



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E
INTERVENÇÕES EM SAÚDE

Lícia Cristiane de Azevedo de Jesus Leony

Sentidos construídos por profissionais da
saúde do SUS no cuidado ao comportamento suicida infanto juvenil

Salvador/BA

2022



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E
INTERVENÇÕES EM SAÚDE

Lícia Cristiane de Azevedo de Jesus Leony

Sentidos construídos por profissionais da
saúde do SUS no cuidado ao comportamento suicida infante juvenil

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação Stricto
Sensu em nome do curso da Escola
Bahiana de Medicina e Saúde
Pública como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em
Psicologia e Intervenções em
Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Milena Silva Lisboa

Salvador/BA

2022

Lícia Cristiane de Azevedo de Jesus Leony

Sentidos construídos por profissionais da
saúde do SUS no cuidado ao comportamento suicida infanto juvenil

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação Stricto
Sensu em nome do curso da Escola
Bahiana de Medicina e Saúde
Pública como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em
Psicologia e Intervenções em
Saúde. Área de concentração:
Psicologia

Data de aprovação:

Banca Examinadora

Dr^a. Maria Helena Franco

Prof.^a. Dr^a. Aicil Franco

Prof.^a. Dr^a. Suzane Bandeira de Magalhães

Prof.^a. Dr^a. Maria Constança Velloso Cajado (suplente)

Salvador/BA

2022

Aos meus pais Emmanuel e Celina,
meus primeiros mestres, pelo amor e por me ensinar a primazia pela educação e aos meus
irmãos pelo aprendizado compartilhado desde os primeiros anos da minha vida.

Ao meu esposo Leony,
meu amor, companheiro e cúmplice em todas as horas...

AGRADECIMENTOS

À Deus, meu Eixo e Fonte da minha força. Presença constante.

À Prof.^a Dr.^a Mônica Daltro, coordenadora e idealizadora deste mestrado, sempre nos instigando a pensar, nos desafiando a superar nossos limites e a sonhar mais alto.

À minha querida orientadora, Prof.^a Dr.^a Milena Lisboa, que com tanto carinho aceitou meu projeto de mestrado e com muita dedicação, atenção e respeito, conduziu o processo de orientação sempre com doçura e leveza. Sou imensamente grata por sua aposta em mim.

Aos meus mestres da EBMSP, pelo aprendizado, pela partilha de saberes, carinho e acolhimento em tempos pandêmicos, e aos funcionários da instituição por todo apoio.

Aos membros da Banca da Defesa (Profs.^a Drs.^a Maria Helena Franco, Aicil Franco e Susane Bandeira de Magalhães) por terem aceitado esse convite e contribuído grandemente para o cumprimento dessa dissertação. À suplente (Prof.^a Dr.^a Maria Constança Velloso Cajado), meus sinceros agradecimentos pela prontidão e disponibilidade em aceitar o convite.

Ao grupo de pesquisa, Psicologia, Diversidade e Saúde, pelas contribuições importantes neste trabalho.

Ao meu diretor, Rogério Benício S. Lopes, que sem titubear me liberou para mergulhar nessa aventura acadêmica, cujo apoio foi fundamental.

Aos meus amigos, por todo apoio, carinho e incentivo.

Às colegas de turma do mestrado, e em especial Cláudia Moreira e Lorena Santana, companheiras dessa jornada acadêmica em tempos de pandemia: grata pelo companheirismo, apoio e carinho.

Aos meus colegas que aceitaram o convite como participantes: essa dissertação não seria a mesma sem as narrativas de vocês, essência desse trabalho.

À minha família por partilhar da minha alegria em cada conquista.

À minha tia Maria Azevedo (in memoriam) e minha prima Maria Conceição (in memoriam) por terem semeado momentos de alegria em minha vida até o ano de 2021.

Às crianças, adolescentes e famílias do Capsi, fonte de meu aprendizado.

RESUMO

A prática do profissional da saúde mental ao cuidar de um paciente com comportamento suicida envolve certo nível de mobilização e estresse. Isso acentua-se ainda mais quando se trata de crianças e adolescentes. Nessa situação, o manejo torna-se ainda mais difícil e delicado e exigirá dos profissionais além de habilidade técnica para o atendimento, suportar a angústia do paciente e seus familiares que se encontram em intenso sofrimento psíquico (Botega, 2015). A relação profissional-usuário constitui-se, portanto, em um recurso importante no tratamento dessas pessoas. Tendo em vista a complexidade do tema, esta pesquisa teve como objeto compreender os sentidos construídos por profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), no cuidado, na atenção e manejo dos casos, objetivando saber o que pensam, o que sentem e como lidam com as situações que se apresentam no tratamento de crianças e adolescentes. O desenho da pesquisa foi construído a partir da abordagem qualitativa, por meio da técnica de Grupos Focais com profissionais da saúde de duas equipes de um CAPSi e de um NASF, localizados em um município da região metropolitana de Salvador/Ba. Foram realizados dois grupos cujos diálogos ocorridos durante a atividade foram gravados e transcritos e, analisados, junto aos registros não verbais. Na análise, três unidades de sentido foram elencadas: 1) Aspectos emocionais na relação profissional-usuário, divididas em subcategorias; 2) (Des)Cuidado e Autocuidados profissionais da saúde mental e 3) Luto. Enquanto produto de investigação e contrapartida ética, será realizada um dispositivo de Roda de Conversa, como modo de acolhimento e capacitação a ser ofertado para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município em que a pesquisa foi realizada, dividida em 08 encontros momentos em que serão abordados os temas: 1- Manejo de casos de crise suicida; 2) Cuidado e Autocuidado e 3) Luto e implicações psicológicas pela perda do por suicídio

Palavras-chave: Saúde Mental. Suicídio. Profissionais de Saúde. Criança. Adolescente

ABSTRACT

The practice of the mental health professional when caring for a patient with suicidal behavior involves a certain level of mobilization and stress. This is even more accentuated when it comes to children and adolescents. In this situation, management becomes even more difficult and delicate and will require professionals, in addition to technical skills for care, to withstand the anguish of the patient and their families who are in intense psychological distress (Botega, 2015). The professional-user relationship is, therefore, an important resource in the treatment of these people. In view of the complexity of the topic, this research aimed to understand the meanings constructed by professionals from the Unified Health System (SUS), in the care, attention and management of cases, aiming to know what they think, what they feel and how they deal with it. with the situations that arise in the treatment of children and adolescents. The research design was built from a qualitative approach, through the technique of Focus Groups with health professionals from two teams of a Capsi and a NASF, located in a city in the metropolitan region of Salvador/Ba. Two groups were held, whose dialogues occurred during the activity were recorded and transcribed and analyzed, along with non-verbal records. In the analysis, three units of meaning were listed: 1) Emotional aspects in the professional-user relationship, divided into subcategories; 2) (Dis)Care and Self-care of mental health professionals and 3) Mourning. As a research product and the ethical counterpart, a Conversation Circle device will be held, as a way of welcoming and training to be offered to the Psychosocial Care Network (RAPS) of the municipality where the research was carried out, divided into 08 meetings moments in which the following topics will be addressed: 1- Handling cases of suicidal crisis; 2) Care and Self-care and 3) Grief and psychological implications for the loss of suicide.

Keywords: Mental Health. Suicide. Health Professionals. Child. Adolescent

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CASC	Centro de Atenção à saúde da Criança
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
EPS	Educação Permanente em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
SIM	Sistema de Informações e de Agravos
SINAM	Sistema de Informações e Notificações de Agravos
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	PRÁTICAS DISCURSIVAS E PRODUÇÃO DE SENTIDOS	14
3	TRANSFORMANDO O FAMILIAR EM EXÓTICO	17
4	JUSTIFICATIVA	20
5	OBJETIVOS	23
5.1	Objetivo Geral	23
5.2	Objetivos específicos	23
6	RACIONAL TEÓRICO	24
6.1	Comportamento suicida como fenômeno mundial	24
6.2	Infância e sofrimento	27
6.3	O sofrimento do adolescente	29
6.4	Atenção e manejo aos casos de sofrimento psíquico envolvido no comportamento suicida de crianças e adolescentes	33
6.4.1	Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS	33
6.4.2	Crise suicida	37
6.4.3	Avaliação do risco de suicídio e manejo clínico	40
7	METODOLOGIA	42
7.1	O campo e os participantes	42
8	RESULTADOS E DISCUSSÕES	45
8.1	Análise das categorias	46
8.2	Artigo: Duplo Luto: A (não) Vivência do luto pela perda do paciente por suicídio	59
8.3	Produto - Atenção e acolhimento aos profissionais de saúde da RAPS que atendem crianças e adolescentes com comportamento suicida	76
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95

1 INTRODUÇÃO

Em termos globais, o suicídio é responsável por 1,4 % do total de mortes. Os índices variam bastante de país para país. Na África (11,2 por 100.000), na Europa (10,5 por 100.000) e no Sudoeste Asiático (10,2 por 100.000) eram superiores à média global (9,0 por 100.000) no ano de 2019. Nos últimos 20 anos as taxas de suicídio caíram entre 2000 e 2019, registrando a taxa global de 36%, com diminuições variando de 17% na região do Mediterrâneo Oriental a 47% na região europeia e 49% no Pacífico Ocidental. Entretanto, na Região das Américas, as taxas tiveram um aumento de 17% nesse mesmo período. Estima-se que os investimentos na prevenção, nesses países, sejam baixos. De acordo a OMS, 38 países priorizam em suas agendas ações de prevenção (WHO,2020).

No Brasil, cerca de 12 mil pessoas tiram a própria vida por ano, chegando a 6% da população, contabilizando 1 morte a cada 46 segundos. No país as notificações de óbito por suicídio são coletadas através de informações que constam no atestado de óbito e contabilizadas pelo SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) do Ministério da Saúde. Os números podem ser maiores considerando os subregistros no país, incluindo os casos que sofrem a influência dos fatores socioculturais na subnotificação dos casos, em decorrência da influência da cultura judaico-cristã (Lima (2020)).

De acordo a autora, são situações em que familiares tentam encobrir o ato negociando com quem notifica. A subnotificação também ocorre através do preenchimento impreciso dos instrumentos de captação de dados e existem casos em que há dificuldades em diferenciar algumas formas de suicídio camufladas e que são contabilizadas como acidentes de trânsito ou como morte natural, como por exemplo quando o indivíduo deixa de se alimentar.

Segundo o Boletim Epidemiológico (Brasil, 2021), um estudo realizado entre 2010 a 2019, com base nos dados de óbitos por suicídio registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e as notificações de violências autoprovocadas registradas no Sistema de Informações e Notificações de Agravos (Sinan), ocorreram no Brasil 112.230 mortes por suicídio, tendo um aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010 para 13.523 em 2019. Foi registrado neste estudo uma crescente na taxa geral de mortes em todas as faixas etárias, porém com um aumento pronunciado nas taxas de mortalidade de adolescentes, com aumento expressivo, passando de 606 óbitos e de uma taxa de 3,5 mortes

por 100 mil hab., para 1.022 óbitos, e uma taxa de suicídio de 6,4 para cada 100 mil adolescentes.

Dados nacionais epidemiológicos registram uma tendência de crescimento na prevalência de ideação suicida e na incidência de suicídio na população na faixa etária de 10 a 19 anos (Soares et al, 2020). Não obstante o suicídio ser uma das dez causas mais frequentes de morte na população mundial, estando em terceiro lugar no grupo etário de 15 a 44 anos de idade e o aumento nas últimas décadas, principalmente entre jovens e idosos, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS,2021), ainda existe um silenciamento em torno do assunto.

Silva Filho e Minayo (2018), ao refletirem sobre o silenciamento diante das taxas de mortalidade do público infantojuvenil consideram que apesar de existir um alarde sobre os riscos dos adolescentes se autolesionarem, existe a inabilidade e o silêncio amedrontadores quando se tem que lidar com o comportamento suicida nessa fase da vida. Para os autores, o fenômeno do suicídio de crianças e adolescentes envolve o tabu da morte, o tabu do suicídio e o tabu do suicídio infantojuvenil. Este último compreendido e apontado como um tabu maior que incorpora os dois primeiros, formando assim um triplo tabu quando o protagonista é uma criança ou adolescente.

Para Netto (2013), na sociedade atual as pessoas não gostam e não querem ouvir sobre a morte, ainda mais quando se trata de morte voluntária. Nesse sentido, observa-se a interdição, por parte das famílias, instituições e comunidades, quando se trata do tema, evidenciando a negação e dificuldade em lidar com o fenômeno, prevalecendo o silêncio, e o desconhecimento do assunto (Silva Filho & Minayo, 2018).

