



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARIANA DO NASCIMENTO SILVA

PSICOLOGIA E PÓS-VENÇÃO AO SUICÍDIO EM SÃO LUÍS - MA

São Luís – MA

2018

MARIANA DO NASCIMENTO SILVA

PSICOLOGIA E PÓS-VENÇÃO AO SUICÍDIO EM SÃO LUÍS - MA

Monografia apresentada ao Curso de Graduação de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão-UFMA, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel com Formação de Psicóloga.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Cláudia Aline Soares Monteiro.

Área de concentração: Psicologia da Saúde

São Luís – MA

2018

MARIANA DO NASCIMENTO SILVA

PSICOLOGIA E PÓS-VEENÇÃO AO SUICÍDIO EM SÃO LUÍS - MA

Monografia apresentada ao Curso de Graduação de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão-UFMA, como requisito para obtenção do grau de Bacharel com Formação de Psicóloga. Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Cláudia Aline Soares Monteiro.
Área de concentração: Psicologia da Saúde

Aprovada em: 23/11/2018

Banca Examinadora

Cláudia Aline Soares Monteiro (Orientadora)
Doutora em Psicologia (Universidade de Brasília)
Universidade Federal do Maranhão

Wanderlea Nazaré Bandeira Ferreira
Mestre em Psicologia (Universidade Federal do Pará)
Universidade Federal do Maranhão

Lívia Maria Guedes de Lima Andrade
Especialista em Gestão de Pessoas (Fundação Getúlio Vargas)
Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas -
Conselho Regional de Psicologia (CREPOP-CRP22)

Márcio José de Araújo Costa (Suplente)
Doutor em Psicologia Social (Universidade do Estado do Rio de Janeiro)
Universidade Federal do Maranhão

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Silva, Mariana do Nascimento.
Psicologia e Pósvenção ao Suicídio em São Luís - MA/
Mariana do Nascimento Silva. - 2018.
108 f.

Orientador(a): Cláudia Aline Soares Monteiro.
Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA, 2018.

1. Pósvenção. 2. Psicologia. 3. Sobreviventes. 4.
Suicídio. I. Monteiro, Cláudia Aline Soares. II. Título.

*À todas(os) que convivem com o desejo do último
adeus, a dor da saudade e o acalanto das
lembranças.*

AGRADECIMENTOS

A Deus e à minha mãezinha, pelo cuidado constante e pela força para dar o próximo passo.

A parte do meu coração: meus pais, Esmeralda e Lindoso – pela dedicação incansável ao longo de todos estes anos, pela compreensão, pelo amor, pelo zelo – e ao meu irmão, Marcelo e sua esposa, Luciana, pela companhia constante, ombro amigo e por todo cuidado.

À Rosemeire Miranda, Conceição Bahury, Danielle Bahury, Michelle Bahury, Emanuelle Bahury e Judevilton Nascimento, por todo apoio afetivo e econômico na minha caminhada educacional. Graças às oportunidades que me proporcionaram, posso hoje conquistar o sonho de graduar na área que escolhi e pela qual sou apaixonada. Obrigada!

Aos meus familiares, especialmente à Rosalina Miranda (*in memorian*) e Umbelina Miranda (*in memorian*), por terem me mostrado como a saudade pode ser combustível para o amor.

Ao meu amor/amigo, Sérgio, pelo carinho, paciência e zelo, tão característicos seus, que me inspiram todos os dias!

Às minhas amigas Ana Carla, Emory, Éricka e Denise, pelo incentivo e companhia cuidadosas, alegres e de luta!

Às minhas companheiras de caminhada pelo percurso de formação em Psicologia: Ana Tereza, Thalita, Luana, Luiza, Ellen e Maria Adélia. Por todas as nossas aventuras e por tudo que ainda compartilharemos!

Aos meus professores, que acenderam em mim a paixão pelo conhecimento.

À minha orientadora, Cláudia Aline, mulher forte, que admiro como pessoa e profissional, por todas as colocações, pela sensibilidade, cuidado e acolhida. Serei eternamente grata!

À Edson Bezerra, pela inspiradora paixão pelo que se dedica, por proporcionar vivências de encontros profissionais e pessoais com a Abordagem Centrada na Pessoa.

À Karina Fukumitsu, pelos escritos inspiradores, que me estimularam a pesquisar, publicizar informações à população e capacitar-me em temáticas correlacionadas ao suicídio. Bem como à Maria Júlia Kovács e Karen Scavacini, pela disponibilidade e simpatia com que compartilharam suas produções, que propiciaram a fundamentação deste trabalho. Suas obras têm sido companhias instigantes, trazendo-me crescimento pessoal e profissional.

À Rafael Cardoso pelo auxílio e incentivos na construção da pesquisa documental.

À Liga Acadêmica de Humanização e Cuidados Paliativos – LAHCP, especialmente à Brisa, Patrícia e Karol. Por terem me proporcionado encontros através do Plantão da Alegria e da palhaçoterapia, que me mostraram o poder da arte no cuidado. Desde então, a arte pra mim se tornou compartilhada: fruto de encontros, de conexões. E quantas histórias guardo no meu coração! Para sempre palhaça mareka!

Ao Plantão Psicológico Centrado na Pessoa, especialmente aos plantonistas/amigos Sarah, David, Francis, Karoline, Tamires, Rebeca, Adriana, Darice, Carla e Marília, por todo crescimento profissional e pessoal proporcionado através das nossas discussões e vivências.

À Sarah, por ter segurado minha mão diversas vezes, e, com toda sua firmeza sensível, ter estado presente, nos melhores e piores dias.

À todas(os) profissionais que se dedicam arduamente à promoção de cuidado de qualidade e eticamente responsável no serviço público de saúde e assistência social.

A morte do suicida é diferente.
Pois ela não é coisa que venha de fora, mas gesto que nasce de dentro.
O seu cadáver é o seu último acorde, término de uma melodia que
vinha sendo preparada no silêncio do seu ser.
No corpo do suicida encontra-se uma melodia para ser ouvida.
Ele deseja ser ouvido.
Para ele valem as palavras de César Vallejo: “su cadáver estava lleno
de mundo”.
O seu silêncio é um pedido para que ouçamos uma história cujo
acorde necessário e final é aquele mesmo, um corpo sem vida.

O morto que canta – Rubem Alves

RESUMO

O suicídio é um fenômeno multifatorial, por envolver aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que se apresenta como um enigma para sociedade. Para cada caso registrado de suicídio, estima-se que seis a dez pessoas sejam, às suas maneiras vivenciais, diretamente afetadas em sua rede de relações e em seus aspectos psicológicos (WHO, 2008). Em virtude da forte experiência e desta perda se dar de maneira culturalmente tão marcante no Ocidente, atribuiu-se o termo “sobrevivente” para referir-se à todas as pessoas impactadas pelo ato – incluindo os profissionais que tenham provido cuidado. Neste contexto de cuidado ao sobrevivente, se apresenta a proposta de pósvenção, conceito cunhado por Edwin Shneidman. Destarte, este trabalho dedica-se à investigar a pósvenção ao suicídio no Brasil e, especificamente, em São Luís – MA, em seus aspectos teóricos, práticos, culturais e psicossociais, com enfoque para participação da Psicologia. Através do percurso metodológico de pesquisa bibliográfica, visou-se a identificação de produções nacionais e locais correlacionadas à temática, bem como de pesquisa documental local, intentando mapear a assistência pública gratuita ofertada diante da demanda de pósvenção ao suicídio, aspirando aditivamente compreender como a Psicologia se insere neste cuidado. A reflexão dos dados oportunizou a ampliação da compreensão da relação entre pósvenção e psicologia para além de um viés técnico, alçando reflexões acerca das potências e limitações da rede de cuidado público, da inserção das(os) profissionais de psicologia e de nossa participação, enquanto seres sociais, neste cuidado.

Palavras-chaves: Suicídio; Pósvenção; Sobreviventes; Psicologia.

ABSTRACT

Suicide is a multifactorial phenomenon, involving biological, psychological aspects, social and cultural rights, which bills itself as an enigma to contemporary society. For each registered cases of suicide, it is estimated that six to ten people are, their experiential ways, directly affected in their social relationships and psychological aspects (WHO, 2008). Due to the strong experience and this loss happens in such a way culturally so striking in the West, has set itself the term "survivor" to describe all those who were impacted by the suicide act – including professionals that might have provided warning to them. In this context of survivor's care, presents the proposal of postvention, a concept coined by Edwin Shneidman. Therefore, this research dedicated to investigating suicide postvention in Brazil and specifically in São Luís – MA, in its practical, cultural and psychosocial aspects, focusing on the participation of Psychology. Based on bibliographic research, aimed at the indentification of national and local publications related to the subject, in addition to a documental's local research, attempting to map the public health care offered in the face of the demand for suicide subsidy, aspiring additionally, to undertand how psychology is inserted in this care. This discussion about the data, enable us to broaden our understanding of the potencies and limitations of the public health care, the insertion of psychology's professionals and our participation, as social beings, in this care.

Keywords: Suicide; Postvention; Survivors; Psychology.

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Documento de apresentação da pesquisa para mapeamento.....	100
---	-----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada.....	102
ANEXO B - Lista de Unidades de Saúde que ofertam cuidado em Saúde Mental.....	104
ANEXO C - Lista de unidades pertencentes à Rede de Atenção Psicossocial – CRP.....	106

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Unidades de análise e categorias.....	51
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 SUICÍDIO, ATRAVESSAMENTOS E VIVÊNCIA DAS CONSEQUÊNCIAS.....	17
2.1 Construção Histórica do Suicídio: da honra ao tabu.....	17
2.2 O Suicídio no Ocidente: transgressão da morte interdita.....	20
2.3 A Morte Jaz Próxima: suicídio no Brasil e políticas públicas.....	25
3 PÓSVENÇÃO AO SUICÍDIO E PSICOLOGIA	29
3.1 Pósvenção no mundo e no Brasil	29
3.2 Uma cicatriz semissaturada: sobreviventes	32
3.3 Psicologia e Pósvenção ao suicídio no Brasil	39
4 PERCURSO METODOLÓGICO	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
5.1 Pesquisa Bibliográfica	50
5.2 Aspectos Teóricos.....	51
5.2.1 Pósvenção e Sobreviventes.....	51
5.3 Aspectos Relativos à Atuação da Psicologia na Pósvenção.....	55
5.3.1 Modalidades de Atendimento Psicológico	56
5.3.2 Manejo Terapêutico na Pósvenção.....	60
5.4 Recursos Terapêuticos	66
5.5 Aspectos Relativos à Psicóloga(o).....	69
5.5.1 Capacitação Profissional.....	69
5.5.2 Habilidades da(o) Profissional.....	71
5.5.3 Profissional como sobrevivente.....	73
5.6 Pesquisa Documental.....	75
5.6.1 Serviços de Pronto Atendimento.....	75
5.6.2 Serviços Legais – Plantão Central e IML.....	78

5.6.3 Serviços de Saúde Mental.....	79
5.6.4 Pesquisa Documental Digital	82
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICES.....	99
APÊNDICE A	100
ANEXOS.....	101
ANEXO A	102
ANEXO B	104
ANEXO C.....	106

1 INTRODUÇÃO

É fato inegável, como afirma Sêneca, que a morte sempre esteve jazendo próxima, embora traga consigo um caráter de mistério: quando, porquê, onde e como ocorrerá são sempre incógnitas. Tal qual a morte por suicídio na atualidade. Muito embora nos empenhemos na exaustiva investigação tentando o alcance de previsibilidade em torno do ato, os casos continuam sendo crescentes, obrigando-nos ao contato com a díade entre uma morte, em ampla maioria dos casos, planejada pelo autor e pela aparente falta de aviso prévio aos demais envolvidos com a pessoa que cometeu suicídio (FUKUMITSU, 2013).

O suicídio, embora aparente, não é um fenômeno atual. Jamison (2010) afirma ser improvável, inclusive, que tenha sido o *Homo Sapiens* o primeiro a praticá-lo. Apesar de não termos acesso ao primeiro caso de ação deliberada contra a própria vida, seus motivos ou circunstâncias, é possível apreender, pela trajetória histórica da compreensão do suicídio, a forma como nós, enquanto sociedade, lidamos.

O percurso histórico revela gradações e ambivalências, entre constantes interpretações de romantização, indiferença, naturalização e condenação ao ato, mantendo diálogo com questões relativas a poderes políticos, aspectos econômicos e culturais, mas, também reflexões acerca do homem – tais como dignidade, liberdade, coragem, razão, sentido da vida e da morte. Na atualidade, a negatividade em torno do ato se mantém, especialmente na cultura ocidental, da qual o Brasil faz parte (NETTO, 2013).

Tais questões atravessam diretamente todos os partícipes desta comunidade, especialmente, aqueles que intentam contra a própria vida e sua rede de apoio – que, em caso de morte, passam a ser alvo de todos os estigmas nutridos contra o dito “suicida”. A esta rede de apoio impactada pela morte por suicídio, denomina-se sobrevivente, os quais passam a lidar com a forte onda de sentimentos ambivalentes acerca do ocorrido, bem como com um luto carregado de estigmas – que, por isto, não raro, é suprimido.

Cândido (2011) apresenta o processo de luto enquanto uma transição psicossocial, por representar um período de crise posterior à perda de alguém ou algo significativo, composto por um conjunto de reações biológicas, psicológicas e sociais. Aponta que nossa existência é marcada não só pela transitoriedade, mas pela imprescindibilidade de vinculação afetiva. Sendo assim, todos esses elementos se combinam em nossas construções pessoais, o que transforma a perda em um dos mais significativos desafios enfrentados – apesar de ser inevitável. Ressalta-se, portanto, que para além da morte como vivência da própria finitude em vida, a perda de um ente leva uma parte de si ligada ao outro, pelos vínculos estabelecidos (KOVÁCS, 2010).

Discute-se amplamente se o luto por suicídio é, de fato, um luto complicado, visto que, por si só, a perda de alguém querido podem gerar forte impacto. Apesar disto, a produção científica atual, alerta para a importância da influência de diferentes variáveis na vivência deste processo, principalmente as correlacionadas às características da morte. Isto é, a causa e circunstância da morte, além do nível de envolvimento do enlutado nesta cena, podem estar diretamente associados à forma como aquele que fica enfrentará sua perda. Isto posto, considera-se que diante de morte por suicídio, os sobreviventes estão suscetíveis a um maior número de variáveis que podem associar-se a percepção de uma maior dificuldade no enfrentamento da perda.

A pósvenção, cunhada por Shneidman na década de 70 e amplamente reconhecida atualmente, apresenta-se neste contexto enquanto cuidado ao sobrevivente, como alternativa para lidar com o impacto do suicídio. Trata-se de toda ação, atividade, intervenção, suporte e assistência posterior a tentativa ou ao ato suicida (VITA ALERE, 2017).

Destarte, considerando o grande investimento emocional empenhado neste momento associado às rápidas mudanças que se impõem aos enlutados e às características associadas à perda por suicídio, sinalizam quão significativo pode ser o olhar atento e cuidadoso da Psicologia, como oportunidade de favorecer espaço acolhedor para a livre expressão das vivências concernentes.

A partir do exposto, considerando a pósvenção como possibilidade de acolhimento e ressignificação do processo de suicídio para todos aqueles impactados pela tentativa ou pelo ato em si, questiona-se: de que forma as Políticas Públicas estaduais e municipais atuam em caso de suicídio? Têm sido os grupos de sobreviventes assistidos pela pósvenção em São Luís - MA? Como a Psicologia têm se implicado neste cenário? Tem sido garantida assistência aos profissionais que fazem parte da assistência àquele que comete suicídio?

Em virtude disto, este trabalho propõe-se à investigar como ocorre a Pósvenção ao Suicídio em São Luís – MA e a participação da Psicologia nesta assistência, a partir do percurso metodológico de pesquisa bibliográfica, visando a identificação de produções nacionais e locais correlacionadas à temática, bem como de pesquisa documental local, intentando mapear a assistência pública gratuita ofertada diante da demanda de pósvenção ao suicídio, aspirando aditivamente compreender como a Psicologia se insere neste cuidado.

A implicação pessoal que motiva esta pesquisa é fruto de reflexões da autora acerca do tratamento oculto conferido à temáticas relacionadas à suicídio e luto, na academia e na sociedade; bem como o incômodo em perceber que campanhas que abordam tais temas são

construídas por uma via autoritária, de manutenção de vida ou patologização, não possibilitando o acolhimento respeitoso ao não sentido existencial, à expressões de morte e perda.

O resultado deste percurso investigativo apresenta-se em três capítulos, a saber: Suicídio, atravessamentos e vivência das consequências - no qual apresenta-se a construção histórica envolta à temática da morte e da morte por suicídio na cultura Ocidental, com posterior enfoque no contexto brasileiro, entendendo, tal qual Santana, et al. (2015), que a compreensão do suicídio em dada cultura perpassa o contexto sócio histórico da morte; Pósvenção ao Suicídio e Psicologia – versa acerca da pósvenção no mundo e no Brasil, a vivência de ser um sobrevivente e a inserção da Psicologia neste cuidado, com destaque para a Abordagem Centrada na Pessoa; Resultados e Discussão – neste são apresentados os resultados e a interpretação dos conteúdos, considerando a fundamentação teórica deste trabalho.

Acredita-se que esta produção possa contribuir para o aprofundamento do estudo da pósvenção em solo brasileiro, considerando a diversidade sócio-cultural existente, bem como o para o fomento de pesquisas. Intenta-se contribuir, ainda, para reflexões críticas acerca das inserções da Psicologia nesta temática, bem como considerar os atravessamentos que possa viver o profissional enquanto sobrevivente. Além disto, objetiva-se que os resultados desta pesquisa possam favorecer à população a universalização de informações acessíveis acerca da temática e do acesso à cuidado especializado, em São Luís – MA, diante da vivência desta situação limite. Compreende-se, portanto, que pensar na pósvenção é considerar que o espaço de reflexão e transformação pode se dar socialmente, nas relações, para que dessa forma, cada pessoa seja partícipe do processo — sendo atendido em sua individualidade, mas, também, sendo visto como ser social.

2 SUICÍDIO, ATRAVESSAMENTOS E VIVÊNCIA DAS CONSEQUÊNCIAS

2.1 Construção histórica do suicídio: da honra ao tabu

Adeus, meu amigo, sem aperto de mão e palavras
 Não se aflija ou entristeça o seu semblante –
 Nesta vida não há nada de novo em morrer,
 Mas, claro, viver tampouco é mais novo.
 Sergei Esenim

O suicídio é um fenômeno multifatorial, por envolver aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que se apresenta como um enigma para sociedade contemporânea. Em virtude disto diversas são as tentativas de compreensão deste fenômeno, sejam elas permeadas por reflexões filosóficas, históricas, culturais ou de saúde. Historicamente, o ato sempre esteve presente, tendo adquirido significados e valores diversos, a depender da civilização e do momento histórico (RIGO, 2013).

Observando o significado atribuído ao suicídio ao longo da história é possível perceber que há uma relação direta com tentativas de compreensão relativas a vida, morte e concepção de homem, que, por sua vez, estão sob influência de construções religiosas, políticas, econômicas e sociais específicas de determinada época e comunidade. Segundo Netto (2007) o relato mais antigo relativo a suicídio data de 2.500 a.C., na Mesopotâmia. É importante ressaltar que, a esta época, não havia uma terminologia para referir-se ao ato, havendo somente a descrição de uma morte auto infligida, que, portanto, rompia os limites do biológico. Da mesma forma, inexistia a generalização de pejoração ao descrever a morte voluntária.

A trajetória histórica do suicídio percorre gradações e ambivalências. Há registros que dentre os antigos a morte auto infligida entre idosos e guerreiros era altamente valorizada, pela crença de que teriam acesso a um lugar melhor no pós morte, além do desejo de manutenção de um espírito guerreiro que entre a comunidade permanecesse. Isto posto, conforme afirmam Kalina e Kovadloff (1983) existia nestas culturas a indução comunitária para morte de si, de forma que era transgressor aquele que não se dava a morte. Neste contexto, havia um sentido benfeitor no ato, por se tratar do bem da comunidade.

Em algumas sociedades, como a Grécia Antiga, havia grande diversidade em como tratar casos de suicídio, alternando visões de tolerância e abominação. Netto (2007) destaca a repulsa pelos corpos de pessoas que recorriam ao suicídio, já que os cadáveres sofriam duras penalidades - uma delas era a de enterrar a mão distante do corpo, para ressaltar o mal que havia

sido praticado contra si. Neste sentido, é possível refletir a visão do ato como algo alheio ao indivíduo, que, de certa forma, não faz parte de si e deve ser distanciado.

Alvarez (1999, apud NETTO, 2007) destaca o pensamento de Aristóteles ao afirmar o suicídio como uma ofensa, já que atingia um viés religioso e enfraquecia o Estado economicamente, por destruir um cidadão útil. Ressalta também Platão, ao afirmar que o ato de suicídio ofendia aos deuses por serem proprietários dos homens, tanto quanto ofendia aos homens diante do suicídio de seus escravos. Este último, apesar de compreender que o suicídio era condenável (inclusive pelas leis da época), esclarece que diante de certas circunstâncias - como doenças ou por ordens da cidade - o ato seria justificável.

Este recorte nos permite perceber que questões econômicas, sociais e de autonomia sobre a própria existência já perpassavam o ato desde então, mesmo diante de culturas que nutriam concepções ambivalentes. Minois (1998, apud NETTO, 2007) corrobora isto ao afirmar que era comum aos historiadores gregos exaltar alguns suicídios em detrimento de outros, já que, a depender das circunstâncias, aqueles que tiraram a própria vida eram distribuídos por “patriotismo, coragem e afirmação da própria liberdade”, tendo a estes resguardado os Campos Elíseos (correspondente ao paraíso na mitologia grega) e aos que, por desgosto da vida, era relegado o inferno.

O percurso histórico perpassa os séculos entre constantes variações de romantização, indiferença, naturalização e condenação ao ato, mantendo diálogo com questões relativas a poderes políticos, aspectos econômicos e culturais, mas, também reflexões acerca do homem - tais como dignidade, liberdade, coragem, razão, sentido da vida e da morte. Até que, a partir do cristianismo, o suicídio passa a ser visto como pecado e crime - em contraste com a avaliação de alguns religiosos da época que destacavam episódios bíblicos de suicídio e da prática já existente entre os cristãos de morte auto infligida como martírio.

No séc. VI, d.C. Agostinho de Hipona, popularmente conhecido como Santo Agostinho, desenvolve argumentos para fundamentação de leis de proibição ao ato. Alvarez (1999, apud NETTO 2007) afirma que esta ação torna o suicídio o pior dos pecados, já que torna o pecador incapaz de arrependimento. Durante os Concílios que se sucederam, ao discutir o caso, levantou-se a possibilidade do ato ser fruto de um “furor diabólico”, sendo assim, caberia a pessoa que recorre ao suicídio, certa inocência (KALINA; KOVADLOFF, 1983). Em reunião eclesiástica foi também julgada a proibição de honras aos cadáveres e a abrangência de punição àqueles que não haviam ultrapassado as tentativas - eram excomungados.

Netto (2007, p.29) destaca que

esta postura da Igreja Católica, favorece a institucionalização do repúdio ao suicídio. Um fenômeno que foi tolerado na Grécia, admirado em Roma e se tornou a redenção dos primeiros cristãos, termina nessa condição, torna-se objeto de extrema repulsa moral.

Conforme os fiéis tomavam conhecimento acerca da postura da Igreja ampliavam-se as atitudes de humilhação pública dos corpos, e também, de familiares. No entanto, registros revelam que, mesmo diante da rigidez, haviam diferenças substanciais no tratamento daqueles que punham fim a própria vida, a depender da forma como praticaram o ato e de suas posições sociais (NETTO, 2007). Minois (1998, apud NETTO, 2007) afirma que suicídios que eram considerados como fugas, eram punidos, enquanto àqueles que eram vistos enquanto nobres, por ressaltar o martírio, eram honrados.

Durante a transição da Idade Média para a modernidade há o contato com uma nova forma de conceber o homem e as relações sociais, conseqüentemente, questões acerca da morte auto infligida se tornam mais complexas, neste sentido, a primazia do olhar voltado para o homem favorece a reflexão e questionamentos acerca do tema. A Reforma Protestante se colocou como um grande marco na passagem do julgamento canônico para o civil. A partir de então, conforme afirma Netto (2007), punições contra corpos daqueles que puseram fim às suas vidas, bem como às suas famílias, passaram a ser vistas como comportamentos bárbaros.

O período é também marcado por uma posição privilegiada do poder médico diante da sociedade, trazendo ao ato uma conotação relacionada ao processo de saúde-doença. O suicídio passou a ser compreendido através de um viés patológico, questionando se aquele que recorria à morte auto infligida tinha plena consciência; pleno controle de suas faculdades mentais. A morte voluntária passou a ser vista, então, sob o viés da loucura. É neste mesmo momento histórico que, pela primeira vez, o termo “suicídio” é utilizado - por volta de 1737, por Desfontaines -, para descrever a morte ou o assassinato de si mesmo (FUKUMITSU, 2015). Demarcando, portanto, novamente a negatividade em torno do ato, descrevendo agora em terminologia a significação cultural.

O cenário do séc. XX foi especialmente fecundo para questionamentos acerca do direito do indivíduo sobre sua própria vida, culminando em extremos da criação de grupos e associações que reuniam entusiastas do suicídio, visando compartilhar o conhecimento de técnicas de mortes eficazes e sem dor. Fato que se constitui como importante alerta para as mudanças associadas aos métodos ligados ao suicídio e o momento histórico-cultural de determinada sociedade. Basta revisitar este percurso histórico para perceber que, se entre os antigos o suicídio violento, com alto grau de sofrimento, era valorizado, na modernidade, a partir do próprio desenvolvimento tecnológico e do avanço científico, há uma maior valorização

de um certo “refinamento” no processo, no sentido de ter acesso a técnicas com maior requinte, além do foco supracitado na eficácia e ausência de dor (NETTO, 2007).

Desde a construção etimológica da terminologia “suicídio”, a partir do latim *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar) (FUKUMITSU, 2013, p.43) até a atualidade, a negatividade associada aos termos que definem o ato nas diferentes culturas se mantém. Havendo, segundo afirma Netto (2013, p.19) somente no alemão a ausência de uma conotação pejorativa, a partir do uso da palavra *freitod* traduzido enquanto morte livre. Na língua portuguesa, o termo suicídio é definido pelo dicionário Houaiss (2009, p.704) enquanto dar fim à própria vida, tendo como sentido figurado associado “desgraça causada pela ação do próprio indivíduo”. Tal fato dá notícia acerca da forma como nossa cultura concebe o ato, bem como os estigmas associados aquele que comete suicídio e à sua rede – famílias, amigos, etc.

Todavia a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) tornou-se a mais conhecida e amplamente utilizada para denominação do ato, visto a amplitude de alcance da ação do órgão a nível mundial e o fato de ser responsável pela publicação da Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID), que em sua décima edição possibilita a padronização de enfermidades. A OMS (2002, p.80) define o suicídio enquanto resultante de “um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal”, ressaltando, no entanto, dados que indicam grandes variações geográficas nos índices ao redor do mundo. Semelhantemente, o CID-10 classifica o ato enquanto lesões auto infligidas intencionalmente.

Rigo (2013) ressalta que, apesar das definições da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Classificação pelo Código Internacional das Doenças (CID 10) serem as mais amplamente utilizadas entre as nações, diante da complexidade dos fatores envolvidos a partir da interação de questões individuais, sociais e culturais, é possível questionar a existência de uma explicação universal para o ato.

Por conseguinte, a autora supracitada considera necessário levar em conta a associação de três fatores para compreensão: “os precipitantes (normalmente atuais e externos ao sujeito), os internos (relacionados à sua história de vida [...]) e o contexto sociocultural do ato” (RIGO, 2013, p.33). Em virtude disto, desponta a necessidade de aprofundamento da compreensão acerca do ato na área geográfica e sociocultural na qual está inserido o Brasil: o Ocidente.

2.2 O suicídio no Ocidente: transgressão da morte interdita

Santana et.al (2015) afirmam que a compreensão do suicídio em dada cultura perpassa o contexto sócio histórico da morte, pois a forma como o homem lida com a morte, influencia o entendimento do suicídio. Baseado nisto, a morte no Ocidente, seus ritos e significações, foi

amplamente estudada pelo historiador Philippe Ariés, tendo este identificado a forma como o homem lidou diante do contato com a morte ao longo das eras.

