos sofrimentos mentais. Doravante, tornou-se necessário questionar o significado dos transtornos mentais, bem como das instituições responsáveis pelo seu tratamento, considerando as violências e injustiças denunciadas nos espaços psiquiátricos.

Tais movimentos consideravam que era necessário transformar as formas de cuidado e enfrentamento do sofrimento psíquico, pautando-se em uma perspectiva de que o cuidado em saúde mental deve ser realizado por meio de diversos serviços de saúde, envolvendo o acesso a direitos humanos, à arte e à promoção de vínculos sociais. A Reforma Psiquiátrica questionava não somente a produção dos sentidos da loucura, mas principalmente as relações sociais e institucionais estabelecidas com ela (Basaglia, 1985). Em contraposição à cura, pretendida pelos manicômios, a Reforma Psiquiátrica propõe o cuidado de forma integral como terapêutica para o sofrimento mental.

Para superar o modelo manicomial, era preciso avançar na discussão e prática das questões relativas ao sofrimento psíquico, sobrepujando as práticas tradicionais da psiquiatria, da psicologia e de outras áreas da saúde que havia sido desenvolvida em hospitais psiquiátricos.

Propunha-se, dessa forma, destruir a concepção de que o local dos transtornos mentais era o de hospitais psiquiátricos, escondidos e restritos do restante da sociedade. Construindo, em contraponto a essa perspectiva, uma concepção de cuidado comunitário que ampliasse a compreensão sobre a produção do sofrimento mental, considerando os sujeitos como autônomos e dignos de direitos no que concerne ao seu próprio sofrimento (Góis, 2012).

No Brasil, esses movimentos tomaram força, a partir da década de 1980, período histórico marcado pela redemocratização no país e implementação de uma série de direitos humanos (Amarante, 2007). Um dos referenciais para a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi o movimento político e social de desinstitucionalização do hospital de Trieste, na Itália. Liderado por Franco Basaglia, o movimento propunha não somente o fechamento e desativação dos hospitais psiquiátricos, mas também uma modificação da compreensão cultural sobre o que é loucura, considerando que os cuidados devem incidir sobre o sujeito como totalidade e não sobre a doença em si (Rotelli, 1990).

O movimento de Luta Antimanicomial no Brasil foi formado, principalmente, por profissionais da saúde mental, associações de familiares e pessoas que havia passado por internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos. Nesse contexto, durante a 8ª Conferência de Saúde, realizada em 1986, que contou pela primeira vez com maior participação popular, definiram-se as diretrizes do que viria mais tarde a formar o Sistema Único de Saúde (SUS). No ano seguinte, ocorreu o que ficou conhecido como Congresso de Bauru, também marcado por grande participação popular. A Luta Antimanicomial, além de realizar denúncias sobre violências cometidas em instituições manicomiais, se propôs a construir uma proposta de cuidado em saúde mental comunitária.

A consolidação das lutas para a redemocratização do país e da Luta Antimanicomial podem ser observadas na Constituição de 1988, a chamada Constituição Cidadã, que representa grandes avanços na seguridade de direitos dos cidadãos brasileiros. No referido documento, promulgou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que se pauta em propostas que visam à universalidade do acesso à saúde, a partir da integralização de diferentes territórios e da equidade que visa a atender as diferentes parcelas da população brasileira, segundo suas necessidades específicas (BRASIL, 1990). Dessa forma, a compreensão de saúde é ampliada,

considerando que os contextos social, cultural e político impactam diretamente na promoção de saúde para além de uma perspectiva individual e biológica (Brasil, 2018).

A afirmação do acesso universal à saúde e da gestão descentralizada nos três níveis de governo, permeada pela participação deliberativa da sociedade civil em conferências e conselhos de Saúde, não traduz apenas uma busca por um sistema eficiente e efetivo, mas fundamentalmente a construção de uma sociedade em que a igualdade e a solidariedade são valores fundamentais (Fleury & Ouverney, 2012, p. 53).

Outro marco significativo para os direitos de pessoas em sofrimento mental é a *Lei nº 10.216* de 2001, que dispõe a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Essa legislação institui que o cuidado de pessoas em sofrimento mental deve ser realizado sempre que possível em serviços comunitários de saúde e que a internação de curta permanência deve ser realizada apenas quando outros recursos terapêuticos se mostrarem ineficazes. Ao privilegiar espaços comunitários e diminuir ao máximo a possibilidade de internação como intervenção, a lei representa uma mudança significativa no cuidado de pessoas em sofrimento mental.

Cabral e Darosci (2019) sinalizam que os anos 2000 inauguraram a Política Nacional de Saúde Mental. Essa política estabelece estratégias e diretrizes de assistência a pessoas que necessitam de cuidados em Saúde Mental. Para os autores, dentro dessas diretrizes do SUS, existe a proposta de implementação de uma Rede de Serviços de Saúde que seja plural, atue em diferentes níveis de complexidade e que possa promover a assistência integrada a diferentes demandas. Assim, o modelo manicomial foi legalmente substituído por outras formas de cuidado, que visam a promover autonomia, garantir os direitos humanos e manter os vínculos sociais e comunitários dos usuários de saúde mental.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta por uma série de serviços articulados em rede, descentralizada e pautada em uma perspectiva comunitária e territorial. Essa rede é composta por serviços, como: Centros de Atenção Psicossocial, residências terapêuticas, Centros de Convivência e Cultura, ações de saúde mental na atenção básica e, quando estritamente necessário, leitos de curta permanência em hospitais gerais; além de um

programa nacional para redução progressiva de leitos psiquiátricos e, conseqüentemente, o fechamento de hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2002a; 2002b).

3.1.2 Políticas públicas de saúde mental e enfrentamento ao suicídio

O enfrentamento ao suicídio engloba uma série de ações que envolvem prevenção ao suicídio, posvenção, políticas de fomento à saúde mental, promoção de saúde e políticas de diminuição das desigualdades sociais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2014), em 2013, realizou-se a 66ª Assembleia Mundial de Saúde Mental, que adotou pela primeira vez o Plano de Ação de Saúde Mental, cujo objetivo era diminuir as taxas de suicídio global em 10% no ano de 2020. A diminuição do acesso a medicamentos, pesticidas e armas de fogo são importantes na prevenção do suicídio, visto que são métodos frequentemente usados em sua tentativa. A OMS divide as estratégias para a prevenção ao suicídio em três tipos: estratégias universais que tendem a incluir toda a população e buscam aumentar o acesso a serviços de saúde, promover saúde mental, diminuir o uso abusivo de álcool e limitar o acesso a meios letais ou ainda promover formas responsáveis de notícias pela mídia.

A prevenção seletiva inclui estratégias para grupos específicos de pessoas que sofreram abuso ou trauma, que estão em situação de vulnerabilidade, ou são imigrantes e refugiados, através do treinamento de “guardiões” que assistem a esses grupos e oferecem serviços de ajuda. As chamadas estratégias indicadas visam a indivíduos vulneráveis específicos com apoio da comunidade, acompanhamento para aqueles que deixam os estabelecimentos de saúde, educação e treinamento para profissionais de saúde e identificação e gestão aprimoradas de transtornos mentais e de uso de substâncias. Além disso, a OMS (2014) ressalta que a prevenção pode ser realizada por meio do aumento de fatores de proteção, como relacionamentos interpessoais saudáveis, um sistema de crenças pessoais positivas e estratégias de enfrentamento a problemas.

A Organização Mundial da Saúde (2014) aponta, ainda, para a implementação de uma estratégia nacional para lidar com a questão do suicídio. Segundo a Organização, as estratégias nacionais incluem ações como vigilância, restrição de meios letais, diretrizes da mídia, redução do estigma e aumento da conscientização pública, bem como treinamento para profissionais de

saúde, educadores, polícia e outros vigilantes. Inclui-se também serviços de intervenção em crise e pós-intervenção. Outro aspecto relevante é o fortalecimento de serviços de saúde mental no acompanhamento de pessoas em sofrimento mental e a relevância social da comunidade como um todo no oferecimento de suporte social e diminuição do estigma relacionado à temática. Sabe-se que a ingestão de pesticidas é um dos principais meios para o suicídio, considerando que é um ato impulsivo de alta letalidade, assim restringir a compra desse tipo de produto pode preveni-lo. Ao restringir o acesso a meios para o suicídio, promove-se diminuição da letalidade do ato suicida, permitindo que a pessoa em sofrimento ganhe tempo para considerar outras formas para lidar com sua dor psíquica.

Na América Latina, o Brasil foi o primeiro país a implementar em seu território nacional uma proposta para a prevenção ao suicídio, através da Portaria nº 1.876, de agosto de 2006. Ela institui diretrizes para a prevenção do suicídio no âmbito das unidades federadas (Brasil, 2006). Segundo Stavizki Junior e Cadoná (2019), essas diretrizes têm como objetivo guiar os serviços de saúde mental, já instituídos pela Política Nacional de Saúde Mental, como os Caps. A portaria propõe-se a estabelecer que a Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sejam organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais. A portaria busca uma série de estratégias, como:

1. O desenvolvimento de estratégias de promoção de qualidade de vida, educação, proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
2. O desenvolvimento de estratégias de informação, de comunicação e sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
3. A organização de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
4. A identificação da prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;

5. O fomento e a execução de projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
6. O desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados;
7. A promoção intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais;
8. A promoção da educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (Brasil, 2006, p. 2).

Santos et al. (2019) ressalta, entretanto, que embora as Diretrizes de Prevenção ao Suicídio de 2006 tenham sido empreendidas em alguns estados, elas não se estabeleceram de forma uniforme em toda a extensão brasileira, sendo realizada de forma pouco articulada. Os autores reiteram a necessidade de o Estado brasileiro adotar um plano com ações concretas para a política nacional, incluindo um orçamento específico para o enfrentamento ao suicídio.

Nesse sentido, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio pode sinalizar um avanço nesse enfrentamento. Essa política tem como intuito implementar através da União, em cooperação com estados, Distrito Federal e Municípios, além da participação da sociedade e instituições privadas, as seguintes estratégias:

- i. Prevenir o suicídio e o tratar de seus condicionantes associados, promovendo saúde mental e buscando prevenir a violência provocada, controlar os fatores determinantes e condicionantes de saúde mental, a garantir a atenção psicossocial para pessoas em sofrimento psíquico e com histórico de comportamentos suicidas;
- ii. Promover abordagem a pessoas próximas a vítimas de suicídio para sua assistência psicossocial;
- iii. Fomentar a informação sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública que são possíveis de prevenção; a promoção intersetorial de ações para prevenção ao suicídio através da educação, comunicação, imprensa;

- iv. Promover a notificação compulsória de tentativas de suicídio, suicídio consumado e automutilações da União, dos estados e dos municípios a fim de subsidiar dados para políticas públicas de intervenção;
- v. 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 (Brasil, 2019, p. 1)

De acordo com Stavizki Junior e Cadoná (2019), a PNPAS é inovadora ao considerar a automutilação como expressão de sofrimento mental e objeto de notificação compulsória por serviços de saúde e de educação. Além disso, ressaltam a ação de incluir o serviço público de atendimento telefônico a pessoas em sofrimento psíquico. Contudo, os autores ressaltam que a política não possui embasamento científico suficiente e não menciona o aumento a investimentos que subsidiem as ações contidas na lei. Além disso, para os autores, a PNPAS atribui novas obrigações ao sistema educacional, que é precário e pouco valorizado pelo governo, considerando-se que a obrigatoriedade da notificação compulsória exigida por escolas e Conselho Tutelar ocorre sem formação adequada para a identificação de fatores de risco, o que pode sobrecarregar o sistema de saúde mental.

Os autores analisam que as ações de prevenção ao suicídio de abrangência nacional não são possíveis de serem efetivadas devido às complexidades e especificidades de cada região do Brasil, que possui características singulares no fenômeno do suicídio. Dessa forma, eles propõem ações de prevenção ao suicídio em regiões e municípios com o desenvolvimento de políticas estatais. Ressaltam, ainda, que, na atualidade, o que ocorre são iniciativas voluntárias de alguns profissionais da área de Saúde Mental ao promoverem ações preventivas em suas regiões, o que demonstra que uma política de saúde mental para a prevenção ao suicídio, é possível somente dentro de um contexto em que exista interesse político e alocação de recursos para sua implementação.

Além das políticas específicas de saúde mental e de prevenção ao suicídio, é relevante voltar-se para as políticas de promoção de saúde desenvolvidas pelo Estado brasileiro. Segundo o Ministério da Saúde, a promoção de saúde é compreendida como:

Um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social (Brasil, 2018, p. 8).

Dessa forma, a promoção de saúde abrange todas as políticas públicas que buscam promover qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades sociais. Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), implementada em 2006, busca desenvolver estratégias que melhorem a qualidade de vida dos brasileiros, promovendo equidade e melhoria em condições de vida, ampliando as potencialidades da saúde individual e coletiva ao reduzir riscos à saúde decorrentes de determinantes sociais, políticos, econômicos, ambientais e culturais, a partir de alguns princípios norteadores:

- a) reconhecimento da subjetividade individual e coletiva nos processos de atenção e cuidado da saúde e da vida;
- b) consideração da solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça e inclusão social como valores fundantes no processo de sua concretização;
- c) adoção de princípios como equidade, participação social, autonomia, empoderamento, a intersetorialidade, intrasetorialidade, sustentabilidade, integralidade e a territorialidade (Brasil, 2018, p. 11).

Dentre os diversos eixos de discussão dessa política pública, destaca-se a produção de saúde e de cuidado, que é descrita como o esforço em incorporar nas redes de saúde práticas de cuidado humanizadas, pautadas em necessidades comunitárias com a participação popular, que promovam a interlocução entre as diversas formas de saber, para que a construção dessas práticas seja pautada nos princípios da integralidade, do cuidado e da saúde (Brasil, 2018, p. 15).

Isso significa compreender a saúde de forma ampliada e considerar a responsabilidade dos diversos setores sociais que atuam na promoção da saúde. Essa forma de lidar com a saúde tem relação direta e pode ser compreendida como prevenção de suicídio, pois busca fortalecer

vínculos individuais e coletivos, promovendo cuidado e formas de intervenção que diminuam desigualdades sociais que levam ao surgimento de sofrimento mental e, dessa forma, do fenômeno do suicídio. Além disso, outro ponto de relevância na PNPS é a consideração da participação da comunidade e dos atores sociais na construção, desenvolvimento e avaliação das estratégias desenvolvidas.

Em uma perspectiva participativa, a PNPS busca o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos. A PNPS, ao se voltar para uma perspectiva que melhora a qualidade de vida dos cidadãos em sua totalidade, constitui-se como estratégia de enfrentamento ao suicídio. Todas as ações que são voltadas para a promoção de saúde perpassam, em alguma medida, o enfrentamento e a prevenção, a fim de fortalecer vínculos sociais e fomentar a qualidade de vida, que são fatores de proteção contra o suicídio.

3.1.3 Políticas de enfrentamento ao suicídio em Goiás e em Goiânia

No estado de Goiás, nota-se um aumento de violências interpessoais e autoprovocadas nos últimos anos, acompanhando o aumento de taxas nacionais. O estudo realizado por Rodrigues, Oliveira, Silva & Pinheiro (2020), sobre epidemiologia do comportamento suicida em Goiás, indica que entre janeiro de 2010 a dezembro de 2019 foram notificados no estado 58722 casos de violências interpessoais/autoprovocadas. Desse total, 9428 foram relativos à prática de lesão autoprovocada, com um crescimento expressivo de 89% entre os anos de 2014 e 2015; de 82% entre 2017 e 2018 e de 80 % entre 2018 e 2019 (Rodrigues, Oliveira, Silva & Pinheiro, 2020).

