

**O que nos ensinam os itinerários terapêuticos de adolescentes/jovens que tentaram suicídio**

*What the therapeutic itineraries of adolescents/young people who have attempted suicide teach us*

Renata Fabiana Pegoraro  
**Universidade Federal de Uberlândia**  
Uberlândia-Brasil  
Maria Cristina Gonçalves Vicentin  
**Universidade de São Paulo**  
São Paulo-Brasil

**Resumo**

O objetivo deste artigo é identificar a compreensão de adolescentes e jovens sobre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial utilizados em algum momento de sua trajetória. Entrevistamos oito adolescentes/jovens internados em leito psiquiátrico de hospital geral, com histórico de tentativa de suicídio, a partir da perspectiva das histórias de vida na modalidade temática, as quais possibilitaram a construção do itinerário terapêutico de cada participante. Os resultados discutidos neste artigo apontaram: (i) os serviços com função de referência do cuidado para os adolescentes/jovens e a valorização dos cuidados psicológicos; (ii) os serviços de urgência e internação com a função de reestabelecer o funcionamento do corpo ou torná-lo inerte. Os itinerários, apresentados sob a forma de mapa de cuidados, apontaram a fragmentação do cuidado a adolescentes e jovens que tentaram suicídio

**Palavras-chave:** Adolescentes; Jovens; Tentativa de suicídio; Internação; Rede de Atenção Psicossocial.

**Abstract**

The aim of this paper is to identify the understanding of adolescents and young adults about the services of the Psychosocial Care Network used at some point in their lives. Eight adolescents and young adults who attempted suicide, and have since been admitted to a psychiatric ward in a general hospital, were interviewed from the perspective of thematic life stories, which enabled us to reconstruct the therapeutic itinerary of each participant. In this paper we discuss: (i) services with a reference function of care for adolescents/young adults and the enhancement of psychological care; (ii) emergency and hospitalization services with the function of restoring the functioning of the body or rendering it inert. The itineraries, presented in the form of a care map, pointed to the fragmentation of care for adolescents and young adults who attempted suicide.

**Keywords:** Adolescents; Young adults; Suicide attempt; Hospitalization; Psychosocial Care Network.

## **Introdução**

Esta pesquisa teve origem na observação do aumento do número de jovens que chegavam aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com histórico de tentativa de suicídio, ao longo do período de três anos, nos quais uma das autoras orientou estágios e outras atividades práticas de um curso de graduação em Psicologia, em diferentes equipamentos de saúde, de um município de médio porte, do Estado de Minas Gerais, o que nos permitiu identificarmos a pouca adesão dos jovens às propostas de cuidado no CAPS, bem como nos aproximarmos das histórias de vida dos mais jovens que ali permaneciam em tratamento, em especial aqueles que haviam tentado suicídio.

Como esses adolescentes e jovens compreendiam os cuidados ofertados pelos serviços que integravam a Rede de Atenção Psicossocial? Essa foi uma das perguntas que orientaram a elaboração de um projeto de pesquisa que, submetido e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE [suprimido]), propôs em uma de suas etapas analisar, a partir de estudos de caso, a trajetória de cuidados na rede de saúde e suporte social, por meio da investigação da história de vida e do itinerário terapêutico de jovens com histórico de internação psiquiátrica por tentativa de suicídio.

Neste artigo, cujo objetivo é identificar a compreensão dos jovens sobre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial utilizados em algum momento de sua trajetória, trataremos um recorte da pesquisa realizada.

## **Por que ouvir adolescentes e jovens que tentaram suicídio?**

No Brasil, tem sido identificado um aumento do número de suicídios, tentativas de suicídio e ideações suicidas entre adolescentes e jovens nesta última década (RIBEIRO; MOREIRA, 2018; BAHIA et al., 2020). As tentativas de suicídio são um problema de saúde pública que requerem ações de caráter preventivo, informativo e esclarecedor (HILDEBRANDT; ZART; LEITE, 2011). A prevenção do suicídio tem sido tratada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a) como de extrema relevância na agenda de saúde. Signatário de um plano de ação da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) que pretende acompanhar o número de suicídios até o ano de 2030 e criar estratégias de prevenção, o Brasil conta com aumento do número de lesões autoprovocadas desde que a notificação de violências tornou-se obrigatória no país (BRASIL, 2015). A Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a *Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio*, aponta em seu art. 3º a

necessidade de “garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio” e ainda a necessidade da notificação sobre tais eventos como forma de subsídio para a formulação e implementação de políticas públicas. Para Ribeiro e Moreira (2018), é preciso considerar, com relação ao público adolescente/ jovem que tenta suicídio, questões relacionadas ao gênero e à existência de violência em suas trajetórias de vida na construção de ações que permitam o alcance de políticas públicas promotoras de proteção e fomento de solidariedade social.

Pesquisas feitas com adolescentes que tentaram suicídio destacam a necessidade de ouvi-los de forma compreensiva, permitindo a expressão de sentimentos sem constrangimentos. A perspectiva dos adolescentes sobre suas vivências de sofrimento e sobre os serviços que lhes ofertaram cuidados coloca esse público de forma menos invisível na construção das formas de cuidar, além de fornecerem subsídios para a construção e para a avaliação de políticas públicas promotoras de vida e elaboradas considerando-se as peculiaridades de crianças, adolescentes e jovens (ROSSI et al., 2019; RIBEIRO; MOREIRA, 2018; SILVA, 2019). A pesquisa de Rossi et al. (2019) sobre a vivência da crise segundo adolescentes vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Juventude (CAPS ij) apontou a experiência da tentativa de suicídio por parte dos jovens e a busca por atendimento em unidade de pronto atendimento seguidas de vinculação do jovem ao CAPS ij, sem o recurso da internação, desvelando o circuito Unidade de Pronto Atendimento – CAPS – CAPS ij nos cuidados a esse público. Esse circuito coloca o estudo de Rossi et al (2019) na contramão de outras pesquisas brasileiras que têm sinalizado a internação como prática frequente, especialmente nos casos em que há uso prejudicial de substâncias (JOIA, 2014; BRAGA; d’OLIVEIRA, 2015; GUARESCHI; LARA; ECKER, 2016; BALBINOT; HAUBERT, 2016; VARGAS, 2014), o que aponta para uma rede articulada de detecção dessa demanda em adolescentes/jovens e para a capacidade de implementação de ações de cuidado cujos serviços distribuídos compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), priorizando o cuidado em território, conforme a Portaria MS 3088/2011 (BRASIL, 2011, 2017b).