O atual contexto da pandemia do Covid-19 colocou em evidência o tema da morte. Estudos apontam que a situação tende a aumentar ou agravar o sofrimento psíquico, intensificando os problemas de saúde mental, principalmente a depressão e ansiedade, o que contribui para o crescimento de casos de suicídio. Em 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) produziu novas orientações para ajudar os países a melhorarem a prevenção e o atendimento às pessoas com comportamento suicida, através da Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19 – Suicídio na Pandemia Covid-19 (Greff et al, 2020).

Um outro período vivenciado na sociedade e que também colocou em evidência o tema da morte e do suicídio, foi o ano de 2017, quando foi exibida a primeira temporada da série “Thirteen Reasons Why” (13R), da plataforma Netflix®, e o desafio virtual “Baleia Azul”, veiculado pela rede social Facebook®, ambos de domínio público e bastante conhecidos pela população, cujos conteúdos trouxeram à tona a temática do suicídio, convocando as famílias, as escolas e os diversos grupos sociais no país a lidarem com o assunto, favorecendo o surgimento de intensos debates sobre o tema.

Nesse ano, houve um aumento da demanda por atendimento aos casos de comportamento suicida infantojuvenil, em um dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Salvador, e os profissionais passaram a lidar cotidianamente com usuários nesse processo de sofrimento psíquico. Os casos eram encaminhados pela Atenção Básica, pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Escolas, Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar e demandas espontâneas através das famílias e, outras vezes, pelos próprios adolescentes.

Parte da demanda dos adolescentes era, em sua maioria, proveniente do grupo terapêutico para adolescentes que acontecia no Capsi, às quartas-feiras, no turno matutino, aberto para a comunidade e que foi se tornando porta de entrada e adesão ao tratamento. Os usuários matriculados traziam amigos, colegas de escola, vizinhos que identificavam estarem em processo de sofrimento psíquico.

A partir do aumento dos casos, os profissionais passaram a se deparar com o fenômeno do suicídio de forma mais frequente na sua rotina laboral, o que os convocavam a lidar com o tema, quer seja na relação direta com os usuários e familiares, quer seja nas discussões de casos clínicos durante as reuniões técnicas, gerando a necessidade de estudos para maior apropriação do assunto.

Assim, a partir do contato dos profissionais com o crescente número de casos nos serviços públicos de saúde, reflexões e questionamentos foram surgindo, motivando a busca por maior entendimento do fenômeno. Desse modo, através desta pesquisa, pretendeu-se compreender como os profissionais sentem, nomeiam e dão sentido às práticas de cuidados direcionadas às crianças e adolescentes com comportamento suicida. Para atingir o objetivo do estudo, recorreu-se ao diálogo com os profissionais no espaço de trabalho destes, para melhor proximidade da realidade percebida e experimentada por eles. Foram propostos dois grupos

focais, realizados nos locais de trabalho dos profissionais, como campo da pesquisa, onde foram coletados os dados e em seguida analisados e interpretados.

A pesquisa foi realizada em duas unidades de saúde que ofertam cuidados diferenciados para esse público. Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de grupo focal, sendo proposto que os participantes falassem sobre suas vivências com a temática no atendimento ao público infante juvenil. A UPA pediátrica seria a terceira unidade a ser pesquisada, mas, devido ao aumento da demanda de atendimento no serviço, os profissionais não puderam participar da pesquisa.

Desse estudo, originou-se a escrita de um artigo a partir de uma das categorias de análise e a elaboração de um projeto de intervenção como produto da pesquisa, conforme as exigências deste mestrado.

2 PRÁTICAS DISCURSIVAS E PRODUÇÃO DE SENTIDOS

Os profissionais da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) desenvolvem ações de cuidados às crianças e adolescentes que apresentam sofrimento psíquico intenso, ao ponto de estabelecerem comportamentos autoagressivos e, muitas vezes, com propósito de autoextermínio. A vivência desses cuidados implica em acompanhar de perto os momentos em que ocorrem as crises suicidas e, também, lidar constantemente com o tema da morte. Nesse processo de cuidar, compreende-se que alguns sentidos vão sendo construídos a partir dessas práticas. Entender essas produções discursivas que vão sendo construídas coletivamente a partir das práticas de cuidados às crianças e adolescentes com condutas suicidas, foi o que se pretendeu com este estudo.

O sentido aqui é entendido como uma construção social, um processo coletivo e interativo através do qual as pessoas, mediante as relações sociais marcadas pela história e cultura, constroem as expressões a partir das quais lidam com as situações e fenômenos em seu entorno. Assim, dar sentido ao mundo é inevitável na vida em sociedade (Spink, 2013). Para a autora, a produção de sentido não é uma atividade cognitiva intraindividual e nem a reprodução de modelos predeterminados, mas uma prática social, dialógica, que envolve a linguagem em uso, sendo, portanto, um fenômeno sociolinguístico. A produção de sentidos são realizações em ato, envolvendo desde as conversações que atravessam o cotidiano quanto os repertórios utilizados nas práticas discursivas (Spink & Gimenes, 1994).

Para Lisboa (2013), as práticas que estabelecemos com o mundo, entre estas aquelas que inclui a linguagem cotidiana, atuam de forma efetiva no modo como a realidade existe para nós. Contudo, a autora ressalta que isso não quer dizer que são essas práticas que produzem o mundo, numa espécie de relação causal ser humano-mundo ou linguagem-mundo, ou seja, que o mundo é uma construção de palavras, mas que as nossas práticas sociais e linguísticas permitem que o mundo, experimentado pelo biológico, ganhe sentido.

A perspectiva teórica das práticas discursivas e produção de sentidos proposta por Mary Jane Spink (2013), alinhada à abordagem construcionista, implica conhecer as ações, as escolhas, o contexto, as linguagens que são produzidas no cotidiano do processo de cuidado a esse público exigindo, portanto, estratégias metodológicas voltadas para os modos como os profissionais dão sentido a esse processo de cuidado a esse público específico. Saber o que pensam, o que sentem, como percebem o fenômeno e a si no processo de cuidar dessas pessoas

que apresentam tamanho sofrimento. É o que explica (Gergen, 1985 citado por Spink, 2010, p.9) ao dizer que: “a investigação socioconstrucionista preocupa-se sobretudo com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo a si mesmos) em que vivem.”

Para a autora citada acima, o sentido é uma construção social, que se dá de forma coletiva, interativa através do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas, nomeiam termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos à sua volta. Trata-se, portanto, reafirmando, de um fenômeno sociolinguístico considerando que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido, buscando compreender as conversações, argumentações, narrativas e os repertórios que são usados nesse processo.

Importante esclarecer que o que se pretende analisar aqui não é a linguagem institucionalizada (discursos oficiais), mas compreender – diferentemente do discurso médico sobre os cuidados necessários às pessoas com comportamento suicida – como é para os profissionais cuidar dessas pessoas no cotidiano do serviço; que sentidos assumem esse cuidado no dia a dia desses trabalhadores; que práticas discursivas são produzidas a partir do cuidado; que enunciados são produzidos nas conversações e que repertório linguístico utilizam para narrar essas vivências.

A concepção de linguagem adotada nesta perspectiva centra-se na linguagem em uso por compreender a linguagem como prática social. Entende o discurso como algo que remete às regularidades linguísticas, ou seja, ao uso institucionalizado da linguagem e de sistemas de sinais de tipos linguísticos (como, por exemplo, a Psicologia, a Sociologia, a Antropologia, a História tem seus discursos oficiais, assim como os sindicatos, as Organizações Não Governamentais (ONG's), um partido, tem os seus discursos) (Spink, 2013). A autora entende que qualquer fenômeno pode ser percebido à luz das regularidades (discursos), e cita o caso da Epidemiologia em relação aos fenômenos do campo da saúde, exemplificando que se buscarmos entender qual o sentido que a doença assume no cotidiano das pessoas passamos então para o terreno da linguagem em uso, da não regularidade e da diversidade das práticas discursivas.

O que se busca com isto é a ruptura com o habitual, para que se possa dar visibilidade aos sentidos e a partir daí gerar práticas discursivas diversas. Desse modo, linguagem social difere da linguagem em uso, como vemos na citação da autora:

Discurso, linguagem social ou speech genre são conceitos que focalizam, portanto, o habitual gerado pelos processos de institucionalização. O conceito de práticas discursivas remete, por sua vez, aos momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentido, ou seja, corresponde aos momentos ativos do uso da linguagem, nos quais convivem tanto a ordem como a diversidade. (Spink, 2013, p. 26)

Assim, Práticas Discursivas são definidas como linguagem em ação, dito de outro modo, significa as formas a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações sociais do dia a dia. O pressuposto teórico pauta-se na ideia de que conhecer é dar sentido ao mundo, não sendo apenas mero processamento de informação, de se reproduzir uma ou outra teoria científica ou ainda de uma construção lógica do pensamento. Diferente disto, o conhecimento na perspectiva da produção de sentido, requer um posicionamento perante os dados, as teorias, os outros. É uma abordagem teórico-metodológica que tem como referencial teórico o construcionismo social. Nessa perspectiva, tanto o sujeito como o objeto são construções sócio-históricas que precisam ser *problematizadas e desfamiliarizadas*, como cita a autora:

O cerne do construcionismo, na perspectiva da teoria do conhecimento, é a compreensão de que “os termos em que o mundo é compreendido são artefatos sociais, produtos das trocas historicamente situadas entre as pessoas” (Gergen, 1985:267). Nessa perspectiva, a investigação construcionista tem como foco principal a explicação dos processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou contabilizam o mundo no qual vivem, incluindo a si mesmas. (Spink, 2013, p.34).

Para essa teoria, o foco reside na interanimação dialógica, situando-se, portanto, no espaço da interpessoalidade, da relação com o outro, esteja ele fisicamente presente ou não. Implica, também, em posicionar-se em uma rede de relações e pertence, assim, à ordem da intersubjetividade.

Desse modo, buscou-se uma investigação cujo lócus da explicação decorresse dos sentidos atribuídos às práticas de cuidados realizadas pelos trabalhadores da saúde ao público infante juvenil com comportamento suicida atendidos no SUS.

3 TRANSFORMANDO O FAMILIAR EM EXÓTICO

Em 2014, iniciei minhas atividades no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil, atuando como terapeuta de família. Neste Centro, as atividades são desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar que realizam ações de cuidados à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias, na modalidade individual e grupal. Em 2017, ao retornar de um período de licença médica fui convidada a participar da coordenação de um grupo terapêutico para adolescentes em sofrimento psíquico intenso. Os contatos iniciais com o grupo eram sempre muito impactantes. Eram jovens desvitalizados, apáticos, monossilábicos que compartilhavam em comum, em sua grande maioria, o desejo de morrer. Alguns haviam feito sérias tentativas, chegando a ter parada cardíaca, intoxicações graves e outras situações de risco iminente de morte. Fora os encontros grupais, o meu contato com a temática do suicídio também acontecia nos atendimentos individuais como técnica de referência.

O trabalho com esses casos requer uma disponibilidade para a escuta do sofrimento psíquico intenso presente nesses casos e o contato direto com a angústia do paciente. Esse tipo de escuta pode tornar-se produtora de sofrimento para os profissionais, assim, passei a entender que o cuidado a essas pessoas me levava também ao terreno da angústia. Quem atende pessoas nessas condições lida com *ausência*. Falta força, a vontade, o desejo, o vigor, a aposta, a energia, os sonhos. São situações em que é preciso apostar, acreditar, esperar, desejar pelo outro a partir do nada (ou quase nada) que lhe é ofertado.

É preciso afinar a escuta, para identificar a linha tênue, quase imperceptível que ainda conecta esse indivíduo ao mundo, e seguir, cuidadosamente, esse fino rastro como um caminho sinuoso traçado pelo leito de um rio. A conexão está lá, mas é preciso atentar para a sua sutil presença.

O vínculo que se constrói nessas circunstâncias é um vínculo que sofrerá constantemente o risco de rupturas. Exige, portanto, investimentos na sua consolidação preparando-se para a possível perda. É um processo de vincular-se desvinculando-se, equilibrando-se no malabarismo entre vínculo e ruptura.