É fato que a morte sempre esteve presente no cotidiano do homem, já que a finitude é inegável. No entanto, diferentes são os ritos associados ao enfrentamento deste momento, conseqüentemente, são diversas as formas de conceber a morte, pois, como afirma Kovács (2010, p.30) “os ritos estão associados às representações de morte”. Conforme ressalta o percurso temporal destacado por Ariés (1977-2017), no séc. XII a concepção que permeava a cultura era de que a morte era comum ao desenvolvimento do homem, por isso, não havia um temor envolto à sua chegada.

No entanto, em virtude da conexão que nutriam com a natureza, criam no aviso da chegada da morte através de signos naturais. Desta forma, o temor era associado a não ser advertido a tempo do preparo da cerimônia fúnebre, já que esta era uma oportunidade da comunidade estar mais uma vez em vida com aquele que morreria. Kovács (2010) ressalta que a morte era esperada no leito, como fruto de uma atitude familiar e próxima com a finitude. A autora ressalta que, apesar da familiaridade, assombrava-os o temor do contato com os vivos, favorecendo rituais com o objetivo de que os mortos obtivessem uma boa passagem e se distanciassem dos vivos.

Santana et.al (2015) também baseados nos escritos de Ariés (1977-2017) destacam a transição entre os séculos XII e XIII enquanto momento marcante de mudança na iconografia associada à morte, já que o uso de temas macabros para ilustrá-la refletem o temor do homem com o pós morte. É deste momento histórico a construção histórico-cultural em torno do julgamento da alma. Ariés (1977-2017) afirma que esta concepção levou o indivíduo a centrar-se mais em si e refletir sua biografia, já que, seu destino final era dependente de suas atitudes terrenas.

A percepção com relação aos cuidados com o corpo também se modificou, pois, a morte passou a ser escondida, através de caixões. Santana et.al (2015) ressaltam que, apesar da concepção de morte ser fruto de diversas instituições sociais, a religião obteve grande peso nesta época, já que, ao apregoar a existência de vida após a morte, incentivou a realização de cultos aos mortos, conseqüentemente, favoreceu a separação entre estes e os vivos.

O século XIX é marcado pela ambivalência existente entre a possibilidade em ir ao além morte, mas também, da morte enquanto causadora de separação, de dor (KOVÁCS, 2010; ARIÉS, 1977-2017). A partir da segunda metade deste século e durante o século XX a percepção acerca da morte enquanto silenciada torna-se efetivamente mais forte e permeia nossa relação com a finitude até os dias atuais.

Kovács (2010) afirma que, com o advento da modernidade, a morte deixou de ser percebida como um evento da vida, fenômeno natural, para ser compreendida (e apreendida) enquanto fracasso - por isso, oculta-se a finitude. O local da morte é deslocado das residências para os hospitais, que higiênicos e silenciosos tornam-se ambientes convenientes à prática de afastamento e terceirização dos cuidados.

Não é mais possível ver a morte chegar, conseqüentemente, não há espaço para viver a separação: o luto é suprimido. Não se vive a dor pois é preciso viver para além da morte, controlar as manifestações para que estas não afetem a produtividade; é preciso viver como se nada tivesse acontecido. Além disto, cabia a medicalização o trunfo de manter a vida tanto quanto fosse possível, mesmo que calasse o indivíduo e relegasse a segundo plano seu processo de morte.

O conhecimento acerca do processo cabia à ciência, assim sendo, o próprio fim não era mais de conhecimento do sujeito. O tempo se modifica: não era mais a separação do corpo e da alma, é a morte cerebral, biológica, celular (KOVÁCS, 2010; ARIÉS, 1977-2017). Morrer passa a ter altos custos: hospitais, medicamentos, aparelhos, serviços funerários, manutenção. Fatos que combinados, não só dão notícias de nossa sociedade mercantil, mas de quanto não desejamos o contato direto com o corpo inerte, sem vida. O quanto empurramos a morte a covas cada vez mais fundas, transmitindo em nossa cultura a crença na imortalidade, a partir da qual, qualquer morte é carregada de negação, assombro. Ao nos privar da morte, conseqüentemente, nos privamos do contato com nossa própria finitude.

Ariés (1977-2017) denomina este momento enquanto “morte interdita” pois, a partir de então, a necessidade de primazia da felicidade e da produção da sociedade moderna, tornam-se foco. Kovács (2010, p.44) afirma que “embora o homem seja o único ser consciente de sua mortalidade e finitude, a sociedade ocidental com toda sua tecnologia está tornando o homem inconsciente e privado de sua própria morte”. Em resumo, portanto,

a morte tem sido tratada diferentemente em várias épocas e a sua atual conformação parece intrinsecamente relacionada à subjetividade da vida moderna. Concomitante ao processo de esvaziamento do espaço público e retração do homem para o domínio do privado, observou-se no contemporâneo uma interdição da morte e de seus derivativos. Isto é, a morte foi escamoteada e reservada aos espaços específicos, seus sinais suprimidos, sendo, cada vez mais um fenômeno silenciado (MARQUETTI, 2014, p.239).

Atualmente, a forma mais difundida da cultura ocidental lidar com a morte é através do temor, questão que permeia as relações sociais e influencia na forma como cada pessoa partícipe desta cultura percebe e lida com tais crenças culturais. Acerca destas peculiaridades culturais ao tratar da morte, Kovács (2010, p.48) aponta que “se no Ocidente a morte é vista como fim,

ruptura, fracasso, como interdita, oculta, vergonhosa, os rituais corresponderão a esta forma de encarar a morte. São procedimentos de ocultamento, vergonha, raiva, temor”.

No entanto, uma morte dentre tantas, rompe o interdito, levanta discussões acerca de finitude, evoca ações de evitação e cura, ergue uma barreira entre aqueles que a desejam e outros tantos que a julgam: o suicídio. Se a própria percepção acerca do suicídio é um produto diretamente associado à cultura e sociedade; e a morte, de maneira geral, na atualidade, é vista como tabu; então, a morte por suicídio se torna necessariamente negativa, resultando na busca por um constante afastamento.

Netto (2013) ressalta que a própria expressão do termo “suicídio” na linguagem ocidental se refere, de maneira generalizante, à uma morte bárbara, já que utilizamos o termo ao fazer menção a diversas formas de pôr fim a própria vida, independente de fatores relacionados a intencionalidade, meios utilizados, motivações e contextos nos quais o fenômeno ocorre. Há portanto uma massificação valorativa em torno da terminologia.

Fukumitsu (2013, p.33) ressalta que

A má receptividade e a negação da morte por suicídio são escancaradamente observadas, principalmente pela díade: trata-se de uma morte premeditada e planejada pelo autor do ato [...] e a falta ou aparente falta de aviso prévio aos outros envolvidos com a pessoa que cometeu suicídio; e por provocar nas pessoas curiosidades, dúvidas, confusão, repulsa, culpa, ambiguidade e diversos outros sentimentos inexplicáveis.

Conseqüentemente, pelo caráter subversivo do suicídio, nossa cultura tende a desqualificação do ato e à polarização na tentativa de explicar os motivos – costumeiramente recorrendo a extremos de ordem orgânica, psíquica ou social.

O uso atual de terminologias que apontam a um julgamento moral em sua etimologia, traduzem a desqualificação social do ato. Netto (2013) afirma que, ao desqualificar o ato enquanto tão somente a violência de pôr fim à própria vida, conseqüentemente estigmatizamos e desqualificamos os sujeitos, enquanto pessoas que não estão sãs, amordaçando-os. A morte revela, neste sentido, algo além da ausência de vida. Traz à tona algo sobre a sociedade em que acontece. Posto isto,

Modernamente, o suicídio não deixou de ser entendido como um ato pessoal, como ação do indivíduo. Contudo, sua significação ultrapassa – na atualidade – aqueles que o protagonizam, para envolver a comunidade em cujo seio ocorre. Em cada sujeito que se mata fracassa uma proposta comunitária. Não se trata apenas do derrubar de uma esperança pessoal. Trata-se também da inviabilidade de um projeto coletivo posto ao alcance do indivíduo e elaborado por ele através da família, a educação e o trabalho (KALINA; KOVADLOFF, 1983, p.64)

Há portanto, na atualidade, segundo afirma Netto (2013), o uso da palavra “suicídio” enquanto associado à duas ideias: por um lado é descritiva de uma forma de morte voluntária e por outro, é valorativa – utilizada para qualificar o ato enquanto pecado, crime, fruto de

irracionalidade. O autor sintetiza o sentido valorativo em uma palavra: mal. Portanto, a marca histórico-social do suicídio em nossa sociedade ocidental é moralizante, sob um viés necessariamente negativo. E isto perpassa, como nos momentos históricos anteriores, nas mais diversas culturas, nossas concepções acerca de vida, morte e visão de homem.

Fukumitsu (2013) cita Durkheim para demarcar, de uma forma histórica, o momento no qual passou-se a atribuir grande importância ao motivo pelo qual ocorre o ato. Segundo a autora, com Durkheim o suicídio deixou de ser considerado um ato moral e as condições sociais foram consideradas contribuintes para o ato de se matar. Dessa forma, o suicídio não é visto mais de maneira individual, como um processo de sofrimento existente exclusivamente na pessoa, mas abre espaço para refleti-lo como multifatorial – “um acontecer [...] como a concretização e finalização de um processo de sofrimento individual e coletivo” (p.45).

A autora segue ressaltando que a escolha do suicídio “passa por um crivo individual que tem repercussões também no público” (FUKUMITSU, 2013, p.45), por isso, crê que o *modus operandi* é relacionado a como a pessoa se vincula com suas questões privadas, em suas relações individuais e coletivas. Reflito que, portanto, traz consigo questões sociais, já que a pessoa, em suas vivências é continuamente atravessada pelo social, se constituindo nesse processo histórico como um ser social.

Neste sentido, no ato suicida, assume de forma escancarada o papel de agente: aquele que decide quando pôr fim a existência. “Dessa maneira, o suicídio pode ser compreendido como expressão da soberania do homem em relação a sua existência, sendo que a pessoa que comete suicídio exercita o poder sobre a vida e a morte e comete violência contra si” (FUKUMITSU, 2013, p.51).

O suicídio permanece, portanto, nesta fronteira entre o interdito e o público: representa vivências íntimas, pessoais, mas, por seu caráter violento, é escancarado além de ser público, invade, é divulgado e tem grande audiência (FUKUMITSU, 2013). Especialmente por envolver diferentes grupos sociais (agentes da lei, equipe de saúde e assistência social) o ato ultrapassa o foro íntimo e chega ao público. Jamison (2010, p.265) sinaliza que o suicídio é

sempre violento, o que significa que familiares ou descobrem ou devem identificar corpos gravemente mutilados ou danificados; a polícia precisa estar envolvida na cena da morte, o que soma um elemento extrainquietante e semelhante a criminoso.

Marquetti (2014) ressalta que este caráter público do suicídio aponta na direção contrária à morte Ocidental, já que transpassa as características de ser um evento discreto, íntimo, hospitalar, higienizado. Neste sentido, trata-se de um evento transgressor em sua essência. A própria pessoa que recorre ao ato suicida é vista socialmente enquanto

transgressora, já que com seu ato, desorganiza a dinâmica familiar, social e médica (RIGO, 2013). Pois, ao decidir dizer não a sua existência, subverte a ordem médica de que a vida está acima de tudo e deve ser mantida a qualquer custo; contraria as leis cristãs (predominantes em nossa cultura) de escolher tirar a própria vida ao invés de aguardar o seu momento de morte ser definido por uma força superior; desafia a lógica capitalista pautada no não sofrimento e em recorrer à tratamentos e medicalização para alcançar a plenitude.

Mesmo quando se tratam de suicídios privados (no sentido de ocorrerem em espaços particulares ou reservados), há presente a transgressão, já que “ousar trazer a morte, com seus sentimentos, mensagens, cenas para o lugar do habitat cotidiano e familiar contraria as regras de estabilidade do público-privado” (MARQUETTI, 2014, p.238). O fato de se tratar de uma morte “escancarada” convoca a sociedade a experimentar a morte para além do afastamento, a transpor seus próprios rituais. Com a morte e, diante da morte de outrem, encara-se sua própria finitude. Assim sendo, “temos, com o suicídio, uma transgressão da morte interdita” (MARQUETTI, 2014, p. 238), pois, ao seguir em direção à vida pública, o acontecimento contrasta com o tabu erigido em torno da morte e das concepções de público-privado tão caras à atualidade ocidental.

Destarte, o alcance do caráter público do ato e as altas taxas correlacionadas, convocam o desenvolvimento de ações estatais, através da promoção de políticas públicas.

2.3 A morte jaz próxima: suicídio no Brasil e políticas públicas

O fato de se apresentar enquanto uma vivência culturalmente tão contraditória e, apesar disto, cada vez mais recorrente no Ocidente, estimulou a investigação científica da temática. Dados atuais demonstram que, segundo a OMS (WHO, 2014), o suicídio é a *causa mortis* de mais de 800 mil pessoas ao ano no mundo, contabilizando uma morte a cada 40 segundos, bem como a cada três segundos uma tentativa é realizada.

No Brasil, em média, 11 mil pessoas ao ano recorrem ao suicídio, se constituindo como a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (Ministério da Saúde, 2017), dados que posicionam o país dentre os 10 que mais registram casos de suicídio ao ano. O Maranhão está entre os 10 estados que apresentaram expressivo aumento nas taxas, representando um crescimento de 127,8% entre os anos de 2005 (quando registrou a menor taxa do país – 1,8) e 2015 (quando registrou 4,1 mortes por cem mil habitantes) (SMDH, 2017).

As notórias altas taxas revelam o suicídio como um fenômeno alarmante que têm mobilizado a saúde pública a buscar estratégias de enfrentamento, em alguns países, inclusive legais. No Brasil, a este respeito, desde 1940, por meio do Código Penal Brasileiro, o suicídio

e a tentativa não configuram atos ilícitos. Caracteriza-se crime, entretanto, segundo o Art. 122, induzir, instigar ou auxiliar o suicídio (BRASIL, 1940).

Tratando de políticas públicas mundiais, estas seguem a tendência, segundo afirma Bertolote (2004) de investimento em redução de acesso aos métodos e meios de suicídio, tratamento médico especializado em saúde mental, melhoria na divulgação da imprensa acerca do tema, treinamento de equipes de saúde, programas escolares, além de disponibilidade de linhas diretas e centros de auxílio para situações de crise. Em consonância, ocorrem as estratégias de enfrentamento brasileiras.

A promoção de Políticas Públicas específicas ao Brasil são, igualmente, amplamente direcionadas a estratégias de prevenção. O país é signatário do Plano de Ação em Saúde Mental, lançado em 2013 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de acompanhar o número anual de mortes e desenvolver programas de prevenção. Tal ação resultou no objetivo de, até 2020, ampliar e fortalecer as ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionados ao suicídio, para a redução de tentativas e mortes por suicídio por meio da construção do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, culminando em uma redução das taxas de mortalidade até 2030.

Aliado às estratégias da OMS, no combate ao crescimento das altas taxas, a Legislação Brasileira, por meio da Portaria Nº 1.876, de Agosto de 2006 (BRASIL,2006), instituiu diretrizes nacionais para Prevenção do Suicídio - a serem implantadas em todas as unidades federadas-, que destacam a necessidade de cuidados integrais relacionados a promoção, prevenção, tratamento e recuperação em todos os níveis de atenção. A este respeito, Estellita-Lins (2012) destaca que o Brasil foi o primeiro país da América Latina a organizar uma proposta nacional para prevenção do suicídio.

Destaca-se e assente-se, no entanto, em consonância a Koch e Oliveira (2015), que no intento de alcançar a integralidade no cuidado de pessoas e coletividades, é imprescindível concebê-los enquanto pessoas históricas, sociais e políticas, articulados aos seus contextos familiares, ambientais e sociais. Portanto, este cuidado integral excede a estrutura organizacional das instituições de saúde e associa-se ao compromisso com atualizações constantes da equipe de saúde multiprofissional, bem como das próprias políticas.

Em 2017, o Ministério da Saúde tornou pública a Agenda Estratégica de Prevenção ao Suicídio, como ação prática visando a redução dos casos, em consonância com as políticas supracitadas. A frente de atuação concentra-se em três eixos: vigilância e qualificação de informação; prevenção do suicídio e promoção da saúde; gestão e cuidado. Assim, prevê-se: o boletim epidemiológico, com dados acerca de tentativas e óbitos por suicídio, passa a ser anual,

com destaques para recortes da população; haverá maior qualificação para notificação dos óbitos; serão incentivados estudos e pesquisas, visando, através da comunicação social, disseminar informações; ampliação de articulações de promoção de saúde inter e intrasetoriais; pactuação de fluxos entre os serviços de saúde, visando a integralidade do cuidado, além de parcerias com o mesmo fim, tal qual a ampliação do Centro de Valorização da Vida (CVV) para todo território nacional; investimentos em educação permanente para qualificação das práticas dos profissionais de saúde. Na origem e cumprimento destas, destaca-se a ação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Machado, Leite e Bando (2014) o SUS é uma estrutura de política pública que foi criada juridicamente com a Constituição de 1988 e, dedicou-se a garantir o acesso universal à saúde a partir da Lei Orgânica de 1990. Ainda segundo os autores, este sistema alavancou o crescimento dos cuidados à saúde. Outro marco necessário no processo de reflexão das Políticas relacionadas ao suicídio foi o processo de Reforma Psiquiátrica e posterior ampliação dos cuidados correlatos à saúde mental.

A Política Nacional de Saúde Mental visa prover assistência especializada e humanizada a pessoas com necessidade de cuidado específico em saúde mental. Segundo regulamenta o Ministério da Saúde (2017), a partir das diretrizes do SUS, propõe-se a implantação de uma rede de serviços plural, denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que promova assistência integral diante das mais diversas demandas. Visa promover integração social, fortalecimento da autonomia e protagonismo. Desta fazem parte os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA), Enfermarias Especializadas, Hospital-Dia, Atenção Básica especializada, urgências e emergências; e ambulatórios multiprofissionais.

Apesar dos esforços investidos na atenção primária como preconizam as políticas de prevenção, a porta de entrada de pessoas que ideiem o suicídio ou tenham tentado cometer, ocorre, em ampla maioria dos casos, através do pronto atendimento. Fato que exige a capacitação profissional para o acolhimento e atuação diante de tentativas de suicídio.

Nestes casos, desde a Portaria GM/MS nº 204/2016 (BRASIL, 2016), os profissionais da saúde e da assistência social devem notificar à vigilância epidemiológica do município (em até 24 horas) por meio da “Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada” (ANEXO A), a ocorrência de tentativa de suicídio, e encaminhar adequadamente a pessoa para a rede de atenção psicossocial, para que possa ter continuidade no acompanhamento especializado. Ressalta-se, no entanto, que a ficha não é exclusiva à serviços de urgência/emergência.

É a partir das informações contidas neste documento que a localidade e, a nível amplo, o país, podem mapear as características correlacionadas em cada região, bem como fundamentar o comparativo dos índices ao longo dos anos. São estes dados que baseiam, também, a construção e atualização de Políticas Públicas, visando que estas sejam cada vez mais eficazes e adaptadas à região que se insere – especialmente considerando a pluralidade cultural e social brasileira.

Em São Luís – MA, a iniciativa de Políticas Públicas aplicadas a nossa localidade é recente, datando de 2017 os primeiros Projetos de Lei. O primeiro nº136/2017 versa acerca da instituição, em solo maranhense, do Plano Estadual de Valorização da Vida. Este intenciona promover acompanhamento especializado e reforçar a parceria nacional com o CVV, que mantém o sistema telefônico gratuito para situações de crise. Do mesmo ano é o Projeto nº 223/2017 que sugere a inclusão em calendário oficial do Estado a Semana Estadual de Prevenção ao Suicídio, intentando promover reflexão, sensibilização e informação popular (ASSECOM, 2017).

Segundo informações fornecidas pelo Governo do Estado do Maranhão através da ouvidoria do Departamento de Atenção à Saúde Mental, o acompanhamento por meio do Sistema Único de Saúde a casos relacionados a suicídio, são realizados nas seguintes unidades de Saúde Mental: Hospital Nina Rodrigues, Centro de Atenção Psicossocial Bacelar Viana (CAPS III), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, Ambulatório de Saúde Mental Farina, Ambulatório de Saúde Mental Clodomir Pinheiro Costa e Centro de Atenção Psicossocial.

Os cuidados nacionais e locais das Políticas Públicas com a prevenção são corroborados por estudos que afirmam que mais da metade de mortes violentas no mundo ocorrem em decorrência do suicídio – índice ainda maior se considerarmos a subnotificação existente. Segundo Rigo (2013), estima-se ainda, que para cada suicídio consumado, ocorram entre 10 e 25 tentativas.

Se considerarmos os dados ressaltados por Botega, et al. (2006) com base em dados da OMS, de que 15% a 25% das pessoas que tentam o suicídio tentarão novamente se matar no ano seguinte e 10% das pessoas que tentam suicídio, conseguem efetivamente matar-se nos próximos dez anos, é possível inferir que a tentativa de suicídio coloca-se como um importante fator de risco. Consequentemente, a atenção àqueles que já apresentaram tentativas anteriores, se torna uma ação essencial na prevenção de futuras ações.

Entretanto, desde 2000, a Organização Mundial de Saúde tem alertado para o quão estressor pode ser a exposição ao suicídio, se constituindo enquanto um fator de possível vulnerabilidade e

risco para aqueles que vivem esta experiência. Em 2014 a OMS, a nível internacional, tornou público seus esforços para que as nações proviessem cuidados especializados de suporte à rede social da pessoa que cometeu suicídio, inclusive inserindo a intervenção aos enlutados em seus programas nacionais de prevenção (WHO, 2014). Além de dedicarem-se ao esclarecimento, por material informativo, de que é essencial o suporte social a este grupo. A este cuidado provido à rede social impactada, nomeia-se pósvenção.

3 PÓSVENÇÃO AO SUICÍDIO E PSICOLOGIA

3.1 Pósvenção no mundo e no Brasil

“A morte de uma pessoa não é somente um fim:
é também um começo para os sobreviventes”

SHNEIDMAN

“*Postvention*” foi o termo utilizado pelo suicidologista Edwin Shneidman, envolto no cenário de formação do primeiro grupo de apoio ao luto por suicídio em 1970, na América do Norte e da publicação do livro “Survivors of Suicide”, do autor Albert Cain, no qual contribuiu com o prefácio (SCAVACINI, 2011). Nesta oportunidade, descreveu *postvention* como sendo a prevenção para as futuras gerações.

O autor intentou representar através do termo todas as intervenções ocorridas no pós suicídio, que visassem minimizar o impacto das consequências para aqueles que são atingidos pela perda (SCAVACINI, 2011). Nesta perspectiva, aqueles que são impactados pela forte vivência do ato suicida, são descritos como sobreviventes. A pósvenção ganha forma a partir de ações, atividades e intervenções de suporte aos enlutados, sendo reconhecida mundialmente como um componente essencial no cuidado dessas pessoas.

A partir de então, foram produzidos diversos estudos e estabelecidos grupos de sobreviventes em um grande número de países a nível mundial, tais como Canadá, Inglaterra e Estados Unidos (VITA ALERE, 2017). Segundo afirma Karen Scavacini (2011), em 1989 a Associação Americana de Suicidologia (AAS) realizou conferência aspirando identificar o impacto do suicídio na dinâmica familiar e redes sociais, aumentando assim, a difusão do termo, bem como o debate acerca de sua importância.

Apesar de não haver publicamente um consenso acerca da definição do termo “sobrevivente”, a OMS (WHO, 2008) define os partícipes deste grupo enquanto aqueles que perderam alguém ou foram afetados de alguma forma diante da ocorrência de um suicídio. A partir dos dados que afirmam ser a exposição ao suicídio um fator de risco para futuras

tentativas e/ou suicídios (WHO, 2008), a atenção aos sobreviventes passou a ter grande importância nos cuidados posteriores ao ato.

Atualmente, estima-se que, em média, de 5 a 10 pessoas sejam severamente impactadas a cada suicídio em suas relações sociais, afetivas, laborais e seus aspectos psicológicos, sendo a média de extensão deste impacto de 3 a 4 gerações (WHO, 2008; FUKUMITSU, 2013). Esta média pode tornar-se exponencialmente maior se levarmos em conta o grande impacto social do ato. Scavacinni (2011) ressalta que, no mínimo, 4,8 milhões de pessoas por ano vivem enlutamento por suicídio. No Brasil, a autora afirma que entre os anos 2000 e 2012 foram registrados 597 mil sobreviventes.

Data de 2000 a primeira publicação de amplo alcance internacional, reconhecendo a proposta como modelo para discussão e capacitação da temática entre os países membros da Organização Mundial de Saúde, através do livro “Preventing Suicide: how to start a survivor’s group” (WHO, 2008), organizado em parceria com a International Association for Suicide Prevention.

No Brasil, o termo traduzido enquanto “pósvenção” é citado em publicações desde 1991, por ocasião do livro “Do Suicídio: estudos brasileiros”, tendo sido introduzido por Grünsun como forma de lidar com a família na intervenção pós morte por suicídio. No entanto, o autor refere-se a uma compreensão amplificada do cuidado, alcançando a comunidade no entorno do ocorrido, bem como, ressalta que considera importante que o mesmo cuidado seja prestado diante de tentativas sem desenlace fatal.

Àquela época, segundo registra Grünsun (1991), o cuidado era prestado de maneira grupal e individual no Brasil. A primeira refere-se à reuniões conjuntas entre os sobreviventes e os profissionais, enquanto a segunda, descrita enquanto “função restrita”, trata-se de cuidado individualizado, a partir da psicoterapia. O autor afirma ainda que a pósvenção é vista enquanto válida pelos profissionais, no entanto, ainda não era possível definir sua eficácia e continuidade, visto que a ação era realizada de maneira voluntária.

Somente a partir de 2011, os registros nos permitem inferir que a pósvenção tornou-se difundida em solo brasileiro. Segundo Ferreira Jr e Fukumitsu (2015), o termo foi amplamente abordado de maneira teórica a partir do ano em questão, através de dissertações de mestrado, teses de doutorado, cursos de expansão e aprimoramento em saúde mental. Considerando a atuação prática, data de 2013, por ocorrência da implantação de ações de Pósvenção na fundação do Instituto Vita Alere de Prevenção e Pósvenção, localizado em São Paulo (dos fundadores Karina Okajima Fukumitsu, Karen Scavacini e Teng Chei Tung), além da formação

de grupos de apoio em redes sociais. A nível estatal, no Maranhão, o termo passou a ser citado a partir de 2017, por ocasião de mobilização para estratégias de prevenção ao suicídio.

Destaca-se, igualmente, o trabalho prestado pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), associação civil sem fins lucrativos, fundada em solo brasileiro, na cidade de São Paulo, em 1963. A instituição presta serviço voluntário de apoio e prevenção ao suicídio, através de linha telefônica; por site, chat ou email, e pessoalmente, em 93 postos de atendimento dispostos por todo Brasil. Os voluntários são capacitados pelo Centro e o único critério prévio é que sejam maiores de 18 anos e tenham disponibilidade para atuação.

Dentre os programas ofertados pelo serviço, está o CVV Comunidade. Este destina-se a compartilhar a proposta de apoio emocional em qualquer ponto da sociedade, de maneira presencial. Surgiu assim os GASS – Grupos de Apoio aos Sobreviventes de Suicídio, destinado a pessoas próximas de alguém que cometeu o ato e àquelas que tentaram suicídio. Atualmente, segundo afirma o site do CVV, existem 19 grupos dispostos entre as regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste. Apesar da recente chegada do CVV no Estado do Maranhão, ainda não há registros da existência de GASS.

Ressalta-se ainda, como iniciativa nacional, a criação da ONG Centro Débora Mesquita (CDM), existente há quase 5 anos em Teresina - Piauí. Em sua rede social o Centro descreve-se enquanto uma ONG evangélica, que tem por missão informar sobre transtornos psíquicos e atuar diretamente na prevenção e pósvenção ao suicídio. Acerca deste último, desenvolveram o Programa de Acolhimento aos Enlutados – PAES, que se trata de um grupo de acolhimento voltado a todas as pessoas que tenham se sentido impactadas diante da perda de alguém por suicídio. Sem inscrição, o atendimento é ofertado de maneira gratuita na cidade, duas vezes ao mês.

Scavacinni (2011) destaca a cooperação entre o Ministério da Saúde Brasileiro e a Organização Pan-Americana de Saúde, que culminou na estratégia nacional de prevenção ao suicídio denominada “Amigos da Vida”. Como parte da estratégia, foi desenvolvido o “Projeto ComViver”, por meio do qual proviam apoio aos sobreviventes de suicídio no Rio de Janeiro. No entanto, o projeto findou em 2008. A autora conclui que até a data de sua pesquisa existiam poucas instituições no país que prestassem apoio ao luto, porém, nenhuma com intervenções exclusivas ao suicídio e à sobreviventes. Sete anos se passaram e, felizmente, o cenário têm progredido em discussões e instituições especializadas (destaca-se, especialmente, o Instituto Vita Alere, do qual Scavacinni é uma das fundadoras). No entanto, ainda em passos lentos.