Em relação à idade das vítimas, as lesões autoprovocadas concentraram-se na faixa etária adulto jovem de 20 a 39 anos, independentemente do sexo. Enquanto isso, a faixa etária de 10 a 19 anos aparece em segundo lugar. Como em outras regiões do Brasil e do mundo, nota-se que em Goiás o comportamento suicida é gendrado, com maior consumação do suicídio em homens e com maiores índices de tentativas em mulheres (Rodrigues, Oliveira, Silva & Pinheiro, 2020).

No tocante às políticas estaduais de saúde mental, encontrou-se apenas a lei nº 21.292, que instituiu a Política Estadual de Atenção, Cuidados e Proteção da Saúde Mental (Goiás, 2022). Essa lei política foi implementada em 2022 e possui como objetivos:

I - Prevenir e conscientizar a população sobre os problemas causados pelos transtornos mentais e emocionais;

II - Combater a violência psicológica contra crianças, adolescentes, idosos e mulheres;

III - Incentivar o acolhimento humanizado e a orientação das crianças, adolescentes, idosos e mulheres em situação de vulnerabilidade;

IV - Incentivar a adoção de medidas de prevenção e tratamento da depressão e demais transtornos dessa natureza;

V - Valorizar a vida humana e incentivar a adoção de medidas de prevenção à prática do suicídio, da automutilação e da violência autoprovocada;

VI - Estimular a adoção de medidas de atenção à saúde mental de forma humanizada, mudando o foco da hospitalização como centro ou única possibilidade de tratamento às pessoas com transtornos mentais;

VII - Estimular a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária;

VIII - Estimular o atendimento às pessoas com transtornos mentais próximo à família e o cuidado terapêutico conforme o seu quadro de saúde;

IX - Estimular a implantação de atendimento multiprofissional, com projeto terapêutico, buscando a reinserção do paciente (Goiás, 2022, p. 1).

Esta política, que entrou em vigor recentemente, busca assegurar o acolhimento de pessoas com transtornos mentais na Rede de Assistência Psicossocial de Goiás e incentiva o fomento à formação continuada e realização de campanhas para diminuição da saúde mental como estigma. Em Goiânia, capital do estado de Goiás, que possui atualmente 1.516.113 habitantes, entre 2015 e 2020, foram notificados 14.805 casos de violências interpessoais e autoprovocadas no município (Goiânia, 2021).

Desse número, 64% foram de residentes em Goiânia e 27,2% referem-se às lesões autoprovocadas, incluindo automutilações e tentativas de suicídio. Em relação ao gênero das violências autoprovocadas, cerca de 70% ocorreram no sexo feminino e 30% em homens. Na população em geral, o aumento percentual foi de 456,4%, com acréscimo significativo em adolescentes. No que concerne à raça das vítimas, de acordo com a pesquisa, houve predominância de notificações para pessoas negras em todos os anos analisados e, em relação à escolaridade, a maioria foi de sujeitos com ensino médio completo ou incompleto. A situação conjugal da vítima mais registrada foi a de solteiro em todos os anos, sendo que, somente em 2020, o número de registros dessa variável como ignorado foi o mais notificado (Goiânia, 2021).

Ressalta-se que mais de um terço das vítimas relatou violências prévias a essa notificação; além disso, a maioria dos registros foi de residentes na zona urbana, encontrando correlação entre uso de álcool com as tentativas de suicídio. Quanto à notificação de suicídios efetivados, foram registrados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) o total de 613 em Goiânia, no período de 2015 a 2020. Em todo os anos, o suicídio foi mais frequente nos homens. Neste período, a taxa geral em Goiânia variou, tendo como menor taxa os anos de 2015 e a maior com 8,0 por 100.000 habitantes em 2019. Em relação às características sociodemográficas, as maiores taxas de suicídio foram observadas entre os adultos nos últimos 2 anos, enquanto as de idosos prevaleciam nos anos anteriores. Destaca-se que, em 2018, adolescentes apresentaram a maior taxa de óbito por suicídio e, ao considerar todo o período, houve o maior aumento percentual dentre os ciclos de vida desses registros.

No ano da pandemia, em 2020, a taxa de suicídio dos adolescentes foi a segunda maior, após os adultos, observando uma queda desse registro em idosos. A escolaridade mais frequente foi a de 8 a 11 anos em todo o período, exceto em 2018 (ano que prevaleceu os óbitos de adolescentes), em que a escolaridade de 4 a 7 anos foi a mais registrada. Essa taxa encontrava-se sempre em segundo lugar nos outros anos e, em 2019, foi superada pelo de 12 ou mais anos de escolarização. Em todo o período, pessoas com nenhuma escolaridade foram menos registradas e pessoas solteiras foram as que mais efetivaram o suicídio, sendo mais da metade nos últimos três anos analisados.

Os dados da SINAM de Goiânia indicam um aumento exponencial do número de tentativas de suicídio e de suicídios consumados entre jovens, sendo a faixa etária que mais cresce essa ocorrência nos últimos tempos. Mulheres negras jovens são as principais vítimas de comportamentos autolesivos, enquanto homens sem raça especificada pela pesquisa efetivam as maiores taxas de suicídio.

No tocante às formas de enfrentamento ao suicídio desenvolvidas no município, em 2021 entrou em vigor a Portaria 580/2021 que institui a Linha de Cuidado Integral às Vítimas de Tentativas de Suicídio (LIVITS) e estratégias para sua implementação em Goiânia. Tal portaria ainda reitera a necessidade de preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de Violências Interpessoais e Autoprovocadas e o encaminhamento para a RAPS. Além disso, busca restringir acesso a meios letais como arma de fogo e pesticidas, atuar juntamente com o CVV e com mídias para a comunicação adequada sobre o tema. Como objetivos específicos a portaria busca:

1. Desenvolver e articular com outros setores a realização de ações de promoção da saúde, buscando intervir nos determinantes e condicionantes do suicídio;
2. Qualificar as informações sobre esse evento por meio dos sistemas de informação existentes (mortalidade, notificação, internação, outros), buscando conhecer a magnitude, gravidade do suicídio e tentativas, e populações em situação de maior risco e vulnerabilidade com vistas à formulação e implementação de ações de enfrentamento do problema;
3. Estabelecer e definir competências e fluxos da RAS, incluindo os vários pontos de atenção à saúde (Atenção Primária, Serviços de Urgências e Emergências e RAPS), garantindo-se a integralidade e a resolutividade no cuidado. Considera-se, também, a complementaridade de serviços e ações de saúde do SUS, via regulação dos casos, quando necessário;
4. Implantar protocolos específicos nas situações de sofrimento mental, ideação e planejamento suicida, tentativas de suicídio e automutilação;

5. Ofertar educação permanente aos gestores(as) e profissionais de saúde e de outros setores envolvidos na prevenção do suicídio e no cuidado e proteção às pessoas vítimas de violências autoprovoçadas;
6. Promover capacitações para gestores(as) e profissionais dos serviços de saúde da atenção primária, secundária e terciária; de serviços públicos, privados e filantrópicos (ambulatórios, centros de saúde, clínicas, CAPS, Upas, pronto socorro, hospitais, outros); e no nível distrital e central, sobre vigilância e prevenção do suicídio, manejo clínico adequado, e seguimento das pessoas vítimas de tentativa de suicídio e de automutilações;
7. Desenvolver campanhas e ações de prevenção do suicídio de forma contínua, durante todo o ano, voltada para a população em geral, e em articulação com outros setores e com o controle social;
8. Implementar as ações de vigilância e acompanhamento dos casos de forma sistemática, vinculando os(as) usuários(as) vítimas de violências autoprovoçadas aos CAPS e/ou Atenção Primária, em conformidade com a territorialização, a equidade e os princípios da humanização. Essas ações poderão ser feitas por telefone, visitas domiciliares e busca ativa de casos, quando necessário;
9. Implementar e qualificar a notificação compulsória de violências autoprovoçadas;
10. Desenvolver ações de prevenção das violências autoprovoçadas em parceria com outros setores governamentais (educação, assistência social, conselho tutelar, outros) e não governamental, incluindo parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV), instituições de ensino e pesquisa, conselhos de direitos, controle social e setor privado;
11. Diminuir a morbidade e mortalidade por violências autoprovoçadas no município de Goiânia, por intermédio das ações de vigilância, prevenção, controle, monitoramento, e atenção integral aos(às) usuários(as) vítimas de tentativas de suicídio e de automutilações e das pessoas com fatores de risco e grande vulnerabilidade ao evento (Goiânia, 2021, p. 316).

A Linha de Cuidados às Vítimas de Tentativas de Suicídio inicia-se, a partir do primeiro contato do sujeito com o SUS, por meio de qualquer unidade de serviço de saúde. As escolas, serviços da assistência social, conselhos tutelares ou outros pontos da Rede de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Violências de Goiânia também são considerados porta de entrada e podem notificar e encaminhar casos às unidades de saúde com base em critérios de gravidade e regionalização da saúde. A Linha ainda reitera a necessidade de uma rede articulada de cuidados a pessoas em intenso sofrimento que tentam ou efetivam o suicídio, considerando-o um fenômeno multifatorial que precisa de estratégias de enfrentamento no âmbito da saúde pública, articulada aos princípios do SUS.

3.2 O suicídio no meio acadêmico

Atualmente, não são raros os casos de morte por suicídio no contexto universitário e, nos últimos anos, pode-se notar um aumento de notícias relacionadas a esse tipo de morte em universitários (Dutra, 2012). Considera-se, assim que, para além de um problema de saúde pública, a morte por suicídio no âmbito acadêmico revela as fragilidades do ensino superior no processo formativo dos sujeitos e, dessa forma, questiona-se o papel dessa instituição na produção do sofrimento psíquico.

No Brasil, a universidade é uma instituição importante, pois ela possui um papel na formação dos cidadãos e da sociedade. Segundo Resende (2005), as universidades brasileiras estruturaram-se tardiamente e possuem um caráter estatal, baseado no modelo das universidades francesas e alemãs; além disso, a formação de grande parte das pessoas que está no mercado de trabalho, na administração política do país e, em especial, dos professores dos ensinos fundamental e médio do sistema escolar, assim como dos professores da própria universidade. Tudo isso interfere de maneira substancial nos vários rumos da sociedade, por meio dos alunos que forma e pela maneira como ela atua no ensino, na pesquisa e na extensão.

Destarte, a universidade é um espaço de formação privilegiado na sociedade brasileira. Horkheimer insiste que a sociedade precisa se atentar às limitações que ocorrem na universidade, pois “os elementos democráticos que ainda existem neste espaço educacional são importantes para muitos professores e estudantes no sentido de lhes abrir os olhos em relação a

atitudes que são, ao mesmo tempo, perniciosas ao indivíduo e geradoras de barbárie no contexto social” (Resende 2005, p. 102), Deve-se também, segundo ele, pensar a universidade como um espaço de formação reconhecido socialmente. Além disso, a universidade está sempre inserida em um contexto social amplo e as especificidades culturais existentes reverberam em sua constituição.

Consoante Chauí (2003, p. 5), a “universidade é uma instituição social e como tal exprime de maneira determinada a estrutura e o modo de funcionamento da sociedade como um todo”. Assim, a universidade está inserida dentro de um contexto social específico, no sistema capitalista moderno, que demanda dos sujeitos produtividade e flexibilidade. Entretanto, devido ao seu caráter de instituição social como ação social, ela possui uma autonomia e um regimento interno legitimados.

A partir das revoluções sociais do século XX e com as lutas sociais e políticas desencadeadas a partir delas, a educação e a cultura passaram a ser concebidas como constitutivas da cidadania e, portanto, como direitos dos cidadãos, fazendo com que, além da vocação republicana, a universidade se tornasse também uma instituição social inseparável da ideia de democracia e de democratização do saber: seja para realizar essa ideia, seja para opor-se a ela, no correr do século XX a instituição universitária não pôde furtar-se à referência à democracia como uma ideia reguladora (Chauí, 2003, p. 5).

Dessa forma, desde seu surgimento, a Universidade assumiu um compromisso com o ensino a partir de uma perspectiva democrática e, na atualidade, seu desafio é continuar realizando seu compromisso diante da demanda do sistema capitalista para uma formação técnica focada simplesmente para o mercado de trabalho. Enquanto as instituições estão comprometidas com a universalidade de seu acesso para todos, as organizações aspiram somente seu próprio sucesso por meio da competitividade. O que Chauí (2000) denuncia é que, hodiernamente, as universidades têm seu funcionamento aproximado a de uma organização.

Para a autora, a universidade deveria se compreender como processo de autonomia, aquela que entende as contradições do sistema capitalista e que, por diversas vezes, iremos ser subsumidos a ele, mas que resiste a esse poder e que fomenta o pensamento crítico a essa realidade. Segundo Chauí (2000), “a busca da autonomia do saber, e, portanto, a ideia de uma

universidade crítica, é aquela que compreende e interpreta o processo de determinação das instituições pelo mercado – e cria armas de combate teórico e prático contra esse processo (p. 49). Esse procedimento, proposto pela teórica, busca se comprometer com o objetivo da universidade, como local de produção de autonomia do saber, entendendo todas as limitações decorrentes do sistema capitalista. A instituição universitária compromete-se não só com a formação técnica do saber, mas com a promoção social e com o compromisso de oferecer educação como um direito dos sujeitos.

O que Chauí reflete é que o caráter produtivista, por meio da institucionalização de disciplinas, horas-aula e avaliações, está em dissonância com a valorização do processo educativo. Essa característica, que compreende a educação como produto mercadológico, é prejudicial tanto para docentes, que se veem sobrecarregados com demandas, quanto para estudantes, que se deparam com avaliações e prazos para produção cada vez maiores. Tudo isso, conforme a autora, gera insatisfação e, para a perspectiva aqui compreendida, gera também sofrimento.

Esse processo educativo universitário fomenta a semiformação discutida por Adorno (2005), que corrobora para a produção de uma subjetividade completamente moldada para os interesses do mercado de trabalho. Essa forma de educação é esvaziada de sentido, pois incita somente a aprendizagem de técnicas, e não a reflexão crítica e a autonomia individual e coletiva. É nesse contexto que a universidade produz sofrimento, ao demandar aos estudantes a desumanidade mercadológica que incita a produtividade e a competitividade. Ao se depararem com um sistema que desvaloriza tudo que é humano, eles esvaziam a si mesmo, tornando o próprio processo educativo sem sentido.

De acordo com Chauí (2000), no capitalismo moderno, existe o interesse pela flexibilidade, que indica a capacidade adaptativa a mudanças contínuas, inesperadas e infinitas. O capitalista e sua reiteração dentro da universidade por meio de seu funcionamento organizacional prometem aos sujeitos um sucesso e felicidade que jamais serão possíveis dentro desse modelo. O capitalismo tardio demanda, cada vez mais, exigências de flexibilidade e habilidades inalcançáveis, pautando-se por meio do discurso que o esforço individual é o

determinante para o sucesso pessoal. O fracasso em alcançar um modelo de produtividade na universidade e no mercado de trabalho são sentidos pelos sujeitos como fracasso individual.

O sentimento de fracasso individualizado pelo discurso capitalista hegemônico, que adentrou o funcionamento das estruturas educacionais, corrobora para a produção do sentimento de desespero e desesperança presentes no fenômeno do suicídio. Se o suicídio, conforme Durkheim e Marx, está intrinsecamente relacionado ao modelo econômico que vivemos, a universidade, enquanto se alinha a esse discurso, também corrobora para sua produção. O suicídio, como ato de desespero, em que o sujeito não consegue vislumbrar nenhuma alternativa para seu sofrimento, expressa o fracasso social em acolher as fragilidades humanas.