Na minha experiência de atendimento de casos dessa natureza em uma clínica pública, considero um desafio a mais que é atender pessoas suicidadas existencialmente que vivem sob uma política neoliberal de “fazer matar-se”. Como sabemos, o atendimento aos casos que envolvem crianças e adolescentes está diretamente relacionado ao atendimento às famílias. Na

clínica pública, as famílias atendidas são, em sua grande maioria, oriundas dos estratos sociais mais pobres da sociedade. São núcleos familiares suicidados existencialmente, excluídos, à margem da sociedade, que vivenciam múltiplas violações de direitos, muitas vezes sem recursos simbólicos para elaborar o que sentem. Me pergunto se não estariam eles apenas tentando consumir a sua inexistência?

Atender casos de comportamento suicida é caminhar no território das ambiguidades e incertezas, em um cenário que altera a paisagem constantemente. Dia e noite, sol e chuva, colorido e cinza escuro alternando-se e alterando-se imprevisivelmente de forma contínua. É uma montanha russa de emoções. É sempre um “aguardar o outro dia”. A vivência do manejo da crise suicida é manter-se na hiper vigilância, é medir cada passo e palavra. É entrar no diálogo interno lembrando-se sempre dos limites e possibilidades, de até onde pode ir nessa trilha acidentada.

É muitas vezes ter um jantar interrompido, um filme inacabado, um frio na barriga ao amanhecer e o check list das suas ações sendo atualizadas constantemente autoavaliando-se se deixou de fazer algo. A morte ronda e é sempre assustadora aos profissionais, que temem vivenciar a experiência de perder um paciente nessas circunstâncias. Lembro-me de um jovem de 18 anos que visitou um dia o grupo terapêutico, foi acolhido e encaminhado a um dispositivo da rede de saúde, mas de vez em quando aparecia no Capsi e sempre era acolhido nas atividades ofertadas. Sua história envolvia repetidas tentativas de suicídio e um diagnóstico que ele se recusava a aceitar. Estava determinado a pôr fim a sua vida. Até que um dia a notícia da sua morte por enforcamento chegou.

O impacto dessa notícia foi devastador! Fomos levados a um autoquestionamento sobre a nossa condução clínica mesmo se tratando de um caso que não era acompanhado sistematicamente pelo nosso serviço, mas que me impactou e um desassossego se instalou. Contudo, não há um tempo dedicado para elaborar essa dor, porque a rotina lhe convoca a seguir nos atendimentos em números cada vez mais volumosos, situação comum nos serviços públicos. Ademais, ainda sob o efeito da triste notícia, é preciso seguir lidando com os outros casos de crises suicidas. O custo da deslegitimação da sua dor, a falta de tempo e espaço de acolhida para processar o que se passa, o luto que foi adiado, suprimido ou negado, certamente irá cobrar o seu preço.

A partir das reflexões sobre essas vivências, decidi compreender melhor o que é estar nesse lugar de cuidado a esse público, entender como nós profissionais damos sentido ao que

fazemos, como nomeamos, como entendemos e como sentimos esse *lugar*. O lugar não como espaço geográfico, mas como território existencial, como um campo de subjetividades, um ambiente vivo, um espaço relacional que vai sendo construído e reformulado na dinâmica das práticas de cuidados tecidas no cotidiano laboral (Macerata, Soares & Ramos, 2014). Com isso, parti na busca dessa compreensão situando-me agora como uma pesquisadora dentro do meu próprio campo de trabalho, ocupando uma posição híbrida dentro e fora. É certo que a minha subjetividade está marcada por minhas experiências no cuidado a crianças e adolescentes com condutas autolesivas, entretanto, para aqueles que se propõe a pesquisar o seu grupo social, cabe a tarefa de transformar o familiar em exótico, como aponta Roberto DaMata (1974) ao escrever sobre o ofício de um etnólogo diz que cabe a este realizar uma dupla tarefa: transformar o exótico em familiar e o familiar em exótico.

O antropólogo Gilberto Velho (1978) no texto *Observando o familiar*, reflete sobre tornar o familiar em exótico e diz que o que sempre vemos e encontramos pode ser familiar, mas não é necessariamente conhecido. Assim, o que se pretendeu nessa pesquisa foi buscar o estranhamento da prática rotineira de cuidados para descobrir o exótico no que está petrificado nos protocolos de saúde, reificados e reproduzidos no automatismo do cotidiano institucional.

Desse modo, passei a ocupar o lugar de nativa pesquisadora, termo utilizado inicialmente na Antropologia para definir pesquisadores e pesquisados (Conceição, 2016). No primeiro momento, questionei-me como seria o processo de pesquisar o meu grupo social, entretanto, a própria pesquisa produz uma demarcação colocando-me em uma condição exterior. Para garantir a seriedade do estudo busquei me apropriar da técnica de pesquisa a ser utilizada.

Ao refletir sobre a minha condição de nativa, creio ter sido favorável por minimizar o receio dos participantes em falar sobre temas tabus como morte, suicídio e suicídio infantil. Por ser uma profissional de saúde que lida com o assunto pesquisado creio ter favorecido a identificação. Nesse processo, o que considerei como desafio foi manter, durante as discussões do grupo, a atenção no lugar em que eu estava ocupando ali, lembrando-me do meu lugar de pesquisadora já que as discussões diziam do meu fazer profissional. Um outro ponto que destaco foi o cuidado adotado na condução e manejo do grupo, nas perguntas realizadas, já que apesar de tratar de colegas, a minha posição no grupo era diferenciada.

4 JUSTIFICATIVA

O interesse em pesquisar o tema surgiu a partir do aumento da demanda de atendimentos a crianças e adolescentes com histórico de repetidas tentativas de suicídio, no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência. Neste Centro são ofertados cuidados de saúde na modalidade individual e grupal. Um dos grupos instituídos é o grupo terapêutico para adolescentes onde, através da participação na coordenação deste, foi possível a aproximação com o tema e a escuta das narrativas da clientela ali atendida em relação ao seu sofrimento psíquico, assim como os impactos vivenciados pela equipe de profissionais durante o manejo dos casos.

Para Botega (2015, p.193), “Cuidar de um paciente com intenções suicidas é uma tarefa desafiadora e estressante. É preciso suportar a angústia e circular pelo inferno pessoal do paciente, conhecê-lo”. O autor considera que os profissionais da saúde não diferem de outras pessoas na maneira de responder a um suicídio. Os sentimentos mais predominantes são: choque, tristeza, raiva e ansiedade de separação. Pontua que os que se exigem muito, geralmente não se sentem tranquilos em cuidar de pacientes com risco de suicídio, pois o atendimento a essa população requer dos trabalhadores a capacidade para exercer o cuidado, o que implica características de personalidade, experiência de vida e treinamentos profissionais apropriados. Assim, além da disponibilidade afetiva para a construção do vínculo com o usuário, requer a qualificação para o manejo da crise.

No encontro do profissional com o paciente é importante atentar “quão à vontade e confiante um se sente diante do outro. De alguma forma, o paciente percebe se há espaço para se abrir, se o profissional lhe garante esse espaço” (Botega 2015, p. 13). Aqui o autor aborda sobre a intersubjetividade presente no vínculo terapêutico e fundamental para o fortalecimento dessa relação na prevenção de novos casos.

Desse modo, a compreensão do tema por parte dos profissionais é de fundamental relevância para abordar aqueles que apresentam desejo de viver e morrer alternadamente (Carvalho, 2017 citado por Lima, 2020). É preciso levar em conta o que afirma Botega:

Ao trazer a morte para perto ele desafia subterfúgios existenciais de quem o atende. Por isso vários mecanismos de defesa psicológica são ativados e se combinam com a finalidade de evitar a percepção desse drama humano e

proteger-nos. Aí entram os preconceitos, as crenças, a repulsa automática e a noção que construímos a respeito do que deve permanecer de fora de nossa responsabilidade profissional. (Botega, 2015, p.13).

Estudos realizados pelo autor junto a profissionais da saúde concluíram que concepções errôneas e sentimentos negativos em relação à temática do suicídio condicionam as ações; muitos profissionais têm receio em perguntar ao paciente se ele tem ideação suicida, devido à sua limitação na capacidade profissional e à falta de serviços preparados para o atendimento dessas pessoas (Botega, 2015). Outra situação enfrentada por quem atende esse público específico é a possibilidade da vivência da perda do paciente por suicídio, cuja morte se dá de forma abrupta e violenta, o que pode abalar a autoestima e capacidade profissional como afirmam os autores:

Sendo o suicídio de um paciente um dos eventos mais angustiantes na trajetória ocupacional dos profissionais da saúde, precisamos estar atentos a fatores que poderão influenciar a visão de suas competências no tratamento de pacientes com risco de suicídio, bem como a dúvidas que possam surgir quanto aos seus conhecimentos e habilidades. (Ruckert, Frizzo & Rigoli, 2019, p.90).

Considerando a complexidade do tema, entende-se que é necessário a habilidade técnica para o manejo dos casos clínicos. Entretanto, necessário se faz conhecer a percepção dos profissionais envolvidos nas práticas de cuidados, compreender os significados que atribuem a essa temática e de que forma lidam com as situações que se apresentam no cotidiano laboral.

A Rede de Atenção Psicossocial estabelece um processo de cogestão e acompanhamento longitudinal dos casos atendidos, através da articulação entre os dispositivos da rede, promovendo a atenção integralizada aos usuários (Brasil, 2011). Partindo da ideia de que os profissionais da saúde que atendem no SUS têm fundamental importância na abordagem aos casos de comportamento suicida, torna-se necessário compreender a relação dos profissionais com o fenômeno a partir do exercício das práticas de cuidado.

Assim, essa pesquisa buscou oferecer aos participantes a possibilidade de problematização do tema, levando-os a refletir sobre os sentimentos vivenciados no processo de cuidado ao paciente com conduta suicida, identificando as dificuldades que atravessam esse cuidado, levando-os a repensar a sua prática profissional.

O material coletado neste estudo poderá se constituir como ponto de partida para a construção de propostas de ações educativas, conforme preconiza o Art. 3º. Inc. IX da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil, 2019), que prevê dentre outros objetivos: “Promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos

os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas”, assim como propor ações de cuidado e autocuidado aos trabalhadores da saúde mental.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Investigar os sentidos atribuídos à atenção e manejo do sofrimento psíquico presente no comportamento suicida em crianças, adolescentes e suas famílias, na perspectiva dos profissionais de saúde do SUS.

5.2 Objetivos específicos

- Analisar os sentidos produzidos pelos profissionais de saúde acerca da dimensão psicológica (aspectos emocionais e mobilizações psíquicas) vivenciada por eles no processo de atendimento dos casos de pacientes (crianças e adolescentes) com conduta suicida.
- Refletir sobre as dificuldades e desafios relativas aos aspectos técnicos do atendimento vivenciadas pelos profissionais no cuidado às crianças e adolescentes e familiares com histórico de tentativas de suicídio.
- Conhecer as práticas de cuidado adotadas no atendimento de crianças e adolescentes com conduta suicida, e suas adaptações para o período de pandemia da Covid-19.
- Elaborar proposta de atenção e cuidado aos profissionais da RAPS que atuam com casos de comportamento suicida infanto juvenil.

6 RACIONAL TEÓRICO

6.1 Comportamento suicida como fenômeno mundial

A escolha do termo comportamento suicida foi feita por abranger as várias facetas das condutas autolesivas englobando comportamentos com intenção e sem intenção suicida. “Por comportamento suicida, entendemos um continuum de autoagressões que envolve ideação, planejamento, tentativas e atos suicidas. O suicídio apresenta-se como um dos desfechos possíveis, o mais grave e o mais facilmente identificado” (Silva Filho & Minayo, 2018, p.69). Netto e Souza (2015) consideram um fenômeno histórico, social e culturalmente determinado, que tem aspectos individuais, de ordem psíquica/subjetiva e que, segundo os autores, pode possuir, em determinadas situações, influências de ordem orgânica/fisiológica; chamam a atenção que é fundamental ressaltar que todas estas se encontram subsumidas às determinações econômicas.

Algumas pessoas ao lidar com intenso sofrimento psíquico e não compreendendo ou não encontrando formas de diminuir o sofrimento, pensam em suicídio ou tentam se matar. Trata-se de um fenômeno que está presente no mundo e pode atravessar as nossas relações de amizade, trabalho, família. O sofrimento é, portanto, uma condição inerente a todos, comum a todos. A palavra “sofrimento é derivada etimologicamente do grego *pherein* e do latim *suffero*, e significa ‘resignação, tolerância’, mas também a ação de suportar, permitir por tolerância” (Costa, 2014, p.23).