Em termos de políticas públicas, a pósvenção é abordada a nível mundial, a exemplo de Portugal que, a partir de seu Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio, considera o

desenvolvimento de programas, bem como a informação e sensibilização comunitária acerca da rede de apoio diante da temática (DGS, 2013). A OMS, através da publicação “Preventing Suicide: a global imperative” (WHO, 2014), sugere possíveis componentes de estratégias governamentais entre as nações partícipes da Organização.

O Brasil não aborda, diretamente em suas políticas públicas o termo “pósvenção”, no entanto, as recentes propostas políticas se referem à integralidade do cuidado em casos de tentativa e de suicídio (vide Portaria Nº 1.876, de 14 de Agosto de 2006). Portanto, apesar das políticas serem amplamente direcionadas à prevenção e à diagnósticos psicopatológicos, ao entendermos a pósvenção como possibilidade de cuidado integral, bem como uma estratégia de prevenção àqueles que ficam pós suicídio, infere-se que há acessibilidade para a proposição e desenvolvimento de estratégias no sistema público especializadas em luto por suicídio.

3.2 Uma cicatriz semissuturada: sobreviventes

O tempo não cura,
Deixa uma cicatriz semissuturada
Que pode se romper e de novo você sente
Um pesar tão total quanto na primeira hora.
Elizabeth Jennings

O título desta sessão é inspirado na autora Kay Redfield Jamison (2010), psiquiatra e psicóloga americana, diagnosticada com depressão profunda desde a adolescência, que após sobreviver a mais uma grave tentativa de suicídio, dedicou-se a escrita de “Quando a noite cai”. A obra aborda pesquisas, percepções e vivências da autora e de sua rede de contato, além de reunir relatos de sobreviventes ao suicídio.

Neste capítulo em questão, Jamison (2010) compartilha que, em sua experiência de tentativa de suicídio, não concebeu o ato como egoísta com àqueles que a rodeavam, apesar de ser esta a percepção principal que se nutre acerca de quem morre por suicídio. Afirma que acreditava, incontestavelmente, que os seus ficariam melhor sem ela, pois seria a oportunidade de libertá-los dos esforços empreendidos em seu benefício. Pondera, portanto, acerca dos sobreviventes, que estes são deixados na corda bamba entre seus sentimentos, julgamentos e questionamentos. Lutando trivialmente pelas boas lembranças.

A autora descreve a luta dos sobreviventes pós suicídio como permeada pelo enlace da dor com o “e se”. A partir de então,

São deixados com a raiva e a culpa e, vez por outra, com um terrível sentimento de alívio. São deixados para uma infinidade de perguntas dos outros, respondidas ou não, sobre o motivo; são deixados ao silêncio dos outros, que estão horrorizados,

embaraçados, e incapazes de formular um bilhete de pêsames, dar um abraço, fazer um comentário; e são deixados com os outros pensando – e eles também – que poderia ter sido feito mais. (JAMISON, 2010, p. 264)

A OMS (WHO, 2008) acerca do impacto da morte autoinflingida aos enlutados, pontua que tabus sociais, religiosos e culturais podem tornar ainda mais difícil a vivência do luto. Cândido (2011) ressalta que em muitas sociedades a morte por suicídio ainda é associada à falhas daquele que recorreu ao ato, de seus familiares e de sua rede social como um todo. O autor ressalta que tais representações sociais estigmatizantes acabem por dificultar o acesso ao suporte social necessário.

No entanto, embora se trate claramente de uma vivência violenta para os sobreviventes, não há consenso de que o luto por suicídio seja, realmente, mais complicado do que o luto vivenciado em outros tipos de morte. Cândido (2011) afirma que, em resposta à perda de um ente querido, vivemos uma transição psicossocial, em virtude do período de crise que experimentamos. Este processo complexo de mudanças que alteram diversas dimensões de nossas vidas, nos aproximam da vulnerabilidade e, segundo o autor, de riscos psicológicos severos. É neste sentido que acredita ser a relevância da clínica psicológica no luto, pela magnitude que pode alcançar este sofrimento.

Por compreender que o sofrimento e a vivência do luto é, por si só, árdua (especialmente tratando de nossa cultura ocidental), admite-se uma linha tênue entre a definição do que seja um “luto complicado”. Apesar disto, Cândido (2011) e Jamison (2010) ressaltam que entre as variáveis que podem ser avaliadas como significativas para a vivência de um luto complicado, está a circunstância da morte. Sendo assim, a morte por suicídio e suas peculiaridades, possivelmente acarretam reações que intensificam a vivência do luto, podendo traduzir-se enquanto maior dificuldade no enfrentamento da perda.

Isto, associado ao estigma sob o qual está o sobrevivente imerso, sugere uma maior variedade de riscos associados à saúde mental. Cândido (2011) afirma que pesquisadores têm apontado determinadas complicações associadas ao luto por suicídio, tais como a amplitude de afetos negativos como a raiva, culpa, vergonha, falta de sentido existencial estigmatização e tendência ao isolamento. Tais sensações são experimentadas, na ampla maioria das circunstâncias, enquanto ambivalência (TAVARES, 2013; FUKUMITSU, et al. 2015; JAMISON, 2010). Já que se combinam à saudade e, a existência de um estranho alívio, experimentado diante da consumação do ato que, por tantas vezes, o sobrevivente via como eminente (FUKUMITSU et al., 2015).

Enlutados por suicídio também estariam mais propensos a transtornos ansiosos, depressivos e de estresse pós traumático; tendência à ideação e comportamentos suicidas (CÂNDIDO, 2011). Têm-se atribuído que os elementos estressores associados ao luto por suicídio fariam parte de três grandes dimensões, a saber: peculiaridades do modo de morte, processos sociais que circundam o enlutado e o sistema familiar (JORDAN, 2001 *apud* CÂNDIDO, 2011).

Fukumitsu e Kovács(2016) ressaltam as particularidades concernentes a vivência do processo dinâmico que é luto, posto que o modo de lidar é facultativo ao auto e heterossuporte ao enlutado. Ou seja, é diretamente associado aos recursos internos, inter-relações e ajustamentos criativos que a pessoa possa realizar em contato com o ambiente. Kovács (2010), no entanto, ressalta enquanto fatores influenciadores do processo: a relação com a pessoa perdida, a natureza da ligação (intensidade, segurança, ambivalência), a forma da morte, os antecedentes históricos, além das variáveis de personalidade e sociais.

Em uma mesma perspectiva, Jamison (2010) ressalta componentes do luto que são continuamente percebidos enquanto amplificados diante da vivência do suicídio. A negação inicial que costuma acompanhar o óbito, em tais circunstâncias, pode tornar-se acompanhada da negação da natureza da morte, negando-se, pois, os sobreviventes, a aceitarem que se tratou de um suicídio. Outra questão que soma inquietude é o fato de tratar-se de uma cena violenta e pública, afinal envolve a descoberta de um corpo auto mutilado, a participação policial e o curso de uma investigação jurídica. Além disto, a autora ressalta que continuamente os familiares relatam sentirem-se estigmatizados, não percebendo de vizinhos e amigos apoio comunitário.

Pondera-se, portanto, que os diversos fatores que impactam sobre o enlutado, sejam estes aspectos individuais, relacionais ou culturais, influenciam a vivência do seu luto. Neste sentido, é possível refletir acerca das nuances particulares do luto de cada membro da rede social daquele que cometeu suicídio. Dessa forma, por manterem diferentes vínculos com este que se foi, familiares vivenciarão o processo de luto de maneira diferente àqueles que mantinham um convívio menos íntimo.

Concomitantemente, é provável que dentro de um mesmo grupo o processo de luto também seja vivenciado de maneiras diferentes – o peso da perda é diferente para filhos, pais, irmãos, etc. E conforme a reação a essa ausência é que a vivência do luto caminha rumo a uma resignificação da experiência e atualização da forma de ser no mundo de cada enlutado.

Acerca dos genitores, Jamison (2010) afirma que a vivência do luto é permeada por questionamentos de competência, bem como vergonha, raiva e culpa. Não raro os pais tendem a superproteger os filhos sobreviventes, temendo que recorram à mesma alternativa. Com

relação às irmãs e irmãos, a autora ressalta a omissão existente diante das escassas pesquisas à este grupo. Considera que estes passam a compartilhar as vivências intensificadas de seus pais. Sendo assim, não apenas vivenciam sua própria perda, como também um senso de responsabilidade ampliado, além de sentimentos de vulnerabilidade e estigmatização.

Tratando dos filhos sobreviventes, Cândido (2011) ressalta para o impacto entre crianças diante da perda de seus pais, na medida em que são propensas a interpretar o ato como rejeição, sentindo-se culpadas e abandonadas. O autor ressalta que a ideia de que não foram suficientes aos pais, mesmo sem correspondente concreto na realidade, podem vir a causar consequências duradouras em sua auto estima. Além disto, o ato inicial pós morte, de contar à criança acerca da perda e sobre as circunstâncias desta, pode ser crucial para a vivência do luto por suicídio. Jamison (2010) afirma que esforços para omitir o suicídio em nome de proteção, podem gerar distorções, má compreensões e uma “conspiração do silêncio”, culminando em afastamento da criança e em possíveis danos adicionais desnecessários.

Fukumitsu (2013) levanta as principais características observadas no enlutamento de filhos pelo suicídio de seu genitor, a partir de pesquisa realizada com colaboradores brasileiros, das quais ressaltamos: culpa, autoacusação, insegurança, raiva, vergonha, sensação de abandono, rejeição, sentimento de ser traído e aliviado, medo do desconhecido e de seus sentimentos, lida com estigma e isolamento, medo de ser igual, amadurecimento precoce, falta de referências e de saber quem foi a mãe/pai, dificuldade em lembrar da própria história. Ressalta, no entanto, que o resultado da amostra não deve ser generalizado, mas fomentar ampliações acerca do tema.

Destaca-se o “medo de ser igual”, enquanto característica referenciada em diversas publicações e associada à percepção que o suicídio pode ser transmitido de forma intrafamiliar. Fukumitsu e Kovács (2015) apontam ser comum a ideia de que possam vir a consumir o ato da mesma forma e citam Kruguer e Werlang (2010), que nomeiam esse fenômeno como contextos familiares suicidogênicos, nos quais a pessoa pode aprender uma forma de lidar com os conflitos.

Isto é, o familiar que teve alguém que morreu por suicídio pode aprender que uma maneira de lidar com o sofrimento seria tirar a própria vida junto com o sofrimento. Corroborando com esta concepção de que o aumentado risco possa se dar em função de fatores ambientais atuantes no contexto familiar, Cândido (2011) ressalta que a própria dinâmica interrelacional familiar pode se constituir enquanto um “contexto suicidogênico”. Neste sentido, há a possibilidade de pensar, também, no conceito abordado pela brasileira Gláucia

Mitsuko Rocha (2015) de “condutas autolesivas” quando a repetição pode acontecer pela maneira como as pessoas aprendem a lidar diante de situações de desespero, desesperança.

Cândido (2011) sinaliza outras possibilidades de compreensão deste dado. Primeiramente afirma que perdas, em um sentido amplo, mas especificamente as ocorridas por morte, pelo sofrimento que trazem por si só, podem vir a ser um fator de risco para o suicídio. Pondera-se as perdas em um contexto social como o nosso, no qual a tendência associada ao bem estar é o ganho e a exigência de reações equilibradas diante do sofrimento. Tal imposição reforça a intenção de superar com rapidez a dor, impedindo que esta seja vivida e acolhida, tornando-a patológica e medicalizante.

Em consonância, é possível associar à perspectiva de Kalina e Kovadloff (1983) de que a influência familiar é o intermédio das imposições da sociedade. Em uma perspectiva sistêmica, o suicídio não é compreendido enquanto ato individual; pontual, mas diz respeito a todo o sistema de interações afetivas ao qual a pessoa está imersa. Referem-se a todas as pressões e vulnerabilidades constituídas transgeracionalmente pelos sistemas, bem como a forma como exerce força sobre a pessoa, sendo esta vivência única para cada um que a experiência (CÂNDIDO, 2011). Isto lança luz para refletir para além dos fatores predisponentes e precipitantes ao ato, mas sobre o impacto do ato na sociedade.

Sob outro foco, tratando do suicídio de um cônjuge, Coloma (2013) afirma que imediatamente a pós-venção deve voltar-se à parceira(o), pela possibilidade deste sentir-se ou ser apontado como responsável pelo ato. O autor sinaliza nuances culturais ao abordar esta situação dentre indígenas, quando a culpa pode ser extensiva à família de um dos parceiros. Não raro o ato torna pública a complexidade e conflitos vividos na intimidade do casamento, questão que associada aos dados que versam acerca da evitação suicídio, podem transmitir uma pressão social maior, fortalecendo a sensação de censura (JAMISON, 2010). Além da possibilidade que o ato evoque no cônjuge a sensação de rejeição pessoal.

Fukumitsu (2013) afirma ser o luto familiar por suicídio um processo dinâmico, entre lidar com o enfrentamento da ausência e a conciliação com novos papéis. A autora ressalta que situações que se referem à elaboração da perda e o desejo de vinculação com aquele que se foi, são vivenciados em orientação para a perda. Posteriormente, começa a emergir a restauração da vida. Salienta que é exatamente a tensão entre voltar-se para a perda e voltar-se para a restauração que permite ao enlutado, dialeticamente, compreender seu processo de luto e ressignificar suas vivências.

Neste sentido, apesar dos impactos individuais supracitados, há a grande probabilidade de efeitos diretos na coesão familiar pós suicídio. Cândido (2011) ressalta que enquanto

algumas famílias podem enfrentar a crise afirmando a coesão grupal, outros sistemas familiares podem se desfazer, especialmente em circunstâncias que a perda traumática instaura uma atmosfera de acusações mútuas. Havendo, conseqüentemente, drásticas modificações na comunicação familiar.

Especialmente correlacionado à comunicação, é possível reafirmar a relevância de um espaço livre de julgamentos e que estimule a liberdade entre os integrantes da família de compartilharem suas emoções e percepções acerca da perda, dado que Cândido (2011) afirma ser este um dos fatores mais preditivos de boa recuperação familiar após a perda de um de seus membros.

Acerca do impacto do ato na rede social de sobreviventes, de como amigos íntimos ou mesmo vizinhos, colegas de trabalho ou conhecidos lidem com o suicídio de alguém que conheceram, pouco se sabe. No entanto, a julgar pelos resultados de estudos brasileiros que indicam as poucas referências pelos sobreviventes à profissionais de saúde, salienta-se a preponderância da família e da rede social de apoio na pós-venção, incluindo nesta última religião, ambientes escolares, laborais e outros (CÂNDIDO, 2011; FUKUMITSU, 2013).

Jamison (2010) sugere que a vivência familiar pode influenciar diretamente no luto da rede social daquele que se foi, na medida em que as reações familiares ao ato (de negação, raiva, omissão, etc), pode gerar uma atmosfera receosa, tornando difícil abordar o ato. Kovács (2011) acerca deste clima psicológico que se instala, afirma que, o motivo do afastamento social pode se dar por insegurança em não saber como falar ou como agir. Refere-se a uma “quarentena” no sentido de ser temeroso à rede de apoio o contato com a dor, medo e sofrimento. Como se fosse possível a existência de um contágio psicológico.

Diante deste contexto ambivalente, Jamison (2010), baseada em sua experiência clínica, assinala que a culpa é comum, como a necessidade de negação de que tenha sido esta a causa real da morte, fato que culmina em restrições a episódios específicos da vida. Ressalta-se que o ato traz impactos diretos na rotina comunitária, escolar e laboral.

Não somente familiares e a rede social daquele que recorreu ao suicídio são afetados pela perda. É necessário considerar os efeitos na(o) profissional que atua em contextos que possa vir a ser sobrevivente. Ressalta-se o contexto de atuação de profissionais atuantes na saúde mental, na medida em que lidam continuamente com expectativas sociais, nas quais o sucesso profissional é diretamente relacionado à cura ou controle de comportamentos entendidos como nocivos à pessoa ou a sociedade. A culminância de uma terapêutica bem sucedida socialmente é o controle por vias de diagnósticos psicopatológicos, medicalização ou

isolamentos. Nestes contextos, continuamente, o profissional é demandado a salvar vidas, sendo as tentativas ou suicídios entendidos como falhas de atuação.

Trata-se de um contexto por si só estressor, especialmente se considerarmos a atuação em urgências e emergências. Pesquisas apontam (CESCON; CAPOZZOLO; LIMA, 2018; GONÇALVES; SILVA; FERREIRA, 2015) para a supremacia biomédica nos cuidados, no qual o olhar curativo é preponderante tanto em termos de atuação profissional, quanto de atitudes. Diante da superlotação específica ao nosso contexto de saúde pública, ainda apresenta-se a dificuldade em, verdadeiramente, prover atenção integral àquele que tentou suicídio ou aos sobreviventes, sendo raro o encaminhamento para continuidade do cuidado no período posterior ao atendimento inicial.

A promoção de cuidado integral no contexto da saúde mental prevê a articulação em rede especialmente na pós-venção, fato que encontra barreira diante da fragilidade das redes de saúde mental, além do desconhecimento dos equipamentos de saúde e socioassistenciais (GONÇALVES; SILVA; FERREIRA, 2015). Pondera-se que, para além da integração entre os espaços especializados em saúde mental, é necessário atentar-se para o reconhecimento de espaços comunitários enquanto, também, promocionais de saúde mental (ESTELLITA-LINS, 2012). Integrando assim a atenção a pessoa, a uma atenção coletiva. Grande participação neste cuidado posterior podem ter os serviços de atenção básica, tais como agentes comunitários e a Estratégia Saúde da Família, em virtude da maior proximidade continuada com os contextos familiares da comunidade.

Torres e Guedes (1987) afirmam que entregar-se à posição de negação da morte repercute para profissionais de Psicologia, muito provavelmente, enquanto exarcebação da interpretação ou silêncio e omissão de relatos de suas reações emocionais diante da eminente perda de um paciente. Ressaltam que o distanciamento em aceitar a possibilidade da morte de um paciente é reforçado pelo distanciamento de outros profissionais da área diante da intenção de compartilhar suas emoções. Referenciam ainda experiências nas quais profissionais de Psicologia relataram dificuldade de vivenciar um clima de apoio entre os demais profissionais por sentirem que a duração e impacto do suicídio de um paciente em si mesmos eram subestimados pelos demais.

Kovács (2010) acerca das expectativas que recaem sobre os profissionais, afirma que a lida com o sofrimento ou a perda do significado da existência do outro, pode despertar no profissional as mesmas vivências, ferindo seu narcisismo. Este impacto, entretanto, pode culminar em posturas profissionais focadas no desconforto do cuidador, quando sentimentos

como raiva, impotência, pena e outros afetos, passam a ocupar o primeiro plano e resultar em aversão, desqualificação, abandonos ou condutas violentas.

É a esta ambivalência entre conduta profissional e sentimentos humanos ao qual se refere também Tavares (2013) quando afirma que psicólogas(os) reagem como pessoas, sendo, também sobreviventes diante da perda por suicídio ou tentativa. Pondera, portanto, que entrar em contato com sua vivência e acolhê-la, enquanto sobrevivente que é, pode refletir em uma maior sensibilidade ao acolher novos casos e outros sobreviventes, a partir de intervenções que “respeitem a individualidade e necessidades subjetivas e contextuais de cada situação” (p.60).

Considera-se, portanto, que o acolhimento aos profissionais de Psicologia e demais profissionais que atuam no cuidado é necessário, porém, um desafio. Estes fazem parte de uma mesma cultura que vangloria a neutralidade em atuações profissionais, sendo a expressão de afetos interpretada muitas vezes como fragilidade, além da posição de poder que ocupa o profissional do contexto de saúde mental. Diagnósticos e medicamentos são condutas mais do que esperadas, passam a ser desejadas, ancorados na crença de que sejam os caminhos mais seguros para a cura da “tendência suicida”.

Para além de despojar-se de um porquê que lhe foi incutido, a(o) psicóloga(o) mergulharia em reflexões relativas à existência, responsabilidade e a própria morte, em um processo de questionamento de muitos estigmas. Aceitaria, portanto, colocar-se à margem, junto a todo tabu de ser um sobrevivente ao suicídio. Entretanto, compreender que profissionais são atravessados pelo ato e incluí-los neste cenário, abre a possibilidade para acolhê-los enquanto pessoas. Resultando em um acolhimento, possivelmente, mais empático com aqueles aos quais dedica sua vida laboral e com suas vivências próprias.

3.3 Psicologia e Pósvenção ao Suicídio no Brasil

A proposta de atuação prática em pósvenção ao suicídio é recente em solo brasileiro, sendo ainda a experiência do Instituto Vita Alere uma grande referência. Este traça os objetivos da pósvenção enquanto: trazer alívio dos efeitos relacionados com o sofrimento e a perda; prevenir o aparecimento de reações adversas e complicações do luto; minimizar o risco de comportamento suicida nos enlutados; promover resistência e enfrentamento em sobreviventes (VITA ALERE, 2017).

Fukumitsu e Kovács (2015) ressaltam que um dos objetivos para o profissional que atua em pósvenção (estando neste trabalho em destaque o profissional da Psicologia) é de se tornar um facilitador para que o enlutado possa se reconciliar com a vida após o suicídio. Nesse sentido, se constituem como modalidades nas quais possa haver atuação: atendimentos em

psicoterapia individual ou em grupo, aconselhamento psicológico, trabalho psicoeducativo, formação de profissionais, palestras e eventos, cursos para apresentar subsídios para novas formas de enfrentamento, além de grupos de luto aos sobreviventes.

Fukumitsu (2013) ressalta que o programa de prevenção visa a redução dos suicídios, enquanto a pós-venção preocupa-se com o cuidado com os sobreviventes, no que diz respeito ao pós-suicídio, sendo, no caso do familiar, um viver com e apesar da morte do ente querido. Pondera-se que, diante do isolamento social que sofre o sobrevivente, seja por tabu ou por estar a rede de apoio tão impactada quanto aquele que perdeu alguém próximo, o espaço de cuidado psicológico pode vir a ser essencial. Não se trata, portanto, de buscar a melhor forma de resolver o luto, mas de acolher as especificidades de cada vivência e acompanhar, de maneira respeitosa e ativa, o movimento de questionamento e ressignificação da pessoa.

Acredita-se que a atuação do profissional de Psicologia diante do processo de Pós-venção relacionado à pós-tentativas, objetiva proporcionar uma relação para abordar, sem juízo de valor ou moral a implicação do sujeito no desejo por recorrer ao suicídio, garantindo a autonomia da pessoa sem recorrer à negação de seus desejos, mas convocando-a a participar responsabilmente daquilo que lhe afeta, em um movimento contínuo de dar-se conta e tomar posse daquilo que lhe atravessa – dotar-se de poder. Neste sentido, implicar-se, tornar-se responsável e estabelecer um vínculo possível a ouvir abertamente e discutir a complexidade da vivência.

Da mesma forma, proporcionar ambiente acolhedor e respeitoso ao ritmo de contato com suas vivências, para aqueles que sofreram a perda de um ente por resultado de um processo suicida, favorecendo o auto reconhecimento do que (e como) lhes atravessa. É necessário reforçar a existência das perdas como partícipes do desenvolvimento humano, considerando que o contato com os sentimentos e questionamentos envolto em tais questões favoreça a possibilidade de atualização em direção a ressignificação do processo de luto. Sem, no entanto, acatar tais questões como uma trilha a ser desbravada, estando sempre sensível às particularidades de cada pessoa, tendo esta como centro e não o ato em si.

O próprio Código de Ética do Psicólogo (CFP, 2014) garante a liberdade do sujeito (conforme princípios fundamentais) e veda ao profissional a indução de convicções quando do exercício de suas funções profissionais (Art.2º, b), ou seja, garante a promoção de um espaço que tenha como foco primário a pessoa (considerando que esta está imersa em relações sociais e de poder próprias). Nesta relação, portanto, o profissional deve distanciar-se de promover vitimização ou patologização, visando não manipular o protagonismo da pessoa atendida, caminhando no sentido de garantir a autonomia do sujeito.

Carl R. Rogers, precursor da Abordagem Centrada na Pessoa, em *Sobre o Poder Pessoal* (ROGERS, 1978) refere-se à confiança básica no potencial construtivo da pessoa como sendo a base desta abordagem, neste sentido, “não é que esta abordagem dê poder à pessoa, ela nunca o tira” (p.10). Ressalta-se a questão do locus do poder, no sentido de tomar decisões: neste processo de obter; compartilhar o poder e controle, bem como se referir ao efeitos dessas decisões, a pessoa não é tratada como dependente, mas como responsável.

Tal responsabilidade, segundo o autor supracitado, dirige-se a maior independência e integração. Portanto, não centrando-se em questões particulares em si, mas favorecendo o crescimento de modo “que possa enfrentar o problema presente e os posteriores de uma maneira mais bem integrada” (ROGERS, 1978, p.15). O processo, portanto, não seria de protagonismo da(o) psicóloga(o), no sentido de fazer algo pela pessoa em atendimento ou induzi-la, mas, libertá-la para o crescimento.

Partindo do organismo enquanto digno de confiança, Rogers (1978, p.19) formula que os potentes recursos de atualização só podem emergir diante de um clima baseado em condições facilitadoras: Autenticidade/Congruência – dar espaço máximo para ser – à cliente e à terapeuta - , Consideração Condicional Positiva – o poder sobre sua própria vida é deixado completamente nas mãos do cliente e Compreensão Empática – ajuda-se o cliente a obter uma compreensão mais clara de seu próprio mundo e a partir daí ter um controle maior sobre ele, dessa forma, “a medida que a cliente se depara com a terapeuta escutando com aceitação seus sentimentos, torna-se capaz de escutar com aceitação a si mesma – ouvir e aceitar a raiva, o medo, a ternura, a coragem, que está sendo vivenciada” (ROGERS, 1978, p.20).

Ressalta-se o potencial de empoderamento agregado a estimular a confiança da pessoa em seu próprio movimento. Rogers (1978) afirma que, ao ouvir os sentimentos internos, a cliente reduz o poder que os outros tiveram de inculcar-lhe culpas, medos e inibições e está lentamente cedendo a compreensão e o controle sobre si mesma. Neste sentido, a(o) psicóloga(o) é apenas uma facilitadora deste contato.

O autor, no entanto, constantemente sublinha a questão da tendência atualizante como um crescimento em direção a vida, do melhor para si. Concomitantemente, no entanto, considera importante confiar nas direções interiores de cada pessoa – pontuando o alcance desta questão enquanto um resultado construtivo na terapia – valorizando os diferentes modos de ser de cada pessoa e de se atualizar.

Neste sentido, abre precedentes para considerarmos que nem sempre as escolhas da pessoa são consonantes com as normas da sociedade na qual está inserida (apesar dessas exercerem influência na construção pessoal), já que, conforme assinala Pinto (2010, p.67) “esse

movimento [tendência atualizante] tem que ver com um conjunto de fatores como a nossa visão de mundo e as nossas perspectivas [...] dentro da sua visão do que é melhor para si naquele momento”.

Posto isto e considerando a contextualização de Pinto (2010, p.68) de que

Sob ambiente facilitador, teremos maiores condições de prestar mais atenção em nossa vida e desta forma provavelmente teremos a oportunidade de repensarmos uma série de coisas em nós, nos outros e na vida, o que pode nos possibilitar o encontro de novas saídas que sejam mais saudáveis, do ponto de vista do que é mais saudável para a própria pessoa.

Entendemos que, a partir da ótica da ACP, apesar de Rogers não ter se referido diretamente a esta temática, no atendimento a sobreviventes de processos suicidas, a relação deve promover a posse da pessoa sobre si, favorecendo que possa atualizar-se de maneira autônoma e responsável. Mas, que é legítimo considerar que, mesmo diante deste processo as pessoas percorram seus caminhos em direção à morte, à autolesão, já que “o indício para entender seu comportamento é de que estão lutando, do único modo que lhes é possível, para alcançar o crescimento” (ROGERS, 1978, p.17).