### **Aspectos metodológicos**

Entrevistamos oito adolescentes e jovens internados em leito psiquiátrico de hospital geral no Estado de Minas Gerais, com histórico de tentativa de suicídio, a partir da perspectiva das histórias de vida na modalidade temática (MEIHY; HOLANDA, 2018). O roteiro de entrevista construído para o encontro com os adolescentes e jovens abordou a trajetória de cada um deles por serviços de saúde, os sentidos atribuídos às tentativas de suicídio, a composição de suas redes de apoio social e os planos para a vida após a alta da internação hospitalar. No recorte aqui apresentado nos ateremos à trajetória por serviços de saúde e aos sentidos atribuídos a tais equipamentos. Cinco adolescentes/jovens cederam uma segunda entrevista após três meses da alta hospitalar, a qual investigou a inserção em serviços de saúde nesse intervalo, as atividades cotidianas, a rede de apoio e os planos para o futuro. Diversas tentativas de agendamento com os outros três participantes não tiveram sucesso (os números de telefone informados caíam sempre na caixa postal).

Os adolescentes Messi (12 anos), Holder (15 anos) e Afrodite (16 anos) foram entrevistados ao final de uma semana de internação e os jovens, Rita (19 anos), Sandro (19 anos), Marcos (21 anos), Hamilton (22 anos) e Miguel (24 anos) foram entrevistados ao final da segunda semana de internação. Rita, Sandro e Marcos tiveram alta no dia da primeira entrevista. As entrevistas foram audiogravadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (maiores de 18 anos ou responsáveis por adolescentes) e/ou Termo de Assentimento (adolescentes), conforme o caso. Após transcrição literal, as entrevistas foram textualizadas (MEIHY; HOLANDA, 2018) e procedeu-se à análise temática (SOUZA, 2019; CLARKE, 2017).

Foram ainda utilizados como orientadores da análise o conceito de Itinerários Terapêuticos (I.T.), que se refere ao caminho que uma pessoa faz na intenção de autopromoção ou melhoria de saúde, suas escolhas por determinados tratamentos/serviços, a avaliação e a adesão a determinados cuidados à saúde (ALVES, 2015). Em diálogo com o conceito de I.T., adotamos a lógica dos “mapas de cuidado”, que, de acordo com Cecílio, Carapinheiro e Andrezza (2014), valorizam o conhecimento do usuário do serviço de saúde, suas experiências e seu saber.

Considerando-se as temáticas e os mapas de cuidado, destacaram-se para análise neste artigo: (i) Os serviços com função de referência do cuidado para os adolescentes/jovens

e a valorização dos cuidados psicológicos; (ii) Urgência e internação: restabelecer o funcionamento do corpo x tornar o corpo inerte.

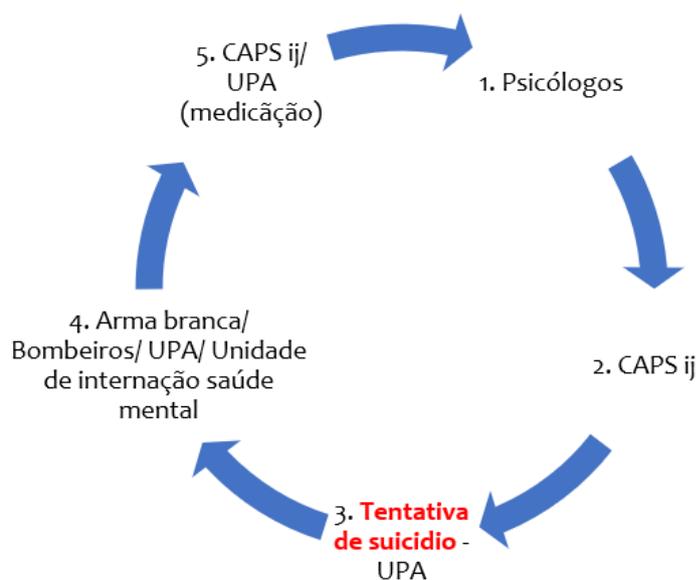
## Resultados e discussão

### Serviços-referência para o cuidado de adolescentes e jovens

Holder (15 anos) e Sandro (19 anos) frequentaram o CAPS ij. Dentre os serviços pelos quais esses jovens passaram, o CAPS ij foi aquele que, nas entrevistas, foi descrito com mais detalhes e com maior potencial para ajudá-los. Para Holder (Figura 1), o CAPS ij é a grande referência em seu mapa de cuidados. No início da primeira entrevista, ele afirmou que a internação não poderia ajudá-lo por ser seu problema “psicológico-familiar”, que nenhum médico poderia dizer o que ele sente, demonstrando ainda certo desdém pelos psicólogos que o haviam acompanhado na infância. Ele estava vinculado ao CAPS ij antes da internação e contou sobre suas expectativas de tratamento após a alta e sobre a forma como ele, pouco a pouco, foi se sentindo mais integrado às ações realizadas pela equipe:

*Eu vou me tratar [após alta hospitalar]? Eu vou continuar [ênfatisa o continuar]. Aí eu lembrei que eu continuo no CAPS [CAPS ij]. Eu ainda estou no CAPS. Eu vou continuar no CAPS [ênfatisa]. Lá tem muito grupo... Eu comecei a me enturmar mais agora lá. Por que antes eu não queria ir nos grupos, agora eu estou indo, estou me tornando mais.... estou desabafando, porque antes eu não desabafava com as psicólogas (Holder, 15 anos - E1).*

**Figura 1** –Percurso por serviços de saúde e tentativas de suicídio no itinerário terapêutico de Holder



Fonte: As autoras (2023)

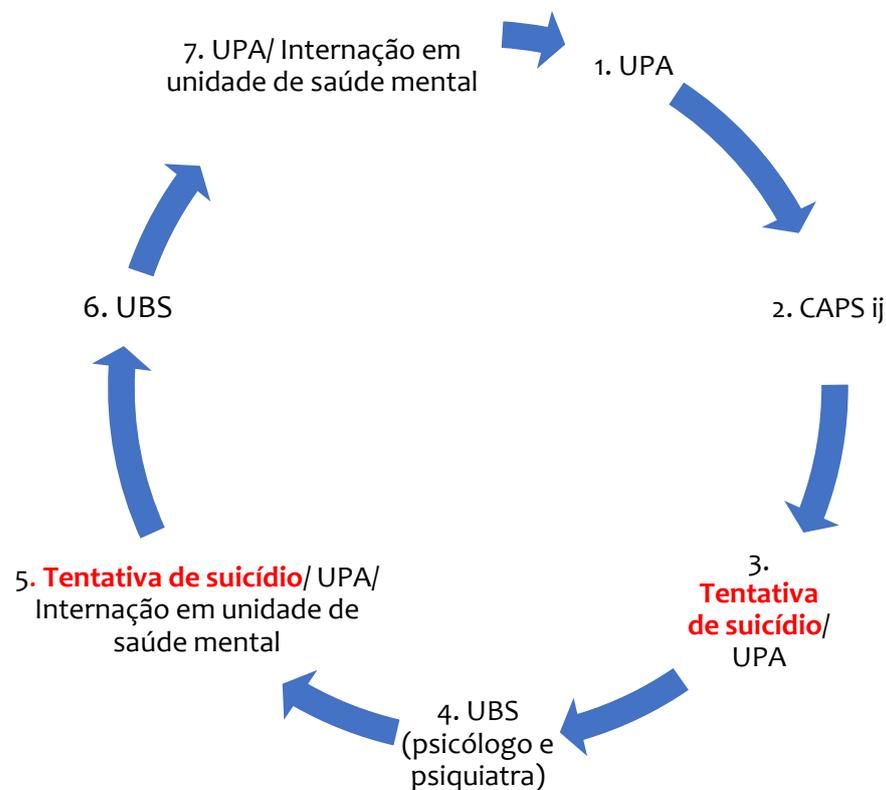
Os dissabores da vida de Holder podem, aos poucos, se tornar palavra nos atendimentos individuais do CAPS ij. Sua dor, nascida da separação de sua última namorada, e a possibilidade de vê-la, por morarem em um mesmo condomínio, podia ser cuidada no CAPS ij. Sua timidez e a dificuldade de entrosamento com colegas de escola foram se dissolvendo, existindo, inclusive, sua inserção em grupos no CAPS ij, local inicialmente frequentado apenas em datas de consulta médica. À medida que se sente mais à vontade no CAPS ij, ele vai abandonando o discurso de ter sido uma criança-problema, situação que o acompanhava desde o jardim de infância, por não se enturmar, por se esconder debaixo da mesa, por precisar de acompanhamento da pedagoga da escola, o que o levou a atendimento por psicólogos e o fez passar a perceber-se e a falar sobre si como alguém que, aos poucos, encontrou lugares nos quais se sentia bem, como a escola e o próprio CAPS ij.

Sandro (Figura 2) guardava algumas lembranças de seu tempo no mesmo CAPS ij. Ao longo da entrevista, pareceu existir um não saber sobre si, sobre os serviços frequentados, sobre partes de sua história de vida, sobre suas escolhas. A partir do momento em que ele iniciou uma longa jornada diária de 16h em jogos *on-line*, interrompeu o ensino médio. “Não sobra espaço para mais nada”. Essa sensação acompanhou a pesquisadora durante toda a entrevista e foi, portanto, surpreendente ouvir suas lembranças sobre o CAPS ij: “*Mas eu passei pelo CAPS também. Foi o infantil. Tinha várias coisas para fazer, várias psicólogas conversando com a gente. Eu... eu acho que eu recebi alta... ou eu parei de ir... eu não sei*” (Sandro, 19 anos - E1).

Ao final, a marca mais forte do seu relato - “eu não sei”, sua resposta para várias perguntas durante nosso encontro. Se Sandro não soube informar se ele havia deixado de ir ao CAPS ij, se fora uma recomendação da equipe ou se quaisquer outras situações pudessem tê-lo impedido de ir ao serviço, Holder, por decisão da mãe, não voltou mais ao CAPS ij. Quando ocorreu a segunda entrevista com ele, na residência da família, a mãe avaliava que o tempo investido no CAPS ij poderia ser melhor aproveitado em um curso para inserção no mercado de trabalho e interrompeu o tratamento no CAPS ij à revelia do adolescente. Este, na segunda entrevista, sentia falta do CAPS ij, confirmando a percepção, já na primeira entrevista, sobre a função de apoio da equipe para amparar seu sofrimento. Descortinava-se naquela ocasião a compreensão da mãe sobre não existir um problema ou doença, tendo em vista que nenhum exame de Holder havia apontado de fato que doença ele teria, somando-

se a isso a necessidade de acompanhamento do adolescente ao CAPS ij e a permanência da mãe no local, que “não tinha vida própria e vivia em função dele”. Como em muitos municípios, na localidade de residência de Holder havia apenas um CAPS ij, implicando em algumas horas diárias no transporte público para ir e vir do trajeto casa-serviço de saúde. O adolescente não participava ativamente das escolhas de seus cuidados em saúde, deixando de frequentar o serviço que o acolheu e fazendo uso da medicação prescrita por clínico da unidade de pronto-atendimento.