Um aspecto importante sobre o sofrimento humano é que este acomete, indistintamente, a todos, porém com sentidos, contextos e linguagens peculiares a cada um, o que não permite ser generalizável. “O sofrimento, portanto, é um dos fenômenos humanos polissêmicos por natureza, é uma experiência única, própria, difícil ela mobiliza profundamente, requer superação, aponta para crescimentos, riscos ou oportunidades” (Costa, 2014, p.24). Para o autor, as expressões de sofrimento tomarão múltiplas formas variando desde angústia, solidão, abandono, mágoa, tristeza, apatia, desânimo, até falta de sentido para a vida, o que pode ocasionar perdas, violências, ódio, desejo de cessação da vida, etc.

Segundo Costa (2014), uma importante distinção precisa ser feita entre dor e sofrimento, cuja reflexão vem sendo feita desde a antiguidade e ainda se constitui em um desafio teórico. Sem nenhuma pretensão de aprofundar o assunto sobre a complexidade da análise da relação entre sofrimento e dor, Costa (2014) aborda as ideias do filósofo Paul Ricouer (1994), ao enfatizar que a Psiquiatria e a Fenomenologia, em comum acordo, justificam o uso diferenciado dos termos, reservando dor para os afetos sentidos no corpo e sofrimento aos afetos abertos à reflexividade, à relação consigo e o outro. E ressalta:

Mas, a dor pura, puramente física, permanece um caso limite como o é talvez, o sofrimento suposto puramente como psíquico, o qual raramente surge sem algum grau de somatização. Essa sobreposição explica as hesitações da linguagem ordinária: falamos de dor por ocasião da perda de um amigo, mas declaramos sofrer de uma dor de dente. É, pois, como um ideal-tipo que distinguimos a dor e o sofrimento sobre a base de duas semiologias que acabamos de mencionar. (Ricouer, 1994 citado por Costa, 2014, p.27).

O sofrimento é um apelo, uma queixa, um pedido de ajuda direcionado ao outro, ainda que no insubstituível espaço do sofrimento (Holanda, 2014). Se do ponto de vista conceitual sofrimento e dor não se confundem, não significa dizer que sua distinção é tão óbvia assim. Consideramos pois que o limite entre estes é muito tênue, mas que independente dessa manifestação humana no físico ou na alma, ela emerge ao nível da linguagem.

Importante dizer que o sofrimento é um processo singular e, portanto, aquilo que é sentido por um, necessariamente, não será sentido por todos. Depende da significação que lhe é atribuído, e ainda, pode resultar em uma mistura de prazer e dor ao mesmo tempo. Desse modo, podemos afirmar que a existência humana é permeada de sofrimento e este manifesta-se de múltiplas formas, quer seja por doença, morte, solidão, rejeição, e tudo isso ocasiona perturbações e desassossego. Nesse momento, a fragilidade da vida se revela. Dor e sofrimento permeiam o nosso próprio existir (Holanda, 2014).

Para alguns a vivência de uma situação extremamente dolorosa pode levar ao cometimento de um suicídio, mas por se tratar de um fenômeno complexo, outras motivações podem estar implicadas. O suicídio, na verdade, sempre existiu e faz parte da humanidade desde os seus tempos mais remotos (Botega, 2015). O que se diferencia é a forma como cada sociedade lida com a temática, variando em cada período da história. Desde os povos primitivos, há registros de suicídios com diversas motivações, que variam desde evitar situações de desonra, a motivos de fuga [no caso dos escravos], envelhecimento ou vingança. Esta última

baseava-se na crença de que o espírito do suicida voltaria para destruir seus oponentes (Botega, 2015).

Nas sociedades guerreiras, a morte violenta era cultuada como uma forma de desenvolver na população um espírito combativo. Para os vikings, a morte em batalha representava uma honra significativa e a condição para entrar no paraíso e a segunda honra era a morte através do suicídio. Já nas sociedades nômades primitivas, o suicídio dos idosos era devido a motivações altruístas, ou seja, para não se tornarem onerosos para os mais jovens, poupando-os do trabalho e da culpa de ter de matá-los. O ato era precedido de rituais e atendia a certa pressão social que ocorria de forma velada. O autor acrescenta que as taxas desses tipos de mortes tendem a ser maiores quando uma cultura considerada primitiva se encontra com a *chamada civilização*. Na antiguidade clássica, o suicídio para ter legitimidade teria que ter o consentimento do Estado (Botega, 2015).

Desse modo, observa-se que o suicídio era tido como algo natural, com caráter fortemente heroico, sem motivo de condenação. Platão defendia que, diante de situações intoleráveis, o suicídio poderia ser uma alternativa, evidenciando-se assim que o suicídio, nesse período, não era visto como ofensa moral e nem considerado ilegal. A relação da sociedade com a temática sofreu modificação a partir de Constantino, pois o Estado romano totalitário proibia o direito de a pessoa comum dispor de sua própria vida. Os escravos e soldados eram privados desse ato. A situação, à época, era de fome, epidemias, guerras, baixa natalidade, escassez de alimentos e mão de obra. O suicida era tido como culpado e seus bens eram apreendidos (Botega, 2015).

No período da Idade Média, os bens dos suicidas eram confiscados e os corpos eram tratados de forma degradante. Não tinham direito às cerimônias religiosas fúnebres e os que tentavam se matar eram punidos com a excomunhão. Foi a partir de Santo Agostinho, século IV, que o suicídio passou a ser considerado uma perversão:

Apenas no século IV Santo Agostinho passa a sustentar que o autoextermínio é uma perversão, de modo que, nos concílios, o direito canônico tende cada vez mais a reprimir o ato, e o suicida é considerado um discípulo de Judas, um traidor da humanidade (Cassorla, 2017, p.35).

A forma repressora da Igreja sofreu modificação a partir da Revolução Francesa e com a chegada do Racionalismo, quando passou a adotar uma postura mais amena não mais aplicando punições a quem cometeu o ato em um momento de loucura ou a quem diante da iminência da

morte sentiu arrependimento. Na atualidade a postura religiosa é mais compreensiva, no entanto, mantém a condenação ao ato (Cassorla, 2017).

6.2 Infância e sofrimento

As ideações, as tentativas ou o ato suicida propriamente dito podem ocorrer em crianças, embora sejam raros e pouco identificados nesta fase da vida, principalmente, pela dificuldade em reconhecer que crianças podem ter a intenção de se matar e de diferenciá-las dos acidentes (Silva Filho, 2019).

Os relatos de casos de suicídio infantil datam de muito tempo:

Na Idade Média encontramos o relato de CAESARIUS de HESTERBACH (1180- 1243?), sobre uma jovem que tendo dado à luz um filho ilegítimo, se enforca ao ser abandonada por seu amante (Rosen, 1975). No Talmud encontra-se uma discussão sobre o suicídio em crianças, e conclui-se que ele não pode ser proposital” (Cassorla, 1981, p. 5).

O autor refere que, nos anos de 1900-1905, registrou-se o aumento de casos de suicídio entre crianças em Berlim, contabilizando 1.700 casos no período situado entre 1900 e 1903, seguido de oscilações e um novo aumento em 1930. Há registros de suicídio em jovens na Melanésia e Nova Zelândia e ainda entre a sociedade indígena da Columbia Britânica (Lourie, 1967 citado por Cassorla,1981). O autor ressalta a predominância do sexo feminino em jovens (Zilborg,1936, citado por Cassorla,1981).

Muitas foram as discussões em torno dos motivos que levavam crianças e adolescentes a se matarem, variando entre a influência por novela, romances, estudos, escola e a masturbação excessiva. Entre 1915 e 1935 consideravam os aspectos constitucionais e hereditários e somente no final da década de 1930 os motivos psicológicos inconscientes passaram a ser levados em conta (Cassorla,1981). O autor aborda ainda sobre as epidemias de suicídio, sendo a mais conhecida a que foi decorrente da publicação da obra de Goethe (Os Sofrimentos do Jovem Werther), que teve uma influência significativa no número de casos de jovens europeus.

Durkheim (2000) entende que os suicídios na infância variam de acordo o seu meio social, sendo os lugares de maiores registros as grandes cidades onde a vida social começa mais cedo, provocando um número elevado de registros de casos, principalmente em países cultos. Segundo o autor, o suicídio é uma forma de compreensão da doença coletiva e cada povo tem uma taxa de suicídio própria. Sua evolução está relacionada ao ritmo de aceleração de cada sociedade, e as variações que sofrem ao decorrer do dia, mês e ano e é uma reprodução do ritmo de vida social. Ele define suicídio como: “Todo o caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado” (Durkheim, 2000, p.14).

O autor estudou o conjunto dos suicídios ocorridos em determinada sociedade, durante um período determinado de tempo e concluiu que o resultado não é meramente uma soma de casos individuais, independentes, mas sim um fato novo, com natureza própria, essa considerada, sobretudo, social: “Cada grupo social tem por esse ato, realmente, uma inclinação coletiva que lhe é própria e da qual derivam as inclinações individuais, e não que procede destas últimas” (Durkheim, 2000, p. 386). Acreditava que as manifestações individuais são produtos de uma causa ou de causas, que por mais que pareçam atos isolados, exercem controle sobre os indivíduos.

Suas reflexões apontam para a existência de uma força que inclina as pessoas para o ato. Defensor da ideia de que as causas sociais referentes ao suicídio estão relacionadas, intimamente, à civilização urbana e que estas ocorrem de forma mais intensa nas grandes cidades, concluiu que as tendências coletivas agem de forma incisiva sobre os indivíduos e que o suicídio é decorrente da ação de forças exteriores a estes, cujas forças são morais e, portanto, sociais: “um conjunto de energias que nos determinam a agir de fora, tal como fazem as energias físico-químicas cuja ação sofremos” (Durkheim, 2000, p. 398).

Em suas reflexões, analisou a influência dessas forças na prática do suicídio infantil e afirmou:

Não devemos esquecer, com efeito, que a criança também se encontra sob a ação de causas sociais e que elas podem ser suficientes para determiná-la ao suicídio. O que demonstra sua influência mesmo nesse caso é o fato de que suicídios de crianças variam conforme o meio social. Em nenhum outro lugar, também, a vida social começa tão cedo para a criança, como prova a precocidade que distingue o pequeno cidadão. Introduzido antes e mais completamente no movimento da civilização, ele sofre seus efeitos mais cedo e mais completamente. É isso que faz com que, nos países cultos, o número de suicídios infantis aumente com deplorável regularidade. (Durkheim, 2000, p. 96).

6.3 O sofrimento do adolescente

O termo adolescência já não nos causa surpresa nos dias atuais, porém nem sempre foi assim. Essa fase nem sempre foi estudada e valorizada, como no século XX. O contexto europeu destaca-se como contexto histórico onde a sensibilidade social passou a elevar esse período enquanto fase de desenvolvimento. No império romano, a criança quando nascia era entregue a uma nutriz para ser educada e apenas aos 14 anos, o jovem poderia deixar de usar vestes infantis, adquirindo o direito de fazer o que gostasse e fosse comum aos de sua faixa etária (Lepre, 2005).

Aos 17 anos podia entrar para o exército, mas não havia um marcador entre a infância e adolescência. Na Idade Média também não há registro de um período de transição entre a infância e a fase adulta. O chamado jovem era inserido no mundo adulto através da barbatoria, cerimônia que ocorria após seu primeiro barbear. O pêlo era o sinal de que a criança se tornara homem, a partir daí a agressividade poderia ser estimulada com vistas a formar um guerreiro (Lepre, 2005). Nesse período ainda não se tinha a ideia do que hoje denominamos adolescência.

Já no século XVIII surgem as primeiras tentativas, mas é somente no século XX que se passou a definir a puberdade e as mudanças psíquicas, construindo assim a imagem do adolescente. A figura do adolescente moderno típico surge somente no século XX, representando a força física, a espontaneidade e a alegria de viver. A partir daí passou a haver interesse sobre o que o adolescente pensa, faz e sente. Estudos apontam que a maioria das questões relacionadas a essa fase está diretamente ligada ao funcionamento da sociedade em que esse adolescente está inserido (Lepre, 2005).

Importante considerar que as concepções veiculadas, principalmente, na área saúde tendem a universalizar/ naturalizar essa fase da vida, desconsiderando o contexto, a história, o processo de individuação ou individualização de sujeitos concretos, assim como as condições sociais e econômicas. Isso acaba por generalizar uma concepção de adolescência reducionista e simplista, o que leva à naturalização do processo da adolescência, o que dificulta a identificação das diferenças e desigualdades (Peres & Rosenburg, 1988).