Nos últimos anos, alguns estudos sobre o fenômeno do suicídio têm sido realizados. Uma pesquisa feita em um hospital universitário da Universidade de São Paulo sobre tentativas de suicídio em jovens, entre 1988 e 2004, encontrou que a maioria dos adolescentes, que realizava esse ato, sentia-se desvalorizada em seu núcleo sociofamiliar (Ficher & Vansan, 2008). Ademais, de acordo a investigação dos autores, problemas relacionais foram determinantes para sua tentativa de suicídio. A revisão de literatura realizada por Dutra (2012) encontrou que o suicídio em estudantes universitários entre 20 e 24 anos é a terceira maior causa de morte nesses jovens e que a incidência de pensamentos e comportamentos suicidas tem crescido de acordo com os serviços de saúde mental das universidades.

Os estudos também ressaltam que o abuso de substâncias psicoativas contribui para maior incidência de pensamentos suicidas e comportamento de risco e um menor desempenho acadêmico. Enquanto isso, a revisão bibliográfica de Almeida, Benedito & Ferreira (2019) encontrou que estresse acadêmico, questões socioeconômicas, distância da família e preconceito podem desencadear sofrimentos psíquicos e idealização suicida no âmbito acadêmico.

Azevedo, Silva & Lima (2019), em uma investigação sobre o fenômeno do suicídio em estudantes do curso de Psicologia de Santa Cruz/RN, encontraram que mais de 50% da amostra investigada sentia vontade de morrer e que desse percentual 47,22% queriam se suicidar. Em relação a tentativas de suicídio, mais de 10% já fizeram uma tentativa e que 6,67% tentaram

mais de duas vezes. Os autores alertam para a relevância dessa informação, considerando que a amostra foi composta por 63 alunos, o que indica que 1 em cada 10 estudantes já fizeram uma tentativa de suicídio. Os participantes da pesquisa de Azevedo, Silva & Lima (2019) apontaram que quase 30% da amostra referiu-se à sobrecarga e ao estresse diante das demandas acadêmicas. O estudo de Sánchez, Cáceres & Gómez (2002), para a investigação de ideação suicida em estudantes de Bogotá, ressalta que a exposição a uma morte por suicídio pode ser considerada um dos fatores para o desencadeamento de pensamentos suicidas.

No âmbito acadêmico, o suicídio de um estudante pode afetar toda a comunidade universitária, desde os colegas, conhecidos até professores e funcionários. Dessa forma, as estratégias de enfrentamento desenvolvidas no ambiente universitário, após a ocorrência de um suicídio na comunidade acadêmica, são de extrema relevância para diminuir novas incidências de suicídios. Segundo Fukumitsu (2019), nos ambientes escolares e no ensino superior, as propostas de posvenção abrangem atividades de intervenção em crise, ações para a valorização da vida e para o desenvolvimento psicossocial e emocional da comunidade escolar. Além disso, permite a criação de ferramentas para o enfrentamento ao luto por suicídio para aqueles que conviviam com alguém que se suicidou e realiza encaminhamentos psicológico e psiquiátrico para aqueles sujeitos em situação de vulnerabilidade.

A universidade, como espaço privilegiado para a discussão de questões sociais, é um campo profícuo para o tensionamento de ideias sociais. Entende-se que a universidade, ao mesmo tempo que se constitui esse espaço, faz parte do contexto social e histórico no qual está inserido. Assim, a fim de compreender as políticas institucionais de enfrentamento ao suicídio que são desenvolvidas na Universidade Federal de Goiás, a presente pesquisa busca identificar como elas foram construídas ao longo dos anos na instituição, a partir de discussões e de questionamentos sobre a produção de saúde; compreendendo, ainda, como grande parte dessas indagações começa de um pensamento crítico que nasce no ambiente acadêmico de formação.

3. 3. A Universidade Federal de Goiás e o enfrentamento ao suicídio

Em Goiás, o ensino superior iniciou por meio de instituições isoladas, que surgiram a partir das necessidades de formação profissional, principalmente, dos grupos dominantes. Em

1898, o ensino superior em Goiás foi criado com a fundação da Academia de Direito de Goyaz (Resende, 2005). A Universidade Federal de Goiás foi criada em dezembro de 1960, reunindo alguns cursos que já existiam em Goiânia, como: Direito, Farmácia e Odontologia, Medicina, Escola de Engenharia e o Conservatório de Música (Resende, 2005).

Atualmente, a Universidade Federal de Goiás possui 104 cursos de graduação presenciais e 22 mil estudantes, distribuídos em quatro campus, Goiás e Goiânia. Na capital, a UFG conta com o Câmpus Aparecida de Goiânia, o Câmpus Colemar Natal e Silva e o Câmpus Samambaia. Na Regional Goiás, a UFG oferece 7 cursos divididos em duas Unidades Acadêmicas Especiais. Além da graduação, a UFG atua na Educação Básica e, ainda, oferece 78 cursos de pós-graduação *stricto sensu* entre mestrados, doutorados e mestrados profissionais, com mais de 4.200 alunos. A Universidade, até 2018, ainda era composta por duas regionais, em Catalão e em Jataí e que, atualmente, tornaram-se respectivamente Universidade Federal de Catalão e Universidade Federal de Jataí. A interiorização do ensino superior público e gratuito em Goiás representa o fortalecimento de uma educação democrática que foi espaço privilegiado de investimentos públicos nos governos anteriores ao golpe de 2016.

Em relação às características da comunidade discente, a V Pesquisa do Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Universidades Federais, realizada pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes, 2019), teve como objetivo caracterizar a população universitária do Brasil (UFG, 2019). A maior parte da amostra, cerca de 55%, foi composta pelo sexo feminino, enquanto 45% por estudantes do sexo masculino.

No que concerne aos estudantes da Universidade Federal de Goiás no ano de 2019, a instituição contava com 30.366 estudantes. Deste número, cerca 44% de eram pardos, 40% brancos, 11% pretos não quilombola, 3% amarela, 1% quilombola e menos de 1% indígena. Além disso, 74,8% possuíam renda bruta per capita entre 0 e 1,5 salário-mínimo e 63,10% dos estudantes vieram de escolas públicas.

Os dados também indicam aumento do número de estudantes que ingressaram por meio de cotas entre os anos de 2005 e 2018. Além de dados sociodemográficos, a pesquisa buscou compreender dificuldades emocionais dos estudantes das universidades brasileiras. De acordo

com a pesquisa, mais de 60% da amostra de estudantes da UFG relataram ansiedade, quase 20% descreveram comportamentos suicidas e cerca de 30%, sentimentos de desamparo e desespero, que são amplamente relacionados a comportamentos suicidas (UFG, 2019).

Na Universidade Federal de Goiás, algumas resoluções promovem inclusão social e protegem os direitos dos estudantes. A tabela a seguir ordena, de forma cronológica, a implementação de resoluções na UFG, que dispõe sobre promoção de saúde e inclusão dos estudantes:

Tabela 1: Resoluções a promoção de equidade social desenvolvidas na Universidade Federal de Goiás

Resolução	Objetivo	Ano de implementação
Programa Universidade Saudável	Integrar ações de promoção à saúde nas políticas e práticas universitárias.	2007
Resolução Consuni N° 29/2008-UFGInclui	Fomentar a inclusão de estudantes através de vagas a grupos sociais minoritários.	2008
Resolução Consuni N° 14/2014	Dispor sobre o uso de nome social.	2014
Resolução Consuni N° 15/2014	Articular ações de direito à diversidade, promover a pluralidade de ideias, ampliar a inclusão e contribuir para o fortalecimento de uma política universitária equalitária.	2014

Resolução Consuni N° 12/2017	Planejar, executar, acompanhar e realizar avaliações de suas ações, contribuindo para a permanência estudantil e reduzir as desigualdades de permanência entre estudantes da universidade.	2017
Resolução Consuni N° 12/2017	Dispor sobre normas e procedimentos a serem adotados em casos de assédio moral, sexual e quaisquer formas de preconceito.	2017
Resolução Consuni N° 08/2018	Promover ambiente de segurança e tranquilidade nos espaços universitários.	2018
Resolução Consuni N° 98/2021	Possibilitar acréscimo de uma vaga em cada curso para indígenas oriundos e negros quilombolas oriundos de escolas públicas. Criar ações de promoção ao melhor desempenho e redução de evasão de estudantes cotistas.	2021

Fonte: Autoria da pesquisadora.

Nota-se que a Universidade Federal de Goiás tem sido pioneira em algumas ações de promoção de saúde mental, como a resolução de 2008 para a implementação do UFGInclui, que promoveu a criação de cotas a grupos sociais minoritários e a Resolução nº 14/2014 para o uso de nome social na população trans da universidade. A permanência estudantil de grupos minoritários no ensino superior ainda foi ampliada por meio da Coordenadoria de Ações Afirmativas de 2014, por meio do Política de Assistência Social Estudantil (PASE) de 2017.

Além disso, a Resolução nº 98/2021, em específico, fomenta ações para a permanência de grupos cotistas, diminuindo a sua evasão.

Pode-se compreender essas ações como políticas sociais, definidas como “como conjunto de ações que objetivam a promoção da igualdade e do bem-estar, enfatizando, assim, os valores que guiam tais ações” (Iturri, 2013, p. 36). A inclusão de estudantes no ensino superior e a busca pela equidade entre os estudantes são formas de respeito aos direitos humanos em consonância com a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), que tem como intuito melhorar a qualidade de vida de todos os brasileiros, reduzindo as diferenças sociais entre os diferentes sujeitos. Assim, ao compreender o suicídio de forma ampliada e em face de determinantes sociais, pode-se considerar que todas as políticas desenvolvidas pela Universidade Federal de Goiás fazem parte da promoção de saúde mental, embora não sejam especificamente voltadas para a prevenção do suicídio.

Para além da análise das portarias e resoluções da universidade, a presente pesquisa debruça-se sobre as ações práticas de enfrentamento ao suicídio, que são produzidas neste ambiente. Para isso, foram realizadas entrevistas com profissionais da saúde mental na Universidade Federal de Goiás. A coleta de informações, por meio de entrevistas semidirigidas, permitiu um aprofundamento da temática, visto a lacuna de documentos institucionais sobre o enfrentamento ao suicídio. Portanto, o intuito do próximo capítulo é apresentar o percurso metodológico desenvolvido pela pesquisa *Estratégias de enfrentamento ao suicídio na Universidade Federal de Goiás: um estudo crítico*, bem como realizar uma análise do fenômeno do suicídio no ambiente acadêmico a partir de uma perspectiva crítica de autores da Teoria Crítica da Sociedade.

Capítulo 4. Enfrentamento ao suicídio na Universidade Federal de Goiás

[...] Prefiro encerrar a conversa sugerindo à atenção dos nossos ouvintes o fenômeno de que, justamente quando é grande a ânsia de transformar, a repressão se torna muito fácil; que as tentativas de transformar efetivamente o nosso mundo em um aspecto específico qualquer imediatamente são submetidas à potência avassaladora do existente e parecem condenadas à impotência. Aquele que quer transformar provavelmente só poderá fazê-lo na medida em que converter esta impotência, ela mesma, juntamente com a sua própria impotência, em um momento daquilo que ele pensa e talvez também daquilo que ele faz (Adorno, 1969-2020, p. 185).

A presente pesquisa, *Suicídio no contexto acadêmico: uma análise sobre as estratégias de enfrentamento na Universidade Federal de Goiás*, é uma pesquisa qualitativa, um estudo de caso, cujo objetivo principal foi investigar as estratégias de enfrentamento ao suicídio desenvolvidas na Universidade Federal de Goiás. A Teoria Crítica da Sociedade foi fundamentação teórica para a análise dos dados, buscando como objetivos específicos:

- a) Compreender o suicídio enquanto fenômeno social e como se manifesta na sociedade brasileira;
- b) Entender como o fenômeno do suicídio se expressa em estudantes universitários;
- c) Analisar as intervenções realizadas acerca do suicídio a partir das percepções e vivências de profissionais da saúde dos serviços de promoção em saúde mental ofertados pela Universidade Federal de Goiás.

Compreende-se que a pesquisa qualitativa, como fazer científico, tensiona o estado vigente de cientificidade moderna que se pauta pela abstração e neutralidade, algo pretendido pela racionalidade moderna, conforme discutido por Adorno e Horkheimer (1985). Segundo Garcia e Rueda (1996), o método refere-se às vias de operações e atividades concretas e específicas que possibilitam ao pesquisador a realização de análise dos objetos de investigação. A pesquisa qualitativa, então, é um modo investigativo que repousa em uma perspectiva

interpretativa, em contraposição a uma perspectiva descritiva da realidade (Garcia & Rueda, 1996).

Nesse tipo de pesquisa, ao mesmo tempo em que se busca compreender a realidade, cria-se e transforma a própria realidade através das intervenções que realiza. Assim, o pesquisador torna-se um agente de transformação social imbricado na (re)construção da realidade. Dessa forma, é impossível compreender a ciência de forma objetiva e puramente racional, uma vez que o pesquisador carrega consigo para o estudo de seu objeto de pesquisa toda sua subjetividade (Crochík, 1998).

Os métodos de pesquisa qualitativa adequam-se para buscar a compreensão dos processos sociais, procurando dar conta da realidade social e compreender sua natureza histórica, social e política (Garcia e Rueda, 1996). Ao se falar de saúde e, principalmente suicídio, a análise de casos e de sua extensão pode ser interessante para lançar luz e relevância para a expressividade desse fenômeno. Além disso, as informações numéricas e os dados sociodemográficos de indivíduos que o realizaram podem ser interessantes para a compreensão de como diferentes sistemas discriminatórios interferem nesse fenômeno no ambiente acadêmico. Enquanto o método indica os caminhos e direções a serem seguidas na pesquisa, as técnicas são os procedimentos e ferramentas específicas para a obtenção e interpretação das informações (Garcia e Rueda, 1996).

O estudo de caso é uma estratégia de investigação utilizada quando se possui pouco controle sobre os acontecimentos e quando a questão do como e porque são pertinentes (Yin, 2001, p.10). Essas questões conduzem um estudo de caso, pois lidam com elos operacionais que necessitam ser localizados ao longo do tempo, para além de simples frequências ou indecências descritivas. Além disso, esse modo de investigação “contribui, de forma inigualável, para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos” (Yin, 2001, p. 27), permitindo compreender fenômenos sociais complexos.

Dessa forma, o estudo de caso possibilita identificar um fenômeno social in lócus, ou seja, em seu contexto de acontecimento e de expressão de forma profunda, buscando apontar as relações que o constitui. Percebe-se que esse modo de fazer pesquisa proporciona a compreensão dos diferentes determinantes do fenômeno do suicídio no contexto universitário,

considerando este ser complexo e multideterminado. Para além de buscar compreender a frequência do suicídio e suas estratégias no contexto acadêmico, considerou-se mais relevante entender os “elos causais”, conforme indicado por Yin (2001), que levaram a construção de políticas de enfrentamento ao suicídio no Brasil e na instituição de ensino que é a Universidade Federal de Goiás.

A Teoria Crítica da Sociedade foi o referencial teórico que fundamentou a análise dos dados, fornecendo subsídios para investigar o suicídio para além de uma perspectiva descritiva e parcial. Dessa maneira, ela proporcionou a possibilidade de uma compreensão sobre esse fenômeno em interface com o contexto social no qual estamos inseridos, de forma histórica e crítica a partir de seus conceitos. O discurso hegemônico da psiquiatria na atualidade descreve o suicídio como sintoma de transtornos mentais, reduzindo-o à esfera individual biológica. Ao estudar esse tema, é necessário contextualizá-lo em sua gênese social e cultural, pois se compreende que o sofrimento não é individualizado, restrito às condições biológicas ou individuais, mas antes forjado socialmente e traz consigo inevitavelmente marcas de um sistema econômico e social de dominação.

A Teoria Crítica da Sociedade, ao denunciar o sentimento latente de impotência, diante de mudanças sociais e individuais, lança luz ao desamparo e à desesperança presentes no fenômeno do suicídio. Outros determinantes sociais são relevantes para compreender as produções de sofrimento na atualidade, como o racismo, a LGBTfobia, o sexismo e o capacitismo e todos eles corroboram na manutenção do sistema econômico.