**Figura 2** –Percurso por serviços de saúde e tentativas de suicídio no itinerário terapêutico de Sandro



Fonte: As autoras (2023)

Independente do motivo que levou Holder (Figura 3) e Sandro (Figura 4) a não voltarem ao CAPS ij, a continuidade do cuidado em algum ponto da rede seria importante. Em municípios com um CAPS em funcionamento, reduz-se em 14% o risco de suicídio da população local (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017b), o que pode ser entendido não apenas pela atenção direta do CAPS aos usuários, mas também pela função de matriciamento de equipes de atenção primária, que é parte do seu papel estratégico de articulador (e apoiador) da rede

*O que nos ensinam os itinerários terapêuticos de adolescentes/jovens que tentaram suicídio*

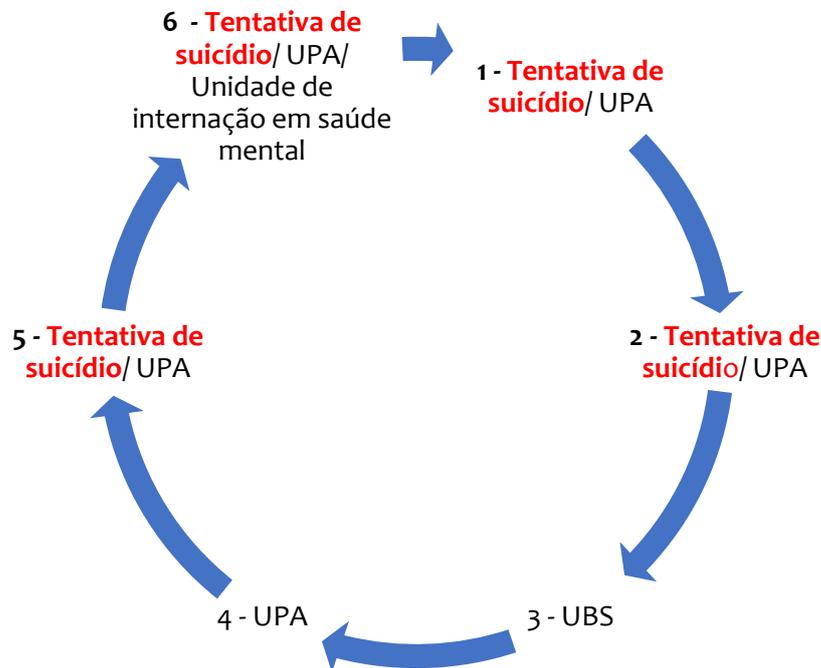
intersetorial. O CAPS ij é um lugar de cuidado para o sofrimento, para acolhimento de crises e urgências, mas ao ser percebido como um serviço especializado em saúde mental, pode manter-se isolado das discussões de casos acompanhados intra e intersetorialmente, sem exercer sua função de agenciador das demandas (RODRIGUES-MORAIS et al., 2019). O “desenvolvimento da colaboração, compartilhamento e corresponsabilização entre diferentes setores de assistência à infância e adolescência” (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017, p. 1940) pode favorecer a “instauração de novos modos de cuidar que ultrapassem a fragmentação e a dispersão” (p.1940).

O serviço-referência para Rita (Figura 3) era a Unidade Básica de Saúde (UBS). Ela interrompeu seu vínculo com a unidade após a morte do psicólogo que a acompanhava, recusando-se a dar continuidade ao acompanhamento com outro profissional:

*O psicólogo foi no posto de saúde lá perto de casa. Aí eu comecei a tratar com ele, só que aí me apeguei muito a ele. E infelizmente eu descobri que ele sofreu um acidente e acabou falecendo. Isso me machucou bastante e eu não quis mais fazer tratamento. Não tinha terminado o tratamento não. Foi bem tenso. Eu estava me sentindo meio frustrada, sabe? Eu ia toda quinta-feira. Era [atendimento individual]. Ajudou bastante. Ele conversava bastante comigo (Rita, 19 anos, E1).*

Os demais vínculos de Rita com serviços de saúde foram, unicamente, o pronto atendimento e a internação em leito de hospital geral, portanto, vínculos pontuais, sem um cuidado longitudinal. Além de Rita, Holder e Sandro, outros adolescentes/jovens destacaram a valorização dos cuidados psicológicos e a possibilidade de escuta e acolhida de seus sofrimentos, como Hamilton, no CAPS adulto e em ambulatório de seu convênio:

*Tinha uma psicóloga que me acompanhava [no CAPS], não lembro o nome dela. Individual e em grupo. Eu gostei dos dois, eu sempre gostei muito de conversar com a psicóloga. Nossa, terapia para mim é primordial, é melhor que meditação! Eu acho que o CAPS me ajudou. Eu ia uma ou duas vezes na semana. Não sei te falar por quanto tempo.” (Hamilton, 21 anos – E1)*

**Figura 3** –Percurso por serviços de saúde e tentativas de suicídio no itinerário terapêutico de Rita

Fonte: As autoras (2023)

Como na pesquisa de Rossi et al. (2019), há um destaque para o espaço individual de atendimento recebido pelos adolescentes e jovens. Considerando-se as histórias de cada jovem neste estudo (a violência sexual sofrida por Miguel na infância, os sofrimentos de Marcos relacionados a uma fobia e que estavam prejudicando seu desempenho acadêmico, a fobia social como Rita denomina seu diagnóstico e o mal estar no meio dos outros que sempre a julgam, os desabafos sobre os dissabores amorosos de Holder e as vivências tão secretas de Sandro nos atendimentos individuais), a oferta de atenção individual pode, de fato, mostrar-se importante. Cabe aos CAPS oferecerem projetos terapêuticos que levem em consideração as necessidades de saúde singulares do usuário. No entanto, é necessário interrogar também como a (in)visibilidade social de vários temas como as violências sexuais, as discriminações etárias, raciais ou de orientação sexual participam da produção do sofrimento, o que sugere a necessidade de dessegregação dos temas.