Na Modernidade, a ciência e o senso comum consideram a adolescência como a fase em que ocorrem grandes transformações biopsicológicas e sociais. É o período em que se dá a ampliação do círculo social, antes restrito e primário (família) para outros extrafamiliares. É a fase da vida a partir da qual surgem as características sexuais secundárias e se desenvolvem os processos psicológicos e os padrões de identificação, que evoluem da fase infantil para a adulta (Justo, 2005 citado por Torres, 2008). A transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia e a reorganização psíquica, em que o passado e o presente precisam ser associados, geralmente ocasionam muitas dúvidas, incertezas, conflitos pessoais e familiares, e, em alguns momentos, uma dor insuportável. Neste caso, pode, em algumas situações, fazê-lo buscar soluções imediatas por meio de comportamentos agressivos e suicidas.

Por não possuírem plena maturidade emocional, encontram maiores dificuldades para lidar com situações estressantes importantes, como o fim de um relacionamento, circunstâncias que provocam humilhação, atitudes de rejeição, perda de uma pessoa querida e baixo rendimento escolar, o que os tornam vulneráveis ao imediatismo e à impulsividade. Eventos como esses podem desencadear atos suicidas. Pensamentos de suicídio são frequentes na adolescência diante de estressores agudos. Geralmente, são passageiros, não sugerem psicopatologia ou demandam intervenção. Porém, quando os pensamentos se tornam intensos e persistentes, aumentam o risco de levar a um comportamento suicida (OMS,2021).

O suicídio na adolescência é um dos mais sérios problemas de saúde pública no mundo, liderando as principais causas de morte nesta fase da vida (WHO, 2019). Os comportamentos autolesivos, uma forma de autoagressão, são mais comuns entre adolescentes do que em crianças. Eles podem, ou não, ser caracterizados como comportamento suicida, visto que existe a autolesão sem intenção suicida, que merece igualmente muita atenção, uma vez que são sinais de sofrimento e podem aumentar o risco para a ocorrência do suicídio propriamente dito.

Alguns fatores de risco e alerta para o comportamento suicida entre jovens, presentes na literatura são : irritação ou agitação excessiva; sentimento de tristeza, baixa autoestima e impotência; relatos de violência psicológica, física, sexual ou negligência; problemas de saúde mental do adolescente e/ou de seus familiares, especialmente a depressão e ansiedade; uso de álcool e/ou outras drogas; histórico familiar de suicídio; ambiente familiar hostil; falta de suporte social e sentimentos de isolamento social; sofrimento e inquietações sobre a própria sexualidade; interesse por conteúdos de comportamento suicida e/ou autolesão em redes sociais virtuais; doação de pertences que valorizava e tentativas prévias de suicídio. Importante

ressaltar que uma tentativa anterior aumenta o risco de concretização do suicídio cerca de cem vezes em relação a quem nunca tentou, sendo este o principal fator de risco para a efetivação do intento. (Greff, et al, 2020).

Netto e Souza (2015) chamam a atenção para o fato de, comumente, os fatores de risco associados ao comportamento suicida na adolescência, veiculado nas pesquisas publicadas, referirem-se às relações pessoais, não levando em conta as relações sociais mais abrangentes.

Os fatores comumente indicados como “fatores de risco” [grifos do autor] em relação a essa faixa etária da população são: problemas nas relações familiares, problemas nas relações com os colegas e problemas na escola. Como pode ser observado, são elencadas somente questões referentes às relações pessoais, ao âmbito privado, não considerando as relações sociais mais amplas e as determinações anteriormente apontadas. (Netto & Souza, 2015, p.164)

Uma análise sobre o suicídio de jovens negros aponta o racismo como um dos determinantes para o suicídio em adolescentes e jovens. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil,2009) reconhece as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde. O documento reconhece que um dos grupos vulneráveis mais afetados pelo suicídio são os jovens e, principalmente, os jovens negros devido ao preconceito e à discriminação que sofrem. (Brasil, 2018).

No que tange aos fatores que concernem aos transtornos mentais, os fatores de vulnerabilidade para o risco de suicídio, mais comumente associados, são: depressão, transtorno de humor bipolar, dependência de álcool e de outras drogas psicoativas, esquizofrenia e certos transtornos de personalidade. A coexistência destas condições potencializa a situação de risco. De forma geral, podemos entender que a presença de um transtorno mental é identificada como um risco importante para o suicídio e o agravamento de seus sintomas requer atenção e cuidados específicos. (Botega,2015)

No contexto de pandemia, a literatura aponta que impactos na saúde mental podem ocorrer devido a diversos fatores como: solidão, desesperança, acesso reduzido a suporte comunitário e religioso/espiritual, medo, dificuldade de acesso ao tratamento de saúde, isolamento, doenças e problemas de saúde, situações de violência familiar, suicídio de familiares ou pessoas conhecidas, a morte de pessoas queridas decorrente do Covid-19. Esses fatores podem ocasionar desde reações de estresse agudo, devido à necessidade de adaptações à nova rotina, o que é esperado, até agravos mais intensos de sofrimento psíquico (Greff et al, 2020).

Considerando as estatísticas que registram o aumento dos casos de tentativas e suicídios após eventos extremos, entende-se que é fundamental o desenvolvimento de estratégias de prevenção, acompanhamento e posvenção que levem em conta os diversos contextos de vida da população atendida, promovendo atenção na perspectiva da integralidade e intersetorialidade. “Situações acima descritas, dentre outras geradoras de sofrimento psíquico intenso, podem desencadear uma crise levando a um colapso existencial, provocando sentimentos de angústia e desamparo, o que poderá ocasionar falta de alternativas para lidar com o problema (Botega, 2015, p.8)”. Para o autor, se a situação ultrapassa a capacidade pessoal de reação e adaptação, a vulnerabilidade ao suicídio passa a existir, sendo considerado como única saída para uma situação insuportável.

O temo posvenção refere-se ao conjunto de ações e atividades proporcionadas às pessoas em luto por suicídio completo, com a finalidade de apoiar sua recuperação e evitar o aumento do comportamento suicida e/ou luto complicado (Greff, 2020). Essa ação teve início nos Estados Unidos e tem sido utilizada em outros países, inclusive no Brasil. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014), propôs que a posvenção faça parte dos planos nacionais de prevenção do suicídio (Cornejo, Cescon & Scavacini, 2018)

O objetivo da posvenção é auxiliar na lida dos sobreviventes em relação aos efeitos traumáticos da morte de seus entes queridos e é definido por E. Shneidman (1973) como qualquer ato apropriado e de ajuda que aconteça após o suicídio, com o objetivo de auxiliar os sobreviventes a viver mais, com mais produtividade e menos estresse que eles viveriam se não houvesse esse auxílio. Para o autor a posvenção é prevenção para futuras gerações. (Scavacini, 2018, p.49).

Para a autora, os grupos de autoajuda é a atividade mais comum, oferecendo apoio, partilha de dor, sentimentos e formas de enfrentamento do luto. Acrescenta que os serviços podem ter uma perspectiva clínica ou de saúde pública, focando em necessidades psicossociais dos sobreviventes, contribuindo para a prevenção de suicídios (WHO, 2008; Wilson & Clark, 2005, citados por Scavacini, 2018).

No ano de 2014, a posvenção foi reconhecida pela OMS um instrumento importante na prevenção ao suicídio, recomendando apoio aos enlutados e a inclusão desse suporte nos programas nacionais de prevenção do suicídio (Greff, 20

6.4 Atenção e Manejo dos Casos de Sofrimento Psíquico envolvido no Comportamento Suicida

6.4.1. Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS

A atenção à saúde mental infanto juvenil, teve seus temas incluídos mais tardiamente na agenda pública, porém tem-se produzido avanços importantes no campo das práticas e da produção de conhecimentos. Essa temática passou a ser introduzida sistematicamente na agenda da saúde pública a partir da aprovação da Lei nº 10.216 e com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ambas em 2001. No ano de 2002, a Portaria de nº 336 introduziu no SUS um novo dispositivo específico para a atenção psicossocial de crianças e jovens: O Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSi), sendo o primeiro serviço público voltado para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Os serviços que havia anteriormente eram, em sua maioria, ligados a serviços universitários sem a missão de atendimento universal da população brasileira (Brasil, 2014).

O segundo marco foi a implantação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto Juvenil (FNSMIJ), instituído pela Portaria GM/MS no 1.608, de 03 de agosto de 2004; O terceiro marco foi a publicação do documento Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto Juvenil, em 2005. Neste documento, encontramos o alinhamento da nova política de saúde mental infanto juvenil no âmbito do SUS e as bases e os princípios para o atendimento (Brasil, 2014).

As diretrizes estabelecidas para o atendimento em saúde mental a crianças e adolescentes são: 1) Garantir a condição da criança e do adolescente como sujeitos de direitos; 2) Escutar e acolher toda criança, adolescente, familiar ou pessoa que traga a demanda – acolhimento universal; 3) Implicar os responsáveis pela criança ou adolescente, sejam familiares ou agentes institucionais, no processo de atenção e cuidado; 4) Ser responsável pelo agenciamento do cuidado e do encaminhamento responsável; 5) Manter a articulação com outras equipes do território, de forma a tomar os casos em sua dimensão territorial. (Brasil, 2014).

A Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 garante os direitos das pessoas com transtornos mentais e estabelece, no âmbito do SUS, uma nova forma de atenção, assegurando o direito ao cuidado em serviços comunitários de saúde, representando uma mudança de paradigma no cuidado para pessoas em sofrimento psíquico, incluindo pessoas em uso nocivo do crack, álcool e outras drogas. No final de 2011 foi instituída pela Portaria nº 3.088 a Rede de Atenção Psicossocial. A referida Portaria define os componentes, pontos de atenção e como devem ser os serviços especializados, havendo assim, um grande avanço em relação à implantação da rede de serviços comunitários/territoriais de saúde mental (Brasil, 2014).

A Política Nacional de Saúde Mental tem como princípio o cuidado em liberdade das pessoas com transtornos mentais em substituição a atenção centrada na internação, feita em hospitais psiquiátricos. São serviços estratégicos para a substituição do modelo manicomial, asilar e excludente (Alves & Guljor, 2006). O trabalho desenvolvido nos CAPS é decorrente do processo de uma transformação do modelo assistencial em saúde mental estabelecido pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este Movimento trouxe ao campo da saúde mental formas diferenciadas de divisão de tarefas com a equipe de trabalho, propiciando novas responsabilizações, novos modos de cuidar e gerir a loucura no tecido social, preferencialmente por meio do engajamento, da implicação e do vínculo de atores e instâncias sociais envolvidos no cuidado (Silva, 2007).

Para Silva e Costa (2008), no que tange ao cuidado em saúde mental, a assunção do compromisso de um novo paradigma, é uma forma de responsabilidade em relação à produção da saúde e da vida, no sentido mais geral, privilegiando a humanização, o acolhimento e a cidadania dos usuários e, supõe-se também, dos profissionais envolvidos nessa realidade.

Boff, ao refletir sobre o cuidado, diz:

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (1999, p.12)

O autor dialoga em seu texto com a ideia de cuidado em Heidegger (1889-1976), na obra *Ser o Tempo*:

Entretanto, o cuidado é ainda algo mais que um ato e uma atitude entre outras. Disse-o o filósofo que melhor viu a importância essencial do cuidado, Martin Heidegger (1889-1976) em seu famoso *Ser o Tempo*: Do ponto de vista existencial, o cuidado se acha a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de fato. Quer dizer, o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa. E, se fizer, ela sempre vem acompanhada de cuidado e imbuída de cuidado. Significa reconhecer o cuidado como um modo-de-ser essencial, sempre presente irredutível à outra realidade anterior. É uma dimensão frontal, originária, ontológica, impossível de ser totalmente desvirtuada. (Boff, 1999, p. 13).

A palavra cuidar é derivada do latim *cogitare*, que quer dizer imaginar, pensar, meditar, supor, tratar, aplicar, etc. A prática de cuidado inicia-se restrita ao espaço doméstico um saber prático, privado. Desde o período da Grécia Antiga, a prática do cuidar é exercida no interior

das famílias, e para desempenhá-las era necessário um saber prático que era assimilado no fazer cotidiano, transmitido de geração em geração (Boff,1999).

Silva e Costa (2008) apontam que o exercício do cuidado também permeia o trabalho dos profissionais de saúde, podendo assim ser denominados de cuidadores da saúde física e psíquica das pessoas que precisam de auxílio. O autor faz referência ao sentido da palavra cuidadores, marcando aquele que “cuida da dor”, pontuando que a palavra Cuidador, em princípio, refere-se a cuidador tanto da dor física quanto da dor emocional.