Não se trata de apologia ao ato, mas de considerar que qualquer técnica envolvida no cuidado de prevenção ou pósvenção não será capaz de abarcar toda personalidade. Portanto, o processo deve ser conduzido de forma a centralizar aquele que vive, deve centrar-se na pessoa enquanto ser capaz de liberdade, autonomia e responsabilidade. Supõe-se que a relação focada na pessoa tem grande potencial para vir a ser facilitadora de ressignificações e descoberta de manejos, mas não suficiente para assegurar que a morte não seja mais cogitada ou que intente a superação do luto. Isto pressupõe que a autoridade final é colocada nas mãos da pessoa, inclusive em grandes decisões, tais como seu direcionamento existencial.

Em consonância à Fukumitsu (2014, p.270) confia-se que todo ser humano é capaz de enfrentar, à sua maneira peculiar, tal situação e acredita-se que

o profissional pode se disponibilizar para se aproximar do lugar onde o paciente está e, por meio de sua disponibilidade interpessoal, a esperança de que o cliente possa reconhecer suas potencialidades – a fim de ampliar sua maneira de enfrentamento de seus sofrimentos – poderá ou não emergir. Sendo assim, uma relação terapêutica que prima pelo cuidado e não pela cura pode ser facilitadora para que o cliente ressignifique seu desespero existencial e descubra perspectivas de manejo de seus conflitos. Contudo, nem sempre tais aspectos são suficientes a ponto de assegurar que a pessoa pare de acreditar que sua morte seja mais atraente que a vida.

Há outra questão que coloca-se como empecilho a pensar a questão do suicídio sob ponto de vista do poder da pessoa sobre sua existência: patologias. É comum associar o processo

e o ato suicida a processos de adoecimento orgânico, recorrendo a medicalização, apoio profissional e tentativas de prevenção visando impedir o ato, por acreditar que, devido suas questões orgânicas, a pessoa não é mais capaz de responder responsabilmente por si.

Considera-se os limites de atuação do profissional da Psicologia, portanto, que em casos de comprometimento orgânico, é necessária intervenção em medida a permitir condições mínimas para o estabelecimento da relação terapêutica. No entanto, “estados alterados de consciência são respeitados como modos válidos de ser” (ROGERS, 1978, p.32). Dessa forma, considerar a pessoa como dotada de poder sobre si, não significa necessariamente carência de determinantes extrínsecos (sejam eles de ordem biológica, vivencial ou sociais), mas apostar na capacidade criativa de atualização em direção ao crescimento.

Jamison (2010) ressalta que a percepção da literatura, leis e sanções religiosas, nos fornecem a captação das atitudes da sociedade diante do suicídio, bem como alicerçam nossas reações coletivas. Em nossas variações valorativas, tendemos no Séc. XXI a compreender o ato enquanto pecado, consequência de adversidades e/ou de estados mentais patológicos. Consequentemente, a atuação profissional ocorre amplamente em um viés de saúde mental e mais raramente de políticas públicas de assistência social, tendendo ao isolamento do ato enquanto manifestação biológica. Culminando na compreensão de que se trata da epidemia de uma patologia que deve ser combatida ferozmente e nos afastando da reflexão contextual do ato.

É necessário atentar para que diante da ambivalência de sentimentos ao atender casos correlacionados a morte auto inflingida, as(os) profissionais não incorram em condutas violentas, culminando em adaptação das pessoas em situação de risco, contribuindo, assim, para que aceitem que são os únicos responsáveis por sua melhora. Na ânsia em curar o “mal do suicídio”, Netto (2013) sinaliza para situações nas quais se recorre a terapêuticas que alcançam a sobrevivência do paciente, mas sem promover espaço aberto a discutir os motivos que o levam a desejar a morte. Muitas vezes aceita qualquer condição de vida que lhe seja imposta por não vislumbrar possibilidades diferentes e não suportar a condição de estigma que alcança a si e à sua família.

O autor mencionado acima, reforça que a oferta de psicofármacos tem grande responsabilidade na manutenção, a qualquer custo, da existência degradante experimentada cotidianamente. Na medida em que a medicalização da vida não age na realidade adoecedora na qual está inserida a pessoa, mas atua em sua química orgânica, provendo uma percepção distinta àquela que evocava o desejo de fim. É importante ressaltar que Netto (2013) refere-se

ao uso ideológico de medicamentos, quando estes são utilizados como encobridores de sintomas, atuando de maneira individual e não permitindo o acesso às raízes sociais e coletivas.

Neste contexto, em consonância a Netto (2013), acreditamos que os esforços não devem ser dedicados somente na garantia de sobrevivência, mas que a participação da Psicologia neste cuidado possa ir em direção ao empoderamento da possibilidade de transformação social, especialmente das relações de exploração que fundamentam nossa sociedade. Para que, verdadeiramente partícipes deste contexto, possam reavaliar as condições de vida que lhe fazem desejar a morte. Acredita-se ainda, que este empoderamento prevê um reconhecimento de potência pessoal do profissional enquanto ser social. Portanto, do reconhecimento do que lhe atravessa enquanto sofrimento e como tais questões se refletem em sua atuação profissional e vivência humana.

No entanto, apesar da existência de estudos supracitados que enfatizam a importância do apoio prestado no pós suicídio (ou tentativa) e da possibilidade de pensar tais teorias em uma aplicação prática profissional, a grande maioria dos sobreviventes não tem acesso a tais serviços. É diante disto que se destaca o papel da saúde pública, que deve estar preparada para acolher esse tipo de sofrimento, bem como oferecer diversas modalidades de atenção neste acompanhamento.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Considerando tratar-se a pósvenção de um conceito recente nas intervenções de saúde relacionadas ao suicídio, o percurso metodológico desta investigação destaca a pesquisa bibliográfica como fonte primária de informações referentes à participação da Psicologia nas ações direcionadas à pósvenção ao suicídio publicadas no Brasil e na capital a qual se concentra este estudo. Posteriormente, visando compreender como se dão as ações da política pública em São Luís – MA relacionadas à pósvenção, bem como identificar a participação da Psicologia nas ações direcionadas a este cuidado, realizou-se pesquisa documental a partir de mapeamento e pesquisa digital.

Tratando da pesquisa bibliográfica o acesso às informações foi propiciado a partir da consulta a fontes impressas e digitais, tais como capítulos de livros, artigos, trabalhos acadêmicos e revistas. O levantamento bibliográfico digital foi realizado utilizando os termos, combinados e isolados: pósvenção; suicídio. Foram considerados enquanto parâmetros de busca: textos em português que tratassem da prática psicológica na pósvenção ao suicídio no Brasil, preferencialmente publicações que descrevessem práticas realizadas em São Luís – MA, publicados nos últimos dez anos (tempo considerado adequado para um levantamento atualizado). Portanto, inseridos no intervalo de 2008 – 2018. O mesmo parâmetro de busca foi utilizado para textos publicados em formato físico.

Haja vista as nuances conceituais existentes na construção teórica do termo “pósvenção” optou-se por selecionar apenas textos que se refiram diretamente ao termo em questão, excluindo àqueles que conceitualmente tratem de estratégias de pósvenção, mas não as defina enquanto tal. Do mesmo modo, visando a compreensão da atuação profissional, a seleção foi restrita a produções que se refiram diretamente à atuação do profissional psicólogo, excluindo àqueles que tratam de práticas de equipe multiprofissional, considerando o profissional como parte desta, mas não tratando especificamente de sua contribuição.

O procedimento metodológico de análise de dados desta pesquisa parte do modelo de análise de dados recomendado por Bardin (1977), no qual o primeiro momento é definido enquanto “pré-análise”. Esta trata-se do contato inicial da pesquisadora com o material a ser analisado, possibilitando a percepção de conteúdos relevantes que receberão uma atenção especial nas etapas subsequentes.

Esta busca inicial propiciou a computação de dados através do acesso às plataformas digitais (realizado no período de dezembro/2017 a maio/2018) que indicaram os seguintes resultados: relativos ao termo “pósvenção” foram encontrados 27 resultados no Google

Acadêmico; 1 resultado no SCIELO; 2 resultados no PEPSIC; 7 resultados no CAPES. Relacionados ao termo “suicídio” foram encontrados 21 mil e 400 resultados no Google Acadêmico; 257 resultados no SCIELO; 76 resultados no PEPSIC e 718 resultados no CAPES. Destes, ampla maioria relativa à epidemiologia, perfis e prevenção, além de estudos realizados em Portugal e/ou direcionados às áreas de Medicina e Enfermagem, portanto, fora dos critérios definidos para este estudo.

Em virtude de nenhuma busca ter apontado publicações relativas às temáticas e produzidas em São Luís – MA, foi ampliado o parâmetro de busca para plataforma Google, visando ter acesso à resultados mais amplos, para além de publicações científicas. No entanto, não foram encontrados resultados que versassem acerca da prática do profissional de Psicologia na pósvenção ao suicídio, tendo sido os resultados relacionados a iniciativas de prevenção no Estado e registros de casos de suicídio.

Tendo como base os critérios de inclusão e exclusão supracitados, bem como a ausência de produções científicas locais, foram selecionadas 7 publicações, sendo destas: 5 digitais (1 acessada nas plataformas; 1 trabalho acadêmico – dissertação de mestrado; 2 acessadas na Revista Brasileira de Psicologia, através do “Dossiê Suicídio” e 1 fruto de acesso em site – Vita Alere –, inclusão justificada pela nacionalmente reconhecida contribuição do Instituto em ações de pósvenção ao suicídio no Brasil) e 2 físicas (capítulos do livro “Suicídio e os desafios para Psicologia” do Conselho Federal de Psicologia). As publicações selecionadas foram produzidas entre os anos de 2011 a 2015, tratando-se, a maior parte, de pesquisas teóricas. Desenvolveram-se abordando temas e práticas relativas aos contextos da Psicologia Clínica, Psicologia Social e Psicologia Escolar.

Após esse levantamento da produção em Psicologia acerca do tema, iniciou-se a exploração do material (BARDIN, 1977), a partir do trabalho de categorização dos conteúdos por meio da análise temática dos mesmos, visando compreender as ações que caracterizam a participação da Psicologia na pósvenção ao suicídio na assistência brasileira, dentro e fora da política pública. Fundamentado nos textos selecionados, foram identificadas três unidades de análise, as quais reúnem grupos de elementos relacionados à subcategorias temáticas, a saber: aspectos teóricos, aspectos relativos à atuação da Psicologia na pósvenção e aspectos relativos à psicóloga(o). A partir do tratamento destes dados, alcança-se a terceira etapa: a realização da interpretação dos conteúdos categorizados, considerando a fundamentação teórica deste trabalho. O resultado desta etapa compõe a sessão “Resultados e Discussão” desta pesquisa.

Intentando compreender como se dão as práticas de pósvenção ao suicídio em São Luís – MA, bem como, a participação da Psicologia nestas ações, realizou-se mapeamento a partir

de pesquisa documental em unidades das políticas públicas de saúde e de assistência social. A pesquisa envolveu apenas dados de domínio público, seguindo os parâmetros descritos na Resolução N°510, de 7 de Abril de 2016 (CNS, 2016). A todas as unidades mapeadas foi ofertado um documento de apresentação da pesquisa e da pesquisadora, visando esclarecer as características da produção e reiterar seu caráter documental (APÊNDICE A).

A fonte de informações para construção do roteiro de pesquisa surgiu a partir do acesso à lista de unidades de saúde mental (ANEXO B) que realizassem acompanhamentos de casos relacionados à suicídio divulgada pelo Governo Estadual do Maranhão (através da solicitação de protocolo N° 1001242201767 encaminhada à Ouvidoria)¹, bem como posterior solicitação de tema semelhante feita ao Conselho Regional de Psicologia (CRP), atendida pela Comissão de Orientação e Fiscalização (COF) do órgão em questão, através do documento “Orientação 012/2018” (ANEXO C).

O documento compartilhado pelo Departamento de Saúde Mental destaca os seguintes locais para atendimento em casos relacionados à tentativas ou suicídios: Hospital Nina Rodrigues, Centro de Atenção Psicossocial Bacelar Viana – CAPS III, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Municipal); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Estadual); Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil; Ambulatório de Saúde Mental Farina; Ambulatório de Saúde Mental Clodomir Pinheiro Costa e Centro de Atenção Psicossocial. Além destes, o documento compartilhado pelo COF cita: Serviços de Residência Terapêutica (SRT 1, SRT 2 e SRT 3), UA, Unidades de Pronto Atendimento e SAMU.

Fonte que corrobora a definição de tais locais para o mapeamento é a publicação “Suicídio: saber, agir e prevenir” do Ministério da Saúde do Brasil, que indica enquanto locais para atendimento os serviços de saúde (sendo citados os CAPS e unidades básicas de saúde – saúde da família, postos e centros de saúde) e os serviços de emergência (SAMU, UPA, prontos socorros e hospitais).

Paralelo a este mapeamento, iniciou-se um complementar, nos mesmos moldes éticos do anterior, partindo da ótica dos familiares que perderam pessoas por suicídio. Refletiu-se que, diante da tentativa a primeira via de cuidado seriam as unidades de pronto atendimento da capital. Diante da perda por suicídio, em virtude da necessidade de registro de boletim de ocorrência nesses casos, incluiu-se ainda os Distritos Policiais. Esta ação objetivou percorrer os mesmos passos que os familiares diante de perda por suicídio e compreender se eram feitos encaminhamentos para algum cuidado posterior à este público.

¹ O acesso ao documento se deu através de compartilhamento digital.

O mapeamento foi realizado considerando enquanto critérios de inclusão tratem-se de serviços voltados ao atendimento de demandas relacionadas ao suicídio, ofertados em São Luís – MA, preferencialmente com a participação de Psicólogos. Esclarece-se que, inicialmente, objetivou-se a coleta de dados de maneira ampla, sem restringir-se à atuação do profissional de Psicologia ou aos serviços de Pósvenção, por pretender compreender o fluxo de encaminhamentos realizados na capital, bem como o funcionamento da rede de cuidado em casos relacionados à temática e a possível existência de cuidado pósventivo sob outra nomenclatura. Em um segundo momento intencionava-se a reunião de dados relativos especificamente à pósvenção e à participação da Psicologia neste cuidado, fato que não foi possível devido à escassez de dados que comprovem a existência de serviços específicos à pósvenção do suicídio em São Luís – MA.

Entretanto, no caso das unidades de pronto atendimento e delegacias, o mapeamento baseou-se nos critérios de localização geográfica e quantitativo. Sendo assim, apoiando-nos na existência de fluxos de atendimento e encaminhamentos comuns à todas as unidades correlacionadas, mapeou-se uma de cada modelo de unidade de pronto atendimento existentes na capital, a saber: UPA (Bacanga), Unidade de Pronto Atendimento I - “Socorrinho” (Cohatrac II), Unidade Mista (Bacanga), Hospital Dr. Djalma Marques - “Socorrão I” (Unidade I) e um Plantão Central (Cohatrac).

A pesquisa documental local incluiu ainda o levantamento de dados jurídicos, de propostas de políticas públicas e ações locais relacionadas ao suicídio e à pósvenção em São Luís - MA, através de pesquisas digitais na plataforma Google, redirecionada aos sites da Assembleia Legislativa do Maranhão, Câmara Municipal de São Luís e demais plataformas com cunho informativo. O processo contou com a coparticipação do jornalista Rafael Cardoso, que propiciou pesquisa amplificada nos arquivos da Assembleia Legislativa do Estado, entre os anos de 2015-2018.

A partir da pesquisa do termo “suicídio São Luís Maranhão” foram encontrados, aproximadamente, 2.540.000 resultados, dentre os quais foram selecionados 35 registros referentes à ações estaduais (compreendendo que estas poderiam ter influência direta na capital) e locais. No site da Assembleia Legislativa do Maranhão, ao pesquisar o termo “suicídio”, foram identificados doze resultados, entre estes, sete tratavam de projetos, campanhas ou audiências públicas; quatro referindo-se à notícias de investigação de supostos casos de suicídio e um relativo à homenagem a um grupo de policiais diante de salvamento.

A pesquisa adicional realizada nos arquivos da Assembleia identificou apenas um resultado, relativo à audiência pública em vídeo. No site da Câmara Municipal não foi

encontrado registro relacionado ao termo. A análise dos dados excluiu manchetes relativas à casos ou investigações policiais de suicídio, tendo sido os resultados apreendidos organizados temporalmente, construindo uma linha temporal com registros existentes entre os anos de 2003-2018.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Pesquisa Bibliográfica

O levantamento de dados culminou na seleção de sete publicações, a partir de critérios de inclusão e exclusão citados anteriormente, para compor esta pesquisa bibliográfica, visando a compreensão de como tem se constituído o suporte pós-ventivo em solo brasileiro, com enfoque para a participação da Psicologia neste cuidado.

Dentre os estudos, cinco foram acessadas em meio digital, sendo estas: Cândido (2011), Fukumitsu (2014), Fukumitsu e Kovács (2015), Fukumitsu et.al (2015) e Vita Alere (2017). O primeiro, trata-se da análise dos resultados, discussões e conclusão da dissertação do autor Artur Mamed Cândido, intitulada “O enlutamento por suicídio: elementos de compreensão na clínica da perda”. Orientado pelo Prof.Dr. Marcelo Tavares, a produção intentou contribuir para a compreensão das experiências vividas diante da perda de alguém significativo por suicídio, a partir da análise de conteúdo das reflexões de 8 colaboradores.

O artigo “O psicoterapeuta diante do comportamento suicida” foi publicado Portal de Revistas de Psicologia da USP (volume 25, número 3) pela autora Karina Okajima Fukumitsu, no ano de 2014. O objetivo foi oferecer possibilidades de instrumentalização ao psicoterapeuta com clientes em situação de crise suicida, refletindo sobre procedimentos utilizados em psicoterapia, tanto em relação à prevenção quanto à pós-venção. O método utilizado foi o levantamento bibliográfico aliado à experiência clínica da autora.

Karina Fukumitsu e Maria Júlia Kovács elaboraram o artigo “O luto por suicídios: uma tarefa da pós-venção”, submetido e publicado na Revista Brasileira de Psicologia (volume 2, número 2), no ano de 2015. As autoras apresentaram reflexões acerca de modalidades interventivas do luto por suicídio a partir de experiência profissional. Na mesma revista foi publicado o artigo “Pós-venção: uma nova perspectiva para o suicídio” dos autores Fukumitsu et.al.. Este, através de entrevistas com profissionais da área da saúde, intentou apresentar reflexões acerca dos cuidados, intervenções e estratégias da pós-venção no Brasil.

As demais publicações foram consultadas no capítulo “Suicídio: o luto dos sobreviventes” da obra física “Suicídio e os desafios para a Psicologia” (CFP, 2013), produto derivado da transcrição dos debates online realizados pelo Conselho Federal de Psicologia no ano de 2013.

A análise e agrupamento em temáticas propiciou a construção do quadro explicativo abaixo que apresenta as três unidades de análise e seus respectivos subtemas:

Quadro 1 – Unidades de análise e categorias

PESQUISA BIBLIOGRÁFICA		
Aspectos Teóricos	Aspectos relativos à atuação da Psicologia na Pósvenção	Aspectos relativos à psicóloga(o)
Pósvenção e sobreviventes	Modalidades de atendimento psicológico Manejo Terapêutico na pósvenção Recursos terapêuticos	Capacitação profissional Habilidades da(o) profissional Profissional como sobrevivente

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa

5.2 Aspectos Teóricos

Entende-se que a compreensão da prática profissional perpassa a reflexão acerca da raiz teórica que a fundamenta. Com ampla fundamentação norte americana, aspectos relativos à pósvenção no Brasil são perpassados por tradução, cultura e especificidades das práticas profissionais do país. Shneidman, criador do termo, maior expoente da área e aludido em todas as produções que se referem à pósvenção em solo brasileiro, nunca teve suas obras traduzidas para o português. Em virtude disto, não raro, as citações tratam de traduções livres realizadas pelos pesquisadores. Considerando todos esses aspectos, torna-se essencial abordar tais questões neste percurso reflexivo.

5.2.1 Pósvenção e sobreviventes

Destaca-se inicialmente a indefinição teórica em torno do termo “pósvenção”, tradução brasileira para “*postvention*”. Conforme preconiza Shneidman, o termo representa todas as atividades que ocorrem após o suicídio, visando minimizar o impacto das consequências para aqueles que ficam (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2015; CÂNDIDO, 2011; FUKUMITSU et al., 2015; FUKUMITSU, 2013). Corroborando este fato, a ampla maioria das produções selecionadas (CANDIDO, 2011; FUKUMITSU; KOVÁCS, 2015; FUKUMITSU et al., 2015;

COLOMA, 2013; VITA ALERE, 2017) tratam de ações de pósvenção enquanto àquelas voltadas aos enlutados pós morte por suicídio.

Todavia, uma das obras selecionadas, que objetiva tratar acerca de “procedimentos e estratégias utilizados em psicoterapia, tanto em relação à prevenção quanto à pósvenção do suicídio” (FUKUMITSU, 2014, p.270), apesar de citar o suicídio enquanto vivência impactante à existência daqueles que estão ao redor do ato, se refere à prática do profissional de psicologia no atendimento a “comportamento suicida”, entendendo este enquanto não restrito à morte por suicídio, mas ampliado às tentativas.

Desse modo, questionamo-nos acerca da concepção teórica do termo: trata-se de atendimento exclusivo aos enlutados (entendendo estes enquanto todos impactados pelo ato, sejam familiares, partícipes da rede social da pessoa ou profissionais que prestaram cuidados), portanto, pós morte por suicídio; ou se refere-se, de forma ampla, ao cuidado posterior a atos suicidas (entendendo estes enquanto tentativas e mortes por suicídio), portanto, ao cuidado voltado aos sobreviventes, sejam estes impactados pelos atos (tentativas e mortes) ou sobreviventes da tentativa?

Outras publicações igualmente se referem ao termo através de um cuidado amplo. Em 2014 a Organização Mundial da Saúde (OMS), da qual o Brasil é Estado-membro, lançou seu primeiro relatório relativo à prevenção do suicídio intitulado “Preventing Suicide: a global imperative” (Prevenindo o Suicídio: um imperativo global), o qual abordava a pósvenção. O termo é descrito enquanto possibilidade de intervenção preventiva diante de populações vulneráveis ao risco de suicídio em virtude de tentativas anteriores, entendendo que, a atenção a estes grupos possibilitaria a diminuição de ocorrência de novas tentativas e portanto, de possíveis mortes por suicídio. Citam, igualmente, a importância de apoio prestado à familiares e amigos daqueles que morreram por suicídio, ressaltando a pósvenção como ambiente frutífero a este cuidado.

Acerca do cuidado prestado aos enlutados ou afetados pelo suicídio, ressaltam que tais esforços necessitam ser implementados visando prestar apoio ao processo de luto e reduzir a possibilidade de ocorrência de comportamentos suicidas imitativos. Referindo-se às intervenções, citam que “podem incluir programas escolares com foco na família ou na comunidade” (WHO, 2014, p.37, tradução nossa), além de ressaltar que ações de pósvenção com famílias e amigos propiciaram o aumento de grupos de apoio, reduzindo o sofrimento emocional imediato.

A publicação apresenta componentes de estratégias governamentais voltadas a temática do suicídio nas nações partícipes da Organização e refere-se aos objetivos da pósvenção

enquanto “aprimorar a resposta e o cuidado as pessoas afetadas pelos suicídios e tentativas de suicídio; fornecer suporte e serviços de reabilitação a pessoas afetadas por tentativas de suicídio” (WHO, 2014, p.57, tradução nossa), ressaltando a necessidade de mobilizar o sistema de saúde e capacitar os cuidadores a prestar este tipo de atenção especializada.

A nível nacional a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em 2014, publicou “Suicídio: informando para prevenir” voltado ao público médico, visando através da informação, propiciar a identificação de riscos de suicídio e, assim, prevenir o ato. Acerca da pósvenção, definem enquanto ação de cuidado que

inclui as habilidades e estratégias para cuidar de si mesmo ou ajudar outra pessoa a se curar após a experiência de pensamentos suicidas, tentativas ou morte. Deste modo, o próprio paciente e a família devem ser acompanhados para evitar novas tentativas, bem como ajudar no processo do luto em caso de suicídio ocorrido (CFM/ABP, 2014, p. 45).

Entretanto, apesar de conceber o termo de forma ampla, ressaltam que “estratégias focadas no suporte aos familiares parecem ser mais promissoras” (CFM/ABP, 2014, p.46).

Acerca destas ambivalências teóricas, Neury Botega (psiquiatra referência na área de pesquisas nacionais acerca do suicídio), em entrevista para Revista Brasileira de Psicologia (PELLEGRINO et al., 2015) abordou a temática pósvenção, referindo-se enquanto atendimento a pessoas sob impacto do suicídio, estando inclusas neste grupo aquelas que tentaram suicídio, bem como familiares e colegas. Alerta, no entanto, para dificuldade teórica em torno das traduções livres realizadas.

Cita como exemplo o fato da pósvenção ser pouco reconhecida enquanto termo, sendo mais comum referências à “grupos de sobreviventes”. No entanto, este último é, segundo afirma, uma tradução focada no sentido literal, que pouco alcança o sentido amplo referente à “*survivors group*”, termo original utilizado para descrever grupos de apoio a pessoas que sofreram com o impacto de uma morte por suicídio. Neste sentido, a tradução literal para o português sugere o trabalho com pessoas que tentaram o suicídio e sobreviveram. Não raro, portanto, pesquisadores sinalizam em seus escritos a que se referem ao utilizar o termo “sobrevivente” (FUKUMITSU, et al., 2015). Entre as produções investigadas nesta pesquisa, todas que se referiam ao termo “sobrevivente” o relacionavam aos impactados pós morte por suicídio (VITA ALERE, 2017; FUKUMITSU, et al, 2015; FUKUMITSU; KOVÁCS, 2015; CÂNDIDO, 2011; COLOMA, 2013).

Outro entrave teórico é o fato da pósvenção ser diretamente ligada, em sua raiz teórica, enquanto uma ação de prevenção, já que, segundo afirma Shneidman trata-se de “prevenção para as futuras gerações” (SHNEIDMAN, 1973, apud VITA ALERE, 2017), pois, em virtude

do luto complicado que vivem, sobreviventes tornam-se um grupo vulnerável ao risco de suicídio, portanto, cuidado preventivo de novo ato suicida ou tentativa. Tal questão, na prática, revela-se enquanto produção teórica comumente atravessada pela prevenção, por vezes, fundindo aspectos relativos à prevenção e pósvenção, fato que dificulta a sistematização teórica do termo, além da definição de práticas de cuidado concernentes.

Ressalta-se enquanto benéfica a concepção de ações de prevenção e pósvenção enquanto processos de cuidado, não ocorrendo de maneira isolada ou excludente, no entanto, entende-se que esta pode se configurar como provável fonte de desalinho ao tratar da pósvenção.

Acrescenta-se como hipótese o fato de tratar-se de um conceito de língua inglesa, como supracitado, portanto, aspectos relativos à tradução e adaptação da prática teórica ao contexto e cultura brasileiros precisam ser considerados. No entanto, há de se ponderar que a inserção da prática no Brasil é recente, localizada em um contexto de tabu com temáticas relacionadas ao suicídio; existindo ainda escassas produções acerca de aspectos teóricos e práticos, tornando-se, neste sentido, natural haver uma aproximação direta com práticas de prevenção, já que estas alcançaram nos últimos anos maior engajamento social.

Concepções relacionadas à prevenção e pósvenção tomam, igualmente, como pressupostos definições de suicídio. Destaca-se nas produções, como ponto de partida para intervenções, o dito “comportamento suicida” (FUKUMITSU, et al., 2015) enquanto englobando pensamentos, desejos suicidas, condutas suicidas, tentativas de suicídio e o suicídio consumado. Entretanto, não necessariamente a ideação suicida leva diretamente à tentativa ou morte, o que nos alerta a uma dimensão processual de comportamentos e sofrimento psíquico, fato que vai ao encontro das propostas de Políticas Públicas, que visam ampliar o espaço de intervenção para além do cuidado médico, possibilitando espaço de atenção desde a ideação (como é o caso de políticas aplicadas ao ambiente escolar, por exemplo), sem que tenha havido, necessariamente, um suicídio anterior naquele ambiente específico.

Ressalta-se ainda a diferente dimensão existente entre o cuidado pré tentativa de suicídio e pós tentativa, já que a vivência da proximidade da morte diante de uma auto conduta lesiva pode reverberar diferentes questões no sobrevivente da tentativa ou sua rede de apoio, que, também é atingida pela vivência de presenciar, socorrer ou ser informado que alguém de seu círculo tentou cometer suicídio. Pesquisas indicam (GUTIERREZ, 2014; FREITAS; BORGES, 2017) que desde o acolhimento no serviço de emergência acompanhantes demonstram estar fragilizados, preocupados e assustados, com medo dos desdobramentos pós tentativa.