Na ausência de CAPS – o que ocorre em municípios com menos de 20 mil habitantes – é de responsabilidade da atenção básica a identificação e o planejamento de intervenções no campo da saúde mental, seja para promoção, prevenção ou tratamento. O campo da

*O que nos ensinam os itinerários terapêuticos de adolescentes/jovens que tentaram suicídio*

promoção de saúde e a incidência territorial da atenção básica são um caminho fértil para o acompanhamento longitudinal, processual e próximo das situações que afetam crianças e adolescentes já em etapas precoces de suas vidas. Teixeira, Couto e Delgado (2017) esclarecem que equipes de atenção primária podem, por um lado, reconhecer necessidades de cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes e, por outro, implementarem poucas ações de cuidado e demandarem por um serviço especializado, o que pode levar à caracterização das ações de matriciamento como “sinônimo de triagem para serviços especializados” (p.1938).

### **Serviços de urgência e de internação: a produção de corpos inertes**

Após as tentativas de suicídio, os adolescentes e jovens entrevistados foram acompanhados por um familiar ou amigo para a unidade de pronto atendimento, em unidades do município que atendem a demandas variadas, não apenas de saúde mental. Uma queixa comum entre os entrevistados foi sobre o espaço físico – inadequado e barulhento – que acomoda aqueles que estão em avaliação ou mesmo pernoitam nessas unidades. Holder fala sobre a dificuldade para dormir e sobre a contenção química:

*O atendimento na UPA foi péssimo porque eu só ficava em dois lugares: no quarto e no fumódromo. Eu não saía, não tinha lugar para ir, não podia ir num lugar diferente, aí ficava um saco. Toda vez eles me medicavam. Dormir era difícil lá, eu não conseguia dormir bem. Toda vez era eu ir ficar na cama e um tempo esperando ver se eu dormia. Tinha umas vezes que eu surtava e eles me davam injeção sem eu querer. Eu ficava bravo, querendo ir embora, xingando muito. Eles me davam Fenegan. Foi só uma vez que eu fiz isso (Holder, 15 anos, E1).*

O espaço físico da unidade de pronto atendimento anuncia um modo de cuidar e organizar o trabalho em desalinho à Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013; BULHÕES; VASCONCELOS; ESCÓSSIA, 2015), em especial ao conceito de ambiência, segundo o qual o espaço não apenas se refere à estrutura física de um serviço, mas à forma como essa propicia o encontro entre sujeitos (gestores, trabalhadores, usuários, familiares). No pronto-atendimento, a ação-padrão foi medicar o jovem. Mesmo o mais jovem deste estudo relaciona a passagem pelo pronto atendimento a ser medicado: “Antes eu passei na UPA da minha cidade. Eu fui para UPA porque estava com raiva. Eu não sei o que aconteceu que me deixou com

raiva. Na UPA eu tomei injeção, tomei remédio e dormi. Eu já conhecia a UPA, já tinha ido lá.”  
(Messi, 12 anos, E1)

Hamilton expõe seu desconforto com a forma como foi tratado pela equipe do Pronto Atendimento:

*Eles me trataram super mal: “tem tanta gente aí querendo viver e você querendo morrer”. Todas as vezes [em que usei a UPA após tentativa de suicídio]. Ouvi de enfermeira, médico, de todo mundo. Ouvi isso aí, que dá vontade de morrer mesmo fazendo isso. Que droga...Estava no corredor, no corredor! Ouvi de todo mundo. Paciente, médico, enfermeiro... Aí eu nunca mais voltei lá. Nem para atendimento psicológico que ficou marcado, nem para atendimento psiquiátrico. Só peguei a medicação e continuei tomando a medicação e não voltei mais. (Hamilton, 21 anos - E 1)*

As mesmas reclamações sobre a forma como a equipe lida com pessoas que tentaram suicídio apareceram nos relatos de Rita. Ela passou por quatro das oito unidades de pronto atendimento do município após as tentativas de suicídio, acredita que o atendimento foi adequado (lavagem estomacal, acompanhamento com monitor cardíaco), o julgamento sobre seu comportamento foi lembrado com sofrimento:

*Sinceramente? Foi muito bom [na unidade de pronto atendimento]. Fui bem tratada. Todo mundo lá me respeitou bastante. Respeitou que... por eu ter tentado suicídio teve um pouco de cobrança claro. Assim... eu só não gostei muito porque algumas enfermeiras eram... meio que me ridicularizando falando assim. Ah, tipo... ouvi... ‘dá próxima vez que você vier aqui por suicídio eu não vou te atender’. Aí isso me deixa tipo, nossa, mas eu nem estou bem. Eu fiz isso justamente porque eu não estou bem e ela manda isso! Eu fiquei bem contrariada. [Na alta] Nessa vez eles só mandaram embora mesmo [sem encaminhamento a outro serviço]. Fizeram uma lavagem estomacal. Eu estava com 15 anos (Rita, 19 anos - E1).*

Dois anos depois, Rita foi atendida em outra unidade de pronto atendimento e recordava-se de ter ouvido coisas muito semelhantes:

*O tratamento lá foi bom. Assim, eu só achei que eles foram muito diretos na sala de emergência. Eles não se preocupam muito com o que vão falar. [...] Eles ficam mais conversando entre si, aí acabam meio que falando, questionando e até mesmo para mim também, dizendo que eu deveria apanhar (Rita, 19 anos - E1).*

## *O que nos ensinam os itinerários terapêuticos de adolescentes/jovens que tentaram suicídio*

As recordações dos jovens sobre as falas dos profissionais em unidade de pronto atendimento sugerem que, ao menos para parte desses profissionais, a abordagem à pessoa que tentou suicídio ocorreu de forma diferente do que o indicado, ou seja, não envolveu a investigação sobre a persistência de ideação suicida e sobre a rede de suporte social, com respeito e livre de julgamentos morais (RIO GRANDE DO SUL, 2011). Na UPA, a preocupação é com o reestabelecimento da capacidade física de funcionamento. Injeções, lavagens estomacais, monitoramento cardíaco, insulina, se necessário – de caráter prescritivo e instrumental - estão a postos e podem ser usados para a preservação da vida, sem, no entanto, um olhar dirigido à pessoa que sofre, indicando pouca valorização de tecnologias leves (MEIRHY; FRANCO, 2013), isto é, que sinalizem a capacidade relacional do profissional com a pessoa cuidada. Na pesquisa de Vidal e Gontijo (2013) com mulheres de 19 a 49 anos que tentaram suicídio, o serviço de urgência foi apontado como discriminatório em decorrência de atitudes negativas por parte de médicos e enfermeiros e o suicídio percebido como evento embasado em uma escolha, o que dispensaria o cuidado em saúde às pessoas que tentam suicídio, tendo como desdobramento o fato de que, nem sempre, portanto, essas pessoas são encaminhadas para outro equipamento da rede após alta da urgência. Lembram as autoras que as intervenções efetuadas junto a pessoas que tentaram suicídio e são atendidas em serviço de urgência podem, com a criação de vínculos com os profissionais, também ter impacto sobre a adesão a serviços para continuidade desses cuidados (VIDAL; GONTIJO, 2013). As dificuldades para lidar com pessoas que tentaram suicídio podem estar relacionadas à falta de conhecimentos sobre este tema (REISDORFER et al., 2015), implicando em prejuízo no planejamento e na execução de ações de acolhimento e cuidado a esse público.

O relato dos jovens sobre o período de internação, ainda que amparado na legislação (BRASIL, 2012), aponta para um local que faz a hospedagem do interno (dar alimentação, dar pouso), a avaliação médica e a prescrição de medicamentos, com uma participação de equipe interdisciplinar, de certo modo, apagada, dado o pouco interesse pelas atividades grupais ali realizadas. A hospitalização é indicada especialmente para permitir o monitoramento por uma equipe e o afastamento dos meios usados para a tentativa. Considerando-se que Afrodite, Miguel, Marcos e Rita usaram, em todas as tentativas, medicamentos disponíveis na residência e que, para Holder e Messi, a intenção de suicídio não ficou evidenciada nas

entrevistas (nem mesmo nos registros em prontuário), quais as contribuições da hospitalização?

Afrodite questiona se estar no hospital, ambiente que lhe sufoca, seria mais interessante do que estar em casa com sua família:

*Não sei, eu acho que eu não deveria estar aqui no hospital... aqui pode ajudar muitos, mas não me ajuda ficar aqui. Eu tento sair do quarto porque o quarto me sufoca, mas até ali no pátio que é ao ar livre me sufoca. Eu acho que me ajudaria ir embora pra casa... mas daqui a pouco ele [médico] me dá alta... é só ter paciência. Mas eu ando aprendendo a me controlar. Sei fingir bem que eu estou gostando de ficar aqui... senão aquele homem não vai me soltar daqui. X. [psiquiatra], eu acho. A gente dorme, acorda e toma remédio para dormir. É só isso que a gente faz. E qualquer surto eles podem te amarrar e aí isso pode prolongar seu tempo aqui. [...] Esse lugar não tem inspiração... é vazio aqui.. (Afrodite, 17 anos – E1).*

Lugar vazio de inspiração, sufocante, dormir- tomar remédio- dormir, controlar-se para não ser contida. A perspectiva de Afrodite lembra a descrição de uma estrutura asilar, de ócio e controle (AMARANTE, 2017). O tempo não passa. Essa frase, dita de outras formas, apareceu em algumas entrevistas, como nos exemplos de Sandro e Holder:

*O tempo não passa rápido no hospital. Tem uma semana que eu cheguei. Eu queria que o tempo passasse rápido, que o tratamento fosse mais rápido porque de vez em quando aqui é enjoativo, sem graça, não tem muita coisa para fazer. Eu converso, eu tento fazer desenhos, eu durmo, eu fumo [fala entediado] (Holder, 15 anos - E 1).*

A internação psiquiátrica, em hospital geral ou especializado, é a solução mais adequada para adolescentes como Afrodite e Holder? Afrodite fornece pistas sobre a necessidade de atenção no território, segundo a perspectiva psicossocial. Na segunda entrevista, três meses após a alta, ela reflete que, ao sair da UTI, ter ido para casa teria sido o melhor para ela, que poderia ter ficado em companhia de sua família, seus cachorros e se expressar desenhando e escrevendo.

A legislação sobre serviços hospitalares de referência aponta a necessidade de que leitos psiquiátricos destinados a crianças e adolescentes tenham espaço próprio (BRASIL, 2012). Na instituição onde a pesquisa foi desenvolvida, esse público tinha um quarto reservado, sendo os demais ocupados pelo público adulto. No entanto, a área de circulação

O que nos ensinam os itinerários terapêuticos de adolescentes/jovens que tentaram suicídio interna, o pátio e o refeitório eram espaços compartilhados. A mesma legislação frisa o direito a um acompanhante, o que sempre foi observado pela pesquisadora em todos seus deslocamentos até a unidade.