As práticas do novo modelo de cuidado permeiam todos os serviços orientados pelos princípios do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, promovendo uma transformação do modelo assistencial em saúde mental (Alves &Costa, 2010). As intervenções clínicas são de responsabilidade de toda a equipe envolvida com a pessoa em atendimento, tendo como meta de trabalho a atuação da prática interdisciplinar (Silva & Costa, 2008).

Um dos dispositivos clínicos do arranjo organizacional do trabalho no campo da saúde mental, diz respeito ao profissional de referência, estabelecendo como responsabilidade deste o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico individual, o atendimento familiar e a avaliação das metas estipuladas (Brasil, 2004). Furtado e Miranda (2006) acrescentam que o referido dispositivo se constitui como um meio de promover o encontro entre o profissional da saúde mental e o usuário, situando-se na interface entre as ofertas dos serviços substitutivos e as demandas e necessidades dos usuários, promovendo a intersubjetividade.

Cabe ao Terapeuta de Referência (TR) a responsabilidade de monitorar junto ao usuário o seu projeto terapêutico, reavaliando as atividades propostas, as metas, a frequência e participação nas atividades dos serviços, além do contato com a família e o diálogo com o usuário e a equipe técnica (Brasil, 2004). O vínculo entre o trabalhador e o paciente prevê uma relação de interdependência, corresponsabilidade e compromisso mútuo (Onocko Campos, 2003, citada por Silva & Costa, 2010).

No atendimento aos casos de comportamento suicida, o vínculo profissional-usuário é um importante recurso na prevenção do suicídio, porém essa relação por ser atravessada por temas relacionados a morte e na condição de uma morte autoinflingida, poderá ser comprometida pelo fato de evocar defesas psicológicas nos profissionais da saúde (Botega, 2015).

Uma pesquisa realizada junto aos residentes em pediatria no Rio de Janeiro intitulada *Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre*

comportamento suicida na infância e na adolescência, identificou aspectos relevantes para a discussão sobre a formação dos profissionais da saúde sobre o fenômeno pesquisado (Silva Filho & Minayo, 2021).

Na análise dos dados foi constatado a pouca representação da temática nos estudos da graduação em Medicina e dos profissionais de Residência Médica em Pediatria, o que pode contribuir para a invisibilização dos sinais de sofrimento psíquico e risco de suicídio infanto juvenil; foi também identificada pouca publicação sobre o tema, evidenciando uma lacuna entre produção acadêmica e prática clínica; outro aspecto analisado foi o conflito intergeracional no tange ao uso da internet, visto pela maioria dos participantes do estudo como prejudicial.

Os autores refletem que se por um lado o uso da internet pode ser considerado um fator de risco e vulnerabilidade, por outro pode funcionar como possibilidades de intervenção, promoção de resiliência e fator de proteção (Silva Filho & Minayo, 2018). Entende-se assim, a necessidade de reavaliações dos componentes curriculares dos cursos de graduação, principalmente na área da saúde, para que passem a incluir a temática do suicídio e assuntos relacionados como luto e morte.

A educação permanente de profissionais também precisa ser considerada pois é de fundamental importância como reflexo da crítica ao processo de trabalho que necessita ser reavaliado quando novas demandas surgem, o que implica constantes atualizações. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das instituições contemplando um dos objetivos previstos na Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.

Para dar conta da temática da Automutilação e do Suicídio, em 2006 o Ministério da Saúde lançou a Portaria Nº 1.876 (2006), que institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão e, posteriormente, lançou o manual para profissionais das equipes de saúde mental dos serviços, especialmente às equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, como parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio com o objetivo de reduzir as taxas de comportamento suicida e os danos associados (Brasil, 2006). Contudo, apesar de bem definido o compromisso de campanhas de informação e comunicação voltada para a população, identifica-se que estas ocorrem pontualmente no mês da campanha do “Setembro Amarelo”, não havendo mais ao longo do ano (Carvalho, 2017 citado por Lima, 2020)

Em 26 de abril de 2019 foi criada a Lei Federal de 13.819 que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil,2019) regulamentada mediante o Decreto nº 10.225 (2020.) Em relação a essa política, Lima (2020), chama a atenção para a junção de dois eventos diferenciados, uma vez que unifica o tratamento para pessoas com automutilação e suicídio. A autora traz alguns questionamentos importantes para o debate: questiona o fato de constar no bojo do documento o controle dos fatores determinantes e condicionantes da saúde mental, mas não especificar quais ações e/ou recomendações representam esse imperativo; questiona também a ausência de um Plano para orientar as ações a serem desenvolvidas nos serviços e adverte quanto à sobrecarga, à falta de qualificação profissional e ao corte no investimento financeiro segundo a Nota Técnica Nº. 11(2019) que restringirá muitas ações de saúde.

No que tange à posvenção, a autora refere a ausência de ações para esse público específico e pontua sobre os poucos avanços na intersetorialidade advertindo para a falta de ações interligadas entre os setores; um ponto importante que precisará ser debatido é no quesito da notificação compulsória, Lima (2020) questiona o fato de ao preencher a notificação e encaminhar ao conselho tutelar, conforme estabelece a lei, se nessa condição, haveria diferença entre notificação e denúncia?

Entende-se que muitos avanços precisam ocorrer para que a atenção a esse público específico aconteça de acordo a demanda exige.

6.4.2. A crise suicida

No Grego clássico, a palavra *krisis* reportava etimologicamente à noção de “juízo” ou “decisão”, no sentido de momento decisivo. Esta noção de crise se forma em primeiro lugar, na Medicina, pela necessidade da tomada de decisões em contextos de extrema urgência. Nesse contexto, a palavra descreve uma situação crítica em que uma modificação súbita da condição geral do paciente pode resultar na morte, pela degradação irreversível do seu estado clínico (Escorrega, 2010 citado por Saraiva, 2011).

A noção de crise enquanto fenômeno político associa-se a acontecimentos disruptivos que provocam repercussões regionais e globais afetando o equilíbrio do sistema internacional. O conceito de crise internacional remete para o problema da alteração repentina das circunstâncias políticas. (Saraiva,2011).

A atual pandemia de Covid 19 tem sido abordada como uma crise sanitária, econômica, social e humanitária e de grandes proporções globais. Existem processos de crises que são provenientes de eventos catastróficos ou desastres originados por causas naturais, ou ainda situações de acidente ou violência etc.

Ao longo da vida vivenciamos momentos de crises, que ocorrem à medida que envelhecemos e que surgem as dificuldades na passagem de uma fase para outra. São as consideradas crises vitais. Há, contudo, as crises circunstanciais, originárias de acontecimentos extraordinários que o indivíduo não pode controlar (Botega,2015).

No sistema familiar existem as crises que se apresentam durante as fases do ciclo vital da família. Estas são previsíveis e ocorrem nos diferentes estádios de transição que comportam certa carga de stress na vida familiar. E as crises decorrentes de situações e fontes de stress acidentais exigindo mudanças no sistema familiar. A rigidez e a dificuldade em encontrar possibilidades que lhe permitam a reestruturação é que agudiza a crise.

A situação de crise não deve ser compreendida como algo somente negativo, mas também positivo. Slaikeu (1988) toma como exemplo o ideograma chinês de crise, mediante a junção de duas imagens que representam perigo e oportunidade. Nesse sentido Bonilla (2013), afirma que em qualquer situação de crise, seja circunstancial ou vital, podemos nos sentir mais frágeis, mas ao mesmo tempo, pode ser um meio para o crescimento. Para o autor, toda crise supõe “perigo” pela dor proporcionada pela perda do que se perdeu ou do que vai se perder e “oportunidade” referindo-se ao processo de reconstrução de um novo mundo a partir do momento da crise. Ou seja, quando resolvida a contento pode contribuir para o desenvolvimento do indivíduo, porém quando isso não acontece, a pessoa torna-se vulnerável ao risco de desenvolvimento de transtornos mentais.

O estado de crise é limitado no tempo, geralmente manifesta-se através de um evento desencadeador, e sua resolução final dependerá de fatores como a gravidade do evento e dos recursos pessoais e sociais da pessoa afetada (Parada,2004). Pode ser definida como um estado de desequilíbrio emocional do qual a pessoa não consegue sair com os recursos de afrontamento que habitualmente utilizam em situações que a afetam emocionalmente (Moreno et al., 2003 citado por Sá, Werlang &Paranhos, 2008)

Para Caplan, a crise traduz-se em um período curto de desequilíbrio psicológico que ocorre quando uma pessoa vivencia uma situação perigosa ou um problema considerável e que

não consegue resolver com os recursos psíquicos que utiliza normalmente nas resoluções dos problemas (Costa, 2014).

Vivenciar uma crise é uma experiência normal de vida, que reflete as tentativas do indivíduo de buscar um equilíbrio entre si mesmo e o seu entorno. Quando ocorre a ruptura deste, a crise é instaurada, havendo uma manifestação violenta e repentina de ruptura de equilíbrio. Essa variação no equilíbrio, ocasionada por um fracasso na resolução de problemas que o indivíduo costuma utilizar, causa sentimentos de desorganização, desesperança, tristeza, confusão e pânico (Wainrib & Bloch, 2000 citado por Sá; Werlang & Paranhos, 2008).

A experiência de uma crise pode ser uma vivência dolorosa, mas útil, a depender da gravidade daquilo que o afeta ou ocasiona. É preciso encontrar um sentido e ser ressignificado e integrado à história do sujeito. Quando isso não ocorre a crise pode levar ao colapso existencial, o que ocasionará a vivência de angústia, desamparo e falta de perspectiva para solucionar o problema (Botega, 2015).

Quando a situação excede a capacidade pessoal de reação e adaptação, existe uma vulnerabilidade para o suicídio, que passa a ser uma solução única para uma situação intolerável. A crise suicida ocorre quando há uma exacerbação de um transtorno mental já existente, ou desordem emocional ocasionada por um acontecimento doloroso vivenciada como um colapso existencial (Botega, 2015).

Os pensamentos suicidas são comuns no período da adolescência, quando surgem situações extremamente estressoras. Geralmente são passageiros e não sugerem intervenções ou indícios de transtornos, porém quando se tornam intensos e prolongados, o risco de evoluir para um comportamento suicida aumenta. A morte é considerada como a única possibilidade de saída da crise, sinalizando uma impotência e rigidez de pensamento não vislumbrando outra alternativa a não ser a morte de si como escape ao sofrimento (Botega, 2015).

Qualquer mudança de direção na vida de um indivíduo, uma perda ou separação, pode ser o suficiente para tornar o processo intolerável, confuso e ambíguo. A ambiguidade se instala pelo anseio de transformação e, ao mesmo tempo, pela paralisação de mobilizar a energia para que as mudanças possam acontecer. Por vezes, o sujeito que percebe sua vida sem sentido, apresenta uma visão monocromática e sua vida se torna automatizada na qual a fé se esvai. Ou então, sua fé está justamente no fato de que o suicídio resolverá seu problema. Por isso, destaca-se a importância de se verificar com o cliente suas crenças e fantasias em relação ao ato de se matar. (Fukumitsu & Scavacini, 2013, p.200)

No comportamento suicida é importante atentar para ambivalência, coexistindo desejos e atitudes antagônicas. A maioria dos indivíduos com condutas suicidas vivenciam o conflito entre o desejo de viver e o desejo de morrer (Bertolote, Mello & Botega,2010).

A crise suicida é o movimento em direção à consumação do ato suicida. É a materialização da ideação suicida em curso, havendo a ativação e o predomínio dos impulsos de morte. Para Bonilla (2013), a pessoa começa a responder a três questões: Como vou cometer o suicídio? Para onde vou? Quando vou cometer o suicídio? Para o autor, quanto mais concretas forem as respostas, maior o risco.

É na emergência da crise que se dá o encontro do paciente e o profissional de saúde e este deverá assumir, temporariamente, o controle da crise mediante diversos recursos como acolhimento, garantia de segurança ao paciente, orientação familiar, encaminhamento para outros procedimentos e avaliação do risco.

6.4.3. Avaliação do risco de suicídio e manejo clínico

Os primeiros procedimentos adotados no momento da crise suicida visam manter o paciente seguro. Em seguida, após a estabilização do paciente, algumas medidas necessitam ser tomadas assim como ações de médio e longo prazo. Em alguns casos de risco iminente a internação poderá ser necessária. Os cuidados serão também dirigidos às famílias que, muitas vezes, se sentem confusas e com sentimentos contraditórios e necessitarão de apoio práticos e acolhimento. Esses momentos exigem do profissional de saúde reflexão e prontidão no agir. Nos casos em que o paciente sofra de um transtorno mental, o tratamento específico deverá ser iniciado imediatamente (Botega,2015).