No retorno ao lar, a rede de cuidado passa a assumir a responsabilidade por nunca deixar o paciente sozinho, informar os demais membros da rede acerca da tentativa praticada, oferecer

suporte emocional e garantir o acesso a serviços especializados de saúde mental. Estes assumem, portanto, postura sempre vigilante. Fukumitsu (2013) alerta para a existência de alto estresse, a longo prazo, de conviver com tentativas de suicídio, provocando uma ambivalência entre o desejo de livrar-se da apreensão e estresse cotidianos diante da iminente auto lesão e os sentimentos de afeto e cuidado. Há portanto, claramente, uma demanda de sofrimento familiar pós tentativa, que muitas vezes é calada em virtude da necessidade de engajamento familiar nos cuidados, visando propiciar uma menor probabilidade de nova tentativa.

Acerca das pessoas que tentam suicídio e sobrevivem, Gutierrez (2014) aponta que geralmente estes estão muito fragilizados pós tentativa, sendo comum a demonstração de sentimento de incompetência por não terem alcançado o ato desejado. A vivência de ser um sobrevivente de lesão nociva auto provocada, segundo Gonçalves, Silva e Ferreira (2015), coloca a pessoa ainda em contato com estigmas externos, tais como ser percebido como problemática, fraca, egoísta, que não pensa em seus familiares.

Questiona-se portanto, se tais questões acerca de indefinições sistemáticas na prática da pósvenção não apontam para uma possível ampliação dos cuidados. Ou seja, para além dos enlutados, a pósvenção tem sido associada àqueles que tentaram suicídio e sobreviveram, bem como sua rede de apoio. Neste sentido, entendendo o suicídio como ato final de um processo, abre-se precedente para compreender não mais como um cuidado posterior a um suicídio completo, mas, assistência diante das vivências impactantes de pós tentativa, para sobreviventes a um nível físico e, também, a nível de impacto afetivo e social, tais como: familiares, vizinhos, equipe que porventura tenha prestado cuidados e a sociedade como um todo, levando em conta que trata-se de um fenômeno com grande impacto social.

5.3 Aspectos relativos à atuação da Psicologia na pósvenção

Compreende-se a Psicologia enquanto cuidado especializado fundamental no pós suicídio, na medida em que pode construir-se enquanto espaço de escuta ativa e sensível, “onde os enlutados se sintam acolhidos, incondicionalmente aceitos, compreendidos e orientados” (CÂNDIDO, 2011, p.176). Neste sentido, visando a compreensão da prática profissional neste cuidado, a pesquisa bibliográfica alcançou a organização dos dados em subcategorias temáticas: modalidades de atendimento psicológico; manejo terapêutico na pósvenção e recursos terapêuticos. Espera-se, que a partir da revisão teórica possa-se refletir acerca da prática profissional no país, seus limites e potencialidades.

5.3.1 Modalidades de Atendimento Psicológico

As modalidades de atendimento psicológico se referem aos serviços de Psicologia que tem sido ofertados através da Pós-venção. Os dados permitem identificar 12 tipos de serviço ofertados, sendo eles: psicoterapia, orientação familiar, grupos de apoio aos sobreviventes, grupos terapêuticos de luto, supervisão clínica, consultoria, intervenções em crise, acompanhamento, atuação psicoeducativa, aconselhamento psicológico, formação de profissionais, promoção de palestras e eventos. Tais informações permitiram verificar, em produções que tratam da prática profissional, enquanto áreas de atuação a Psicologia Clínica, Psicologia Educacional e Psicologia Social, no âmbito da rede privada e da promoção de atendimentos sem custo à pessoa, mesmo que realizados em ambiente privado. Entretanto, com atravessamentos de outras áreas e contextos, se considerarmos os públicos a quem se destinam as ações e as possibilidades de inserção.

A modalidade de atendimento psicológico mais citada de maneira direta ou indireta nas produções pesquisadas foi a psicoterapia, a partir de atendimentos individuais e em grupo (VITA ALERE, 2017; FUKUMITSU et al, 2015; FUKUMITSU; KOVÁCS, 2015; FUKUMITSU, 2014). Fukumitsu (2014) apoiada em Perls, Hefferline e Goodman (1997) pontua a psicoterapia enquanto um método de crescimento, neste sentido, distante da perspectiva moralizante de correção. O Instituto Vita Alere (2017), alerta para o fato de não tratar-se do único recurso na pós-venção, reconhecendo enquanto não necessariamente possível a todos. Porém, destaca enquanto processo importante para compreensão e ressignificação da vivência.

A compreensão da psicoterapia como espaço de pós-venção pode ser aliada ao amplo reconhecimento generalista desta enquanto sinônimo de cuidado psicológico, favorecendo a chegada de demandas relacionadas ao suicídio, mesmo que não sejam previamente reconhecidas enquanto “pós-venção”. A possibilidade de um espaço de cuidado prolongado onde se possa ter acesso ao acolhimento distanciado dos estigmas sociais apresenta-se enquanto extremamente positivo.

No entanto, ressalta-se o ainda reduzido acesso popular à psicoterapia, conduzindo a uma possível limitação do acesso à pós-venção. Neste sentido, considerando possibilidades amplificadas de acesso e a própria exigência à psicóloga(o) de novas inserções baseadas na disponibilidade à singularidade do outro, sem restrições de espaço ou clientela (SANTOS, 2018), propõe-se a reflexão para além da psicoterapia enquanto espaço, alçando a psicologia clínica de forma ampla, não restrito a um espaço específico.

Isto nos permite repensar, conforme afirmam Rebouças e Dutra (2010, p.21), a psicologia clínica enquanto uma atitude, “um modo de se relacionar com o outro, um cuidado que possibilitará ao homem sentir-se acolhido numa morada, ressaltando que esse homem deve ser compreendido a partir de sua singularidade, isto é, a partir da experiência e dos significados que atribui ao mundo”. Neste contexto, surgem possibilidades de modalidades interventivas, enquanto práticas que se adequam às demandas da atualidade, capazes de acolher o sofrimento em situações de crise. Segundo ressalta Santos (2018), uma dessas formas de atenção pode ser realizada no Plantão Psicológico.

O Plantão Psicológico pode ser entendido enquanto um tipo de atendimento psicológico que objetiva receber qualquer pessoa no momento exato de sua necessidade para facilitar maior compreensão da pessoa e de sua situação imediata (TASSINARI, 2010, p.100), tendo sido iniciado em 1970, por Rachel Lea Rosenberg, no Serviço de Aconselhamento Psicológico do Instituto de Psicologia da USP (SAP/IPUSP). Desde então, tem se popularizado e adquirido novas configurações, tendo sido organizado em diversos locais e Instituições².

Apesar de não haver registros associando o Plantão Psicológico à pós-venção, pensar a utilização desta escuta ativa como possibilidade de cuidado aos sobreviventes, favoreceria a procura no momento-já pelas “potencialidades inerentes que possam estar adormecidas ou que precisem ser deflagradas a partir de uma relação calorosa, sem julgamentos. [...] uma compreensão nítida de como se compreende em determinada situação” (TASSINARI, 2010, p.101). Para que, a partir de uma relação atenta, comprometida e sem julgamentos, sendo acolhida, a pessoa possa iniciar o processo de elaboração da angústia presente na vivência de ser um sobrevivente.

A democratização do acesso à Psicologia através do Plantão Psicológico pode ser percebida, portanto, em dois âmbitos: enquanto possibilidade de ampliar o acesso gratuito a serviços de escuta psicológica (já que a grande maioria de serviços de Plantão são oferecidos com base nesta característica), contribuindo para o acesso de sobreviventes ao suicídio ao cuidado psicológico clínico; além da oferta de um espaço de escuta focado no movimento da pessoa que busca atendimento, portanto, respeitando seus limites de contato ao explorar a vivência e as lembranças dolorosas, crendo na potência desta relação, mesmo que em um único encontro.

² A exemplo do Projeto de Extensão “Plantão Psicológico Centrado na Pessoa: democratizando o acesso público à Psicologia” existente na Universidade Federal do Maranhão, sob coordenação da Prof^a.Dra. Cláudia Aline Soares Monteiro (DEPSI).

Os resultados da pesquisa permitiram ainda o acesso a possibilidades de atendimento psicológico individual e em grupo. São citados o aconselhamento psicológico e o acompanhamento (FUKUMITSU, et al., 2015), apesar de não terem sido desenvolvidos de maneira teórica pelos entrevistados na pesquisa ou pelos autores. O acompanhamento é descrito enquanto continuidade de um atendimento inicial na área da saúde, na medida em que sugere-se contato posterior visando incentivar à pessoa atendida à procurar ajuda profissional especializada em seu território para dar continuidade ao cuidado.

Acerca dos trabalhos realizados a partir de grupos, encontrou-se citações a duas possibilidades de cuidado, que foram aqui sintetizadas considerando a nomenclatura adotada pelo Instituto Vita Alere: grupos terapêuticos de luto (VITA ALERE, 2017) e grupos de apoio aos sobreviventes ao suicídio (VITA ALERE, 2017; FUKUMITSU; KOVÁCS, 2015; CÂNDIDO, 2011). O primeiro, segundo afirma o Instituto Vita Alere (2017), trata-se de um grupo terapêutico fechado (possibilitando a presença de membros da rede, independente de faixa etária). As características deste serviço ofertado no Instituto em questão consideram que não há um número de sessões previstas, pois a duração depende da necessidade de cada família e/ou grupos atendidos.

Em contrapartida, os grupos de apoio aos sobreviventes ao suicídio (ressalta-se que nem sempre são facilitados por psicólogas(os)), tratam-se de serviços gratuitos, sem inscrição prévia, que objetivam, através de mediação profissional, propiciar o contato entre pessoas que vivem o mesmo processo de perda por suicídio, para que possam lidar com o seu luto. No Instituto supracitado, os encontros ocorrem na frequência de uma vez ao mês, independentemente do número de participantes. Não havendo a obrigatoriedade, portanto, de presença contínua dos membros. Fukumitsu e Kovács (2015) citam outros serviços existentes no Brasil, para além do oferecido no Instituto, tais como o Grupo de Apoio aos Sobreviventes do Suicídio Anônimo (GAASA, em São Paulo) e o Grupo Sobreviventes do Suicídio Anônimos (SSA, em Curitiba).

Outra possibilidade citada (VITA ALERE, 2017; FUKUMITSU et al., 2015) trata-se da orientação familiar. Baseando-se na desestabilização familiar que provocam as tentativas e os suicídios, oferecem amparo familiar acerca de questões relacionadas ao suicídio por meio de atuação interdisciplinar (psiquiatra, psicólogo, assistente social, advogado, massoterapeuta, etc.). Destaca-se a importância deste tipo de cuidado na medida em que, diante de tal desequilíbrio, os familiares possam usufruir de um espaço para, em conjunto, refletirem acerca de um manejo adequado à situação.

As intervenções em crise também são destacadas enquanto atuações diante de grupos (VITA ALERE, 2017). Trata-se de serviço destinado à ambiente escolar, universitário ou empresarial que esteja lidando com comportamentos suicidas, receba alguém pós tentativa ou tenha vivido o suicídio de algum de seus membros. As ações propostas são diretamente vinculadas à necessidade de análise detalhada do contexto, já que as intervenções são específicas à cultura, acontecimento, crenças ou repercussão no ambiente em questão. Cita-se como exemplo de ação, o planejamento e execução de atividades pós suicídio de discente universitário, intentando acolhimento, conscientização e prevenção de novos suicídios entre os sobreviventes.

Agrupados nesta pesquisa entre serviços voltados à promoção de informação e/ou orientações profissionais estão o trabalho psicoeducativo; promoção de eventos, palestras e cursos acerca da temática, e voltados à formação profissional; consultoria; além de supervisão clínica especializada (VITA ALERE, 2017; FUKUMITSU; KOVÁCS, 2015). O trabalho psicoeducativo abrange, segundo afirmam Fukumitsu e Kovács (2015) ações informativas acerca de sinais de alerta e fatores de risco predisponentes e precipitantes, bem como incentivos de ações preventivas e pósventivas.

A promoção de eventos, palestras e cursos voltados à sociedade civil e aos profissionais que atuam na pósvenção, se constituem enquanto oportunidades informativas, mas, principalmente, a nível profissional, de reflexão acerca dos subsídios para novas formas de enfrentamento do fenômeno (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2015). Por um caminho semelhante, apresenta-se a consultoria (VITA ALERE, 2017), objetivando difundir conhecimentos aos hospitais, planos de saúde, escolas, igrejas, prefeituras, secretarias e empresas que anseiem por iniciar um serviço e/ou ter uma ação específica estruturada para o enfrentamento de questões relacionadas à promoção de saúde mental, prevenção e pósvenção ao suicídio. São citados como possibilidades de intervenção ações, cartilhas, cursos, atendimentos e grupos de estudo que estimulem a conscientização, mobilização, bem como de formas de atendimento e apoio aos partícipes daquele ambiente.

Em contrapartida, a supervisão clínica se apresenta de maneira especializada enquanto focada em público profissional que lide com clientes, alunos ou funcionários que apresentem comportamento suicida ou estejam trabalhando com pessoas enlutadas por suicídio (VITA ALERE, 2017), objetivando orientar o profissional que atende pacientes nestes contextos específicos.

Ressalta-se que todas as modalidades de atendimento psicológico citadas são fundamentadas a partir de intervenções específicas, reunindo conhecimento técnico, recursos

profissionais e instrumentais para alcançarem seus objetivos pós-ventivos. Baseado nisto, as próximas seções abordarão, a partir da sistematização dos dados da pesquisa, aspectos referentes à manejo e recursos terapêuticos.

5.3.2 Manejo Terapêutico na Pós-venção

Esta seção refere-se aos caminhos traçados pelo terapeuta no cuidado, a partir de habilidades e uso de recursos terapêuticos norteados por uma postura ética, sem estarem, necessariamente, atrelados a uma modalidade de atendimento específica. Neste sentido, tratará de aspectos relacionados à atuação do profissional de psicologia de maneira ampla e, também, ressaltando dados que se referem à atuação em modalidades de atendimento específicas (CÂNDIDO, 2011; VITA ALERE, 2017; FUKUMITSU, 2014; FUKUMITSU et al., 2015; COLOMA, 2013; FUKUMITSU; KOVÁCS, 2015).

Cândido (2011) ressalta a atuação profissional na pós-venção a partir de dois âmbitos, a nível familiar e a nível individual. Acerca deste, o autor afirma que os profissionais podem atuar no sentido de facilitar a compreensão dos contextos e vulnerabilidades que atravessam a perda, desencorajando atitudes de acusação e estimulando a ressignificação, conduzindo à “construção de novas perspectivas sobre os fatos” (p.177).

Tratando do nível familiar, a(o) profissional cumpre importante papel no incentivo a comunicação aberta entre os sobreviventes, crendo que a livre expressão de sentimentos possa favorecer o compartilhamento dos sofrimentos e o envolvimento em rituais funerários e de luto – participação que pode ser afetada em virtude do impacto da vivência de perder um ente querido por suicídio (CÂNDIDO, 2011).

Tal fato é essencial, segundo o autor, por pesquisas que afirmam que a resposta familiar diante de uma morte traumática pode ser conduzida à afirmação da coesão grupal ou ao esfacelamento desta unidade. Na medida em que psicólogas(os) atuem considerando a fragilização da unidade grupal familiar e visem a ressignificação deste equilíbrio abalado, podem incentivar no manejo terapêutico, o desenvolvimento de novas estratégias, que visem reforçar a coesão e garantir a qualidade de comunicação entre os membros da família (CÂNDIDO, 2011).

Autores concordam (COLOMA, 2013; CÂNDIDO, 2011; FUKUMITSU et al., 2015) que seja fato essencial considerar a história familiar e o contexto da perda no estabelecimento e revisão de um projeto terapêutico, entendendo aquele impacto enquanto único para cada sobrevivente, atendo especial atenção aos possíveis contextos interrelacionais conflituosos e à sensibilização que viverá o enlutado no enfrentamento à perda.

Coloma (2013) confirma as dimensões citadas por Cândido (2011) ao reconhecer que respostas adaptativas diante do luto por suicídio podem ser diferentes para cada sobrevivente, fato que denota a importância de intervenção profissional a nível de grupo familiar e individual. Neste sentido, o manejo e os recursos utilizados para tanto, são diretamente dependentes das características associadas à perda e ao sobrevivente.

Coloma (2013) menciona ainda que, para além da percepção subjetiva da perda, o profissional deve estar atento para percepção das habilidades existentes na pessoa atendida para lidar com ela, visando estimular ou apoiar tais recursos à nova situação. Além disto, ressalta que a atenção aos significados culturais e sociais da perda são fundamentais, por entender que interferem na multiplicidade de situações que se colocam para os sobreviventes pós a perda por suicídio. Estando as especificidades das intervenções psicossociais submetidas à compreensão destes aspectos interrelacionados. Pontua ainda que, o próprio processo de cuidado é flexível, sendo possível combinar os esforços para reduzir o impacto da perda, com ações de proteção e apoio, a depender dos momentos e reações no processo de luto.

O cuidado em afirmar o ritmo da pessoa atendida enquanto referência para o curso do manejo terapêutico é corroborada por Cândido (2011) ao ressaltar que o respeito ao tempo de cada pessoa na condução ao suporte aos enlutados é crucial. Afirma ser necessário aos profissionais que tenham cautela ao abordar temas dolorosos, respeitando a possibilidade da pessoa atendida evadir-se do assunto ou desejar explorar outros aspectos de sua vida, retornando em outro momento às suas lembranças dolorosas.

O autor supracitado não exige a confrontação com as experiências, mas afirma que tal postura precisa ser dosada, na medida em que o profissional observe “o devido balanço entre uma postura observadora e afastada [...]; e uma postura encorajadora e gentil” (CÂNDIDO, 2011, p.178) e o faça percebendo a capacidade singular de cada pessoa. O processo de cuidado não pode tornar-se mais uma sobrecarga, no sentido de avançar em um curso que force a pessoa a abrir mão do seu ritmo, em detrimento da iniciativa profissional. Neste aspecto, acredita que qualquer proposta de manejo que seja inflexivelmente focada na perda pode não ser a melhor indicação de cuidado pós-ventivo.

Neste sentido se coloca também a necessidade de conhecimento para além dos métodos e recursos interventivos em situação de suicídio (COLOMA, 2013; FUKUMITSU, 2014). Conhecimentos técnicos específicos, tais como suicidologia e tanatologia necessitam ser concebidos sob um viés cultural específico. Coloma (2013) afirma que o conhecimento profundo das características do ato suicida, bem como do processo de luto são essenciais para fundamentar intervenções, no entanto, percebe ainda enquanto dificuldade na atuação do

profissional de psicologia a inclusão de interpretações culturais do ato ou dos sintomas apresentados durante o luto, bem como de suas manifestações familiares e sociais; e dimensões simbólicas.

Tal questão se torna ampla quando, diante dos programas de atuação formulados nas instituições públicas, os profissionais e as pessoas atendidas se deparam com práticas de cuidado homogeneizantes. Sugere-se assim que, em contexto brasileiro,

além dos conhecimentos aportados pela Suicidologia, baseada nas sociedades de cultura ocidental, ainda é necessária a incorporação dos conhecimentos do fenômeno do suicídio fundamentado por paradigmas de outras culturas e de sociedades que vivem em condições de subsistência e de restrições fundamentais na sua perspectiva de vida. (COLOMA, 2013, p.78)

Fukumitsu (2014) também compreende tal questão enquanto uma potencialidade e um desafio para atuação profissional, na medida em que pode influenciar a construção do espaço terapêutico enquanto acolhimento das ambivalências em torno das vivências pós suicídio. Salienta que o manejo terapêutico perpassa muito além de conhecimento técnico pré definido, tais como acerca dos fatores de risco, mas torna-se diretamente atravessado pela maneira como o profissional percebe o fenômeno do suicídio. Ilustra que, caso acredite que o suicídio é um fenômeno que precisa ser explicado, provavelmente sua atenção e conseqüente atuação será voltada às causas, aos fatores precipitantes. Em contrapartida, conclui que o comportamento suicida é um fenômeno multifatorial, pelo qual devem ser acolhidos tanto os fatores de risco (predisponentes) quanto suas causas (precipitantes). Sendo assim, o ato suicida abrange o viés individual, social e cultural (FUKUMITSU, 2014, p.271)

Em literatura complementar, Feijoo (2018) destaca o desafio de pensar uma atuação da Psicologia diante do fenômeno do suicídio que não alcance os extremos de focar-se nas instruções de um manual ou recair na indiferença. No primeiro extremo, afirma a autora, os profissionais atuam visando evitar que o ato se efetive, aproximando-se, assim, de uma conduta policialesca e moralizante. Intentando evitar este manejo, incorre-se ao polo oposto, a partir do qual o ato é visto sob a lente da indiferença. Neste sentido, é visto enquanto estritamente pessoal, portanto, nada mais cabe ao profissional. Acrescenta ainda como recorrente aos profissionais que atuam diante de casos relacionados à suicídio, a procura de responsáveis pela situação. Surgem assim discursos de culpa àquele que cometeu suicídio alegando adoecimento psiquiátrico, fragilidade; ao núcleo familiar por desatenção ou conflitos; ao Estado por questões sociais, tais como desemprego, pobreza.

Fukumitsu (2014) alerta ainda para repercussão na potência profissional, na medida em que socialmente o profissional é demandado a salvar vidas. Portanto, nesta via, tende ao manejo

controlador de evitação da morte. No entanto, ao considerar a possibilidade de controlar a morte do outro e deparar-se com o posicionamento negativo, a autora pondera que o manejo deve dar-se no sentido de dosar sua potência enquanto profissional, entendendo que cada um deve ser responsável por suas responsabilidades existenciais.

Dessa forma, o caminho para um cuidado que considere a pessoa e todas as suas nuances, deveria ser o de facilitar a ampliação de outras maneiras de facear o sofrimento. Posto isto, o profissional precisa

entender que seus serviços devem ser direcionados para ser o guardião do foco existencial de cada cliente e não salvar vidas. [...] além disso, salienta-se a importância de se confirmar que a situação em que a pessoa se encontra é difícil, não desejando retirá-la de seu sofrimento existencial (FUKUMITSU, 2014, p.271).

Ao tratar da atuação na cultura indígena brasileira enquanto partícipe do contexto nacional, mas com nuances próprias, Coloma (2013) afirma que é necessário que o manejo leve em conta aspectos particulares, tais como: a brevidade de atuação, dentro de no máximo 15 dias após o evento, por considerar termos gerais que mencionam características de impulsividade no suicídio entre os membros deste grupo, mas também levar em conta que possam existir processos de construção da morte anteriores ao ato, expressados de maneira sutil; focar na escuta enquanto fundamental, já que a voz e escuta são limitadas, especialmente entre jovens indígenas e adultos; incluir nas estratégias apoios físicos, pois, em virtude da forte relação espiritual que nutrem com o corpo, seus conflitos psíquicos são simbolizados fisicamente (o autor ilustra com a expressão “*nhemerõ*” – dor de romper o coração, como relação linguística indígena para manifestação física da emoção); estar sensível para perceber a questão do tempo e espaço onde ocorreram o suicídio e a relação destes com um espaço de morte essencialmente familiar; e atentar-se para o quanto práticas culturais daquele grupo podem ter ressoado no ato e na forma com que acolhem os sobreviventes.

Especificidades podem ser vistas, também, com relação à vivências relativas aos sobreviventes no seio familiar a depender de faixa etária e proximidade relacional com o ente que se foi. Coloma (2013) destaca o atendimento infantil e diante da perda de cônjuge. Acerca do primeiro, é possível compreender que o processo de luto se dá de maneira gradativa, a considerar o desenvolvimento da criança.

O autor aponta que, por isso, especialmente em casos de pós-venção infantil, é provável que a intervenção imediata inicie um processo que, ao longo do crescimento da criança e do processo de elaboração do luto, evoque a necessidade de novas intervenções. Ou seja, de que a

pósvenção não fica restrita ao cuidado próximo à ocorrência do suicídio, mas de que pode se estender, considerando as nuances pessoais na lida com o ocorrido.

Tratando do suicídio de cônjuges, Coloma (2013) entende que a atenção profissional imediata deve se dar sobre o parceiro sobrevivente, já que, por aspectos culturais, tende-se à pressão social de que tenha falhado ou sido responsável pelo ocorrido. Contextualiza que, em sociedades indígenas, tal vivência pode alcançar maior magnitude, já que é comum nesta cultura que a culpa seja extensiva à família de um dos parceiros.

Recomenda, portanto, que o manejo seja no sentido de “racionalizar o ato suicida como a consequência do processo vivido pela pessoa, objetivando as condições emocionais e as limitações sentidas na resolução do acúmulo de problemas” (COLOMA, 2013, p.75). Entretanto, ressalta a sensibilidade necessária para, neste momento de racionalização, não transferir a culpa do ato àquele que cometeu suicídio. Trata-se, segundo afirma de

uma análise que permita obter mais conclusões para mudança de atitudes e comportamentos, visando alternativas de maior observação das emoções não somente na resolução dos problemas, também para gerar um reforço da proteção e cuidado pessoal e social do outro. (COLOMA, 2013, p.75)

Diante do exposto é perceptível a ampla contribuição da Psicologia para o cuidado pósventivo. Cândido (2011, p.176) afirma que a grande importância do profissional de Psicologia na atuação em pósvenção é a oportunidade de um “espaço privilegiado de escuta, onde os enlutados se sintam acolhidos, incondicionalmente aceitos, compreendidos e orientados”.

A partir disto é que se estruturam as possibilidades de modalidades de atendimento psicológico, que vão, a partir de um ambiente e manejo específicos, oportunizar o cuidado de pósvenção ao suicídio. Os dados da pesquisa nos permitiram identificar referências à manejo terapêutico nas seguintes modalidades: psicoterapia, grupos terapêuticos de luto e grupos de apoio aos sobreviventes ao suicídio.

Fukumitsu (2014) ao tratar do manejo contextualizado à psicoterapia diante de crise suicida, enfatiza a necessidade de explorar pensamentos e sentimentos, visando dar vazão à comunicação do cliente. Propõe para tanto um manejo psicoterapêutico norteado por três fases de conduta, a saber: perguntar e explorar; compreender, confirmar e acolher; encaminhar e acompanhar. A primeira refere-se a acolher de modo a favorecer o cliente o compartilhamento de sua decisão sobre o suicídio. Segundo afirma, o objetivo da fase é ancorado em ouvir cuidadosamente os problemas que o cliente acredita que seriam superados diante do suicídio, a partir da exploração da intenção ao ato e do plano, levantando, assim, fatores de risco.

A segunda fase objetiva a compreensão do significado do ato para o cliente, através da exploração dos sentimentos e possíveis ambivalências existentes. Ressalta a importância de acolher sentimentos de impotência e solidão que por ventura sejam referidos e, se possível, envolver a família no cuidado. A terceira fase, encaminhar e acompanhar, trata de orientar e envolver o cliente, sua família e outros profissionais, gerando uma rede de apoio que contribuam para a inexistência de reincidência de tentativas, além de possibilitar a busca por sentido através da exploração de possibilidades existenciais. Conclui reafirmando a necessidade de considerar “o grau de letalidade e sofrimento psíquico, explorando os fatores de risco e proteção, investigando motivações para que o cliente possa se sentir vivo e assumir sua responsabilidade existencial” (FUKUMITSU, 2014, p.274).

Coloma (2013), baseado tal qual a autora supracitada no foco ao acolhimento e comunicação do cliente, concebe enquanto fundamental acompanhar a condição emocional da pessoa ao longo dos atendimentos. Caracteriza a pósvenção enquanto cuidado que “adota as características de uma intervenção preventiva dos riscos pessoais no momento de cada sessão tendo em conta que o paciente está em um processo de maior vulnerabilidade” (p.124). Portanto, não trata como fixo o consenso e interesse em tratar do tema ao longo de todas as sessões, pois afirma serem as emoções sempre mobilizadas a cada novo contato.

Neste sentido, baseando-se no cliente, o psicoterapeuta deve atentar-se ao conteúdo do diálogo, considerando, igualmente, o tempo entre o momento do suicídio e os atendimentos. Tal reflexão perpassa a compreensão do sofrimento relacionado com a história de vida e o momento presente, respeitando concomitantemente sua singularidade e sua totalidade, enquanto união de aspectos físicos, psíquicos e sociais (VITA ALERE, 2017).

Cândido (2011) ressalta que, diante da psicoterapia enquanto pósvenção aos enlutados, mais importante que a busca por compreensão do ato pode ser a oportunidade de um espaço de abertura, confiança e cooperação. Destaca enquanto “processo psicoterapêutico”, visando ressaltar a construção conjunta existente, baseada em uma relação de troca. O autor crê que o estabelecimento desta relação de confiança pode se constituir enquanto base de segurança afetiva, que, por sua vez, pode encorajar o enlutado na busca e exploração de novas possibilidades existenciais.