Dentre as várias técnicas de coleta de informações qualitativas, a presente pesquisa utilizou revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas semidirigidas. Na primeira etapa da pesquisa, realizou-se revisão bibliográfica sobre o suicídio, com análise de autores clássicos da sociologia e da psicologia. Parte-se dos pressupostos da Teoria Crítica da Sociedade, a fim de investigar sobre a realidade social, debruçando-se sobre os processos históricos constitutivos de um fenômeno (Adorno, 2015). Dessa forma, autores considerados relevantes para a compreensão do suicídio e da morte na sociedade ocidental, como Sigmund Freud, Émile Durkheim, Karl Marx e Phillipe Àries foram utilizados, para uma reconstrução dos processos históricos acerca da compreensão do suicídio. Além disso, efetuou-se uma revisão assistemática

sobre produções de artigos, teses e dissertações sobre suicídio no contexto acadêmico nas plataformas de buscar online, como *Scielo* e plataforma CAPES, com os seguintes termos de busca: suicídio and jovens; suicídio and universidade, suicídio and ensino superior.

Em sequência, foi realizada uma investigação documental sobre a legislação vigente relacionadas ao enfrentamento ao suicídio e às atividades e ações referentes a essa temática de forma geral no Brasil, no Estado, no município de Goiânia e na Universidade Federal de Goiás. Para tanto, foram feitas buscas em sites governamentais e no site da UFG. Após a revisão bibliográfica e dos documentos, realizaram-se três entrevistas semidirigidas com profissionais do Saudavelmente e com uma professora aposentada da Universidade Federal de Goiás, que foi pioneira nos estudos sobre o suicídio e na criação de intervenções na universidade.

A técnica de entrevista semidirigida permite a construção de dados para a compreensão das relações entre os atores sociais e suas vivências, a partir de um encontro direcionado, mas que busca ao máximo uma interação que se aproxime de uma conversação ordinária. Esse tipo de obtenção de dados visa o entendimento de crenças, valores e atitudes dos sujeitos em relação ao seu contexto social (Bauer & Gaskell, 2015). Em decorrência disso, optou-se por essa técnica.

Ademais, as entrevistas semidirigidas privilegiam, assim, as experiências e percepções dos participantes, bem como suas compreensões acerca dos fenômenos sociais. Em contraposição à pesquisa quantitativa, que se propõe à investigação dos fenômenos sociais de forma objetiva, a pesquisa qualitativa aprofunda-se nos significados das relações humanas (Minayo, 2012). Eles são atribuídos pelos sujeitos e resultantes do processo de comunicação e socialização pelos quais os sujeitos passam. Portanto, o interesse desse tipo de pesquisa está na subjetividade dos sujeitos expressa através dos processos de comunicação (Bauer & Gaskell, 2015).

4.1 Procedimentos

Inicialmente, realizou-se o contato com uma psicóloga conhecida pela pesquisadora que trabalha no Programa Saudavelmente da UFG. Ela foi responsável por indicar outras participantes, assim foi utilizado um “tipo de amostragem nomeada como *Bola de Neve* que é

uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência” (Vinuto, 2016, p. 203). Dessa forma, ao final de cada entrevista, perguntava-se se havia sugestão para participação de outro profissional e, a partir do contato inicial do participante com ele, realizava-se o convite para a entrevista.

Ressalta-se que estavam previstas a coleta de informações com cinco participantes, entretanto houve uma série de dificuldades enfrentadas ao longo da pesquisa. Entrou-se em contato com cinco servidoras que atuam Programa Saudavelmente, mas apenas duas retornaram o contato e se disponibilizaram para a realização da entrevista. Além das servidoras que trabalham no Programa Saudavelmente, uma professora com formação em Psicologia, já aposentada da Universidade, também foi entrevistada. Essa última foi considerada bem profícua para o desenvolvimento da pesquisa, uma vez que a docente é considerada pioneira na implementação e discussão sobre o suicídio na Universidade Federal de Goiás.

4.2 Participantes

A amostra da pesquisa foi composta por três participantes do gênero feminino, todas possuem formação em Psicologia e ligadas aos serviços de saúde mental da Universidade Federal de Goiás. Para participar da pesquisa, optou-se por realizar entrevistas com servidores efetivos da universidade. Além disso, realizou-se entrevista com uma professora aposentada da instituição, devido a sua relevância histórica na temática. Os profissionais voluntários foram excluídos por não terem um vínculo permanente com a UFG e assim ter pouca ou nenhuma participação na vida acadêmica da instituição como um todo.

- Participante 1- (P1): Servidora Pública Federal na Universidade Federal de Goiás (UFG), como Psicóloga. Graduada em Psicologia pela UFG. Possui especialização em Psicologia da Saúde e Hospitalar pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) e está vinculada à Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG). É mestra em Psicologia pela UFG. Atuou como professora de Psicologia no Instituto Tecnológico de Goiás Goiandira Ayres do Couto no Município de Goiás – GO.

- Participante 2- (P2): Graduada em Psicologia pela Universidade de Filosofia de Recife, possui especialização em Terapia Familiar e Conjugal e especialização em Psicodrama.

É mestra em educação pela UFG e doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). É professora aposentada da UFG, foi fundadora e coordenadora do PATS (Programa de Estudos e Prevenção ao Suicídio e Atendimento a Pacientes com Tentativas de Suicídio) da Faculdade de Medicina, da UFG. É Psicoterapeuta - Clínica de Psicologia Inter-vir, fundadora do Projeto Inter-vir suporte em perdas, professora da Sociedade Goiana de Psicodrama e do Instituto de Educação em Psicologia (IEP). Atua na área de estudos e pesquisas na prevenção e tratamento do comportamento suicida em adolescentes e adultos. Atende pessoas que vivenciaram situações de perdas em Brasília e Goiânia.

- Participante 3 - (P3): Servidora Pública na Universidade Federal de Goiás (UFG), como psicóloga. Graduação em Psicologia pela PUC Goiás (1992), especialização em psiquiatria e psicologia da adolescência pela UNICAMP (2001), mestrado em Psicologia pela PUC Goiás (2005) e doutorado em Psicologia Clínica e Cultura pela UnB (2014). Foi coordenadora do Programa de Saúde Mental da UFG no período de março de 2003 a setembro de 2008. Tem experiência na área de Psicologia Clínica e do Trabalho e realizou pesquisas sobre uso de drogas, educação de jovens e adultos, saúde mental dos profissionais da área do cuidado, psicanálise e literatura.

4.3 Aspectos legais e éticos

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética/Plataforma Brasil sob o parecer consubstanciado número 4.876.691, conforme o Anexo 1. Apresentou-se às entrevistadas/participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme o Apêndice 1, que visa à garantia da ciência dos participantes sobre os objetivos da pesquisa, à anuência para a utilização das informações coletadas e possibilita a desistência dos sujeitos sem prejuízos, além de assegurar atendimentos psicológicos caso surja danos psíquicos.

O roteiro de entrevista, que pode ser encontrado no Apêndice 2, se propôs a explorar a compreensão dos profissionais acerca do suicídio, a relação desse fenômeno no âmbito acadêmico, seus desdobramentos para a comunidade interna e externa. Além disso, buscou-se compreender as formas de intervenção e enfrentamento ofertadas para aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade emocional após a ocorrência de um suicídio.

As entrevistas foram realizadas de forma online em decorrência da pandemia da COVID-19, com uso da plataforma do *Google Meet*, em um ambiente seguro e sem presença de outras pessoas. Tais medidas objetivaram resguardar a confidencialidade e a privacidade das participantes, de modo a proteger sua imagem, conforme as resoluções nº 466 (Brasil, 2012) e nº 510 (Brasil, 2016), que dispõem sobre a ética em pesquisa qualitativa. As entrevistas, com média de duração de 90 minutos, foram gravadas em vídeo e som com a anuência das participantes e, posteriormente, transcritas integralmente.

4.4 Análise de dados

Como método de análise, realizou-se Análise de Conteúdo dos dados levantados nas entrevistas a partir da proposta de Adorno (1975, p. 5) que procura compreender os fenômenos sociais em uma perspectiva crítica. Ele permite a categorização e interpretação dos sentidos a partir de fundamentos da Teoria Crítica da Sociedade, utilizando seus conceitos-chave para a organização das categorias de análise. Por meio da análise das entrevistas e dos documentos institucionais, foi possível levantar as seguintes categorias:

- 1) Universidade Federal de Goiás, serviços de saúde mental e discussão sobre suicídio;
- 2) A complexidade em compreender o suicídio e sua interface com a educação;
- 3) Ações de enfrentamento ao suicídio desenvolvidas pela Universidade Federal de Goiás.

4.4.1 Universidade Federal de Goiás, serviços de saúde mental e discussão sobre suicídio

A fim de compreender as atuais estratégias de enfrentamento ao suicídio desenvolvidas na Universidade Federal de Goiás, remonta-se à história sobre os serviços de saúde mental desenvolvidos pela instituição de ensino. Uma das primeiras ações apresentadas pelas participantes da pesquisa foi Centro de Estudo, Pesquisa e Extensão do Adolescente (CEPEA), fundado em 1988, e que tinha como objetivo a construção da primeira equipe multidisciplinar para a atenção à saúde de adolescentes da Universidade, conforma relata a participante 2:

Eu entrei pra... foi na fundação dele. Uma pediatra, a doutora Eleuza, que foi a fundadora e ela convidou várias pessoas, pediatras, psicólogo me tinha e mais... acho que mais outro psicólogo. E era uma equipe multidisciplinar assim né. Primeiro tinha assistente social, psicólogo, nutricionista é... médicos, tinha

pediatras né [...] E a partir disso é... muita coisa foi acontecendo porque na faculdade de medicina eu... fui convidada, inicialmente para dar aula na psicologia médica e participar das atividades do departamento só mental e medicina legal, né, e não tinha um serviço de psicologia. Veja só, o departamento de saúde mental quis criar um serviço de psicologia, porque tinha o serviço de psicologia do HC, mas na faculdade de medicina [...] e aí eu fiquei com o coordenador de serviço. E aí tinha outras psicólogas que começaram a atender ambulatório de psiquiatria, né. Era o ambulatório de psiquiatria funcionando dentro do HC. E depois de um período eu digo eu quero atender, eu não quero só coordenar né, lógico. E aí eu fiz a proposta de criar o programa de atendimento a pacientes com tentativa de suicídio né. Foi a proposta que surgiu e aí eu escrevi a proposta, foi avaliada no departamento (P. 2).

No trecho apresentado, a participante relata sobre a fundação do CEPEA que se iniciou como serviço de atendimento à saúde mental, vinculado ao curso de medicina da Universidade. Atualmente, o Centro de Estudo, Pesquisa e Extensão do Adolescente (CEPEA/FE/UFG) funciona, desde 2012, como órgão complementar ligado à Faculdade de Educação da UFG, com sede própria no Setor Central de Goiânia. O CEPEA/FE/UFG dedica-se às questões relacionadas às adolescências do estado de Goiás, abarcando atividades de ensino, pesquisa e extensão e tem como objetivo principal acolher, pesquisar e fomentar ações ligadas aos sujeitos adolescentes (compreendidos entre 12 e 18 anos) e familiares/responsáveis, conforme Resolução CONSUNI/UFG nº 36/2012, de sua criação (UFG, 2022).

Foi a partir dessa experiência no CEPEA que a participante propôs a criação de um programa especificamente voltado para a atenção a pacientes do Hospital das Clínicas, que realizaram tentativa de suicídio: o projeto Inter-vir, criado em 2006. Esse projeto tratava-se de um ambulatório que funcionou dentro do Hospital das Clínicas, conforme atenta a participante 1 da pesquisa:

Ela era professora dentro da UFG não especificamente na psicologia era...era professora de outras graduações, mas dava aula de psicologia inclusive na graduação de... de medicina. Ela dava a aula lá e ela também era integrante é de um ambulatório que tinha no HC, eu não sei se esse ambulatório ainda existe esse ambulatório no HC que ele era voltado para as situações de perdas para a situação de de de suicídio né contextos? De um perdas por morte né é... tinha esse na época lá que ela trabalhava, tinha esse ambulatório (P. 1)

Inicialmente, essa ação estava voltada para usuários da rede de saúde do município de Goiânia. No que tange à prática educacional na Universidade Federal de Goiás, a participante 2 foi uma das pioneiras nos estudos sobre o suicídio, sendo responsável pela criação de disciplinas, ações e projetos, principalmente, na Faculdade de Medicina, onde atuou por anos. Enquanto ocorria esse atendimento destinado à comunidade externa da UFG, outros serviços direcionados à comunidade interna foram criados. Dessa forma, as origens do Saudavelmente, como serviço de atenção à saúde mental na UFG, remontam a 1987, quando se iniciou um debate sobre questões relacionadas ao alcoolismo entre os servidores da universidade. A preocupação com a saúde de tais servidores e das relações de trabalho que poderiam ser impactadas levou ao surgimento de um Programa de Saúde Mental na Pró-reitora da Comunidade Universitária (Ramos, 2016).

Ao longo dos anos, a demanda por atendimentos da comunidade discente cresceu e, em 2003, criou-se o Saudavelmente, ainda funcionamento com a mesma estrutura física que existia previamente. O programa inicialmente era destinado a toda a comunidade acadêmica e, para além de uma equipe de servidores efetivos, havia também a presença de voluntários.

eu estou na fundação do Saudavelmente, na verdade nossa, quando eu entrei na UFG em 1993 é... nós tínhamos uma equipe de saúde mental, éramos eu, uma psiquiatra que está até hoje também, a Maria Amélia. Então nós tínhamos essa equipe interdisciplinar para fazer atendimento a... hm principalmente a servidores da UFG. Naquele momento, a gente tinha uma preocupação maior, com alto índice de alcoolismo, que tinha entre servidores. Naquele momento é no... que nos... nas era ...era demanda maior que a gente tinha. E... é bom, isso é 93. A gente foi se ampliando, outras pessoas foram chegando, né. Em 2003, depois que eu já tinha passado por esse período na Unicamp ou sair. É para ir, para, para, para São Paulo, né no interior de São Paulo. E aí, nesse depois desse período da Unicamp, eu conheci lá o serviço de atendimento ao estudante da Unicamp, chama SAPPE. Serviços de atendimento psicológico e psiquiátrico ao estudante da Unicamp. Eu estive lá e quando eu voltei para a UFG, eu trouxe um pouco esse modelo do SAP para o UFG. É... então saudavelmente, é um pouco inspirado nesse modelo aí desse serviço da Unicamp, em 2003 (P. 3).

Conforme relatado pela participante 3, o Saudavelmente foi inspirado pelo Serviço de Atendimento Psicológico e Psiquiátrico ao Estudante, da Universidade Estadual de Campinas. Esse serviço foi criado em 1987 com o objetivo de auxiliar os estudantes a “atravessar as crises

inerentes ao momento de construção e consolidação de uma identidade pessoal e profissional” (UNICAMP, 2022). O modelo de atendimento do SAPPE é voltado para o gerenciamento e a intervenção de crise, diferindo de um processo terapêutico convencional.

Em 2010, o Saudavelmente passou por um processo de transição e começou a atender somente a comunidade discente. Os servidores, professores e outros profissionais, que eram acolhidos pelo programa, passaram ser encaminhados para o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS). Atualmente, o Saudavelmente está vinculado à Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE), que atua no atendimento psicológico e psiquiátrico da comunidade discente da universidade. Seu objetivo é realizar ações diversas para compreender e cuidar da saúde mental comunitária, que envolvem atendimentos individuais e grupais, visitas a ambientes de estudo e residências e reuniões e discussões interdisciplinares dos casos entre diferentes profissionais (UFG, [s.n]). São oferecidas três formas de atendimento aos discentes: acolhimento, plantão psicológico e Centro de Saúde.