Outra sugestão, feita por Marcos, diz respeito à proibição do uso de celulares na unidade de internação:

*Eu acho muito estranho não poder ter telefone celular lá dentro e isso, não sei, na minha cabeça é uma coisa que prejudica muito a melhora do paciente porque reforça ainda mais a ideia de reclusão. É, e isso é uma coisa que se coubesse a mim eu melhoraria lá dentro. [...] Mas eu lembro que o isolamento lá era uma coisa que eu acho que não me agradava muito mesmo. Com as outras coisas eu conseguia lidar muito bem, eu acredito, porque era um clima muito pesado, acho que eu cheguei a comentar isso com você, é muito estigmatizado o espaço assim [...] acho que o espaço muito fechado colabora muito para o estigma que ele carrega (Marcos, 21 anos - E2).*

Outras críticas surgem quando os jovens mudam seu comportamento para evitar serem contidos fisicamente:

*Não sei [o que espero da internação]. Agora? Eu estou agitado... Estou meio nervoso. [por fora estava completamente apático]. Não sei te falar... Vontade de quebrar as coisas. [...] . Eles estão querendo me amarrar para ver se eu paro com esse agitação. (Miguel, 24 anos - E1).*

Esse medo de ser contido(a), o evitar dizer, o não pedir medicação, o não agitar, situações relatadas nas entrevistas, nos aproxima do que Kinoshita (2016) denomina como ideal de controle exercido por instituições de perfil manicomial: um corpo absolutamente inerte que, ao tentar mover-se por si passa a indicar *signal ou sintoma, abrindo espaço para uso (indevido) da força*. “Já não existe distância entre o corpo e o corpo da instituição, isto é, o corpo só se move como corpo da instituição” (KINOSHITA, 2016, p. 208 – grifos do autor).

### **Considerações finais**

Do ponto de vista longitudinal, equipes de diferentes serviços de saúde receberam os adolescentes e os jovens para acolhimento, avaliação e intervenção. No caso de adolescentes e jovens, deve-se destacar que a construção do percurso pela rede de saúde se faz com a participação de familiares e responsáveis, os quais, muitas vezes, tomam decisões sobre quais profissionais ou serviços devem ser contatados, o que pode ser um indicativo de certo

apagamento ou invisibilidade do jovem quanto ao uso dos serviços e, mesmo, se esses respondem às suas necessidades. Isso ficou evidente quando fizemos o convite aos participantes e ouvimos, com semblantes que expressavam um misto de surpresa e de satisfação, que desejam poder nos contar sobre os serviços pelos quais haviam circulado. Registramos em diário de campo frases como “Nunca ninguém me perguntou isso. Ah, eu quero falar! Eu quero participar, sim” (Rita, 19 anos) e “Eu estou sempre querendo falar isso, mas ninguém nunca me escuta” (Hamilton, 21 anos). As entrevistas permitiram compreender os caminhos do cuidado, na perspectiva dos itinerários terapêuticos, e os efeitos dessas escolhas com os desdobramentos em vinculação ou não aos serviços.

A fragmentação do cuidado a adolescentes e jovens que tentaram suicídio, conforme apontam os mapas aqui apresentados, permitem vislumbrar o papel desempenhado pelos serviços de urgência, que se ocupam do funcionamento pleno do corpo, mas podem deixar escapar o contexto de vida e a necessidade de suporte profissional ou sociofamiliar a esse público. Se a tentativa de suicídio na trajetória de adolescentes e jovens implicou em atendimento por serviço de urgência, nem sempre houve continuidade do cuidado em outro ponto da Rede de Atenção Psicossocial ou de serviços particulares após a alta. Algumas pistas podem ser vislumbradas sobre as dificuldades da continuidade do cuidado em serviços de atenção primária ou especializada (CAPS ij/ CAPS) aos adolescentes e jovens participantes desta pesquisa: (a) há um desconhecimento sobre o CAPS “para adultos” ou um descontentamento sobre sua forma de funcionamento/atividades oferecidas/perfil dos usuários, implicando em não procura (Rita) ou abandono (Miguel); (b) o CAPS ij é um serviço que desempenha o acolhimento dos sofrimentos na experiência de vida desses adolescentes e jovens (Holder e Sandro), situação observada nos discursos e na falta de oferta tanto de atividades grupais quanto de atenção psicológica individual; (c) independente do tipo de serviço (CAPS, CAPS ij, UBS) frequentado, há valorização e reconhecimento dos cuidados psicológicos, especialmente na forma de atendimento individual pelos adolescentes e jovens; (d) a hospitalização em hospital geral surge, no discurso dos entrevistados, como um serviço que controla seus corpos (tomar remédio – dormir – acordar – tomar remédio), amortiza seus interesses (o lugar vazio de inspiração, nas palavras de Afrodite; lugar de isolamento e estigmatização segundo Marcos), inibe a expressão de suas vivências (pelo medo de contenção física), estimula o ócio (pela falta de atividades ou falta de atividades que

O que nos ensinam os itinerários terapêuticos de adolescentes/jovens que tentaram suicídio despertem o interesse); (e) os serviços de urgência responsabilizam-se pelo atendimento e pelo restabelecimento da parte física e o ponto de vista das equipes sobre a tentativa de suicídio está alinhado a compreensões do senso comum, apontando importante lacuna tanto para a educação permanente quanto para o acolhimento de pessoas com essa experiência.

## Referências

ALVES, Paulo César. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Revista de Ciências Sociais*, v. 42, p. 29-43. Janeiro-Junho 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/23308>. Acesso em: 11 mar. 2023

AMARANTE, Paulo. *Teoria e crítica em saúde mental*. Textos selecionados. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2017.