Tratando dos grupos terapêuticos de luto, Fukumitsu e Kovács (2015) creem que o objetivo é de que o profissional torne-se um facilitador, diante da morte, à reconciliação do enlutado com a vida. O Instituto Vita Alere (2017) afirma que a atuação profissional visa possibilitar aos partícipes o compartilhamento de sentimentos, pensamentos e conflitos decorrentes do suicídio. O manejo é baseado na qualidade do vínculo estabelecido entre o

condutor do grupo e os familiares e envolve, também, condutas informativas acerca do processo de luto familiar, e a consideração e compartilhamento de sentimentos e percepções acerca da pessoa que cometeu suicídio.

A dimensão informativa é também ressaltada por um dos profissionais entrevistados por Fukumitsu et al. (2015), ao afirmar que diante da desorganização, ou mesmo desconhecimento, a pessoa atendida pode não dar-se conta de estar vivendo um processo de luto. De forma que compreende que a assistência profissional precisa perpassar da sensibilidade à necessidade do suporte informativo.

Ao referir-se à atuação profissional diante de grupos de sobreviventes ao suicídio, Cândido (2011) alerta para uma dimensão problemática existente nos grupos de sobreviventes ao suicídio, relativa à baixa adesão dos participantes. Ressalta, portanto, acerca de algo necessário a ser considerado no manejo profissional, de que é aconselhável “oferecer aos sujeitos a possibilidade de [...] explorar outros aspectos de suas vidas e retomar ao tema do suicídio e às suas lembranças dolorosas na medida de suas possibilidades” (p.179). Trata-se de reconhecer o direito dos enlutados de não desejarem focar na situação dolorosa, por acreditar que este contato ocorrido distante da iniciativa e abertura da pessoa que busca atendimento, contribui para desmotivação.

5.4 Recursos terapêuticos

Recursos terapêuticos referem-se a estratégias, técnicas ou instrumentos utilizados enquanto metodologia para o exercício profissional da(o) psicóloga(o) contextualizados na situação de pós-venção ao suicídio. A partir da análise dos dados, foi possível identificar referências ao uso de 7 recursos, sendo estes: contrato terapêutico, plano de segurança, testamento em vida, registro documental, contatos telefônicos, materiais informativos e atuação em rede, entre atuações nas áreas de clínica, saúde e social (VITA ALERE, 2017; FUKUMITSU, 2014; COLOMA, 2013; FUKUMITSU et al., 2015).

O recurso a que mais se referiram os autores pesquisados foi a atuação profissional em rede como forma de garantir cuidado especializado de maneira amplificada (VITA ALERE, 2017; COLOMA, 2013; FUKUMITSU, 2014; FUKUMITSU et al., 2015). Fukumitsu (2014) ressalta que no cuidado ao comportamento suicida e processos de luto correlacionados, não se trabalha de maneira individual, pois a rede de profissionais envolvida agrega esforços para os cuidados.

No mesmo sentido, um dos profissionais entrevistados por Fukumitsu et al. (2015), afirma que faz parte da atuação profissional perceber a necessidade e incentivar a pessoa a

buscar outros espaços de apoio. Coloma (2013) ressalta que, especialmente tratando de características culturais próprias, este cuidado profissional em rede pode ser essencial para um cuidado pós-ventivo ético e eficaz. Silva (2013) destaca a atuação da estratégia em Saúde da Família enquanto extremamente próxima do núcleo familiar, portanto, fundamental na prevenção e pós-venção ao suicídio, mas acrescenta que a atuação em rede não ocorre somente nas áreas da saúde, devendo estender-se para além da relação intrafamiliar ou clínica, como o ambiente escolar, por exemplo.

O registro documental é, igualmente, amplamente citado (FUKUMITSU, 2014; FUKUMITSU et al., 2015) enquanto cuidado profissional essencial. Através da resolução nº 001/2009 o Conselho Federal de Psicologia tornou obrigatório o registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos, devendo estes ficarem sob cuidado da(o) profissional pelo período mínimo de 5 (cinco) anos. O documento tem caráter sigiloso e constitui-se de “um conjunto de informações que tem por objetivo contemplar de forma sucinta o trabalho prestado” (CFP, 2009), sendo composto por descrição e evolução das atividades, bem como os procedimentos adotados. Fukumitsu (2014) aponta que, em ocasião de atenção ao suicídio, devem ser registrados todos os contatos fora do *setting* terapêutico, bem como as crises e o manejo adotado.

Citados de maneira menos frequente estão o uso de materiais informativos, contato telefônico, bem como o contrato terapêutico, o plano de segurança e o testamento em vida. Acerca do uso de materiais informativos, Vita Alere (2017) cita o uso de cartilhas diante da atuação em ambientes como escolas e empresas as quais necessitem de uma ação de pós-venção. Tal possibilidade é consonante com o princípio fundamental V do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2014), que versa acerca da responsabilidade profissional de universalizar o acesso da população às informações, serviços e conhecimentos da ciência psicológica. Tal como promovem a OMS e o Ministério da Saúde a prevenção do suicídio, através da produção de material informativo online e impresso acessível à população, é possível adotar tal estratégia com objetivo de informação e manejo pós-ventivo.

Relativo ao contato telefônico como estratégia de cuidado, um dos profissionais entrevistados por Fukumitsu et al. (2015), atuante na área da saúde, afirma que séries de telefonemas podem aprimorar a atenção às pessoas atendidas, podendo ser executado ao longo dos próximos três ou quatro meses posteriores ao atendimento. O objetivo de tal acompanhamento seria incentivar e orientar a busca por uma rede de cuidados, especialmente em seu território. Contatos telefônicos também são citados como possibilidades diante de situações de crise por Fukumitsu (2014), diante da proposta do plano de segurança.

O plano de segurança é citado enquanto estratégia de apoio à pessoa atendida diante da percepção do risco de suicídio ou nova tentativa, propiciando que esta tenha possibilidade de acesso à cuidado em situações nas quais sintam-se desesperada. Fukumitsu (2014) sugere que o psicoterapeuta viabilize ser contatado diante de tais situações, também enfatiza a existência do Centro de Valorização à Vida (CVV) que oferece atendimento permanente, de forma voluntária, visando prevenção do suicídio através de contato telefônico ou digital, a todos que desejem.

O contrato terapêutico pode ser compreendido enquanto o registro de um acordo colaborativo entre terapeuta e pessoa atendida que visa esclarecer questões relativas às responsabilidades, aliança terapêutica e características de funcionamento do serviço em questão (tais como: do que se trata, a quem se destina, horários, etc.) utilizado como referência ao longo do processo terapêutico. Fukumitsu (2014) sugere que seja incluído no contrato, no item sigilo, esclarecimento relativo a manutenção do sigilo desde que não haja risco de vida, além de solicitar ao cliente que elenque duas pessoas e compartilhe seus contatos. Estas se tornarão, para terapeuta e cliente, especialmente em situações de crise, uma rede de apoio.

Já o Instituto Vita Alere (2017) ressalta a utilização deste recurso em grupos terapêuticos de luto, na medida em que estabelecem com as pessoas atendidas o critério de pontualidade e assiduidade familiar. Afirmam ser necessário este esclarecimento visto que um dos objetivos dos encontros refere-se a promover e auxiliar a reorganização das condições de vida do enlutado.

Propõe-se, também, o uso do testamento em vida (FUKUMITSU, 2014). Trata-se de um registro a partir da trajetória vital da pessoa e do que faz sentido para ela, de tudo aquilo que deseja viver em vida. Vislumbra o contato com a reflexão do que se deseja vivenciar, para que, a partir do contato com as possibilidades, possa tentar satisfazê-las. A autora ressalta que este recurso pode ser um facilitador à expressão e comunicação de desejos em vida. A partir disto, reflete-se conseqüentemente, acerca da própria relação cliente-terapeuta enquanto estratégia terapêutica de cuidado.

Cândido (2011) afirma que mais do que a busca por compreensão ou sentido do ato em si, o maior ganho do cuidado terapêutico está, a partir do clima de abertura, troca e cooperação, em estabelecer uma relação capaz de se firmar enquanto base de segurança afetiva, “a partir da qual o enlutado pode se sentir seguro para voltar a explorar e empreender novas possibilidades existenciais” (p.180).

Os processos são portanto uma ação conjunta, horizontal, baseadas em trocas afetivas e vivências com potencial significativo tão forte que possam ser berço para a relação do enlutado com o mundo. Fukumitsu e Kovács (2015) apontam que esta confiança na relação através da

busca pela sintonia com aquele que sofre pela ausência do outro perpassa pela oferta na confiança do potencial do ser humano em descobrir sua maneira particular de enfrentamento, mesmo diante da perplexidade relacionada à perda por suicídio.

5.5 Aspectos relativos à Psicóloga(o)

A atuação profissional diante de um tema tabu abre precedentes para refletir acerca da personalidade da psicóloga, compreendendo que para além de sua atuação especializada na pós-venção, a(o) profissional é atravessada(o) por esta. As publicações nos permitiram ter acesso à dados organizados nas seguintes categorias temáticas: capacitação profissional; habilidades da(o) profissional; profissional como sobrevivente. Objetiva-se, ao abordar estes temas, refletir acerca do estigma de neutralidade profissional, a partir dos atravessamentos pessoais na atuação das(os) psicólogas(os) bem como a respeito da pós-venção enquanto espaço que abranja o cuidado com os cuidadores.

5.5.1 Capacitação profissional

Coloma (2013) afirma ser essencial para intervenção no processo de luto o conhecimento profundo das características de suicídio correlacionadas à cultura. Portanto, entende que além do conhecimento extenso em suicidologia, é necessária a capacitação profissional sensível às modificações culturais, tais como as dimensões simbólicas do ato, suas manifestações familiares e sociais, etc. Todo esse aporte teórico deve ser associado às estratégias e técnicas de intervenção terapêutica aprendidas ao longo da formação profissional.

Silva (2013) pondera que deve haver uma educação para a morte, no geral. Nos sensibilizando para pensar questões relativas à finitude e como nos sentimos diante disto, pois, futuramente, em uma formação profissional, tal ação pode contribuir para uma atuação sensível e incisiva a partir de habilidades cedo desenvolvidas para lidar com adversidades. A finitude é um tema tabu, continuamente afastado de crianças e com o qual evitamos o contato, mesmo sabendo que morrer é parte da vida, assim como sentir a perda.

Tal tratamento de “obscuridade” dado à morte, oportuniza a possibilidade de deixá-la sempre à margem, favorecendo que não aceitemos a vivência do luto de maneira pública ou o entendamos como patologia. Da mesma forma, fortalece o estigma existente diante da morte e luto por suicídio. Em virtude disto, torna-se de extrema importância a atuação em ambiente escolar diante da pós-venção. Mas, igualmente, a abordagem nesses espaços de temáticas relativas à finitude de maneira geral.

Tratando de uma formação técnica, Tavares (2013) entende que é necessária uma formação continuada, através de treinamentos que capacitem para o acompanhamento de casos

relacionados ao suicídio, bem como supervisão e grupos de estudo/discussão. Defende que tal ação pode ser acolhedora para os profissionais que atuam em situações limite, além de favorecerem a definição de uma estratégia terapêutica mais segura. De igual modo, Santos (CRP6, 2011) alerta para insuficiência de qualificação existente entre profissionais que atuam em torno deste tema. Por isso, reflete a necessidade de “políticas de recheio” no âmbito da saúde, que visem a qualificação profissional para prestação de um atendimento técnico de qualidade, mas, principalmente, humanizado.

Feijoo (2018) ao compartilhar sua experiência de criação do NAC (Núcleo de Atendimento Clínico a pessoas em risco de suicídio) no SPA/UERJ, ressalta o cuidado com a capacitação de estudantes e profissionais de Psicologia para atenderem demandas relacionadas ao suicídio. A estratégia adotada pelo NAC para preparar para os atendimentos foi a de encaminhar a capacitação em três momentos, a saber: estudos sobre atendimento clínico pautados na fundamentação teórica adotada pelo grupo (perspectiva existencial); estudos sobre a ação de pôr fim à vida a partir de uma perspectiva histórico-cultural e atualizações acerca das produções atuais em torno do tema. Somente após este primeiro momento, estudantes e psicólogos realizaram os atendimentos clínicos.

Diante dos relatos acerca da necessidade e importância da formação voltada a temáticas relativas à finitude, bem como da carência de capacitação continuada nos campos de atuação, somado à reflexão dos autores supracitados e à própria experiência acadêmica desta pesquisadora, nos é possível constatar acerca da insuficiência de qualificação existente no processo de formação acadêmica. Além de hipotetizar acerca do tabu ainda muito potente que nos retém ao tratar de morte, especialmente a morte por suicídio, seja no curso da formação regular, seja ao longo de capacitações continuadas.

Ressalta-se ainda o cuidado necessário à estrutura dessas capacitações, para que não recaiam em ações profissionais medicalizantes ou com postura instrumental, pautadas somente em aspectos estatísticos de proteção e risco, conduzindo a uma prática tutelar. Sem o olhar sensível às peculiaridades de um momento histórico, social e cultural específico, bem como aos aspectos particulares daquela pessoa em questão.

Entende-se que o objetivo da formação e capacitação que trate abertamente da finitude é a de incitar reflexões e posturas críticas, não de fornecer aporte teórico e prático que contemple todas as esferas de atuação, pois isto seria estabelecer um manual ou compreender o suicídio enquanto patologia para a qual há uma terapêutica definida, contradizendo o que já fora mencionado.

5.5.2 Habilidades da(o) profissional

Os dados obtidos a partir da pesquisa bibliográfica nos permitiram acessar referências às habilidades relacionadas aos terapeutas no curso de sua prática na pós-venção ao suicídio (FUKUMITSU et al., 2015; FUKUMITSU, 2014; FUKUMITSU; KOVÁCS, 2015; CÂNDIDO, 2011; COLOMA, 2013). Sendo estas citadas enquanto capacidades exigidas aos profissionais que atuam diante do suicídio.

A habilidade mais citada é a escuta (FUKUMITSU et al., 2015; FUKUMITSU, 2014; FUKUMITSU; KOVÁCS, 2015; COLOMA, 2013). Coloma (2011) aponta a escuta enquanto fundamental especialmente na relação com pessoas que tenham espaço de escuta e fala limitado entre seu grupo social – seja por questões culturais ou inter-relacionais. Em consonância com a valorização da sensibilidade da profissional ao valorizar a escuta diante da relação com o enlutado por suicídio, Fukumitsu et al. (2015) citam Rubem Alves, quando o autor se refere à “ouvidos virginais” como figura de linguagem para ilustrar quão violentas, a certas pessoas, podem ser algumas falas.

Constantemente a escuta está associada nas produções a outras habilidades, tais como cuidado, respeito e acolhimento. Fukumitsu (2014) afirma que ouvir cuidadosamente pode vir a ser um facilitador na relação para ampliação das possibilidades que ajudam os clientes a compartilharem sua decisão sobre o suicídio, de forma que possam expor, sentindo-se acolhidos, suas intenções, planos, angústias, etc.

Outrossim são citadas tolerância, disponibilidade, empatia, trabalho interdisciplinar e atenção. A tolerância é enfatizada por Fukumitsu (2014) como relevante ao se deparar com a falta de sentido existencial de outra pessoa. Afirma a autora que o compromisso profissional com a vida pode vir a desviar o foco do sofrimento daquele que busca atendimento. Reflete-se que a tolerância também é bem vinda diante da frustração de perceber a ineficácia perante a aparente possibilidade de controle dos profissionais de saúde mental sob as ações das pessoas atendidas, bem como no caso de efetivar-se o suicídio no curso dos atendimentos.

A disponibilidade é citada por Fukumitsu (2014) no sentido da profissional dispor sua habilidade técnica e direcioná-la para o acolhimento. A autora assinala que a

disponibilidade não representa garantia para salvar vidas, no entanto, demonstrar para qualquer um que ele é compreendido como outro diferente e humano faz diferença. O toque acontece somente entre humanos e, dessa maneira, a disponibilidade afetiva quanto ao cuidado pode oferecer a sensação de alívio para a solidão existencial e acalanto para o desespero (FUKUMITSU, 2014, p.274)

Por sua vez, a empatia é destacada por Fukumitsu e Kovács (2015) enquanto atitude principal do profissional de saúde que deseja atuar diante do processo de luto por suicídio, por meio da busca de sintonia com aquele que sofre pela ausência do outro. Recomendam ainda a

confiança como atitude que se destaca nesta relação, no sentido de acreditar na potência das maneiras particulares de enfrentamento que cada pessoa descobre em si.

Tavares (2013) compreende que a expectativa em torno da “empatia” trata-se de ansiar por ter sensibilidade para o sentir do outro. Por isso, destaca a importância de entrar em contato com suas habilidades e sentimentos, acreditando que se a via de acesso do profissional a si enquanto pessoa estiver bloqueada, da mesma forma estará dificultado seu acesso ao cliente.

Destaca, portanto, que faz parte do processo de elaboração profissional da pessoa que deseja atuar em luto por suicídio o contato e aceitação de seus sentimentos, angústias, conflitos e ambivalências. No entanto, não trata-se apenas de recursos internos, sendo o suporte relacional, institucional, a supervisão e a formação continuada importantes neste caminhar.

Nesta continuidade de habilidades imprescindíveis é citada por Fukumitsu et al. (2015) a capacidade de estar atenta(o), principalmente diante da recorrente imprevisibilidade do ato. Tal habilidade seria voltada para, a partir de postura vigilante, garantir uma atuação eficaz diante da percepção dos sinais de risco que as pessoas possam exprimir.

Considera-se que a discussão acerca de habilidades pessoais que interferem diretamente na atuação técnica do profissional de psicologia nos permitem refletir acerca dos ideais associados à profissão, tal como o estereótipo da neutralidade. Tratar de habilidades necessárias e da possibilidade de desenvolvê-las dá notícias de nossa humanidade; pessoalidade, muitas vezes afogadas no afã da construção de uma psicologia científica de aplicação técnica, na qual a profissional deve manter-se pessoalmente distante, como se não fosse atravessada de maneira histórica, social e cultural da mesma forma que a pessoa que busca atendimento.

Tal mergulho é mais intenso ao tratar de temas tabus, tais como o suicídio. Torna-se muitas vezes imperativa a busca por estratégias técnicas e modos de ser que possam garantir a vida de outrem, sem que o profissional entre em contato consigo. A julgar pelos dados obtidos na pesquisa, o descolamento entre o profissional enquanto pessoa e enquanto técnico – como se tratassem de duas pessoas, em ambivalência, coexistindo em uma só – está distante de ser possível. A acentuação que os autores fazem ao potencial do acolhimento e da relação terapêutica diante do cuidado ao luto por suicídio, ou mesmo tentativas, corrobora esta questão.

Não há técnicas massificadas para construção de confiança, para sentir-se acolhido ou para ser empático – todas estas se dão no encontro das personalidades de pessoa terapeuta e pessoa atendida, mesmo que a primeira tenha aporte teórico para embasar sua atuação profissional.

Não se trata, portanto, de desconsiderar a importância da prática técnica, mas reconhecer seu uso de maneira contextualizada, atendo-se em primeira instância à perspectiva daquele que

busca atendimento. Reflete-se que o cuidado não se dá somente por uma via técnica, ao contrário, os aspectos que aproximam o psicoterapeuta da pessoa atendida se dão pela via da humanidade.

5.5.3 Profissional como sobrevivente

Ao considerarmos o profissional de Psicologia enquanto, igualmente, um sobrevivente ao suicídio, abrimos espaço para acolher e refletir acerca dos impactos do ato na equipe de saúde mental. Não somente de maneira profissional, com a perda de um cliente, mas, principalmente, de maneira pessoal, diante de todas as ambivalências que podem surgir a partir disto, culminando na importância do cuidado pós-ventivo do cuidador.

A análise de dados identificou referências ao profissional enquanto sobrevivente a partir de escritos que tratam sobre o quanto o impacto do contato com situações relacionadas a suicídio (desde de ideação até a perda da pessoa atendida) podem interferir diretamente na personalidade do profissional, bem como no manejo da execução de seu labor (COLOMA, 2013; FUKUMITSU, 2014; FUKUMITSU et al., 2015).

Coloma (2013) afirma que, por ser a perda uma vivência universal, afeta a todos os seres humanos, conseqüentemente, coloca terapeuta e pessoa atendida em um mesmo nível. Ressalta, portanto, a dificuldade de estar em contato constante com experiências de perda. De maneira específica, Fukumitsu (2014) refere-se aos sentimentos de impotência e fracasso, usualmente referido por psicoterapeutas diante da perda de um cliente por suicídio. Tais fatos refletem a importância de compreender o profissional como um público possível para ações de pós-venção ao suicídio (FUKUMITSU et al., 2015).

Fukumitsu (2014) aponta que a vivência de tais sentimentos podem acentuar a fantasia de onipotência profissional, no sentido de perceber-se como responsável pela existência de outrem, agindo para garantir que ele viva. A essa questão a autora acrescenta que compreende que o psicoterapeuta não deve estagnar na impotência ou na onipotência, mas em sua potência, ou seja, focar-se na responsabilização de cada um por sua existência. É neste sentido que colocam-se as habilidades de tolerância e respeito diante da falta de sentido existencial da pessoa atendida.

Ainda acerca desta personalidade do profissional, Coloma (2013) introduz a importância da competência afetiva, no sentido de reconhecer-se e cultivar o entendimento do que lhe toca diante desta situação, para que, diante da escuta destas vivências, não se desorganize. Fukumitsu (2014) assente que ao disponibilizar-se para a dor do outro o profissional é também passível aos efeitos igualmente dolorosos, os quais apontam para a necessidade do auto cuidado,

na medida em que acompanha o cliente em seu sofrimento. Ao se autoacompanhar, o profissional compreende seus limites pessoais e de atuação.

Coloma (2013) frisa ainda ser fundamental que profissional e pessoa atendida estejam em uma relação horizontal ao longo do processo de cuidado, sendo este uma “construção conjunta de reconstrução de sentidos” (p.179). Esta ação fundamenta-se, sobretudo, na crença no potencial da pessoa atendida de ressignificar-se e se auto reorganizar.

Zana e Kovács (2013) fundamentam a possibilidade dos profissionais da área de saúde sentirem-se questionados em suas vocações diante do aparente embate entre ser um profissional que salva vidas e atender demandas relacionadas ao suicídio. Ressaltam que são reações comuns aos profissionais raiva, culpa e ansiedade, especialmente diante do suicídio de pessoas que estavam sob cuidados, que reverberam para além de sua ação profissional.

Nessa perspectiva, Tavares (2013) ressalta que recai sobre o profissional de saúde mental expectativas externas, as quais podem facilmente tornarem-se ônus. Afirma que atuar em contextos relacionados ao suicídio leva o profissional a conviver com a possibilidade inerente de vir a lidar com a perda de algum de seus clientes e, diante disto, tornar-se um sobrevivente. O autor afirma que permitir-se pensar em si enquanto um sobrevivente constitui-se enquanto uma forma de enfrentamento que considere os valores pessoais diante do valor da vida e sua posição diante da morte. Torna-se, portanto, comum dar-se conta de sentimentos associados à raiva ou impotência, no entanto, é inadequada que a ação profissional seja pautada nisto.

Tavares (2013) exemplifica que o manejo embasado em sentimentos de raiva ou ressentimento pela escolha do cliente ou, no caso de pós-venção, daquele ao qual a pessoa atendida se refere, pode culminar em atuações de desqualificação da dor do outro, tais como atitudes de afastamento derivadas de aversão ou atitudes de maus tratos a partir de irritação, que refletem a visão autocentrada do profissional, ao cobrar correspondências a sua visão de mundo. Deste modo, o profissional tende a frustrar-se por perceber que a pessoa atendida não responde a seus esforços e, conseqüentemente, valorar negativamente as atitudes da pessoa atendida.

Percebemos, portanto, que ao considerarmos o profissional enquanto um sobrevivente perpassamos temas relacionados à pessoalidade, formação e atuação profissional, ampliando a discussão para além dos termos técnicos. O movimento de compreender que a/o psicóloga(o) é atravessada pelo ato e, incluí-lo neste cenário de cuidado, é abrir possibilidade para acolhê-lo enquanto pessoa mergulhada na mesma cultura que trata o suicídio enquanto tabu e estigmatiza quem está no entorno, taxando o profissional enquanto aquele que “perdeu o paciente”.

Conseqüentemente à amplitude deste olhar, é possível instigar a busca por reflexões que visem alternativas à atuações massificadoras, amplamente divulgadas enquanto “seguras”, além de promover a atenção à saúde mental dos cuidadores.

5.6 Pesquisa Documental

5.6.1 Serviços de Pronto Atendimento

Segundo afirma o Ministério da Saúde (2013), em 2011 foi reformulada a Política Nacional de Assistência às Urgências, através da Portaria nº 1.600, que instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS, com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, favorecendo o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência (BRASIL, 2011). Dentre os componentes da rede estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e os demais serviços de urgência 24 horas, além do SAMU, que proporciona o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Em São Luís, segundo o portal da Secretaria Municipal de Saúde, são ofertados atendimentos de Urgência e Emergência nos seguintes dispositivos: SAMU, Hospital Dr. Djalma Marques (Socorrão I), Unidade de Pronto Atendimento I (Cohatrac), Unidade de Pronto Atendimento II (São Francisco), Unidades Mista (Bequimão; Coroadinho; Itaqui-Bacanga; São Bernardo) e Pronto Socorro do Anil. A nível estadual estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), que seguem: UPA Vinhais, UPA Cidade Operária, UPA Bacanga e UPA Vila Luizão.

O Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU), segundo a Portaria nº 1600 de 07 de Julho de 2011 do Ministério da Saúde, objetiva chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde integrado ao SUS. Portanto, em casos de tentativa ou suicídio, o SAMU pode ser o primeiro serviço de urgência/emergência solicitado.

O protocolo de atendimento segue parâmetro nacional, conforme preconizado através da publicação “Protocolos de Suporte Básico de Vida” (Ministério da Saúde, 2016). Dentre diversos manejos, prevê diante de casos de autoagressão e risco de suicídio, aspectos gerais de ação relacionados a avaliar o ambiente, o sujeito e a segurança do local; avaliar fatores de risco e proteção; portar-se de maneira cuidadosa durante o manejo verbal e orientar familiares e a rede de apoio social para que busquem a rede de atenção básica, psicossocial ou de assistência social para posterior acompanhamento. Definidos os encaminhamentos pós salvamento, cabe ao SAMU transportar a pessoa ao local de atendimento de saúde.

Acerca de cada estabelecimento de saúde, através do DATASUS e ancorado nas portarias correspondentes, o Ministério da Saúde define: Unidade Mista – trata-se de unidade de saúde básica e integral à saúde, destinada à prestação de atendimento de forma programada ou não, podendo dispor de urgência/emergência; Pronto Socorro – unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujo agravos necessitam de atendimento imediato; Unidades de Pronto Atendimento – estabelecimento de saúde de complexidade intermediária que visa prover atendimento de urgência e emergência de maneira articulada com a Atenção Básica, o Serviço Móvel de Urgência (SAMU), a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar.

A síntese dos dados acessados nas unidades de pronto atendimento UPA (Bacanga), Unidade de Pronto Atendimento I - “Socorrinho” (Cohatrac II), Unidade Mista (Bacanga) e Hospital Dr. Djalma Marques – “Socorrão I” (Unidade I), permitiram compreender que, ao receber casos de tentativa de suicídio a equipe objetiva primariamente retirar o paciente do quadro grave, através dos procedimentos clínicos concernentes ao caso.

De maneira secundária ocorre uma verificação com acompanhante (ou com o próprio paciente, caso este esteja consciente ou tão logo recobre a consciência) visando acesso aos dados pessoais do paciente, bem como compreender em que circunstâncias se deu o ato, quais as motivações, etc. Estes dados embasam a ação especializada da equipe durante a terapêutica, mas, também são subsídio para preenchimento da “Ficha de Notificação Individual por violência interpessoal/autoprovocada” (ANEXO A).

Desde 2011 tornou-se obrigatória a notificação compulsória em território nacional da ocorrência de lesões autoinfligidas por meio da Portaria GM/MS nº 104, de 25 de Janeiro do ano em questão, tendo sido esta revogada pela Portaria GM/MS nº 1.271, de 06 de Junho de 2014, que define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados no Brasil.