Avaliar o risco de suicídio trata-se de uma constante na prática clínica em Saúde Mental, mas não é uma tarefa simples por ser o suicídio um fenômeno complexo e multifatorial. Identificar os fatores de risco e de proteção contribuem para o manejo da crise, mas é preciso atentar que a avaliação de uma grande quantidade de fatores ajuda a compreender o risco em populações e esse conhecimento contribui para o desenvolvimento de ações preventivas em grupos. Já para a avaliação de um caso particular a grande quantidade de fatores inviabiliza e pouco contribui para a compreensão do problema. Somente na configuração clínica do caso a caso é que os fatores de risco terão relevância. Importante atentar que a tarefa do clínico não

consiste em prever o suicídio, mas identificar quando o paciente entra em alto risco e agir de forma adequada para evitar danos (Montenegro & Tavares, 2014).

A natureza dos fatores de risco é variável, havendo influência da genética, da história pessoal e familiar, socioculturais, socioeconômicos, de fatos estressantes, transtornos mentais, acesso a meios letais, etc. Esses fatores têm intensidade diferentes e impactam em diferentes fases da vida. Estudos realizados com terapeutas que perderam pacientes por suicídio, identificaram a vivência de afetos dolorosos intoleráveis, além da depressão, pelos pacientes, como fenômeno central na crise suicida. Afetos como sentimento de abandono, ansiedade severa, desespero, desesperança, desamparo, raiva, ódio de si, vergonha solidão e humilhação. (Hendin et al,2001; Hendin et al, 2007; Hendin et al, 2010, citados por Montenegro & Tavares, 2014).

A avaliação do risco e a formulação do julgamento clínico são atividades interligadas, interdependentes e fundamentais no manejo de casos de condutas suicidas. O primeiro refere-se à utilização de técnicas para coleta de dados importantes relacionados ao suicídio. A avaliação do risco diz respeito à utilização de instrumentos e técnicas, como a entrevista, para que se possa proceder ao levantamento de dados importantes relacionados ao suicídio. As técnicas variam de acordo cada contexto. Há casos de avaliações em populações com indicações de risco (risco em grupos), processos diagnósticos e acompanhamento de paciente. Para cada situação haverá uma técnica específica (Montenegro & Tavares, 2014). No entanto, é preciso considerar que nessa área lida-se com probabilidades e possibilidades relacionadas a fatores subjetivos, contextuais e sistêmicos que atuam de forma simultânea e complexa a uma quantidade de variáveis que compõem ou amenizam o risco. Desse modo, nesse tipo de avaliação, lida-se sempre com um grau de incerteza (Granello, 2010, citado por Montenegro & Tavares, 2014).

O julgamento clínico refere-se à interpretação dos dados coletados a partir da experiência do conhecimento e experiência do clínico para eleger uma estratégia mais apropriada para lidar com o risco. O autor ressalta a supervisão como uma das principais ferramentas para capacitar os profissionais de saúde na avaliação e julgamento clínico do risco (Granello, 2010 citado por Montenegro & Tavares, 2014). A supervisão é considerada fundamental para esses casos pois possibilita a reflexão sobre os casos atendidos, analisando como a dinâmica da relação paciente-profissional interfere no acompanhamento do usuário.

7 MÉTODO

7.1 O campo e os participantes da pesquisa

Os profissionais da saúde do CAPSi e a equipe do NASF desenvolvem ações de cuidados às crianças e adolescentes que apresentam sofrimento psíquico intenso ao ponto de estabelecerem comportamentos autoagressivos e, muitas vezes, com propósito de autoextermínio. A vivência desses cuidados implica em acompanhar de perto os momentos em que ocorrem as crises suicidas e lidar com o tema da morte constantemente. Nesse processo de cuidar, compreende-se que alguns sentidos vão sendo construídos a partir dessas práticas.

Entender essas produções discursivas que vão sendo construídas coletivamente a partir das práticas de cuidados às crianças e adolescentes com condutas suicidas foi o que pretendeu este estudo que tem como embasamento a perspectiva teórica das práticas discursivas e produção de sentidos proposta por Mary Jane Spink (2013), alinhada à abordagem construcionista.

Pensando em um instrumento que contemplasse o aspecto interativo desse processo, optou-se pela realização do grupo focal como método de coleta de dados. Essa ferramenta de pesquisa privilegia a dialogia e tem o foco nas interações entre os participantes. Compreendendo a dialogia como o princípio básico da linguagem, os enunciados estão sempre em interação e diálogo tanto nos textos escritos, verbais ou nos diálogos em que as pessoas estabelecem consigo própria. (Bakhtin, 1994 citado por Spink, 2014)

Desse modo, enunciado e vozes caminham juntos e estes descrevem o processo de interanimação dialógica que ocorre numa conversação. Nesse entendimento, qualquer enunciado está relacionado à presença de interlocutores do presente, passado e futuro que são materializados nas noções de enunciados e vozes. Para o autor, o processo de interanimação dialógica se dá numa conversação, ou seja, os enunciados de uma pessoa estão sempre em contato com, ou são endereçados a, uma ou mais pessoas e essas se interanimam mutuamente, ainda quando os diálogos são internos. Por conta de os grupos focais utilizarem a interação grupal para produzir dados e insights dificilmente obtidos fora do grupo como aponta Kind (2004), é que se optou por essa estratégia de recolha de dados.

O processo de coleta de dados ocorreu em dois campos distintos: No Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil – (CAPSi) e com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família- (NASF), atualmente denominado de Equipe Multiprofissional. Os dois serviços pertencem à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que foi instituída pela Portaria MS/GM nº 3088 (2011) e atualizada pela Portaria MS/GM nº3.588 (2017), cujo documento prevê a criação, a ampliação e a articulação de 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).

Havia ainda um terceiro dispositivo a ser pesquisado que seria o Centro de Atenção à Saúde da Criança – (CASC) cujo Centro abriga a UPA infantil, local que atende também os casos de tentativas de suicídio, porém devido ao aumento de atendimentos aos casos de emergência durante a pandemia, os profissionais não puderam ser liberados para a pesquisa.

O primeiro local onde a pesquisa ocorreu foi no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) – instituição atende crianças e adolescentes com transtornos mentais persistentes e severos que apresentam intenso sofrimento psíquico. Os cuidados de saúde são ofertados à população através de atendimentos individuais, atendimentos familiares, grupos, oficinas e atividades no território. O grupo de profissionais pesquisados atuantes do CAPSi estavam vivenciando um momento de alta demanda dos serviços relacionados aos sofrimentos decorrentes da pandemia do Covid-19. Os casos de comportamento suicida em adolescentes, no período da coleta, estavam sendo recorrentes e os técnicos estavam voltados para pensar os cuidados levando em conta o contexto pandêmico.

O segundo grupo composto pela equipe do NASF também é caracterizado pela interatividade entre os participantes o que, também, favoreceu a dinâmica da atividade, o compartilhamento das experiências e a coprodução de sentidos. O meu contato com a equipe se dá com certa regularidade ao compartilharmos os cuidados a casos específicos de crise. Os profissionais que participaram da atividade têm formação em: psicologia, serviço social, fisioterapia e terapia ocupacional. Nos dois grupos a minha participação limitou-se às perguntas devido ao nível de interatividade e envolvimento da equipe que se autogerenciou no processo.

Importante contextualizar que o momento da pesquisa ocorre no ano consecutivo ao início da maior crise sanitária desse século provocada pela pandemia do Covid-19, que provocou impactos relevantes em todas as populações do nosso planeta, ocasionado perdas e prejuízo aos indivíduos, famílias e comunidades, ainda que de forma desigual. Muitas restrições

e adaptações tiveram que ser feitas principalmente no ambiente corporativo. Os profissionais da rede de atenção psicossocial também tiveram restrições, e a crise produziu desafios para a sustentação da oferta de cuidado, tão necessária nesse momento, requerendo dos profissionais flexibilidade e criatividade. A gestão do município disponibilizou (e ainda disponibiliza), os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) necessários de acordo as medidas protetivas preconizadas pelo Ministério da Saúde. A pesquisa respeitou todos os parâmetros estabelecidos.

8 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O percurso metodológico para a sistematização dos resultados após a coleta dos dados, foi através da realização do mapa dialógico, considerado como mapa de associações de ideias, que auxilia o pesquisador na organização dos discursos e serve como norteamento das discussões (Spink & Lima, 1999; Spink, 2003 citado por Nascimento, Tavanti & Pereira, 2014). Para as autoras: “Ele nos possibilita dar visibilidade à interanimação dialógica, aos repertórios interpretativos, a rupturas, ao processo de produção, a disputas e negociações de sentidos, a relações de saber-poder e a jogos de posicionamento” (Nascimento, Tavanti & Pereira, 2014, p. 248).

Assim, foi realizada a transcrição sequencial a partir das falas e vozes que estão nos áudios, identificando quem falava e a ordem das falas, observando a dialogia presente no processo. Para organização os dados, foi elaborada uma tabela dividida em colunas, identificadas: “Quem fala”, “Sobre o que fala” e “Tema”, conforme proposto pelas autoras acima. Na coluna “Quem fala” foram listados todos os participantes, incluindo o pesquisador. Na coluna “Sobre o que fala”, elencou-se os argumentos, as respostas dos participantes, os repertórios linguísticos, os silêncios, etc., e na coluna “Tema” foram agrupados os assuntos abordados nas narrativas. Concomitantemente, foi elaborado um painel para registro das primeiras associações que iam surgindo a partir das leituras iniciais.

Em seguida, foram realizadas repetidas leituras de todo o material para identificação dos repertórios linguísticos, das figuras de linguagem, das descrições, daquilo que se repetia nas falas, os posicionamentos, os lugares de fala, identificando os sentidos que estavam sendo produzidos através das práticas discursivas. Após a sistematização do material, passou-se para a etapa de construção das categorias.

As categorias identificadas foram: - 1) Aspectos emocionais na relação profissional-usuário, subdividida em três subcategorias: 1.1) Triplo Tabu; 1.2) Produção de vínculo e cuidado a crianças e adolescentes com comportamento suicida no SUS e 1.3) Manejo da Crise Suicida em crianças e adolescentes; 2) (Des) Cuidado e autocuidado dos profissionais de saúde mental e 3) Luto – Aspectos emocionais ligados ao temor da perda e a vivência da perda do paciente por suicídio – esta última categoria foi escrita em formato de artigo. Como resultado, também está incluído o produto desta dissertação, uma proposta de sensibilização, acolhimento

e capacitação sobre a temática da morte e do suicídio, direcionada aos profissionais da RAPS que atuam com o público infante juvenil. Os nomes dos participantes foram alterados, sendo utilizado apenas nomes fictícios.

8.1 Análise das categorias

1 Aspectos emocionais na relação profissional-usuário

1.1 Subcategoria – Triplo tabu

Ao iniciar os grupos com a pergunta sobre como é cuidar de crianças e adolescentes com comportamento suicida, observou-se que a pergunta foi seguida de um tempo de silêncio considerável nos dois grupos, sendo no G1 mais demorado, não obstante lidarem cotidianamente com casos dessa natureza. Os participantes ficaram emudecidos por um certo tempo. Sabendo que o silêncio não é ausência de comunicação, passamos a refletir sobre o que poderia estar nas entrelinhas desse emudecimento coletivo. Entende-se que abordar sobre suicídio é falar também sobre morte, como diz Silva e Minayo (2021, p.1) “Os suicídios carregam em si os estigmas, os receios e as fantasias da morte”.

Não obstante a morte ter se tornado um interdito, sendo relegada ao lugar da vergonha, de uma inimiga que precisa ser vencida a qualquer custo, atualmente as cenas de extermínio em massa, principalmente de jovens e crianças da periferia, têm sido veiculadas diariamente nos canais de comunicação (Kovács,2005). Observa-se que, ao mesmo tempo em que a morte é interdita, é também presente cotidianamente com cenas de morte, violência e doenças, veiculadas de forma invasiva e sem limites e, apesar de estarem próximas, ainda assim reina o que Kovács (2005) considera – uma “conspiração de silêncio”.