BAHIA, Camila Alves; AVANCI, Joviana Quintes; PINTO, Liana Wernersbach; MINAYO, Maria Cecília de Souza (2020). Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 2, e2019060. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200006>. Acesso em: 11 mar. 2023

BALBINOT, Alexandre Dido; HAUBERT, Ariele. Análise das hospitalizações por uso de drogas entre crianças e adolescentes no estado do Paraná, Brasil. *Saúde e Pesquisa*, v. 9, n. 1, p. 187-194. Jan-abril, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5016>. Acesso em 11 mar. 2023

BRAGA, Claudia Pellegrini; d'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas (2015). A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 19, n. 52, p. 33-44. Jan-mar 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0227>. Acesso em 11 mar. 2023

BRASIL. *Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019*. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>. Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria no. 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 148, de 31 de janeiro de 2012*. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prto148\\_31\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prto148_31_01_2012.html). Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: [https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha\\_agenda-estrategica-publicada.pdf](https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf). Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Panorama e diagnóstico da política nacional de saúde mental*. Brasília : Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf> Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. (2015). *Ficha de notificação individual*. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada/57-doencas-e-agravos>. Acesso em: 12 mar. 2023.

BULHÕES, Ariane Brun de Carvalho; VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; ESCÓSSIA, Liliana da. Processos de Desinstitucionalização em Caps ad como Estratégia de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos HumanizaSUS*. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde. 2015. p. 41-64. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_volume\\_5.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf). Acesso em: 12 mar. 2023.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna; MARTINEZ-HEMÁEZ. Angel; ANDRADE, Eli lola Gurgel; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4433-4442. nov. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>. Acesso em: 12 mar. 2023.

O que nos ensinam os itinerários terapêuticos de adolescentes/jovens que tentaram suicídio

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; CARAPINHEIRO, Graça; ANDREAZZA, Rosemarie. (Orgs.). *Os mapas de cuidado: o agir leigo em saúde*. São Paulo, SP: Hucitec/FAPESP, 2014.

CLARKE, Victoria. *Thematic analysis: What is it, when is it useful, & what does “best practice” look like?* [Vídeo]. 2017 Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=4voVhTiVydc&t=1463s>. Acesso em: 12 mar. 2023.

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; LARA, Lutiane de; ECKER, Daniel Dall'Igna . A internação compulsória como estratégia de governamentalização de adolescentes usuários de drogas. *Estudos de Psicologia*. Natal, v. 21, n. 1, p. 25-35. Jan-mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160004>. Acesso em: 12 mar. 2023.

HILDEBRANDT, L.M.; ZART, F.; LEITE, M.T. A tentativa de suicídio na percepção de adolescentes: um estudo descritivo. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 13, n. 2, p. 219-226, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.8951>. Acesso em: 12 mar. 2023.

JOIA, J. H. *As tóxicas tramas da abstinência: compulsoriedade nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2014.

KINOSHITA, Roberto TIKANORI. *Autopoiese e Reforma Psiquiátrica*. São Paulo: Hucitec, 2016.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom; HOLANDA, Fabíola. *História oral: como fazer, como pensar*. São Paulo, SP: Contexto, 2018.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio. Para uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. Textos reunidos. São Paulo, SP: Hucitec, 2013. p. 138-148.

REISDORFER, Nara; ARAUJO, Graciele Machado de; HILDEBRANDT, Leila Mariza; GEWEHR, Taciana Raquel; NARDINO, Janaine; LEITE, Marinês Tambara. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. *Revista Enfermagem UFSM*, v. 5, n. 2, p. 295-304. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16790>. Acesso em: 12 mar. 2023.

RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 23, v. 9, p. 2821-2834. set. 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018239.17192018>. Acesso em: 12 mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis. *Prevenção do Suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram*. Porto Alegre: CORAG, 2011. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2517?show=full> Acesso em 12 mar.2023. Acesso em: 12 mar. 2023.

RODRIGUES-MORAIS, Rosângela, COUTO, Maria Cristina Ventura, FARIA, Dirley Lellis dos Santos & MODENA, Celina Maria. O atendimento à crise e urgência no Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes de Betim. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 14, n. 1, São João del-Rei, e3002. jan-mar. 2019. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082019000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082019000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 12 mar. 2023.

ROSSI, Livia Martins; MARCOLINO, Taís Quevedo; SPERANZA, Maria; CID, Maria Fernanda Barbosa. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 3, e00125018. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00125018>. Acesso em: 12 mar. 2023.

SILVA, Lúcia. Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 32, n. 3, p. III-VI. maio-jun. 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900033>. Acesso em: 12 mar. 2023.

SOUZA, Luciana Karine. de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71(2), 51-67. Maio-agosto 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&tlng=pt)). Acesso em 12 mar. 2023.

TEIXEIRA, Melissa Ribeiro; COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1933-1942. Jun. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.06892016>. Acesso em: 12. Mar. 2023.

VARGAS, Ciro Mendes. *Perfil epidemiológico dos transtornos psiquiátricos de crianças e adolescentes internados em hospital de referência*. 85 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 108-114. jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200002>. Acesso em: 12 mar. 2023.

## Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelas bolsas: pós-doutorado sênior para a primeira autora, produtividade para a segunda.

*O que nos ensinam os itinerários terapêuticos de adolescentes/jovens que tentaram suicídio*

### **Sobre as autoras**

#### **Renata Fabiana Pegoraro**

Doutora em Psicologia pela USP-Ribeirão Preto, Docente da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: rfpegoraro@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6052-5763>

#### **Maria Cristina Gonçalves Vicentin**

Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP, Docente da Universidade de São Paulo. E mail: cristinavicentin@gmail.com. ORCID: 0000-0003-1718-6721.

Recebido em: 21/03/2023

Aceito para publicação em: 08/04/2023