A partir de então, tornou-se, conforme preconiza o Ministério da Saúde (2017) obrigatória a comunicação à autoridade de saúde, realizada por profissionais de saúde ou responsáveis pelo estabelecimento de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação, de doença, agravo ou evento de saúde pública. Além da notificação, há também o registro do caso em sistema de informação em saúde, seguindo o curso de compartilhamento entre as esferas do SUS.

A tentativa de suicídio, mencionada enquanto lesão autoprovocada, é de notificação compulsória imediata, pelo serviço que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas, pelo meio mais rápido possível. A celeridade se deve em virtude da

importância de uma articulação ágil da rede de cuidados com relação ao acompanhamento posterior ao de emergência, sendo assim vinculado o paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que um novo caso de tentativa de suicídio se efetive. Portanto, no ato de informar à vigilância epidemiológica acerca do caso, já se segue o encaminhamento da pessoa para rede de atenção à saúde, acionando, conforme ressalta o Ministério da Saúde (2017) a rede de vigilância, prevenção e assistência, com adoção de medidas adequadas ao caso.

O registro de lesões autoprovocadas é realizado através do código genérico Y09, correspondente à agressões por meio não especificado da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID – 10, visto que, conforme afirma o Ministério da Saúde (2017), a ficha é única para diversos tipos e naturezas de violências. Sendo assim, a análise das notificações é realizada por tipologia da violência, a saber: intrafamiliar/doméstica, extrafamiliar/comunitária, autoprovocada, institucional e segundo a natureza: física, negligência/abandono, sexual, psicológica, dentre outras.

Além de intentar propiciar a atenção integral a pessoa que tentou suicídio, a notificação permite computar os dados relativos à quantidade de suicídios por região, bem como investigar acerca de possíveis características específicas relacionadas à motivações, meio escolhido para o ato, gênero, idade, entre outras. Estas culminam em análises e relatórios que registram o crescimento ou declínio de casos de tentativa e suicídio no Brasil, bem como a reavaliação das políticas públicas já existentes.

Entretanto, percebeu-se no curso do mapeamento nas unidades anteriormente referidas que o encaminhamento torna-se secundário, muitas vezes, inexistente e realizado em ampla maioria à dispositivos de saúde mental, tais como CAPS ou ambulatórios. O contato com o paciente e acompanhante visando a compreensão do caso e preenchimento da Ficha de Notificação é realizado pela equipe de saúde, bem como pela equipe de assistência social.

Acerca da pós-venção realizada aos sobreviventes em caso de óbito por suicídio, não foi mencionado nenhum encaminhamento pré determinado como parte do fluxo por atendimento. De maneira informal os profissionais consultados afirmaram que, no ato da comunicação do óbito por suicídio, a família é informada seguindo o protocolo da unidade e dirige-se ao serviço de segurança para registro de um boletim de ocorrência, visto que, em tais casos, o atestado de óbito só pode ser emitido após avaliação do Instituto Médico Legal (IML) e de perícia da Polícia Civil. Relataram ainda desconhecer qualquer serviço que preste apoio à familiares ou à rede de apoio da pessoa que cometeu suicídio.

5.6.2 Serviços Legais – Plantão Central e IML

O envolvimento jurídico e dos serviços de segurança em casos de suicídio não ocorrem objetivando punir o autor, visto que, pela Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988), os atos de tentar ou cometer suicídio não são crimes. No entanto, há outras circunstâncias que podem associar-se ao ato e que são passíveis de responsabilização criminal, tais como homicídio, induzimento, instigação ou auxílio ao ato e coação exercida para impedir suicídio.

Acerca do primeiro, a cena de suicídio pode ser utilizada como forma de camuflar uma situação de homicídio, crime segundo o artigo 121 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940). Semelhantemente, a indução, instigação ou auxílio à tentativa ou ao ato em si, constituem crime segundo o artigo 122 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), havendo penas específicas diante de morte ou lesão corporal grave. Quanto ao crime de coação exercida para impedir suicídio, refere-se à constrangimento ilegal, mediante violência ou ameaça, depois de haver reduzido capacidade de resistência da pessoa, conforme preconiza o artigo 146 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940).

Especialmente tratando das diferenças que permitem diferenciar o suicídio de um homicídio ou acidente, estas só podem ser identificadas mediante perícia do corpo e do local do crime. Ao Instituto Médico Legal (IML), por meio de solicitação de autoridade policial, cabe a necropsia em casos de mortes violentas, tais como suicídio. No entanto, esta análise determina apenas a causa biológica da morte. A determinação da causa jurídica do ocorrido só pode ser alcançada após investigação criminal, diante da atuação da Polícia Civil. Somente após este processo é possível determinar (ou não) se a morte tratou-se efetivamente de um suicídio.

O mapeamento realizado no Instituto Médico Legal (IML) localizado na capital sinalizou, em um futuro próximo, a possibilidade de suporte psicossocial de acolhimento na própria Instituição, em virtude da recente ampliação de atuação das profissionais de Serviço Social e Psicologia. Portanto, familiares, no futuro, terão acesso a acolhimento especializado, bem como à informações da rede de suporte continuada a que tem direito. Tratando-se assim, de um cuidado pós-ventivo.

Acerca do fluxo relacionado a casos de óbito por suicídio, é importante compreender que há peculiaridades relativas às ações da Polícia Militar e da Polícia Civil. Apesar de, ao encontrar o corpo, ser comumente a primeira ação acionar a Polícia Militar, a esta, segundo afirma o artigo 144 da Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988), cabe a preservação da ordem pública. Neste sentido, mesmo que não haja quadro para atuação, cabe a ela preservar o local até a chegada da Polícia Civil. A esta última incumbem os procedimentos de investigação,

portanto, perícia da cena de suicídio, bem como registro do boletim de ocorrência. Posteriormente, o corpo é removido à necropsia, visando estabelecer a causa jurídica do óbito.

Tratando dos encaminhamentos à família diante do óbito, estes são inexistentes, por não serem de responsabilidade dos dispositivos de segurança. As informações fornecidas no curso do mapeamento no Plantão Central do Cohatrac revelaram desconhecimento de rede de apoio específica aos familiares ou rede social daquele que cometeu suicídio. No entanto, apontaram para a existência de um CAPS que presta apoio interno através de atendimentos à funcionários, policiais militares e seus dependentes, como referência de espaço possível a prestação de cuidado pós-ventivo.

5.6.3 Serviços de Saúde Mental

Seja por busca espontânea ou encaminhamento, a porta de entrada para busca de acompanhamento público pós tentativa de suicídio ou em circunstância de luto por suicídio são os serviços de saúde mental. Conseqüentemente, é nestes ambientes que almejamos um solo fértil para ações de pós-venção gratuitas, especializadas e de fácil acesso à população. Em virtude disto, os serviços de saúde mental da capital que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial foram mapeados, intencionando compreender quais serviços são disponibilizados aos usuários e se dentre estes é possível identificar a pós-venção.

Foram mapeadas as seguintes unidades: Centro de Atenção Psicossocial Bacelar Viana – CAPS III, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Municipal); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Estadual); Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II; Ambulatório de Saúde Mental Farina; Ambulatório de Saúde Mental Clodomir Pinheiro Costa; Serviços de Residência Terapêutica (SRT 1 e SRT 2), Hospital Nina Rodrigues, conforme critérios descritos anteriormente.

Conforme preconiza o Ministério da Saúde (2017), a Política Nacional de Saúde Mental objetiva organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental, de maneira plural e integral, diante das mais diversas demandas e graus de complexidade. Em virtude disto, dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) propôs-se a implantação de uma Rede de Serviços especializada.

Objetivando tornar amplo e articulados os pontos de atenção à saúde 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), através da Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Fazem parte da rede em questão os serviços: Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes

modalidades, Serviços Residenciais Terapêuticos, Hospitais Psiquiátricos, ambulatórios e unidades de urgência/emergência.

Os Centros de Atenção Psicossocial são definidos pelo Ministério da Saúde enquanto pontos de atenção estratégicos da RAPS, por se tratar de serviço de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua de maneira interdisciplinar e promove atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A depender de suas especificidades, os CAPS são divididos a partir de suas modalidades de atendimento. Ressaltamos, a partir das informações preconizadas pelo Ministério da Saúde, as especificidades de funcionamento de cada unidade mapeada: CAPS II – realiza atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, em regiões com pelo menos 70 mil habitantes; CAPSi – realiza atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes; CAPS AD (Álcool e Drogas) – realiza atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; CAPS III – realiza atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação, a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, em regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Conforme dispõe a Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002, fazem parte, de maneira comum, das atividades prestadas no curso da assistência nos CAPS: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração da pessoa atendida na comunidade.

O mapeamento demonstrou que a temática suicídio é abordada, na ampla maioria das unidades, de maneira secundária, especialmente durante campanhas específicas, tais como o Setembro Amarelo. Os profissionais referiram-se à dificuldade de tratar de maneira aberta com os usuários acerca de um tema delicado. Afirmam que, com maior frequência, tratam em atendimentos individuais e familiares, quando o suicídio é referido pela pessoa atendida ou familiar enquanto ideação ou tentativa. Ressaltam que, em tais circunstâncias, é realizada a notificação por meio da Ficha de Notificação de Violência Autoprovocada, mesmo que não se trate de uma tentativa recente.

Apenas um local (CAPS III) referiu-se à atividades de grupo previstas e permanentes acerca da temática, sendo realizadas entre os usuários e, também, com seus familiares. Assim, conclui-se que as unidades preservam o foco de dedicar-se às especificidades previstas em lei, de acordo com cada modalidade, havendo prevalência de atividades esporádicas associadas à

prevenção do suicídio. Consequentemente, não foi possível evidenciar a realização de pósvenção nos CAPS, apesar de presumir-se a possibilidade de ocorrência de maneira secundária. Ou seja, é possível supor que, caso seja demandado no curso dos atendimentos a necessidade de um cuidado pósventivo diante da perda por suicídio, este não será negado. No entanto, não é possível afirmar que haja nos CAPS mapeados a execução de atividades especializadas diretamente ligadas aos objetivos da pósvenção ao suicídio.

Os Ambulatórios de Saúde Mental são descritos pelo Ministério da Saúde enquanto serviços multiprofissionais especializados no tratamento de pacientes que apresentam transtornos mentais. Visam ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias, com transtornos classificados de gravidade moderada, atendendo assim, às necessidades de complexidade intermediária. Conforme preconiza a Portaria/SNAS nº224 de 1992 (BRASIL, 1992), fazem parte das atividades desenvolvidas pelas equipes o atendimento individual (por meio de consulta, psicoterapia, dentre outros), o atendimento grupal e visitas domiciliares.

Segundo informa a Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, a capital presta essa assistência por meio de quatro serviços ambulatoriais, divididos igualmente para o público adulto e infantil, a saber: Ambulatório de Saúde Mental Dom Farina, Ambulatório de Saúde Mental Clodomir Pinheiro Costa, Centro de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (CAISCA) Clodomir Pinheiro Costa e CAISCA Dom Farina. O mapeamento realizado nestes locais, permitiu-nos identificar a ausência de atividades especificamente desenvolvidas com a temática “suicídio”, sendo abordado apenas no caso de se tratar de uma demanda associada ao atendimento prestado ao paciente. Outrossim, não foi possível identificar a existência de atividades relacionadas diretamente à pósvenção do suicídio.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) são descritos pelo Ministério da Saúde enquanto moradias destinadas ao cuidado multiprofissional de pacientes com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuem suporte social e laços familiares. Se demandado judicialmente, podem igualmente, acolher pacientes em situação de vulnerabilidade. Existem em São Luís três serviços, nos quais foi possível apreender durante o mapeamento, não executam atividades diretamente ligadas à temática em questão nesta pesquisa.

A atenção hospitalar em São Luís é realizada por meio dos atendimentos prestados no Hospital Nina Rodrigues, referência nos atendimentos em saúde mental no Estado, apesar de ter sua rede de atendimentos ampliada, a partir da Unidade de Retaguarda Clínica (UCR), que garante suporte a toda rede de saúde do Maranhão. Segundo preconiza o Ministério da Saúde,

a atenção hospitalar se destina ao acolhimento e tratamento adequado de pacientes com quadro clínico agudizado, a partir de suporte 24 horas por dia.

Dentre as características clínicas que indicam a necessidade de atenção hospitalar estão o risco de vida ou de prejuízos graves à saúde e o risco de autoagressão. Ressalta-se que objetiva-se a atenção breve e qualificada, visando o retorno do paciente para os serviços de base territorial - tais como os CAPS -, tendo em vista que, a partir da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) o modelo hospitalocêntrico foi substituído pela promoção de tratamento humanizado e respeito aos direitos humanos, a partir de intervenções terapêuticas em rede e de ações que buscam fortalecer as relações sociais dos pacientes e seus familiares.

A partir do mapeamento, foi possível apreender que diante do atendimento da emergência psiquiátrica, a depender do quadro clínico, os pacientes são encaminhados para o ambulatório. Em todas as circunstâncias, pacientes e familiares são orientados com relação ao quadro clínico, prognóstico e atendimentos na rede de saúde. Concluímos que, apesar do Hospital Nina Rodrigues receber demandas diretamente relacionadas ao suicídio, e de haver acolhimento aos familiares, não é possível atestar a existência de serviços com objetivo pós-ventivo.

5.6.4 Pesquisa Documental Digital

O primeiro registro data de 2003, por ocasião da publicação do artigo “Tendências da mortalidade por causas externas, em São Luís, MA, de 1980 a 1999” na Revista Brasileira de Epidemiologia, dos autores Moraes, et al. O trabalho objetivou analisar a tendência da mortalidade por causas externas, além de verificar se esta difere dos números registrados no país e nos demais municípios brasileiros, tendo concluído tendência de aumento altamente significativa nos casos de suicídio. Não foram identificados registros notórios nos anos subsequentes.

Dez anos depois, em 2013, a Universidade Federal do Maranhão produz, em parceria com o Ministério da Saúde, o vídeo intitulado “Como abordar pacientes suicidas” como parte de material utilizado no curso de capacitação em Saúde Mental produzido pela UNASUS/UFMA. Voltado ao público profissional atuante na assistência à saúde mental do SUS, objetiva apresentar o papel do psicólogo na abordagem a pacientes com potencial de suicídio.

Em 2014 destaca-se a iniciativa da Federação Espírita do Maranhão ao estimular o debate em torno da temática através do “Projeto Caminhos”, por meio do qual a população do Maranhão, Piauí e Ceará, puderam participar de seminários e palestras com caráter informativo

e preventivo que, de maneira acessível, ofereciam informações sobre Dependência Química, Depressão e Suicídio.

No ano de 2016 as ações da sociedade civil e do poder público se tornam mais assíduas. Inicialmente, frisa-se o Protocolo de Intenções assinado por diversas instituições públicas, associações, conselhos (incluindo o de Psicologia) e participação popular, propiciando a criação de uma rede de trabalho de prevenção ao suicídio, a partir da realização de capacitações de agentes públicos, políticos e administradores dos serviços públicos.

Tal ação culminou ademais, na concretização da 1º Semana de Prevenção ao Suicídio, como parte da campanha “Setembro Amarelo”, existente a nível nacional desde o ano de 2014. Nesta oportunidade, os partícipes referiram-se acerca do impacto do ato na vida familiar, sem, no entanto, referir-se diretamente à temática da pós-venção. Em 2016 iniciou-se ainda, a implantação do Centro de Valorização da Vida (CVV) na cidade de Caxias (que ainda está em curso). A iniciativa foi reforçada pelo comprometimento da prefeitura do município para desenvolver capacitações aos profissionais da saúde, educação e assistência social e, a longo prazo, construir a base para uma política pública local de valorização da vida e prevenção ao suicídio.

Em 2017 destaca-se o ativismo legal em torno do tema. Inicialmente, o requerimento Nº 277/2017 à Assembleia Legislativa do Estado, de autoria da deputada Ana do gás, solicita brevidade na votação do Projeto de Lei Federal nº6986/2017 que trata da alteração do Marco Civil da Internet, visando incluir procedimento de retirada de conteúdo que induza, instigue ou auxilie o suicídio de aplicações de internet. A autora embasa a solicitação em virtude da proliferação do jogo virtual “Baleia Azul”, associado a inúmeros casos de automutilação, tentativas e suicídios de jovens no País. Tendo sido identificado em um caso local, ocorrido na cidade de Monção, fortes indícios de influência do jogo.

Em Junho de 2017 foi apresentado o Projeto de Lei nº136/2017 pelo Deputado Estadual Wellington do curso. Segundo o autor, este institui em todo território maranhense o Plano Estadual de Valorização da Vida, objetivando manter sistema telefônico gratuito para atendimento, bem como prover acompanhamento especializado diante de quadros que possam evoluir para o suicídio. Intenciona, igualmente, instituir a Semana Maranhense de Valorização à Vida e Prevenção ao Suicídio. A iniciativa está em consonância com a Portaria nº 1.876/2006, que define diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, bem como com o Projeto de Lei nº4360/2016, que institui o Plano Nacional de Valorização da Vida.

Visando amplificar a discussão da criação do Plano Estadual de Valorização à Vida e Prevenção ao Suicídio, ocorreu no mesmo ano uma Audiência Pública na Assembleia Legislativa do Maranhão, por iniciativa do Deputado Estadual Wellington do curso. Estavam presentes membros da política local, bem como representantes da Coordenação de Saúde Mental do Estado, Coordenação de Direitos Humanos da Criança e do Adolescente, Centro de Assistência e Promoção Social da Polícia Militar, Psicólogos, Psiquiatras e membros da sociedade civil.

O objetivo principal era demarcar a conjugação de forças no intuito de combater o suicídio, além de promover a discussão entre especialistas e a população, através do debate do projeto que cria o referido Plano Estadual. Posteriormente, o mesmo deputado apresentou o Projeto de Lei 223/2017, que sugere a inclusão no calendário oficial do Maranhão da Semana Estadual de Prevenção ao Suicídio, tentando atender às demandas legais nacionais de reflexão, informação e sensibilização popular.

A construção da Política Pública motivou a formação do Grupo de Trabalho Estadual de Prevenção ao Suicídio, sendo membros partícipes: Conselho Regional de Psicologia, Polícia Militar do Maranhão, Defensoria Pública, Tribunal de Justiça, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, Conselho Regional de Serviço Social, Conselho Regional de Medicina, entre outros. Paralelamente à movimentação existente na capital, há registros de discussões semelhantes em Caxias e Imperatriz.

Em julho do ano em questão, o Vereador Ricardo Seidel da Câmara Municipal de Imperatriz, diante do aumento de tentativas e suicídios no município, propôs repensar as ações governamentais, relacionadas à segurança. Ao monitorar as tentativas de suicídio ocorridas, o vereador identificou um local de referência, no qual ocorrem a maioria dos casos, a ponte Dom Afonso Felipe Gregory e, além disto, percebeu que o resgate era sempre realizado pela Polícia Militar. Apresentou, então, proposta de intensificação no monitoramento da ponte, por meio de câmeras de vídeo e sistema de monitoramento no posto policial mais próximo. Diante da votação da proposta, o vereador se disse surpreso ao ouvir que o tema não era relevante, mas que a proposta era válida para inibir assaltos na ponte. Associou tais comportamentos à negligência governamental com a saúde mental dos cidadãos.

Em Caxias, a Secretaria Municipal de Educação, Ciência e Tecnologia (SEMECT) desenvolveu o projeto “Sim à vida”, com a proposta de trabalhar a prevenção e pósvenção ao suicídio de maneira integrada com os órgãos políticos e ONGs do município, através de capacitações e mobilização para que os profissionais atuem como multiplicadores em seus campos de atuação. A parceria também ocorre de maneira interestadual, a partir do contato com

o Sistema Integrado de Comunicação Meio Norte de Teresina e seu projeto “Mais Vida”, além da Organização Não-Governamental Deborah Mesquita, igualmente de Teresina. Esta última realiza ações de prevenção e pós-venção, de maneira gratuita, por meio de equipe especializada.

A ampla maioria dos registros subsequentes encontrados datam do mês de Setembro, mês alusivo de conscientização e sensibilização acerca do suicídio. Para demarcar este objetivo, o Ministério Público do Maranhão, por meio do Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos (CAOp/DH), apresentou a campanha denominada “Valorização da Vida – prevenção e combate ao suicídio”, reunindo representantes de conselhos, associações, entidades religiosas e órgãos públicos. A iniciativa destacou a importância da articulação em rede, nas ações de saúde, comunitárias e de divulgação. Na oportunidade, Sandra Elouf (coordenadora do CAOp/DH) sugeriu a criação de um centro de referência psicossocial no atendimento de demandas associadas à suicídio.

No mesmo mês, houve a divulgação de dados advindos de duas pesquisas nacionais que, respectivamente, indicaram o Maranhão como 15º estado com mais menções a suicídio nas redes sociais (O ESTADO DO MARANHÃO, 2017) e com um aumento alarmante de casos registrados (SMDH, 2017). O Dossiê Suicídio faz parte do projeto digital “Comunica Que Muda”, iniciativa da Agência Nova/sb. Produzido entre os meses de abril e maio de 2017, o monitoramento objetivou um levantamento completo acerca de como o assunto é tratado na internet. Segundo seus resultados gerais, a ampla maioria dos comentários são neutros (cerca de 52,8% do total), enquanto menções positivas (relativas a conscientização sobre o tema) somaram 28,8% do total. Mensagens preconceituosas, que reforçaram o tabu, incentivaram o ato ou demonstraram falta de conscientização, somaram quase 20% do total.

O estudo ressalta a popularidade do jogo Baleia Azul e da série “13 Reasons Why” como responsáveis pelo intenso debate incomum ao tratar de suicídio, já que somaram a maior parte de menções, havendo ainda registros de comentários sobre depressão e intolerantes com relação ao ato. Tal dado relativo ao momento pontual de irrupção do jogo e da série em questão, aliado à posição do Maranhão e às porcentagens gerais do estudo relativas aos tipos de comentário, nos permitem inferir que a discussão sobre o tema continua superficial, carente de diálogos respeitosos e esclarecidos.

Concomitantemente, com a publicação da nota técnica “Perfil de Suicídios no Brasil”, a Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH), tentou alertar a sociedade acerca do tema, bem como para a necessidade de investimentos em políticas públicas. Tendo como base registros do DATASUS, a entidade divulgou que entre os anos de 2005 e 2015 o aumento do número de suicídios no Maranhão foi de 155%, tendo a taxa crescido mais de 200% entre os

jovens. Ressaltam que isto demonstra a urgência em colocar a temática em destaque e tratá-la como questão de saúde pública. Acreditam ser necessário que a população seja bem informada acerca de espaços especializados de cuidado, bem como devem os órgãos públicos investir em redes de atenção psicossocial especializadas na temática.

O ano de 2017 registrou ainda o desenvolvimento do programa interinstitucional “Juntos pela Valorização da Vida”, iniciativa do CAOp/DH, em parceria com diversas instituições e organizações municipais e estaduais, visando a construção do Plano Estadual de Valorização da Vida; o início da implantação do CVV no município de Bacabal e a publicação do artigo “Suicídio em Bom Lugar: bullying homofóbico juvenil na zona rural maranhense”, dos autores Gomes, Viana e Rosa, na Revista Eletrônica de Graduação e Pós Graduação.

O corrente ano, 2018, inicia de maneira mais ativa na continuidade de propostas anteriores e manutenção da discussão acerca da importância de cuidado especializado na lida com situações relacionadas ao suicídio. Inicialmente, há a proposição de ampliação do Programa de Valorização da Vida para todo o Estado, a partir de ações concretas, tais como a implantação de políticas públicas, dentre outras medidas, criem centros de referências especializados em saúde mental, com foco na prevenção ao suicídio e acompanhamento de luto por suicídio.

A Secretaria de Estado da Saúde (SES) destaca-se enquanto incentivadora de qualificação profissional, a partir da iniciativa de organizar o I Seminário Estadual de Prevenção ao Suicídio, promovendo atualização e discussão acerca do suicídio no Estado, estratégias de prevenção e pósvenção, entre outros temas. E, também, a implantação de um protocolo de atendimento especializado. Este intenciona capacitar os profissionais que atuam em urgências e emergências no manejo psicossocial, clínico e médico, diante das demandas mais comuns de saúde mental (dentre elas, risco de suicídio), além de conter informações acerca dos serviços de saúde mental para onde o paciente pode ser encaminhado.

A adoção da cartilha visa, igualmente, tornar mais efetiva a atenção ao paciente em seu território geográfico, sem que precise ser, necessariamente, deslocado às unidades de São Luís. Márcio Menezes, coordenador da SES afirma que, futuramente, será elaborado um protocolo de saúde mental para atuação das equipes de saúde da família, visando, assim, qualificar a atenção básica.

Com inquietação semelhante, o Instituto Federal do Maranhão (IFMA) deu início às atividades do Plano Institucional de Promoção da Saúde Mental e Prevenção do Suicídio, a partir da promoção de capacitação aos trabalhadores da instituição. O plano pretende promover um diálogo aberto com os discentes e servidores acerca de temáticas de saúde mental,

prevenindo, assim, situações extremas. A capacitação objetivou fomentar multiplicadores que saibam como lidar com essas demandas em sua atuação e levem as temáticas para serem debatidas em seus *campi*.

Outrossim, registra-se iniciativas recentes, como o processo de implantação do CVV São Luís (e, futuramente, do CVV comunidade), bem como de eventos relacionados à saúde mental, que propõem ampliar a reflexão e sensibilização acerca da temática, bem como prover atenção diante de demandas correlacionadas direta ou indiretamente a processos suicidas.

Diante do percurso apresentado é possível perceber que a pósvenção ao suicídio é um tema recente em São Luís – MA, debatido, com maior frequência, de maneira teórica. No entanto, a abordagem crescente e os primeiros delineamentos práticos (por meio de políticas públicas e de organizações não-governamentais), apontam para a possibilidade de oferta futura, especializada e gratuita, de serviços de pósvenção na capital e no Estado - mesmo que seja ainda associado à atenção especializada de prevenção ao suicídio.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção desta pesquisa amplificou a compreensão da relação entre pós-venção e psicologia para além de um viés técnico, alcançando reflexões acerca das potências e limitações da rede de cuidado público, da inserção das(os) profissionais de psicologia e de nossa participação, enquanto seres sociais, neste cuidado.

A intensificação de pesquisas e trabalhos pós-ventivos, na psicologia e em outras áreas, nos últimos anos no Brasil, demonstraram o crescente interesse pela temática, além de estimularem, através do compartilhamento de conhecimentos e experiências, o aprimoramento das práticas já existentes, ademais o desenvolvimento de novos estudos e projetos pós-ventivos.

Através dessas, foi possível compreender que a própria pós-venção em solo brasileiro passa pela superação de um momento de replicação norte-americano, para o desenvolvimento de uma prática atenta e comprometida com as características próprias da cultura brasileira e suas nuances. Isto traduz-se pelo recorrente destaque dado à necessidade de considerar aspectos socioculturais específicos, considerando a imprescindibilidade de que todo aporte teórico de suicidologia, tanatologia e estudos sobre luto sejam contextualizados.

A consequência desta questão pode ser percebida na produção de estudos que registram as práticas de pós-venção realizadas no Brasil, manejos e percepções de psicoterapeutas – que sinalizam, em uníssono, a necessidade de capacitações continuadas e oportunidade de trocas entre profissionais atuantes. Além da sutil sugestão (que parece ter se efetivado de maneira fluída, no curso da atuação pós-ventiva) de cuidado ampliado aos sobreviventes de tentativas de suicídio e sua rede social - a qual anui-se.

É possível apreender através dos dados apresentados que a pós-venção no Brasil, de maneira especializada (ou seja, considerando aspectos teóricos e estratégias concernentes a este tipo de cuidado, sendo ele explicitamente apresentado enquanto pós-venção), é proporcionado à população através da iniciativa privada – havendo a possibilidade de atendimentos economicamente acessíveis ou gratuitos –, e organizações sem fins lucrativos. Não é possível inferir que haja, especialmente em São Luís – MA, a existência de pós-venção no Sistema Público de Saúde, apesar das recentes proposições de políticas públicas que indicam a um sentido futuro de maior abertura para o cuidado pós-ventivo na rede.

Entende-se, no entanto, que há a possibilidade de estratégias pós-ventivas secundárias, mesmo que não sejam interpretadas como tais. Ou seja, é provável a insurgência de demanda associada à vivência de luto por suicídio, por exemplo, nos dispositivos de saúde e/ou assistência social, a qual será devidamente acolhida e encaminhada ou atendida, conforme

puder a unidade prover. Entretanto, não há um direcionamento para oferta de um cuidado, desde seu cerne, pós-ventivo: que se anuncie enquanto tal e seja referência para a população. E, mesmo diante da possibilidade de um cuidado secundário, a oferta de serviços de saúde mental acessíveis a população ainda é baixa, fato que associado a pouca informação e ao estigma, se colocam como mais uma barreira ao cuidado especializado. É neste sentido que ressaltam-se as ações de clínica ampliada, tais como o Plantão Psicológico, como possibilidade de democratização ao acesso à serviços de psicologia.