A gente faz os atendimentos individuais é... seja de psicoterapia, seja do plantão psicológico são intervenções clínicas individuais acontecem no saudavelmente e também a gente faz... é fazíamos antes da pandemia, nós fazemos intervenções em grupo também né a gente está em constante discussão sobre como remodelar as intervenções de grupo nesse contexto né virtual através das plataformas (P. 1).

Em psicoterapia individual, e é em psiquiatria também consulta psiquiátrica, que é basicamente o que o Saudavelmente faz hoje. É o que a gente mais faz, né? Atendimento individual em psicologia e consulta psiquiátrica (P. 3).

O Saudavelmente apresenta-se como o programa instituído para a promoção de saúde mental da universidade em consonância com outros serviços e políticas que visam à promoção de saúde mental e à equidade, que é desenvolvida pela Universidade Federal de Goiás. Dessa forma, o Saudavelmente atua por diferentes formas de promoção de saúde mental, que envolvem atendimento individual e coletivo, com possibilidade de terapia ou apenas acolhimento psicológico. Segundo a participante 1, o Saudavelmente atua a partir dos atendimentos clínicos e por meio da promoção de saúde:

Mas a gente vai fazendo ao longo do ano trabalhos nessas duas frentes a parte clínica nunca para então a gente está sempre fazendo os atendimentos clínicos e

a parte da promoção de saúde também não para mesmo que a gente encerra em uma atividade gente, encerra um curso, a gente encerrou uma palestra uma aula, a gente está sempre envolvido em outras envolvido, em outros não criar também outros que talvez ainda não tenha né que a gente acha que é uma discussão importante de se levar. A gente faz também o curso de extensão. É um curso de saúde mental voltado para psicólogos já formados para que eles possam ter essa experiência né dentro do atendimento que é feito na universidade é uma experiência em equipe multidisciplinar (P. 1).

Nota-se que as experiências citadas de construção de políticas institucionais para a promoção de saúde na comunidade interna e externa da Universidade Federal de Goiás foram instituídas no mesmo período histórico de marcos significativos nas políticas nacionais de promoção à saúde. As origens do Saudavelmente que, inicialmente, voltavam-se para o acolhimento de servidores da Universidade com sofrimento decorrente do abuso de álcool, foi em 1987, um ano antes da promulgação da constituição de 1988, que instituiu o SUS e redirecionou o modelo de cuidado em saúde no Brasil.

Enquanto isso, o Saudavelmente, como serviço que tem como objetivo promover saúde, conforme o trecho anteriormente citado da participante 2, foi estruturado em 2003 e em 2008, implementou a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS). Essa política tem como norteador o desenvolvimento de estratégias para promover qualidade de vida e diminuir processos de adoecimento decorrentes de desigualdades sociais. Assim, é possível notar consonância entre o desenvolvimento de serviços de saúde na UFG e as discussões nacionais sobre saúde coletiva. Isso indica que as discussões e tensionamentos que ocorrem na Universidade Federal de Goiás estão em diálogo com a política do SUS, que foi uma grande conquista popular para a garantia de acesso à saúde de qualidade para todos os cidadãos brasileiros.

4.4.2 A complexidade em compreender o suicídio e sua interface com a educação

A partir das experiências relatadas pela participante 3, o fenômeno do suicídio começou a ser discutido na Universidade Federal de Goiás a partir da criação de seu projeto Inter-vir, criado em 2006. Conforme discutido no capítulo II, compreender o suicídio demanda uma

análise interdisciplinar, pois fatores sociais, históricos e singulares atuam na morte por suicídio. Em relação às especificidades do suicídio, a Organização Mundial da Saúde (2014) aponta para o continuum do comportamento suicida, que pode ser compreendido pelas seguintes etapas: pensamento suicida, plano, tentativa de suicídio e suicídio efetivado. A participante 1 lança luz sobre essa característica para sua compreensão sobre o fenômeno:

Porque a gente fala muito suicídio, tentativa de suicídio, mas é importante as pessoas entenderem que existe esse termo, comportamento suicida que compreende um continuum que vai desde a ideação suicida, passa pelo plano, pela ameaça, a tentativa até chegar no suicídio. Então, é muito importante a gente entender quando recebemos uma pessoa, né, em que momento ela se encontra nesse continuum que tem pensamentos e plano, né? E já tem uma ameaça, se ela já fez uma tentativa, ela tem um histórico, né de uma tentativa anterior (P. 1).

A mesma participante lança luz sobre o suicídio, como fenômeno multifatorial, que representa um comportamento de violência extrema dirigido pelo sujeito a si próprio. Assim, ela atenta-se para o fator precipitante, ou seja, aquele estressor próximo ao evento suicida que é comumente associado como elemento que fez eclodir a crise (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010).

O suicídio é um fenômeno multifatorial. A gente sabe que existe uma cadeia de fatores que vai funcionar e existe no que a gente chama de gatilho final, que é aquela causa que aparece, que todo mundo acha que foi por conta daquilo, né (P. 1).

Os fatores precipitantes estão temporalmente próximos à crise suicida e podem ser descritos como perdas reais ou simbólicas, separação conjugal, perda de emprego e outras situações que geram crises. São esses fatores que, segundo Bertolote, Mello-Santos & Botega (2010), que desencadeiam a crise suicida. Em contrapartida, os eventos predisponentes são aqueles eventos remotos que criam condições para a eclosão do suicídio, são eles: ser do sexo masculino, jovem; possuir histórico familiar de comportamentos suicidas, alcoolismo ou outro transtornos mentais, tentativa prévia de suicídio, presença de transtornos mentais ou doenças físicas, presença de sentimento de desesperança; ter estado civil divorciado, viúvo ou solteiro; abuso físico, emocional ou sexual na infância; estar desempregado ou aposentado; isolamento

social; pertencer a uma minoria étnica ou a uma minoria sexual e possuir baixo nível de inteligência (Berlote, Mello-Santos & Botega, 2010).

As outras participantes consideram relevante os diversos fatores que estão imbricados no suicídio, que podem ser compreendidos como os fatores predisponentes previamente citados. Essa compreensão lança luz ao suicídio, como ato final de uma cadeia de sofrimento social e individual, que foi construído ao longo da história de vida do sujeito. Assim, o suicídio seria expressão de sofrimento social e subjetivo.

É a perspectiva da complexidade, porque não é uma né o suicídio não é algo que ele é, é dado por uma só condição. Então não é algo linear porque aconteceu aquilo na vida daquele indivíduo acontece um suicídio ou porque um dado elemento da cultura dele existe, ele comete suicídio. Não é algo direto assim linear né, mas é uma complexidade de fatores né. Assim do meu ponto de vista conceitual eu penso sempre aqueles processos de individuação e de socialização. Então é... isso que eu acho que traz complexidade para a questão do... do suicídio é que vai ter algo né que que passa pela... pelos determinantes, pelos condicionantes da própria cultura em que esse indivíduo tá inserido, mas ao mesmo tempo a gente vai perceber que podem ter questões familiares envolvidas que podem ter questões é de ...de vínculos né, de relacionamentos humanos é pode acontecer a presença de algumas psicopatologias que também influenciam aí nesse, né nesse desfecho então é dentro desse eu penso a partir de localizar esse indivíduo que pode estar passando por esse sofrimento intenso que às vezes fez uma tentativa ou né consumou essa tentativa é...entendendo esse indivíduo a partir desse... desse lugar que tem aspectos subjetivos mas que também tem aspectos da cultura que vão é vão interferir né vão ser fatores condicionantes também? (P. 1).

Eu acho que é uma complexidade. Muito grande, eu acho que é muito difícil você dar uma explicação. Única fechada para esse fenômeno, sabe, eu acho que ele, eu acho que um mesmo em uma mesma pessoa eu acho que tem... os fatores são múltiplos. Em uma mesma pessoa, mas se você considerar, também é se você, por exemplo, pegar um... um número, né. Uma certa mostra, né, de pessoas com ideação suicida, como tentativas ou que realizaram, né. Aí você vai encontrar mais uma complexidade maior ainda porque eu acho que o que que não dá para você reproduzir em uma outra pessoa a mesma multiplicidade, digamos assim, né, o mesmo conjunto de fatores que que faz parte no caso de uma pessoa vai fazer parte no caso de outra pessoa (P. 3).

As desigualdades sociais de classe, gênero e sexualidade estiveram presentes nas falas das participantes como elementos essenciais para a compreensão do suicídio. Ressalta-se, a partir do trecho a seguir, as questões de raça e de gênero:

Pensando no caso de uma servidora que cometeu suicídio, né. Tinha também uma questão, é... familiar é, mas tinha muito, principalmente uma dificuldade com a autoimagem. Uma dificuldade muito grande que passava pelo racismo, porque era uma era uma família de pessoas, é... que se quisessem, né, de chamar de negras, poderiam chamar, mas, mas não tinham, não se viam dessa forma, né. É... não tinha, não tinha essa postura, né, de... de somos negros, né. É mais um...um autoconceito de negação em relação a isso. É... essa servidora, ela tinha um isso muito, muito forte nela, sabe muito forte mesmo essa questão do autoconceito, principalmente ligado a... a, à questão racial. Então eu vejo como é... uma multiplicidade mesmo, uma complexidade que a gente vai encontrar alguns aspectos mais é... alguns aspectos mais frequentes. Mais que cada, cada pessoa vai ter um... um histórico, né. Elementos aí da sua vivência (P. 3).

Conforme apontado por Marx (2006), as classificações das diferentes causas do suicídio na sociedade capitalista remontam aos defeitos dessa própria sociedade. Dessa forma, desatrelar o sofrimento individual que ocorre em uma crise suicida do sofrimento social é impossível, pois nos formamos em uma sociedade desigual que limita as possibilidades formativas do sujeito. De acordo com Adorno (2015), o processo de formação ocorre pela internalização de elementos culturais, o que é exterior ao indivíduo e que está em todo o material cultural é internalizado por meio da aprendizagem dessa cultura. Nesse processo, que é dialético, o que é individual, é antes de tudo coletivo e social. A cultura de dominação do homem pelo homem, que é vigente no sistema capitalista, forma uma subjetividade específica de nossa época, apropriando-nos de uma visão sobre o mundo e, posteriormente, internalizamos a cultura de dominação e competitividade, a partir de uma semiformação, que anula a felicidade humana e potencialidades em detrimento da manutenção do sistema capitalista.

Além disso, internalizamos preconceitos e discriminações contra pessoas que são diferentes. Na cultura ocidental, o racismo apresenta-se como preconceito e estigma, baseado na crença eugenista de superioridade racial. Pode-se notar, a partir do trecho apresentado, a internalização do preconceito e da violência decorrente do racismo social que, ao ser apropriado pelo sujeito, torna-se ódio e violência contra si mesmo. É na impossibilidade do sujeito se

perceber e se realizar na sociedade que ocorre a impotência e a desesperança na sociedade e que são características de uma morte por suicídio (Adorno, 2015).

A sensação da impossibilidade de transformar aspectos sociais, de superar o sistema capitalista e todo o sofrimento psíquico decorrente dele, gera o sentimento de impotência e de desespero. O desespero, conforme afirmado por Shneidman (2014), é um dos principais indicativos de crise suicida, pois aponta que o sujeito precisa se livrar de seu sofrimento de forma imediata. É nessa perspectiva que o suicídio é visto como única maneira de escapar de toda a opressão, sentida como inexorável, do sistema capitalista.

Além do fenômeno do suicídio ser complexo, ainda, existe um grande tabu social acerca da temática. Conforme aponta Àries (2017), a morte na sociedade ocidental, atualmente, é vista como sinônimo de fracasso, pois está relacionada com a finitude humana, com a fragilidade em ser humano e com a impossibilidade de dominar totalmente a natureza. Diferentemente do que fora pretendido pela burguesia ascendente europeia, com a criação da cientificidade moderna, a natureza não pode ser totalmente subsumida pelo homem e sua racionalidade (Adorno & Horkheimer, 1985). Nesse contexto, em que a morte escancara a fragilidade e a impotência humanas, o suicídio é uma morte pouco discutida, pois além de apontar para a finitude humana, é permeada por preconceitos religiosos e morais, conforme aponta a participante 2.

(...) é um tabu falar de morte e mais ainda falar de morte por suicídio mais ainda né, na sociedade. Então, era uma coisa muito velada, e aí começou a falar mais de suicídio e escancarar dados, e... agora como existe uma notificação é... obrigatória existir (P. 2).

Essa participante aponta para a necessidade de fomentar a discussão sobre o suicídio e a notificação compulsória, consoante a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio exige (Brasil 2019). Além disso, as participantes sinalizaram os prejuízos sociais e educacionais que uma morte por suicídio desencadeia.

(...) o suicídio, ele também vai causar impactos nem sempre isso vai ser verbalizado, ou seja, nem sempre vai acontecer né, essa memória que é verbalizada que ela é... com que que ela passa por conversas nesse grupo nem sempre acontece isso, às vezes acontece um silenciamento é... porque isso se isso suscita muitas emoções. Isso suscita também muito o sentimento de impotência. Então, muitas vezes, o silenciar é justamente para silenciar essa impotência é o....

que aquilo que não foi feito pelo colega por exemplo. É, então, às vezes, pode acontecer esse silêncio, mas esse silêncio não diz que não houve impacto pelo contrário, ele é um resultado do impacto que que essas pessoas né tiveram por conta disso. Então assim eu acho que é...na, na minha perspectiva (P. 1).

A Organização Mundial da Saúde (2000) estima que uma morte por suicídio impacta de maneira severa pelo menos seis pessoas. O suicídio de um ente querido desencadeia sofrimento e incompreensão para aquele que fica. Se o sofrimento de quem morreu acabou, por vezes, o de quem sobreviveu está apenas começando. A morte por suicídio leva a um luto com especificidades, pois, para além da reação natural à perda, a morte por suicídio é uma violência autoinfligida e moralmente condenada e, portanto, comumente o luto por suicídio é solitário e com pouca rede de apoio.

Além de todos esses fatores, a pandemia da COVID-19 trouxe novos conflitos em relação à saúde mental. Um extensivo estudo, conduzido em 33 países dos cinco continentes do mundo, não encontrou nos primeiros 15 meses de pandemia aumentos expressivos no número de suicídios (Pirkins et al, 2022). Entretanto, os autores apontam que fatores ligados à saúde mental foram fragilizados e as participantes da pesquisa apontam para esse fenômeno:

(...) muitos estudantes né foram para suas “pras” ... “pras” suas cidades de origem na pandemia e aí é aquele é aquela coisa que aí vai trazer a relação do indivíduo. Para alguns foi ‘nossa matar a saudade da família tudo de bom’, para outros foi a intensificação de problemas familiares que já existiam. Então, ficou uma sensação muito difícil né, de estar dentro de um ambiente conflituoso. Às vezes, dentro de um ambiente que é... remete né, a muitas dificuldades muito ... alguns passaram por situação de que a família não compreende o cenário necessário prum momento de estudo. Então, às vezes, o desempenho foi caindo porque a pessoa não tem sossego quase né eu estou sendo meio genérico né, mas é como se fosse isso. A pessoa tem sossego para estudar. E aí é uma coisa né, ela tem a rotina dela, organizada dentro da programação da universidade, em espaços que são propícios e pensados para isso outra coisa às vezes ela está dentro de casa ela é demandada né, ela passa a ter um papel que ela tinha na família, que ela não tinha porque ela estava deslocada, estava em outra cidade ela volta a ter, ou passa a ter. Então, estudantes que muitas vezes eles entram na função de cuidadores e... isso gera um sofrimento porque a universidade está lá esperando que ele produza o que é o combinado pra ele produzir (P. 1).

Alguns estudos apontando que não teve presença de novos fatores de risco, mas outros estudos que vêm indicando que né, estudos em vários países da Europa e dos Estados Unidos mostrando é... o agravamento, o cruzamento de alguns aspectos, né, ligados a pandemia né e o aparecimento de comportamento suicida, principalmente, de pensamento suicida e até o suicídio. Então né, houve uma exacerbação de alguns fatores de risco (P. 3).

A pandemia, nesse sentido, escancarou desigualdades sociais que já existiam, ao mesmo tempo que aumentou o sentimento de isolamento e solidão. Elementos como as mortes por COVID, a insegurança econômica e a crise sanitária foram elencadas pelas participantes como fatores que potencializaram os riscos de comportamento suicida nos estudantes da Universidade Federal de Goiás:

Então, assim intervalo de uma semana, quinze dias morreu outra pessoa da família, mas a pessoa não se recuperou nem daquela e já vem né, e com isso vem situações né estudantes que, às vezes, não pensaram né. Assim, às vezes, escutava uma coisa assim ‘é eu amo não sei que roupa eu colocaria no meu pai, na minha mãe se eles “tariam” mortos e agora eu tenho que pensar nisso?’ ‘Eu tenho que pensar quem fica com a escrivaninha, quem fica com a televisão?’ E esses elementos é... né que não estavam ali num num... num tavam minimamente previsto assim eles chegam e com... com uma demanda são condicionantes emocionais que também fazem, influenciam bastante e as desestruturas também foram nós ouvimos muito isso no Saudavelmente. A desestrutura socioeconômica, é... desemprego de um monte de gente da família? E aí como é que essa família se vira? Isso é um fator que ele une a ideação suicida ao desespero. Isso é um fator que potencializa o risco (P. 1).

Então assim é... o estudante universitário, a gente sabe, é um mundo “universidade”. Então veja, vem gente de muitos lugares, com várias histórias como você falou. Vem gente com histórias pessoais de êxito, de muito sofrimento, né, de trabalho. E aí vem tudo, aí chega num lugar que cada um tá na sua, estudando, cada uma nas suas coisas e daí veio a pandemia. Eu não poderia deixar de falar disso que foi um agravante pra muitas questões dos fatores ligados ao risco de suicídio (P. 2).

O desespero, um dos sentimentos relatados pela participante 1, foi comum ao longo da pandemia. Este sentimento, segundo Sheidman (1983) é um dos principais experienciados por uma pessoa em uma crise suicida. No contexto de crise sanitária mundial, decorrente pela COVID-19, a desigualdade econômica foi exacerbada. Conforme Durkheim (1982) e Marx

(2006), a insegurança social, decorrente da desigualdade social, constitui-se um dos principais fatores sociais na produção de sofrimento e na crise suicida. Além disso, o desemprego é considerado um fator predisponente para um comportamento suicida (Berlote, Mello-Santos & Botega, 2010).

É nesse contexto que a educação e, nesta pesquisa especificamente o ensino superior, possui local privilegiado na discussão sobre a produção de sofrimento na atualidade. Como locus de formação subjetiva, no sentido preterido por Adorno (2005) de formação para emancipação do pensamento e da crítica à realidade, a Universidade possui o compromisso de corroborar com a transformação social. No entanto, ainda encontramos limitações nesse compromisso, pois a universidade na atualidade encontra-se permeada pela demanda produtivista da sociedade.

A universidade deve, dessa forma, tensionar pseudoformação, através do conhecimento científico e de ações que garantam a existência digna da sua comunidade discente, pois é através desse ensino emancipatório e crítico nela conferido que poderá ocorrer o tensionamento no mercado de trabalho para outras formas de existência e de produtividade. É, nesse sentido, que as ações de enfrentamento ao suicídio desenvolvidas nas Universidades denotam um papel tão relevante: para além de minimizar o sofrimento imediato e desesperador decorrente de uma crise suicida, essas ações devem ser voltadas para a formação de uma subjetividade questionadora e comprometida com mudanças sociais, políticas e, conseqüentemente, individuais.

4.4.3 Ações de enfrentamento ao suicídio desenvolvidas pela Universidade Federal de Goiás

O enfrentamento ao suicídio ocorre por diferentes estratégias. Ao longo da presente pesquisa, delineou-se esmiuçar essas estratégias em promoção de saúde mental, prevenção e posvenção. Conforme apresentado por Shneidman (1983), a diferenciação entre essas categorias relaciona-se muito mais com a etapa do comportamento suicida que desejamos intervir para minimizar o sofrimento psíquico. Se a prevenção é realizada, como forma de diminuir o sofrimento do sujeito, a fim de que ele não perceba o suicídio como única forma de

lidar com ele; a posvenção é a prevenção de novos suicídios após a ocorrência de um caso de morte.

Além dessas duas formas de enfrentamento, concebe-se a promoção de saúde mental em um nível mais abrangente, pois a promoção de saúde visa fomentar a qualidade de vida dos sujeitos de maneira integralizada em conformidade com os norteadores dessa área no SUS. A promoção de saúde mental, ao envolver estratégias de promoção de equidade social, racial e de gênero, diminuiu desigualdades sociais que são fomentadoras de sofrimento e que estão em consonância com a Portaria 580/2021 do município de Goiânia que instituiu a Linha de Cuidado Integral às Vítimas de Tentativas de Suicídio (LIVITS). A participante 1, ao relatar sobre a perspectiva de estruturação do trabalho desenvolvido pela Universidade Federal de Goiás, atenta-se para a promoção de saúde como um dos eixos principais no enfrentamento ao suicídio:

(...) a gente entende as ações de posvenção nesta perspectiva de prevenção e promoção da saúde. Dentro daqueles níveis lá né a gente coloca isso dentro dessas é dentro dessas ações quando necessário a gente faz um encaminhamento clínico né se nessas rodas, nesses momentos que a gente tem de posvenção com os estudantes a gente percebe alguma coisa, eles nos procuram, a gente faz o encaminhamento não é para esse acompanhamento clínico quanto quando necessário (P. 1).

A prevenção ao suicídio, segundo as participantes, é realizada por meio de psicoterapia individual e em grupo, que atua de forma a minimizar o sofrimento da comunidade discente através de ações de terapia. Além disso, existe a possibilidade de encaminhamento a profissionais da psiquiatria, quando necessário. As ações de posvenção visam minimizar o sofrimento na comunidade acadêmica após a ocorrência de um suicídio. Conforme as participantes, as ações de posvenção ocorrem na instituição depois da incidência de um caso de morte por suicídio, privilegiando a turma do estudante que morreu. Nesse sentido, as participantes da pesquisa atentam-se para as estratégias de prevenção e posvenção desenvolvidas pela Universidade Federal de Goiás, que são realizadas prioritariamente em grupos:

(...) a posvenção assim como a prevenção é feita nos espaços e tem que ser feita. Ai por exemplo, universidade. Quando eu estava ainda eu lembro que ocorreu alguns episódios, algumas situações de suicídio na universidade. A gente fez

alguns trabalhos em... em mais de um curso aí da universidade porque tinha morrido um aluno da universidade e todos estavam impactados, não sabiam o que fazer, todo mundo perdido, né. Aí teve no mestrado, teve um curso da graduação, teve mais um, sabe (P. 1).

Por exemplo uma turma perdeu um colega por suicídio a gente vai até a é a unidade e a gente tem conversas com com... com os estudantes a gente tem essa tenta traçar pontes, inclusive para aquele que talvez esteja bastante sensível com que aconteceu com o colega possa procurar ajuda, possa espaço de discussão é coisa de trabalho, de posição a gente tenta muito estabelecer essas pontes né de alguma forma algum tipo de amparo pra pra esses estudantes que é na nossa perspectiva foram sim impactados pelo que aconteceu é né e aí é um pouco assim (P. 1).

Quando a gente tava na universidade houve a morte de um aluno da faculdade de artes, da FAV. FAV é artes visuais, né. A professora, uma professora, ligou e pediu, ligou acho que no Saudavelmente. E aí a gente foi pra lá e nós fizemos um trabalho com a turma inteira no auditório da faculdade de música, alunos e professores. E aí nós fomos trabalhar o processo, e apareceu várias coisas, choro, raiva, culpa. Vários sentimentos. Então assim, quando a gente pensa em fazer um trabalho no contexto universitário de pós-venção é justamente dar essa oportunidade pras emoções serem validadas, serem expressas para que aquilo não fique represado e o sujeito começa a ter, não ter atenção, ele não se concentra. Então, vai comprometendo o nível de aprendizado dele porque ele tá mal e ele não consegue falar disso, e o colega também tá mal e eles não conseguem falar disso. Não é uma fala só que vai resolver, mas é um processo que... (P. 2).

No momento... no momento que a gente ficou sabendo, a gente já foi, né. Então nós fomos algumas das profissionais do Saudavelmente fomos para a faculdade de medicina. E ficamos lá, é... junto com os estudantes, aí num auditório estudantes lá no auditório e a gente falando com eles, né, depois disso teve esse primeiro momento aí depois a gente teve um segundo momento no mesmo dia e aí eu que os encontros com eles, além de colocar para eles a possibilidade de atendimento individual para quem quisesse, né. Esse foi um trabalho que nós fizemos (P. 3).

Todas as participantes consideraram e ressaltaram os impactos e o choque decorrente de uma morte por suicídio em um primeiro contato com a notícia e a importância das ações de pós-venção para auxiliar nesse momento:

(...) estudantes que diante da notícia se desorganizam de uma maneira muito profunda, então, às vezes, a gente precisa ir naquele momento. A gente precisa de uma ação um pouco mais é imediata, a equipe se organiza para isso para primeiro

dar essa assistência mais é... imediata que é aquele momento do choque, de entrar em contato com a perda que ele oscila um pouco com uma negação. Então assim tô entrando em contato com a informação, mas ao mesmo tempo não estou acreditando que isso aconteceu com meu colega que eu o vi ontem, ele estava por aqui né então esse momento do do... do choque a gente já começa a fazer escutas pontuais nesse momento, né a partir desse momento a gente já vai pensando, estruturando outros encontros. Já houve situação que esses encontros um pouquinho mais programados aconteceram no mesmo dia só que no final do dia, ou organizamos outras datas também é... né então assim quando é a depender da situação né se nós somos assim, solicitados pela família. Já houve situações que a nossa equipe se organizou pra estar presente no momento do velório, porque, às vezes, são momentos que muitos estudantes vão estar presentes, e a própria família é pode né... é...é solicitar um pouco esse esse apoio essa ajuda nesse momento difícil é então a gente entende que é uma elaboração pra todos, mas não é um protocolo são algumas situações em que a gente entende que há demanda então a gente é né a gente se desloca em algumas situações a gente vai e aí junto a isso a gente já vai estruturando alguns outros encontros com os colegas dessa pessoa que se que se suicidou (P. 1).

Shneidman (2008) aponta que sobreviventes e vítimas de uma morte por suicídio costumam sentir emoções distorcidas como vergonha, culpa, ódio e perplexidade, incluindo pensamentos obsessivos e uma punição severa contra si mesmo. Assim, para o autor, a posvenção não se limita ao acolhimento inicial, logo após a morte por suicídio, tornando-se um trabalho sistematizado que acompanha a vida do sobrevivente por um período. Ressalta-se que a posvenção, ao minimizar sofrimento mental dos sobreviventes, diminuindo esses sentimentos, desempenha também o papel de prevenção de novos suicídios. Segundo a participante da pesquisa, as ações de prevenção e posvenção na Universidade Federal de Goiás ocorrem de forma espontânea conforme a demanda da instituição:

Tem acontecido de maneira muito informal sabe, Izabela, é realmente assim... é informal, mas ela já vem desses, já vem de certa forma como um desdobramento dessas outras ações, porque é interessante que aos poucos os professores estão conhecendo o Saudavelmente. Então vai criando essa rede de comunicação, porque eles próprios nos procuram por mais que não tenha um canal formalizado para isso né um canal que 'ah é ali', eles nos procuram eles vão até lá. É assim ela vai ah.... se estruturando a partir de quando a gente é comunicado é... sobre o ocorrido né então sobre uma situação de suicídio. Então em primeiro em primeiro lugar na maioria das vezes é foi a nossa coordenadora que.... que foi comunicada né. Então é ela sempre procura saber um pouco qual é a situação qual é o contexto

né qual é o contato que essa turma já está tendo com essa informação, porque às vezes os Centros Acadêmicos fazem publicações né então a gente procura ver um pouco como é que entrou-se em contato com isso, né (P. 1).

É... além da clínica, isso que o próximo final das ações. Então, as ações, além da clínica, é... são alguns encontros, são algumas palestras. É... principalmente quando nós somos solicitadas. Nós não temos, por exemplo, uma campanha quando eu te falei que o SIASS faz, né. O janeiro branco.... a gente participa até do setembro amarelo, né. Mas é não é uma coisa que a gente é, é. É mais uma demanda que vem para nós, né. Nós não temos assim algumas estratégias de... de prevenção, né, de promoção. É... o que nós fazemos é isso é algo é... sempre que nos solicitam. A gente vai nos locais de trabalho, conversa. Faz roda de conversa, faz palestra. Com a pandemia, lives né. Tentando que levar algum, algum cuidado que a pessoa.... tenha cuidado, né. Tenha cuidado com a própria saúde que a pessoa tenha... é... observe sua própria saúde mental e buscar ajuda quando é sentir que algo não está bem, né, mas eu não... a gente não tem uma estratégia assim. É, por exemplo, tem uma estratégia que é de acompanhamento por telefone, né. Tem uma.... tem uma liga aí de... de profissionais, né. Que lida com suicídio e existe esse... essa estratégia que é usada. Até a psiquiatra.... recentemente a gente estava conversando que a gente deveria usar no Saudavelmente, sabe. Uma estratégia de... de ligar para as pessoas, ver como é que elas estão né, algo assim, mas a gente não tem... porque é muito difícil (P. 3).

Conforme é possível notar, as ações de enfrentamento ao suicídio na Universidade Federal de Goiás ocorrem, principalmente, por meio de terapia individual e de ações de prevenção após a ocorrência de uma morte por suicídio. As participantes apontaram para as limitações dessas ações devido à ausência de uma sistematização institucional das atividades de enfrentamento ao suicídio e pela falta de profissionais capacitados para atender toda a demanda da Universidade. O principal serviço de saúde mental da universidade é composto por apenas 8 terapeutas, diante de uma população universitária de 30 mil estudantes. Dessa forma, torna-se um desafio atender toda a demanda em saúde mental da Universidade Federal com apenas o Programa Saudavelmente e a ampliação do programa por meio de um maior quadro de funcionários tornam-se imprescindível para o cuidado mental da população discente.

Pode-se perceber ainda que existem limitações quanto à articulação dos serviços de saúde mental da Universidade com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS. Essa articulação seria profícua ao inserir a Universidade em outros serviços de saúde do município

de Goiânia, conforme regulamentado pela RAPS. Nesse sentido, o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial do município e do país como um todo é de extrema necessidade para a promoção de saúde mental a toda a comunidade discente das Universidades. A proposta do SUS e da Rede é constituir uma forma de cuidado para os cidadãos brasileiros em coletivo, de forma que a comunidade seja fortalecida. Esses norteadores, quando articulados com os serviços de saúde mental da Universidade, poderiam promover uma maior inclusão social; para isso, é necessário investimento público e interesse político para alocação de recursos financeiros na RAPS. Nota-se esse como um dos maiores impasses na efetivação das políticas de enfrentamento ao suicídio, pois somente a partir de investimento, é possível viabilizar o acesso à saúde mental a toda a população.