Reflete-se que a própria estrutura do SUS e SUAS representam a possibilidade de cuidado integrado em rede, desde a atenção básica, até a alta complexidade, fato que contribuiria ativamente na promoção da pós-venção enquanto cuidado contínuo, bem como na ampliação de ações de prevenção mais eficazes. Entende-se que os programas de saúde da família, a atuação dos CRAS e de postos, bem como de associações comunitárias, representam proximidade e intimidade maior com as famílias, além de uma percepção contextualizada acerca de suas vivências, possibilidades, restrições e necessidades. Diferente da que é possível estabelecer em um serviço de pronto socorro, por exemplo, aos quais são dirigidas a maioria das demandas correlacionadas a tentativas e consequentes perdas por suicídio. Em uma mesma perspectiva ampliada, acredita-se que o foco na retirada da crise, seja ele realizado por unidades de pronto atendimento ou de saúde mental, podem culminar no foco diagnóstico, que pode vir a limitar o atendimento integral e ampliado, tão caro à Rede de Atenção Psicossocial e às políticas brasileiras de promoção de saúde, como um todo. Perdendo, secundariamente, a dimensão de uma terapêutica personalizada à pessoa, em seus aspectos históricos, sociais e políticas, articulados aos seus contextos familiares, ambientais e sociais.

Considerando as pesquisas brasileiras que afirmam a média de a cada três pessoas que tentam suicídio, apenas uma delas é atendida logo depois em prontos socorros (BOTEGA, 2014); que há uma média de 10 a 20 tentativas a cada suicídio ocorrido (WHO, 2014); que o cuidado continuado pode vir a reduzir a efetivação de um suicídio (BOTEGA, 2014); que em média são impactadas 6 a 10 pessoas a cada morte por suicídio (OMS, 2014); e os inúmeros relatos descrevendo hostilidade e julgamentos no tratamento clínico, por parte dos profissionais, pós tentativa de suicídio, infere-se que: a anteriormente referida proximidade dos serviços de atenção básica e organizações sociais comunitárias, favorece o acesso à rede de cuidados especializada, bem como, a um acolhimento inicial, extremamente importante. Sendo assim, o olhar da política de saúde e de assistência para a potência destes relações, bem como a consequente capacitação e aproximação comunitárias, se mostram como possibilidade efetiva de ampliação de cuidado, reduzindo, possivelmente, a ciência e acompanhamento dos casos

somente após decorrida a entrada em um pronto socorro. Bem como, o fortalecimento destas relações e a sensibilização em torno do tema, podem ser aspectos positivos correlacionados ao acolhimento do luto do sobrevivente, com menor incidência de estigmas.

Entretanto, pondera-se que, por se tratar também do profissional um sobrevivente em tais circunstâncias, é necessário o olhar atento aos limites impostos, relacionados a fluxo de atendimento, suporte institucional e governamental, relativos a: relação que mantém com a equipe de trabalho; a abertura para tratar de aspectos relativos ao suicídio sem sentir-se estigmatizado; ao grau de estresse laboral preexistente em sua rotina e inflamado por tais temáticas; à estrutura de trabalho provida pela instituição; à possibilidade de auto cuidado; possibilidade de atuação em rede e fluxo de encaminhamento, influenciados diretamente pelo quantitativo de profissionais e unidades existentes, entre outros. Inúmeros pontos de reflexão que apontam para além da personalidade do profissional, mas que, sem dúvidas, interferem em sua potencialidade de atuação profissional.

Aspectos anteriores à atuação profissional de psicologia também se apresentam nos dados coletados enquanto caros a futura abertura ou limitações pessoais ao tema. Uma primeira questão que se coloca é a rara referência à temática “morte” em ambientes de formação, fato que estimula o mergulho do futuro profissional no estigma em tratar acerca de temas correlacionados (especialmente suicídio), bem como dificulta, em um cenário sociocultural, promover espaços de prevenção e pós-venção em ambiente escolar. Outra influência que se coloca em termos de formação é o impacto da necessidade de interpretação do suicídio e do processo de luto sob viés psicopatológico, que, além de reduzir a possibilidade de contato com a pessoa e suas vivências, conduz a uma dimensão de prevenção autoritária, no sentido de tender ao convencimento de uma vida que vale a pena ser vivida a qualquer custo. Sendo assim, na ânsia de preservação da existência de outrem, o profissional se exige ser o salvador, podendo recorrer à intenção de um manejo de adaptação acrítica e despersonalizada da pessoa às circunstâncias.

A dita “prevenção autoritária” influencia diretamente na vivência dos sobreviventes, na medida em que pode se revelar enquanto construção de campanhas de sensibilização incisivas, que propiciam poucas oportunidades de abertura respeitosa para tratar do tema ou de vivências dolorosas. Para além disto, promovem um clima de fortalecimento de estigmas e tabus, que, como apresentado anteriormente, são interpretados pelos sobreviventes enquanto atitudes de afastamento comunitário – sendo a percepção de apoio provinda de rede social essencial para a vivência do luto.

Outrossim, a discussão dos dados captados no curso da pesquisa, apontaram para um atravessamento comum da importância da relação que considere a liberdade, autonomia e responsabilidade da pessoa atendida e potencialize a facilitação de ressignificações que, apesar de não significar a superação do desejo pelo suicídio ou a vivência do processo de luto, se apresenta enquanto terapêutica.

Neste sentido, ressalta-se a contribuição da Abordagem Centrada na Pessoa em voltar o olhar para a capacidade de crescimento e contato consigo através da experiência em uma relação significativa. As hipóteses de Rogers (1985) com relação à genuinidade, aceitação, empatia, parecem corresponder diretamente às preocupações e vivências dos profissionais abordados nesta pesquisa, no que diz respeito a importância de estar consciente dos sentimentos e percepções ambivalentes que nutrem com relação ao suicídio, bem como estar de maneira “real” nesta relação, evitando o uso de qualquer máscara profissional que possa conduzir ao afastamento, julgamento ou tutela, sob a justificativa de uma “neutralidade curativa”; a consideração afetuosa por este que vive o impacto da perda e/ou o desejo de tirar a própria vida, enquanto pessoa de valor; o desejo de ver seu mundo conforme lhe parece àquele momento, por mais flutuante ou incongruente que possa revelar-se.

As contribuições da Psicologia neste cuidado, portanto, extrapolam as ações técnicas mapeadas relacionadas aos tipos de serviços ofertados, manejos mais comuns ou habilidades necessárias. Atravessam as vivências de encontros de pessoas sob o impacto de estar à frente de um dos maiores enigmas da atualidade, e, mesmo sob o desejo de apreensão deste enquanto fenômeno; sob a pressão de resolutividade, confiarem em si enquanto seres potentes, não relegados à predisposições. Um encontro de sobreviventes.

Em suma, a partir da análise dos dados é possível conceber a importância em considerar que tais contextos individuais e coletivos são atravessados por aspectos sociais e culturais, especialmente relacionados com a forma como a pessoa e a cultura na qual está inserida, lidam com a finitude e com aspectos relativos à morte por suicídio. Entendendo que tais questões influenciam no processo pessoal de lida com o luto, é possível considerar que a atuação profissional é inteiramente contextual, portanto, psicossocial. O que nos leva a refletir acerca de manejos enquanto possibilidades de atuação, que evocam constante reflexão e atualização; não enquanto práticas reprodutivamente técnicas, predisponentes ao contato relacional com a pessoa atendida.

Todos os aspectos aqui abordados, sinalizam para pós-venção enquanto propiciar um espaço de escuta que respeite o movimento da pessoa atendida, em suas aproximações e afastamentos, confiando, inteiramente, que essa possa ser responsável por seu processo de lida

com a perda e/ou vivência de tentativa de suicídio, colocando o conhecimento técnico profissional a serviço deste movimento próprio e não enquanto fio condutor do contato.

Além disto, este trabalho busca futuramente estender-se e motivar a produção de novas pesquisas que abordem a pósvenção e temas correlacionados, tais como: atuação multiprofissional no cuidado pósventivo; a pósvenção e suas nuances em contextos culturais diversos; o desenvolvimento de projetos focados no cuidado do cuidador como um sobrevivente; a percepção de profissionais da psicologia que atuam nos sistemas de saúde e assistência social diante de demandas pósventivas; Plantão Psicológico como possibilidade de cuidado na pósvenção; a participação comunitária no acolhimento ao luto por suicídio a partir da percepção da comunidade e dos sobreviventes; aspectos religiosos e sua influência na vivência do luto por suicídio; apoio social no luto por suicídio de pessoas em situação de rua; suicídio, prevenção e pósvenção entre grupos de risco – idosos, indígenas, quilombolas, LGBTQI; entre outros. É importante ressaltar, ainda, a urgência de pesquisas que contribuam na construção de dados que reflitam a morte por suicídio específicos ao cenário de São Luís – MA, fato que pode, inclusive, aprimorar as políticas públicas e o cuidado provido.

Desta maneira, intenta-se que esta produção ecoe como mais um passo na contribuição de aspectos relativos à pósvenção ao suicídio no Brasil, por crer-se na pesquisa como um meio rico de contribuição teórica e prática, para a sensibilização e capacitação profissional desde a formação.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. O morto que canta. In: CASSORLA, R.M.S. (coord.) **Do suicídio**: estudos brasileiros. Campinas, SP: Papirus, 1991.

ARIÉS, P. **História da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Tradução Priscila Siqueira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977-2017.

ASSECOM. Assembléia Legislativa do Estado do Maranhão. Wellington apresenta projeto de lei de valorização a vida e prevenção ao suicídio. Maranhão, set. 2017. Disponível em: <<http://www.al.ma.leg.br/noticias/34056>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: CFM/ABP, 2014.

BARDIN, L. A categorização. In: _____. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.

BERTOLETE, J. M. Suicide prevention: at what level does it work? **World Psychiatry**, oct. 2004; v.3, n.3, p.147–151. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414695/pdf/wpa030147.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

BOTEGA, et al. Prevenção do comportamento suicida. **Revista Psicologia**, Unicamp, Campinas, v. 37, n.3, p.213-220, set./dez. 2006. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442/1130>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BOTEGA, N.J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n.3, p. 231-236, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 04 ago. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 04 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**: o que é, doenças, tratamentos e direitos. MS, 2017. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de atenção às urgências e emergências**: saúde toda hora. MS, 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_emergencias>. Acesso: 14 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/svs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 14 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt187614_09_2006.html>. Acesso em: 14 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Brasília, 2016. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em: 18 ago. 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gm&controller=document&id=836>. Acesso em: 18 ago. 2018.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 15 ago. 2018.

CÂNDIDO, A.M. **O enlutamento por suicídio**: elementos de compreensão na clínica da perda. Brasília, DF: UNB, 2011. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, 2011.

CESCON, L.F.; CAPOZZOLO, A.A.; LIMA, L.C. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. *Saúde Soc.* São Paulo, v.27, n.1, p.185-200, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000100185&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2018.

COLOMA, C. Suicídio: o luto dos sobreviventes (VI). In: Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013. p.15-26.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 001/2009. Brasília, DF: 2009. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/resoluco2009_01>. Acesso em 18 ago. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 6 REGIÃO. Conversando com o(a) psicólogo(a): suicídio – de quem é o problema? **Jornal Psi**, n.170, set/out 2011. Disponível em: <<http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/jornalpsi.aspx>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510/2016. **CNS**, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

ESTELLITA-LINS, C. (org) **Trocando seis por meia dúzia**: suicídio como emergência no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ, 2012.

FEIJOO, A.M.L.C. de. Por um núcleo de atendimento clínico a pessoas em risco de suicídio. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 24, n. 2, p. 173-181, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180968672018000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 set. 2018.

FERREIRA JUNIOR, A.; FUKUMITSU, K.O. Apresentação: dossiê “suicídio – conhecendo o fenômeno, desmistificando o tabu”. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador - Bahia, v.2,

n.1, 2015a. Disponível em: <<http://revpsi.org/wp-content/uploads/2015/12/Ferreira-Junior-Fukumitsu-2015-Apresenta%C3%A7%C3%A3o-do-volume-II-do-dossi%C3%AA-Suic%C3%ADdio-preven%C3%A7%C3%A3o-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2017.

FREITAS, A.P.A. de; BORGES, L.M. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 22, n. 1, p. 50-60, 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mai. 2018.

FUKUMITSU, K.O. **Suicídio e luto**: histórias de filhos sobreviventes. São Paulo: Digital Publish & Print Editora, 2013.

FUKUMITSU, K.O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicol. USP**, São Paulo, v.25, n.3, p.270-275, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300270&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2017

FUKUMITSU, et al. Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador - Bahia, v.2, n.2, p.48-60, 2015. Disponível em: <<http://revpsi.org/wpcontent/uploads/2015/12/Fukumitsu-et-al.-2015-Posven%C3%A7%C3%A3ouomanovaperspectiva-paraosuic%C3%ADdio-Posven%C3%A7%C3%A3o-uma-novaperspectiva-para-osuic%C3%ADdio.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

FUKUMITSU, K.O.; KOVÁCS, M.J. O luto por suicídios: uma tarefa da pósvenção. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador - Bahia, v.2, n.2, p.41-47, 2015. Disponível em: <<http://revpsi.org/wp-content/uploads/2015/12/Fukumitsu-Kov%C3%A1cs-2015-O-luto-por-suic%C3%ADdios-uma-tarefa-da-posven%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2017.

FUKUMITSU, K.O.; KOVÁCS, M.J. Especificidades do processo de luto frente ao suicídio. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v.47, n.1, p.03-12, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010353712016000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 ago. 2018.

GONÇALVEZ, P.I.de E.; SILVA, R.A. da; FERREIRA, L.A. Comportamento suicida: percepções e práticas de cuidado. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v.13, n.2, p.64-87, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2018.

GOVERNO DE PORTUGAL (DGS). Direção Nacional de Saúde.. Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio, 2013-2017. DGS, 2013. Disponível em: <www.saudementalpt.pt/index.php?pagina=Docid=166>. Acesso em: 18 ago. 2018.

GRÜSPUN, H. Fatores suicidógenos como avaliação do risco de suicídio em adolescentes. In: Do suicídio: estudos brasileiros. CARSSOLA, R.M.S. (Coord.). Campinas, SP: Papirus, 1991. p.117-148.

GUTIERREZ, B.A.O. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicol.USP**, São Paulo, v.25, n.3,p.262-269,2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300262&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mai. 2018.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

JAMISON, K.R. **Quando a noite cai**: entendendo a depressão e o suicídio. Tradução de Gilson B. Soares. 2.ed. Rio de Janeiro: Gryphus, 2010.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da destruição**. Tradução de Sonia Alberti. Rio de Janeiro: F. Alves, 1983.

KOCH, D.B.; OLIVEIRA, P.R.M. de. As políticas públicas para prevenção de suicídios. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v.2, n.2, 2015. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/9226>. Acesso em: 20 mar. 2018.

KOVÁCS, M.J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

KOVÁCS, M.J. A morte em vida. In: FRANCO, et al. **Vida e Morte**: laços da existência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p.11-33.

KRUGER, L.L.; WERLANG, B.S.G. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. **Psico-USF**, Itatiba, v.15, n.1, p.58-70, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712010000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2017.

MACHADO, M.F.S.; LEITE, C.K. da S.; BANDO, D.H. Políticas públicas de prevenção ao suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Gestão e Políticas Públicas**, v.4, n.2, p.334-356, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rgpp/article/view/114406>>. Acesso em: 08 dez. 2017.

MARANHÃO é o 15º estado com mais menções sobre suicídio nas redes. O Estado do Maranhão, set. 2017. Disponível em: <<https://imirante.com/oestadoma/online/13092017/pdf/C01.PDF>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MARQUETTI, F.C. O suicídio e sua essência transgressora. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 237-245, Dec.2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642014000300237&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agenda estratégica de prevenção do suicídio. Brasil, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 18 ago. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de intervenção para o SAMU 192** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

NETTO, N.B. Suicídio uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético. São Paulo: 2007. Originalmente apresentado como dissertação de mestrado, PUC, 2007.

NETTO, N. B. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica (I). In: Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013. p.15-26.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório mundial da saúde - 2001: saúde mental – nova concepção, nova esperança**. Lisboa: OMS, 2002.

PELLEGRINO, J.P. et al. Entrevista realizada com Neury Botega. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador - Bahia, v.2, n.1, 2015a. Disponível em: < <http://revpsi.org/wp-content/uploads/2015/12/Botega-et-al.-2015-Entrevista-realizada-com-Neury-Botega.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2017.

PINTO, M.A. da S. A Abordagem Centrada na Pessoa e seus princípios. In: CARRENHO, E., TASSINARI, M., PINTO, M.A da S. **Praticando a Abordagem Centrada na Pessoa: dúvidas e perguntas mais frequentes**. São Paulo: Carrenho Editorial, 2010. p.57-93.

REBOUÇAS, M. S. S.; DUTRA, E. Plantão Psicológico: uma prática clínica da contemporaneidade. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 19-28, jan./jul. 2010.

RIGO, S.C. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica (III). In: Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013. p.30-42.

ROCHA, G.M. Condutas autolesivas: uma leitura pela teoria do apego. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador - Bahia, v.2, n.2, p.41-47, 2015. Disponível em: < <http://revpsi.org/wp-content/uploads/2015/04/Rocha-2015-Condutas-autolesivas-uma-leitura-pela-Teoria-do-Apego.pdf> >. Acesso em: 01 out. 2017.

ROGERS, C.R. **Sobre o Poder Pessoal**. Tradução de Wilma Milan Penteado. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

ROGERS, C.R. **Tornar-se Pessoa**. Tradução de Manuel José Ferreira e Alvamar Lamparelli. 6.ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1985-2009.

SANTANA, C.B., et al. A história da morte no Ocidente e o contexto social como fator de risco para o suicídio. **Revista Ambiente Acadêmico**, v.1, n.1, 2015. Disponível em: <<https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/04/revista-ambiente-academico-edicao-2-artigo-3.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

SANTOS, S.D. **Análise conceitual do Plantão Psicológico Centrado na Pessoa: uma pesquisa bibliográfica**. São Luís, MA: UFMA, 2018. Originalmente apresentada como trabalho de conclusão de curso de graduação, UFMA, 2018.

SCAVACINI, K. **Suicide survivors support services and postvention activities: the availability of services and na intervention plan in Brazil**. Suécia: Karolinska Instituted, 2011. Originalmente apresentado como dissertação de mestrado, Karolinska Instituted, 2011.

SILVA, L.C. da. Suicídio: o luto dos sobreviventes (V). In: Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013. p.61-66.

SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS (SMDH). **Nota técnica: suicídios no Brasil**. São Luís, 2017. Disponível em: < <http://smdh.org.br/wp-content/uploads/2017/09/Nota-Te%CC%81cnica-Suici%CC%81dios-no-Brasil-SMDH.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2017.

- TASSINARI, M. A. Plantão psicológico como promoção de saúde. In: BACELLAR, Anita. **A psicologia humanista na prática: reflexões sobre a Abordagem Centrada na Pessoa**. 2 ed. Palhoça: Unisul, 2010. Cap. 9. p. 185-200.
- TAVARES, M. da S.A. Suicídio: o luto dos sobreviventes (IV). In: Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013. p.47-60.
- TORRES, W. da C.; GUEDES, W.G. O psicólogo e a terminalidade. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.39, n.2, p.29-38, 1987. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/19588>>. Acesso em: 10 set. 2018.
- VITA ALERE INSTITUTO DE PREVENÇÃO E PÓS-VENÇÃO DO SUICÍDIO. Afinal, o que é Pós-venção? São Paulo, 2017. Disponível em: <vitaalere.web985.uni5.net/o-que-e/>. Acesso em: 01 out. 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing Suicide: a global imperative**. WHO, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=70846489BB507A7225D6440C06CD9F74?sequence=1>. Acesso em: 09 dez. 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: how to start a survivor group**. Geneva: WHO, 2008.
- ZANA, A.R.de O.; KOVÁCS, M.J. O psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 897-921, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300006&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 15 mai. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Documento de apresentação da pesquisa para mapeamento



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

Avenida dos Portugueses, 1966 – Bacanga – 65.080-040 São Luís (MA)
Fone: (98) 3272-8336

São Luís, ____ de Julho de 2018

Solicitamos a V.S.^a que a discente do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – Mariana do Nascimento Silva (056.017.583-36), possa ter acesso à informações de domínio público relativas a existência e características dos serviços de apoio à pacientes e seus familiares em caso de atendimento a tentativa e/ou suicídio, pelos profissionais desta unidade. O intuito é utilizar os dados para compor mapeamento e pesquisa documental, visando fundamentar o trabalho de conclusão de curso denominado "Psicologia e pós-venção ao suicídio em São Luís – MA", sob orientação da Profa. Dra. Cláudia Aline Monteiro. Ressaltamos que as informações prestadas serão sistematizadas em forma de trabalho científico.

No mais, reiteramos votos de estima e apreço. Respeitosamente,

Prof.^a Dra. Cláudia Aline Soares Monteiro (DEPSI/UFMA)

ANEXOS

ANEXO A – Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravo/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	3 Código (CID10)		Y09	
	4 UF		5 Município de notificação	
	6 Unidade Notificadora		<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros	
	7 Nome da Unidade Notificadora		8 Código Unidade	
Notificação Individual	8 Unidade de Saúde		9 Código (CNES)	
	10 Nome do paciente		11 Data da ocorrência da violência	
	12 (ou) Idade		13 Sexo	
	<input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano		<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	
	14 Gestante		15 Raça/Cor	
	<input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4 - Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5 - Não <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
16 Escolaridade		17 Número do Cartão SUS		
<input type="checkbox"/> 0 - Analfabeto <input type="checkbox"/> 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7 - Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8 - Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 10 - Não se aplica		18 Nome da mãe		
Dados de Residência	19 UF		20 Município de Residência	
	21 Código (IBGE)		21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)	
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	
	26 Geo campo 1		27 Geo campo 2	
	28 Ponto de Referência		29 CEP	
30 (DDD) Telefone		31 Zona		
<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)		
Dados Complementares				
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil		<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
	36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero:	
	<input type="checkbox"/> 1 - Heterossexual <input type="checkbox"/> 2 - Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 3 - Bissexual <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - Travesti <input type="checkbox"/> 2 - Mulher Transexual <input type="checkbox"/> 3 - Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		
<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva		<input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras		
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência	
	42 Código (IBGE)		42 Distrito	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)	
	47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência		50 Zona	
<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?		
<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
54 A lesão foi autoprovocada?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		

Violença	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violença Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____
69 Data de encerramento _____			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Disque Direitos Humanos 100 Central de Atendimento à Mulher 180			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovocada			Sinan
			SVS 15.06.2015

ANEXO B – Lista de Unidades de Saúde que ofertam cuidado em Saúde Mental

	CORRESPONDÊNCIA INTERNA	NÚMERO 304/2017
ÓRGÃO EMITENTE: DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL/SAPS/SAAPS	DESTINATÁRIO(S): Ouvidoria	CÓPIA(S) PARA: ARQUIVO 02

São Luís, 09 de outubro de 2107.

Assunto: Resposta - Sistema de Informação do Cidadão

Em resposta à solicitação de protocolo N° 1001242201767, o Departamento de Atenção à Saúde Mental vem informar que as Unidades de saúde que ofertam acompanhamento psicológico e psiquiátrico em São Luís estão abaixo relacionadas:

SERVIÇO	ENDEREÇO	TELEFONE
Hospital Nina Rodrigues (Urgência e emergência em saúde mental, ambulatório de saúde mental adulto e infantil, leitos de retaguarda clínica, enfermaria de curta permanência)	Av. Getúlio Vargas, N. 2508. Monte Castelo.	3232-3522 3232-3420
Centro de Atenção Psicossocial Bacelar Viana CAPS III: Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental.	Av. Getúlio Vargas, N. 2738. Monte Castelo	3232-7869
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: Atende adultos, com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário. Funcionamento: manhã e tarde; de segunda a sexta-feira.	Rua Conde D'Eu, N. 65, Monte Castelo	3236-4741

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (adultos)	Rua Martins Hoyer, N° 22, Quadra R, Sítio Leal/Filipinho	3212-8441
Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário. Funcionamento: manhã e tarde; de segunda a sexta-feira.	Rua M, Quadra F, Casa 05, Jardim Atlântico - Turu	Não tem
Ambulatório de saúde mental Farina	Rua 03, Quadra 17, N° 05, Filipinho	3214-4611
Ambulatório de saúde mental Clodomir Pinheiro Costa	Avenida das Palmeiras, S/N, Anjo da Guarda	
Centro de Atenção Psicossocial	Rua Projetada II, N° 11, Quadra F, Jardim Libanês, Olho D'água	3212-2825

Para marcar consulta, o cidadão pode dirigir-se ao serviço mais próximo de sua residência e receber as orientações sobre o acesso ao serviço.

O acompanhamento aos casos de depressão e suicídio é realizado nas unidades de saúde mental citadas.

Quanto à pesquisa ou informação que mostre a taxa de suicídio no estado e a faixa etária das vítimas.

ANO	HOMENS	MULHERES	TOTAL
2016	209	60	269 casos
2017	115	27	142 casos

Fonte: SIM/ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: SIM/SES/MA

Atenciosamente



Marcio Henrique Silva Menezes
Chefe do Departamento de Atenção à Saúde Mental

Marcio Henrique S. Menezes
Chefe de Depto. de Atenção à Saúde Mental
Mat.: 776286

ANEXO C – Lista de unidades pertencentes à Rede de Atenção Psicossocial - CRP



ORIENTAÇÃO 012/2018- COF-CRP22/MA São Luís (MA), 06 de fevereiro de 2018.

Prezada Mariana,

Considerando sua solicitação de orientação sobre a rede para atendimentos de pessoas que estejam passando por problemas relacionados ao suicídio, segue abaixo a lista completa do estabelecimentos de saúde mental pertencentes a Rede de Atenção Psicossocial:

REDE MUNICIPAL

- **Ambulatório de Saúde Mental Dom João Antônio Farina** – Rua 03, Casa 05 – Filipinho (Funcionamento: seg a sex. Horário: 07h30min às 11h30min – adultos / transtornos mentais leves e moderados e Horário: 13h30min às 17h30min – crianças e adolescentes / transtornos mentais leves e situações de violência)
- **Ambulatório Clodomir Pinheiro Costa** – Avenida Principal, S/N, Anjo da Guarda (Funcionamento: seg a sex. Horário: 07h30min às 11h30min – adultos / transtornos mentais leves e moderados e Horário: 13h30min às 17h30min – crianças e adolescentes / transtornos mentais leves e situações de violência)
- **CAPS AD MUNICIPAL (2ª a 6ª Feira)**: Rua Martinus Hoyer, Qd. R, nº 22, Sítio Leal, Filipinho – 3212 -8441

REDE ESTADUAL

- **CAPS AD ESTADUAL** – Rua do Conde D’Eu, nº 65 – Monte Castelo (São Luís – MA)
- **CAPS III ESTADUAL** – Avenida Getulio Vargas, nº2738 – Monte Castelo (São Luís – MA)
- **Serviços de Residência Terapêutica (SRT1) I ESTADUAL** – Rua do Conde D’Eu, nº 93 – Monte Castelo (São Luís – MA)

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO MARANHÃO/22ª REGIÃO
 CNPJ: 19.540.933/0001-08
 Rua Dezessete, quadra 22, nº 9, Vinhais, São Luís – MA, CEP: 65.071-150
 (98)3227-0556/3268-9353
www.crpma.org.br/crp22@crpma.org.br



- SRT2 ESTADUAL - Rua do Conde D'Eu, nº 71 – Monte Castelo (São Luís – MA)
- STR3 ESTADUAL – Rua São Pedro, Nº 100, Maioba – Paço do Lumiar – MA
- Hospital Nina Rodrigues – Avenida Getúlio Vargas S/N – Bairro: Monte Castelo
- UA – Cohab : Avenida 03, Quadra 04, S/N. Cohab Anil 4 (São Luís – MA)
- UPA's
- SAMU 192

Assim, espera-se ter havido contribuição com o solicitado. Colocamo-nos à inteira disposição para outras orientações ou esclarecimentos.

Atenciosamente,

Moara de Oliveira Gamba

Moara de Oliveira Gamba

Comissão de Orientação e Fiscalização CRP22/MA

Técnica de Orientação e Fiscalização CRP22/MA

Psicóloga - CRP 22/00713