Considerações finais

O significado sobre o ato suicida sofreu diversas transformações ao longo da história. Na sociedade romana e gregas da Antiguidade, ele relacionava-se a um questionamento filosófico sobre a qualidade da vida. Ao longo da Idade Média, relacionou-se com o desespero da vida cotidiana e também com uma tentativa de alcançar de forma mais rápida as promessas religiosas do reino divino. Foi nesse período que o tabu acerca da morte por suicídio foi construído, pois o corpo do sujeito que se matava sofria punições e seus familiares também sofriam estigmas sociais. Esse estigma existe ainda hoje e, dificilmente, nossa sociedade consegue discutir temas sobre a morte e, principalmente, sobre o suicídio.

Atualmente, compreende-se o suicídio como expressão de sofrimento intenso, no qual o sujeito que realiza um ato suicida não consegue vislumbrar outra forma de colocar fim a sua dor psíquica (Shneidman, 2008). A angústia que existe no comportamento suicida atual indica a impossibilidade moderna de vislumbrar possibilidades de transformações individuais e sociais para o sofrimento. Enquanto dor psíquica, o suicídio na atualidade reflete o desespero e a impotência diante da superação de sofrimento.

Conforme pode-se verificar, o suicídio tem relação direta com o contexto social no qual estamos inseridos, sendo que cada época da história produz suicídios com particularidades. Dessa forma, a sua produção na sociedade ocidental relaciona-se com a da subjetividade dentro de um sistema capitalista e como essa sociedade lida com a relação saúde e doença. O que o capitalismo demanda dos sujeitos é uma crescente flexibilização da subjetividade, um desprendimento de si mesmo e uma anulação própria para sua manutenção. A exploração e a dominação das subjetividades, que existem dentro do sistema econômico, são construídas de forma a serem sentidas nos sujeitos como impossíveis de serem transpostas. Nota-se um sentimento de impotência e um estado de apatia diante das mudanças sociais.

Atenta-se, ainda, a outros determinantes sociais, como raça, gênero e sexualidade, cujos preconceitos sociais impactam diretamente no acesso da população a fatores básicos de sobrevivência, produzindo o sofrimento mental. O Brasil foi construído, como país, sob a exploração de pessoas negras e indígenas que foram escravizadas e tais desigualdades raciais

persistem ainda hoje. Pode-se notar isso também nos comportamentos autolesivos da população de Goiânia, que foram realizados, em sua maioria, por pessoas mulheres negras. Além disso, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2018), a população LGBTQIA+ possui maiores riscos de realizarem comportamentos suicidas.

Compreende-se que esse estado de anulação de si mesmo, de apatia social e de solidão corroboram para o sofrimento psíquico e para a produção de comportamentos suicidas na atualidade. É a partir de um estado de desespero intenso que ocorre o comportamento suicida, quando o sujeito se encontra sobrepujado diante das transformações de sua vida e da superação de seu sofrimento. Diante de uma análise constricta da realidade, o sujeito realiza a aniquilação de si mesmo em um gesto que indica a pressão social diante dos corpos. O sujeito que não suporta mais nenhum sofrimento e que perde a esperança na mudança, anula sua própria existência, indicando sua impotência social.

Atualmente, os índices de suicídio efetivado e de comportamento suicida têm crescido, principalmente, na população jovem. Um dos objetivos do presente trabalho foi o de compreender as características do suicídio na população universitária, que se encontra em um período de formação de suas vidas. A universidade é o lócus da produção do conhecimento, não somente técnico, mas também crítico. Ao adentrar esse espaço, a população jovem acredita nas mudanças de suas vidas, na aprendizagem de conhecimentos que possibilitarão a transformação social e uma atuação profissional. O que se percebe é que os ambientes acadêmicos estão cada vez mais tomados pela lógica capitalista de produtividade. A Universidade, corroborando como um lugar de competitividade e de produção de sofrimento, apesar de lutar contra isso, pois ela é uma instituição social e, como tal, os problemas e embates presentes na sociedade estão ali presentes no seu contexto.

Dessa forma, os estudantes se veem frustrados em suas promessas de um local para a transformação social, encontrando um espaço que reitera violências sociais. É nesse período da vida, em que o sujeito adentra o mercado de trabalho, que os índices de suicídio e de comportamento suicida crescem exponencialmente. Verifica-se um aumento de notícias e de casos de estudantes que morrem por suicídio no Brasil, além de aumento do sofrimento psíquico nessa população.

A educação do ensino superior, que deveria promover a emancipação dos sujeitos e o desenvolvimento de autonomia; na verdade, tem corroborado com o aumento de sofrimento mental. Ainda assim, ela constitui-se em um espaço privilegiado para discussões sociais e produção de estratégias de enfrentamento. No Brasil, as universidades têm papel importante na produção de conhecimento científico. A questão da saúde mental, nesse espaço, portanto deve ser ampliada e discutida, de forma a se comprometer com uma educação libertadora e aliada à produção de saúde.

Nota-se que os espaços de ensino superior no país estão em consonância com algumas políticas públicas de saúde mental. O Brasil foi um dos pioneiros na implementação de leis específicas para o enfrentamento ao suicídio na América Latina. Além disso, todos os aparelhos de saúde mental que constituem a Rede de Saúde Mental indicam uma ampliação na perspectiva do cuidado em saúde mental. Entretanto, ainda existem desafios nacionais e institucionais para a efetividade dessas ações, como a ausência de alocação de recursos específicos para a efetivação dos serviços e a falta de profissionais qualificados em saúde mental. A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, ainda, é desconhecida para grande parte da população, um indicativo de que sua efetivação não se concretizou. A divulgação e a ampliação dessa política pública devem ser realizadas, pois sua mera existência legislativa não garante sua eficácia.

A Universidade Federal de Goiás, campo de estudo da presente pesquisa, foi escolhida por ser o principal centro de formação científica do estado de Goiás. As Universidades públicas brasileiras, assim como o Sistema Único de Saúde, representam a garantia de acesso à educação e saúde públicas e de qualidade a todos os cidadãos do país. Saúde e educação são as principais ferramentas para a transformação social e mitigação de desigualdades sociais e, dessa forma, investigar aspectos relacionados à saúde mental na Universidade pública, que indica a esperança e o comprometimento político para isso.

A partir da presente pesquisa, foi possível compreender a realidade da Universidade Federal de Goiás em relação ao suicídio. A instituição possui portarias que garantem o acesso de grupos minoritários ao ensino superior, além de uma portaria que instituiu programas para a garantia de permanência estudantil. Embora essas ações não sejam especificamente voltadas

para o enfrentamento ao suicídio e à saúde mental, compreende-se que elas corroboram para a promoção de saúde dos estudantes universitários.

As discussões sobre o suicídio na UFG iniciaram-se com a participante 3, que atuou como docente na Faculdade de Medicina e em outras faculdades dentro da Universidade. Foi com ela que, em 1987, criou-se um atendimento ambulatorial para perdas e lutos no Hospital das Clínicas. No mesmo período, foi ofertado um serviço para o acolhimento de trabalhadores da universidade, que sofriam com questões relacionadas ao abuso de álcool. Nota-se a consonância entre a criação de um espaço de cuidado para trabalhadores da universidade com demandas de saúde relacionadas ao álcool e às discussões sobre Reforma Psiquiátrica que ocorriam no período.

O serviço assistiu, ao longo dos anos de sua atuação, ao aumento de demanda por atendimentos da comunidade discente. Assim, em 2003, o Saudavelmente foi criado. O programa inicialmente era destinado a toda a comunidade acadêmica e, para além de uma equipe de servidores efetivos, há também a presença de voluntários. Atualmente, o Programa Saudavelmente é composto por 8 terapeutas e por 4 médicos psiquiatras, em uma perspectiva de saúde ampliada. Ressalta-se que o número reduzido de profissionais efetivos prejudica o atendimento a toda a comunidade discente, que chegou ao número de 30 mil estudantes. Conforme foi possível analisar por meio das entrevistas das participantes, o Saudavelmente atua, principalmente, por estratégias de promoção à saúde mental e por atendimentos individuais e grupais aos estudantes. Em relação ao enfrentamento ao suicídio, as ações ocorrem de forma espontânea, quando existe a ocorrência de um comportamento suicida.

Nota-se que a lacuna em políticas institucionais sobre o enfrentamento ao suicídio dificulta as próprias ações de posvenção realizadas pelo Saudavelmente, pois existe um desconhecimento cultural dentro da universidade sobre sua relevância social. Além disso, é necessária a ampliação desse serviço para que mais estudantes tenham acesso ao cuidado em saúde mental. Torna-se necessário incentivo financeiro para ampliação do quadro de funcionários efetivos do serviço para democratização do acesso do cuidado em saúde mental a toda a população discente da universidade. A permanência estudantil e o acesso ao ensino público perpassam diretamente o cuidado de saúde mental e dessa forma, o incentivo no

Programa Saudavelmente é um incentivo na formação dos estudantes universitários, além de promoção de qualidade de trabalho aos trabalhadores do programa.

Ademais, vários cursos da graduação e da pós-graduação não entra em contato com questões relativas à saúde mental, ocorrendo ainda um pensamento reducionista e biologizista sobre os aspectos que levam ao adoecimento mental. A implementação de uma política institucional de enfrentamento ao suicídio poderia indicar um comprometimento da Universidade com a mudança cultural em relação ao suicídio, que ainda é um tabu social.

Por fim, ressalta-se que o presente estudo ainda possui limitações quanto às análises de ações de enfrentamento desenvolvidas pela universidade em outros serviços de saúde, visto que a quantidade de participantes foi reduzida. Abre-se possibilidade para estudos mais aprofundados, com um número maior de participantes e com a participação da comunidade discente e suas perspectivas sobre o cuidado da Universidade Federal de Goiás com relação à saúde mental e, em especial, às questões de suicídios.

Referências bibliográficas

- Adorno, T. (2005). *Teoria da Semicultura*. Porto Velho: Editora Universidade Federal de Rondônia.
- Adorno, T. (1975). *Bajo El signo de los astros*. Espanha: Editora Laia.
- Adorno, T. (2015). *Ensaio sobre Psicologia Social e Psicanálise*. Editora Unesp.
- Adorno, T. (2020). *Educação e Emancipação*. Editora Paz e Terra.
- Adorno, T., & Horkheimer, M. (1985). *Dialética do Esclarecimento: Fragmentos Filosóficos*. Editora Zahar.
- Almeida, H., Benedito, M., & Ferreira, S. (2019). Quebrando tabus: os fatores que levam o suicídio entre universitários. *Revista de Pesquisa Interdisciplinar*, 2(2.0). doi:<http://dx.doi.org/10.24219/rpi.v2i2.0.383>
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Editora Fiocruz.
- Ariès, Philippe (2017). *A história da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias*. Nova Fronteira.
- Azevedo, A., Silva, M., & Lima, A. (2020). Ideação e Tentativa de Suicídio em Estudantes de Psicologia: Uma dor que tem morada na Universidade. *Holos*, 6, 1-13. doi:<https://doi.org/10.15628/holos.2019.6203>
- Baldaçara, L., Rocha, G. A., Leite, V. D. S., Porto, D. M., Grudtner, R. R., Diaz, A. P., Meleiro, A., Correa, H., Tung, T. C., Quevedo, J., & da Silva, A. G. (2021). Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 43(5), 525–537. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0994>
- Barrios-Acosta, Miguel, Ballesteros-Cabrera, Magnoliadel Pilar, Zamora-Vázquez, Sara, Franco-Agudelo, Saúl, Gutiérrez-Bonilla, Martha L., Tatis-Amaya, Javier, Sarmiento-López, Julián C., Cuspoca, Decsy, Castillejo-Cuellar, Alejandro, & Rodríguez-Melo, Carlos I. (2017). Universidad y conducta suicida: respuestas y propuestas institucionales, Bogotá 2004-2014. *Revista de Salud Pública*, 19(2), 153-160. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n2.57001>
- Basaglia, F. (1985). *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Edições Graal.
- Bauer, M & Gaskell, G. (2015). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (7ª. ed). Petrópolis, RJ: Editora Vozes.

- Beautrais, A. L. (2000). Risk Factors for Suicide and Attempted Suicide among Young People. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 420–436. doi:10.1080/j.1440-1614.2000.00691.x
- Bertolote, J. M, Mello-Santos, C. de, & Botega, N. J. (2010). *Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica*.
- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231-236. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>
- Botega, N. J. (2015). *Crise Suicida: avaliação e manejo*. Artmed.
- Brasil (1988). Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988.
- Brasil (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil (2001). *Lei 10.216, de 6 de abril de 2001*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil (2002). *Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002*. Ministério da Saúde, Brasília. Recuperado de: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_251.pdf
- Brasil (2002). *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Ministério da Saúde, Brasília. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0147_28_02_2012.html
- Brasil (2006). *Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006*. Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br)
- Brasil (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, Ministério da Saúde, Brasília. Recuperado de: [p://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/mg/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/mg/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).
- Brasil (2012). *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil (2014). *Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br)
- Brasil (2016). *Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016*. Recuperado de: [Decreto nº 8727 \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br)
- Brasil (2016). *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil (2016). *Resolução N°510, de 07 de abril de 2016*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

- Brasil (2018). *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil (2019). *Nº 13.819, de 26 de abril de 2019*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. (2012). *Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Brasil. (2021) *Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil*. Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde, Brasília, DF, (52). Recuperado de: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/setembro/20/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf
- Cabral, S. B., Darosci, M. (2019). A Trajetória Das Políticas De Saúde Mental No Brasil: Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). *Anais do III Seminário Nacional Serviço Social, Trabalho e Política Social*. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina
- Cassorla, R M. S (2017). *Suicídio: Fatores Inconscientes e Aspectos Socioculturais: Uma Introdução*. Blaucher.
- Cassorla, R. M. S. & Smeke, E. L. M (1994). Autodestruição Humana. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (suplemento 1): 61-73, 1994.
- Chauí, M (2000). Resistir às determinações do mercado, em busca da autonomia do saber. *Revista da Adusp* (21), 48-54.
- Chauí, M (2003). A universidade pública sob nova perspectiva. *Revista Brasileira de Educação*, (24), 5-15. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782003000300002>
- Chauí, M (2000). Resistir às determinações do mercado, em busca da autonomia do saber. *Revista da Adusp* (21), 48-54.
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 171-188.
- Crochík, J. L (2004). A normalidade do sofrimento. *Manifesto - Revista mensal da oficina de informações*, 5(61), 42-43
- Crochík, J. L. (1998). Os desafios atuais do estudo da subjetividade na psicologia. *Psicologia, USP*, São Paulo, 9 (2) p. 69-85.
- Dias, M. S. de L., Neto Moreira, P. (2019). *Depressão e suicídio na universidade: uma questão de sentido de vida* In: Suicídio: abordagens psicossociais para a prevenção. Juruá Editora, Curitiba.

- Durkheim, E., (1982). *O Suicídio: Um Estudo Sociológico*. Zahar Editores.
- Dutra, E. (2012). Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(3),924-937. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v12n3/v12n3a13.pdf>
- Ficher, A. M. F.Teixeira, & Vansan, G. A. (2008). Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(3), 361-374. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300005>
- Fleury & Ouverney (2012). Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella, Lígia (org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Editora Fiocruz.
- Freud, S. (1917). Luto e melancolia. In: _____. *A história do movimento psicanalítico: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos* (1914-1916). Imago, 1996, p. 249-263
- Freud, S. (1974). Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, Trad., Vol. 11, pp. 217-218). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1910)
- Fukumitsu, K. O. (2019). *Sobreviventes enlutados por suicídio: cuidados e intervenções*. Summus Editorial
- Fukumitsu, K.O., Abilio C. C. C., Lima C. F. S., Gennari D. M., Pellegrino J. P., & Pereira T. L. (2015). Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. *Revista Brasileira de Psicologia*, 02(2), 48-49.
- Fukumitsu, Karina. (2019) Programa Raise: Gerenciamento de crises, prevenção e posvenção de suicídio em escolas. Phorte Editora.
- Garcia & Rueda (1996). Aspectos metodológicos de la psicología social aplicada in Alvaro, J.L.; Garrido,A. y Torregrosa,J.R. (Coor) (1996) *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Mgraw Hill. Pp.57- 82
- Góis, C.W. L (2012). *Psicologia clínico-comunitária*. Banco do Nordeste.
- Marx, K. (2006). *Sobre o Suicídio*. Editora Boitempo.
- Matos, O. (2012). *A Escola de Frankfurt – luzes e sombras do iluminismo*. Editora Moderna.
- Minayo, M. C. de S. (1998). A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública: a sociologicalconcernand a publichealth problem. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 1998 Apr [cited 2021 Apr 09] ; 14(2): 421-428. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000200019&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000200019>.

Minayo, M. C. de S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>

Minois, G (2018). *História do suicídio: A sociedade ocidental diante da morte voluntária*. Editora Unesp.

Organização Mundial da Saúde (2000). *Um manual para profissionais da saúde em Atenção Primária*. Departamento de Saúde Mental, Genebra.

Organização Mundial da Saúde (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Luxemburgo.

Organização Pan Americana de Saúde (2018). *Folha informativa – Transtornos Mentais*. Recuperado de: [Transtornos mentais – OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde \(paho.org\)](https://www.paho.org/pt/transtornos-mentais)

Organização Pan Americana de Saúde (2018). *The Health of Adolescent and Youth in the Americas. Implementation of the Regional Strategy and Plan of Action on Adolescent and Youth Health 2010-2018*. Washington, D.C

Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre saúde mental [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (Documento CD53/8, Rev. 1) [consultado em 20 de dezembro de 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-8-p.pdf>

Pirkins, J (2022). Suicide numbers during the first 9-15 months of the COVID-19 pandemic compared with pre-existing trends: An interrupted time series analysis in 33 countries. *eClinical medicine* .51 101573 1-19

Portocarrero, V. (2003). *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Editora Fiocruz.

Resende, M. do R. S. (2005). Formação e autonomia do professor universitário: um estudo na Universidade Federal de Goiás. 2005. 206 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Rodrigues, M. F., Oliveira, P. P., Silva H. C., Pinheiro J. M. C. *Comportamento suicida: o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no Estado de Goiás*. Gerência de Vigilância Epidemiológica/Superintendência de Vigilância em Saúde/ Secretaria de Estado da Saúde de

Goiás (GVE/ SUVISA/ SES-GO). 2020. Recuperado de Comportamento suicida: O perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no Estado de Goiás (saude.go.gov.br)

Rotelli, F et al. (1990). *Desinstitucionalização: uma outra via*. Hucitec.

Ruckert, M. L. T., Frizzo R. P., & Rigoli, M. M. (2019). Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(2), 85-91. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190013>

Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, D. (2002). Ideação suicida em adolescentes universitários: prevalência e fatores associados. *Biomédica*, 22(Sup2), 407–16. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v22iSup2.1189>

Santos, W. B., Silva e Sant'Anna, T. F.; Mota, M. C. & Faleiro, W. (2019). *Suicídio Universitário: uma questão de identidade ou de profissionalização?* Ebook Kindle. Editora Kelps.

Sawaia, B. B. (Org.). (1999). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Vozes.

Setti, V. M. G. (2017). Políticas Públicas e prevenção do suicídio no Brasil. *ÂNDÉ : Ciências e Humanidades*, v. 1, n. 1, p. 104-113, 14 dez. 2017.

Shneidman, E. (1993). *Suicide as a psychache. A clinical approach to self-destructive behavior*. Northwale. Jason Aronson In.

Shneidman, E. (2014). *Definition of Suicide*. Ebook Kindle: Regina Ryan Book

Shneidman, E. (2018). *A common sense book of death. Reflections at a ninety of a Lifelong Thanatologist*. Rowman & Littlefield Publishers Inc.

Smith, Tom (2013). *The Unique Grief of Suicide: Questions and Hope Universe*. Edição do Kindle.

Stavizki J., Carlos & Cadoná, M. A. (2019). Políticas públicas de prevenção ao suicídio: os processos políticos e sociais necessários para sua implementação. *Controle Social e Desenvolvimento territorial*. v. 5, n. 6, jul/dez 2019 ISSN 2527-1253

Universidade Estadual de Campinas (2023). *Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante. Pró Reitoria de Graduação*. Recuperado de: SAPPE – Pró Reitoria de Graduação | UNICAMP

Universidade Federal de Goiás (2012). *Resolução CONSUNI 31/2012*. Recuperado de: MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (ufg.br)

Universidade Federal de Goiás (2014). *Resolução CONSUNI nº 14/2014*. Recuperado de: Resolucao CONSUNI 2014 0014.pdf (ufg.br)

- Universidade Federal de Goiás (2014). *RESOLUÇÃO CONSUNI N° 15/2014*. Recuperado de: [Resolucao CONSUNI 2014_0014.pdf \(ufg.br\)](#)
- Universidade Federal de Goiás (2016/2020). *Saudavelmente*. Recuperado de: [Saudavelmente | PRAE - Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis \(ufg.br\)](#)
- Universidade Federal de Goiás (2017). *RESOLUÇÃO - CONSUNI N° 44/2017*. Recuperado de: [PORTARIA DE PESSOAL N° 2237/2004 \(ufg.br\)](#)
- Universidade Federal de Goiás (2017). *RESOLUÇÃO CONSUNI N° 12/2017*. Recuperado de: [Resolucao CONSUNI 2017_0012.pdf \(ufg.br\)](#)
- Universidade Federal de Goiás (2018). *RESOLUÇÃO - CONSUNI N° 08/2018*. Recuperado de: [SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL \(ufg.br\)](#)
- Universidade Federal de Goiás (2019). *Pesquisa da Andifes mais uma vez derruba o estigma de que as instituições públicas federais de ensino superior são de famílias ricas e oriundos de escola particular. Jornal UFG. Recuperado de [75% dos estudantes da UFG são de baixa renda | Jornal UFG](#)*
- Vinuto J. (2016). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. (44):201-18.
- Yin, R. K (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2.ed.- Porto Alegre: Bookman, 2001.

Apêndices

Apêndice 1



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS



Programa de Pós-Graduação em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada ***Suicídio no contexto acadêmico uma análise sobre as estratégias de enfrentamento na Universidade Federal de Goiás***. Meu nome é Izabela Assis Rocha sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é Psicologia. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra ficará comigo. Esclareço que em caso de recusa na participação, em qualquer etapa da pesquisa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável, via e-mail izabelaassisrocha@yahoo.com e, através do seguinte contato telefônico: (64) 999764690, inclusive com possibilidade de ligação a cobrar. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215, que a instância responsável por dirimir as dúvidas relacionadas ao caráter ético da pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP-UFG) é independente, com função pública, de caráter consultivo, educativo e deliberativo, criado para proteger o bem-estar dos/das participantes da pesquisa, em sua integridade e dignidade, visando contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos vigentes.

O trabalho tem como objetivo investigar suicídio enquanto fenômeno social no contexto universitário partir de estratégias de enfrentamento desenvolvidas pelos serviços de saúde mental da universidade. Você será entrevistado e para isso deverá reservar um período de 60 a 90 minutos. Você tem direito ao ressarcimento das despesas decorrentes da cooperação com a pesquisa, inclusive transporte e alimentação, se for o caso, e a pleitear indenização em caso de danos, conforme previsto em Lei. Se você não quiser que seu nome seja divulgado, está garantido o sigilo que assegure a privacidade e o anonimato. As informações desta pesquisa

serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas. Os riscos da pesquisa são emocionais, devido a temática que pode suscitar desconforto emocional e/ou mobilização de conteúdos internos. Para minimizar esse desconforto, será disponibilizado acolhimento e escuta ativa dos participantes pela pesquisadora responsável que é psicóloga, sob o CRP/09 14681

Durante todo o período da pesquisa e na divulgação dos resultados, sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de alguma forma, identificá-lo, será mantido em sigilo. Todo material ficará sob minha guarda por um período mínimo de cinco anos. Para condução da entrevista é necessário o seu consentimento para utilização de um gravador, faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão:

Permito a utilização de gravador durante a entrevista.

Não permito a utilização de gravador durante a entrevista.

As gravações serão utilizadas na transcrição e análise dos dados, sendo resguardado o seu direito de ler e aprovar as transcrições. Pode haver necessidade de utilizarmos sua voz em publicações. Faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão:

Autorizo o uso de minha voz em publicações.

Não autorizo o uso de minha voz em publicações.

Pode haver também a necessidade de utilizarmos sua opinião em publicações, faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão:

Permito a divulgação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa.

Não Permito a divulgação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa.

Pode haver também a necessidade de utilizarmos sua imagem em publicações, faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão:

Permito a divulgação da minha imagem nos resultados publicados da pesquisa.

Não Permito a divulgação da minha imagem nos resultados publicados da pesquisa.

Solicito autorização para utilização dos dados em pesquisas futuras. Para validar sua decisão, faça uma rubrica entre os parênteses abaixo:

Permito a utilizar esses dados para pesquisas futuras.

Não Permito a utilizar esses dados para pesquisas futuras

Declaro que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não.

1.2 Consentimento da Participação na Pesquisa:

Eu,, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “*Suicídio no contexto acadêmico uma análise sobre as estratégias de enfrentamento na Universidade Federal de Goiás*”. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora responsável Izabela Assis Rocha sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, de de

Assinatura por extenso do(a) participante

Assinatura por extenso da pesquisadora responsável

Assinatura por extenso da pesquisadora responsável

- Se o (a) participante for iletrado (a), acrescentar local para assinatura de duas testemunhas

Apêndice 2

Instrumento de Coleta de Dados

Para a coleta de informações na pesquisa “*Suicídio no contexto acadêmico uma análise sobre as estratégias de enfrentamento na Universidade Federal de Goiás*” serão utilizadas entrevistas *on-lines* semi-dirigidas com profissionais de um serviço de saúde mental. As questões norteadoras serão as seguintes:

1. Nome e formação
2. Tempo de atuação no serviço
3. Como é sua atuação no serviço?
4. Como são as ações de prevenção ao suicídio?
5. Como são realizadas as ações de enfrentamento ao suicídio?
6. Como você percebe o suporte social e universitário realizado em casos de suicídio para os sobreviventes?
7. Como o suicídio traz impactos sociais para a comunidade acadêmica?
8. Quais são os maiores desafios ao tratar do tema do luto sobre suicídio?
9. São realizados acompanhamentos em estudantes que passaram por situações de perda por suicídio?
10. Você percebe diferença entre o luto por suicídio e o luto por outro tipo de morte?
11. Nos atendimentos, você percebe comportamentos suicidas, falas de ideação suicida nos estudantes?
12. Quais são os sofrimentos envolvidos nesses sujeitos com queixas suicidas?
13. Gostaria de acrescentar algo a entrevista?

Anexos



UFG - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde mental no contexto universitário: um estudo sobre suicídio sob a análise de estratégias de enfrentamento

Pesquisador: Izabela Assis Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45784720.9.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.876.691

Apresentação do Projeto:

O protocolo refere-se a uma pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFG, sob a orientação da Profa. Dra. Maria do Rosário Silva Resende.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o suicídio enquanto fenômeno social no contexto universitário a partir de estratégias de enfrentamento desenvolvidas pelos serviços de saúde mental da universidade.

Objetivos Secundários:

- Compreender o suicídio enquanto fenômeno social e como se manifesta na sociedade brasileira;
- Compreender como o fenômeno do suicídio se expressa em estudantes universitário;
- Analisar as intervenções realizadas pelas universidades acerca do suicídio a partir das percepções e vivências de profissionais da saúde dos serviços de promoção em saúde mental ofertados pela universidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A proponente afirma que a pesquisa tem como risco a possibilidade de desencadear reações emocionais nos participantes durante a realização de entrevistas. Diante disso, no TCLE ela lhes dá as garantias de anonimato e de privacidade, e também se dispõe a atendê-los como psicóloga para minimizar os desconfortos emocionais que possam surgir em decorrência da participação no

Endereço: Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2, sala 110

Bairro: Campus Samambaia, UFG **CEP:** 74.690-970

UF: GO **Município:** GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

E-mail: cep.prpi@ufg.br



UFG - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 4.876.691

estudo.

Já entre os benefícios, a proponente afirma que a pesquisa, na medida em que visa a mapear e compreender as estratégias de enfrentamento ao suicídio no contexto universitário, poderá contribuir para a realização de ações que minimizem os impactos e sofrimentos psicológicos decorrentes de suicídio.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Com o intuito de investigar atividades de enfrentamento que foram realizadas após atos de suicídio, para minimizar os impactos causados por esses eventos na comunidade acadêmica, a proponente fará um levantamento de casos de suicídios ocorridos na cidade de Goiânia, enfocando aqueles ligados à comunidade de uma universidade pública. O período analisado será de 2010 até os dias atuais. Ela também planeja fazer entrevistas online (via Google Meet e Zoom) com psicólogos, psiquiatras, terapeutas e enfermeiras que trabalham com saúde mental na universidade estudada, totalizando cinco participantes. O período para essa coleta de dados vai de 30/06 a 31/08 de 2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na primeira versão do protocolo, foram apresentados os seguintes documentos:

- Folha de Rosto
- Termo de compromisso das pesquisadoras
- Projeto Detalhado
- Informações Básicas do Projeto
- Instrumento de coleta de dados
- Roteiro das entrevistas
- Termo de anuência da UFG
- TCLE

Na segunda versão, foram incluídos os seguintes documentos:

- Informações Básicas do Projeto revisadas
- Projeto detalhado revisado
- Carta sobre a resolução das pendências
- Termo de anuência da UFG revisado
- TCLE revisado

Em geral, os documentos apresentados atendem às exigências do CEP. Os documentos

Endereço: Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2, sala 110
Bairro: Campus Samambaia, UFG **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **E-mail:** cep.prpi@ufg.br



UFG - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 4.876.691

acrescentados na segunda versão do protocolo solucionaram as pendências listadas no parecer anterior. Entretanto, será necessário rever o cronograma de início da coleta de dados.

Recomendações:

Recolocar nos rodapés do TCLE o endereço e o telefone da Faculdade de Educação, assim como estava na versão anterior do documento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora deverá enviar ao CEP uma declaração de que a coleta de dados ainda não foi iniciada, na forma de notificação na Plataforma Brasil. Igualmente, deverá ajustar o cronograma da pesquisa, a fim de que o início da coleta de dados seja posterior à aprovação do protocolo pelo CEP. Isto sendo feito, considero que não haverá impedimentos éticos para a realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa / CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de 30 dias após o encerramento da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1679813.pdf	20/07/2021 14:10:55		Aceito
Outros	Correcoes.docx	20/07/2021 14:10:22	Izabela Assis Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	20/07/2021 14:02:31	Izabela Assis Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	20/07/2021 14:01:10	Izabela Assis Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Anuencia.pdf	20/07/2021 13:59:02	Izabela Assis Rocha	Aceito

Endereço: Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2, sala 110

Bairro: Campus Samambaia, UFG **CEP:** 74.690-970

UF: GO **Município:** GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

E-mail: cep.prpi@ufg.br

Página 03 de 04



UFG - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 4.876.691

Outros	Roteiro_de_entrevista.docx	15/04/2021 10:25:42	Izabela Assis Rocha	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_dados.docx	15/04/2021 10:24:47	Izabela Assis Rocha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso.pdf	15/04/2021 10:24:21	Izabela Assis Rocha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	15/04/2021 10:13:32	Izabela Assis Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 31 de Julho de 2021

Assinado por:
Marilúcia Lago
(Coordenador(a))

Endereço: Alameda Flamboyant, Qd. K, Edifício K2, sala 110
Bairro: Campus Samambaia, UFG **CEP:** 74.690-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **E-mail:** cep.prpi@ufg.br

Página 04 de 04