Na obra de Norbert Elias, em *A Solidão dos Moribundos* (2001), o autor aborda sobre as questões de ideias e rituais de morte e considera como um dos problemas mais gerais da sua época, a recusa das pessoas em dar apoio aos que estavam próximos ao fim da vida:

Aqui encontramos, sob forma extrema, um dos problemas mais gerais de nossa época – nossa incapacidade de dar aos moribundos a ajuda e a afeição de que mais que nunca precisam quando se despedem dos outros homens, exatamente porque a morte do outro é uma lembrança de nossa própria morte. A visão de

uma pessoa moribunda abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a ideia de sua própria morte. O amor de si sussurra que elas são imortais: o contato muito próximo com os moribundos ameaça o sonho acalentado (Elias, 2001, p.p.16 -17).

Comumente vemos a morte como algo distante de nós, mas com o surgimento da pandemia do Covid-19 o tema da morte ganhou proporções maiores e tornou-se parte do cotidiano da humanidade ao acompanhar os registros de morte diariamente. Lidar com o suicídio no cenário pandêmico significa, dentre outras coisas, trazer a morte para mais perto, passar pelo confronto com a mesma, e ser desafiado em nossos subterfúgios, fazendo entrar em contato com a nossa finitude.

Ao lidar com casos de comportamento suicida, naturalmente alguns mecanismos de defesa psicológica são ativados e é desse modo que os preconceitos, as crenças, as repulsas automáticas e até mesmo a ideia que temos do que deve ficar de fora de nossa responsabilidade enquanto profissional, encontram espaço para se manifestar, contribuindo para a nossa defesa (Botega, 2015). Sem dúvida, isso irá contribuir para o enrijecimento diante dos pacientes, para a adoção de uma postura pouco acolhedora, o que embaçará a nossa percepção do fenômeno e o raciocínio clínico tão fundamental para a adoção de estratégias de cuidados adequados (Botega,2015).

A morte traz para os profissionais de saúde a possibilidade de entrar em contato com os seus processos de morte e finitude. Estes vivem a angústia de ter que salvar a vida do paciente a todo custo, realizando procedimentos que aumentam o sofrimento e a dor. Devem tomar decisões e, com frequência, sentem-se sozinhos, impotentes, com dificuldade para abordar familiares, que fazem perguntas constantes sobre a evolução do paciente. São frequentes os sentimentos de fracasso (Esslinger, 2004 citado por Kovács, 2005 p. 486).

O suicídio de crianças e adolescentes, faz o profissional da saúde lidar com três tipos de tabus, o que torna a prática de cuidados nesses casos mais complexa, conforme trata o texto Triplo tabu: sobre o suicídio na infância e na adolescência, de Silva Filho e Minayo (2021). Os autores apresentam o conceito de Triplo Tabu ao referir-se aos casos de suicídio em crianças e adolescentes, ou seja, tabu da morte/ tabu do suicídio/ tabu do suicídio infanto juvenil, este último sendo apontado como um tabu maior.

Nessas situações, parafraseando Kovács (2005), a “conspiração de silêncio” ocorre, mesmo diante do aumento das estatísticas de morte desse público, por causas violentas, eliminando as possibilidades de debates, reflexões, ações de prevenção e tratamento ao longo

do ano, ocorrendo apenas de modo mais enfático no mês de setembro, devido à campanha do Setembro Amarelo:

Apesar do silêncio social e do distanciamento profissional sobre o suicídio de crianças e adolescentes, o cenário clínico-epidemiológico pediátrico atual no Brasil e no mundo encontra-se fortemente marcado pela morbimortalidade por causas externas e pela crescente prevalência de transtornos mentais. (Silva Filho & Minayo, 2021, p.2)

Para os autores, a interrupção das vidas infantis provoca um estranhamento adicional. Tem-se assim, a valorização dos cuidados com a saúde da criança e a aposta nelas como uma esperança para o futuro:

Nesse espectro, a interrupção das vidas infantis – bondosas, angelicais e que simbolizam a permanência da espécie – provoca um estranhamento adicional, ferindo a expectativa que a humanidade desenvolveu para além do cuidado instintivo com suas proles. O deslocamento da morte dos espaços cotidianos no decorrer do processo civilizador veio acompanhado de um elemento pediátrico: a valorização dos cuidados com a saúde das crianças e a aposta nelas como uma esperança do porvir (Silva & Minayo, 2021, p.4).

Um ponto importante abordado no texto é sobre o surgimento da Pediatria brasileira, em que os autores citando Pereira (2013, p.15) dizem: *“Os nascentes pediatras reclamariam para si o papel de protetores da vida, aqueles capazes de livrar as famílias do estigma da mortalidade e, sobretudo, consentâneos do ideal de condução da prole a um suposto destino de saúde, robustez e vitalidade”*.

Para Silva Filho e Minayo (2021), o *ethos* pediátrico é replicado a outros profissionais e atores sociais que lidam com o público infantil e que assumem a posição de combatentes da mortalidade que ameaçam crianças e adolescentes, mas que não conseguem conviver com seus óbitos. Nesse aspecto, um questionamento se faz no sentido de entender se no suicídio de crianças e adolescentes, o luto dos profissionais da saúde é intensificado por sentir ter falhado na proteção aos infantes? Seria o horror a essa situação a ausência de diálogos e debates sobre o assunto? Haveria para os profissionais que atuam com essa faixa etária maior culpabilização e responsabilização pela perda do paciente? Estudos necessitam ser realizados para maior análise da especificidade do cuidado aos casos de comportamento suicida em crianças e adolescentes no que tange à relação profissional – paciente e familiares.

1.2 Subcategoria – Produção de vínculo e cuidado a crianças e adolescentes com comportamento suicida no SUS

Ao responder à pergunta sobre como se sentem no atendimento aos casos de condutas autolesivas no público infantojuvenil, o sentido construído pelos participantes dos dois grupos pesquisados foi o de vivenciarem a prática do cuidado como um desafio, conforme constata-se nos enunciados abaixo:

Eu já encaro mais assim, sempre quando a gente recebe esse paciente, eu sempre falo, né? Penso: 'mais um desafio', porque eu penso que é um desafio mesmo, e isso a gente começa a se colocar no lugar do outro" (Samara -Grupo 2)¹

É um desafio, né, pra gente que é profissional, porque ...você até falou sobre isso no termo de consentimento, essa questão de a gente ser profissional de saúde e a gente trabalha sempre pensando na saúde, na superação (Léia-Grupo 1)

A palavra desafio foi o sentido atribuído pelos participantes da pesquisa, nos dois grupos, para traduzir como se sentem nesse tipo de cuidado. “Desafio” no dicionário Michaelis significa um convite para participar de um confronto de qualquer tipo (jogo, luta, debate, etc.). Considerando os enunciados acima, entende-se que a relação de cuidado é sentida como um embate. Sabe-se que a formação dos profissionais da saúde é direcionada para o cuidar, agir, socorrer, curar, e por isso deparar-se com alguém que quer tirar a própria vida é visto como um desafio a ser vencido. Cuidar de paciente com comportamento suicida exige que o profissional lide com aspectos relacionados ao desespero humano, com as incertezas e imprevisibilidades, como nos diz a autora:

Lidar com o fenômeno do suicídio implica aprender a lidar, entre tantos outros aspectos, com a dialética vida e morte; com o desespero humano, influenciado pela anedonia; com as imprevisibilidades da vida; com indivíduos que morreram existencialmente e que não exprimem o prazer de estarem vivos e se perderam pela falta de esperança e fé na vida (Fukumitsu, 2014, p. 1)

¹ Os nomes dos participantes são fictícios para preservar o anonimato.

Quando se trata de crianças e adolescentes, além do desafio, acresce-se o choque e a mobilização ao lidar com casos nessa faixa etária.

Essa escuta de criança e adolescente tentando o suicídio, era uma coisa que me mobilizava muito, né? Tá falando de vida, de morte né? A primeira vez que atendi um caso, não sei se...um caso que atendi até com R. e com L., pode falar o nome? Foi J.U., uma criança que já tinha tentado suicídio mais de uma vez, e eu nunca tinha me deparado com essa situação ...como que uma criança, na época acho que ele tinha uns 8 anos, não me lembro bem, pensa em morrer? Que sentimento é esse? Que vida é essa que você pensa em tirar sua própria vida com 8 anos? Então é algo que me mobiliza muito, principalmente, que intervenções você pode fazer com aquele ser humano? (Verônica, G1).

Observa-se nos discursos dos profissionais que o choque está relacionado à idealização que se tem da infância enquanto um período de felicidade e inocência. Isso reflete a ideia de um período universal e atemporal que se realiza para todos de forma igualitária. Para Bujes, (2003), o pensamento de que a infância foi descoberta faz supor certas características universais das crianças e de um modo de viver a infância, analisadas em um determinado momento histórico, num contexto de reflexão filosófica e atividade científica.

A gente lida com crianças e adolescentes, com a infância e com a adolescência, então isso que L. falou, né...é... tem uma fantasia quando é criança que a gente vê muito no senso comum, mas eu acho que também faz parte, nos forma também enquanto pessoas que é a coisa de não existir sofrimento da infância, né? Da gente chocar como M. falou, quando a gente vê uma criança que quer morrer (Léia, G1).

A visão romantizada da infância torna invisível, muitas vezes, os processos de adoecimento psíquico também presentes nessa etapa da vida, assim como os processos de exclusão vivenciados pelas crianças pobres atendidas nas clínicas públicas. Por isso, o choque.

Majoritariamente, na sociedade capitalista, a criança e o jovem têm sido construídos como seres em formação, em crescimento, em desenvolvimento, em evolução. De acordo com esse pensamento, essas fases da vida carregariam certas marcas, afirmadas como naturezas. Algumas práticas baseadas nos conhecimentos hegemônicos da Medicina e da Biologia, fazem associações entre mudanças corporais e determinadas etapas do desenvolvimento psíquico, afirmando formas específicas de estar no mundo. Esse modo biomédico de se pensar a infância e a adolescência como um todo universal e homogêneo tem construído modos naturalizados de vida (Coimbra & Nascimento, 2008, p. 2)

Porém, paralelo a essas caracterizações consideradas universais, a infância é determinada socialmente e está diretamente relacionada ao modo como o homem se organiza para produzir meios de sobrevivência. O contato com as histórias de sofrimento das crianças pertencentes às camadas populares da sociedade, que vivenciam o cotidiano de múltiplas violências traz perplexidade ao não se encaixar na imagem idealizada que se tem da infância.

A gente escuta, eu sempre falo quando eu chego em casa, são histórias de terror porque quando você lê, ouve alguém falar é diferente, quando você está cara a cara com aquela criaturinha que tem doze, treze anos que contam histórias que você fala assim: 'Meu Deus, como assim?!' (Alana, G1)

A romantização da infância invisibiliza as crianças e jovens pobres moradoras dos guetos e periferias, apesar dos registros televisivos cotidianos de seus extermínios. Para Coimbra e Nascimento (2008), no caso de crianças pobres, além das características universais referidas pelo modelo biomédico típicas desse momento de desenvolvimento, outras são adicionadas – a violência e a criminalidade, o que contribui para a percepção destas muitas vezes como não humanas.

Com isso vai se configurando para os filhos da pobreza duas classificações: a infância em perigo – aquela que ainda não delinuiu, mas pode vir a fazê-lo e por isso deve ser tutelada – e a juventude perigosa – aquela percebida como delinquente e, portanto, ameaçadora para a manutenção da ordem social. (Coimbra & Nascimento, 2008, p.2)

As falas dos participantes da pesquisa revelam além da perplexidade, choque e mobilização ante as histórias de sofrimento vivenciadas pelo público infanto juvenil atendidos no Centro e revela o sofrimento dos profissionais embutido nesse cuidado. Ao refletir sobre a população atendida na rede pública de saúde mental e mais especificamente a criança e ao adolescente frequentador desses espaços públicos de saúde, considerados muitas vezes nos documentos oficiais como uma categoria a-histórica e homogênea, é preciso ressaltar que crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade guardam, na verdade, algumas particularidades que os diferenciam, e muito, das crianças pertencentes aos demais estratos da sociedade.

Trata-se de crianças e adolescentes que, em sua maioria, vivem as consequências da pobreza extrema e da exclusão social como fruto do modelo econômico neoliberal, tendo a sua subjetividade construídas nesses contextos de miserabilidade, ocupando um lugar de resto na estrutura social (Rosa,2018). O contato com essa realidade muitas vezes se dá nos serviços públicas de saúde que atendem, em sua maioria, essa população.

Aqui na clínica do CAPSi eu fui começar a ver pela primeira vez na minha história atuando em saúde mental, tentativa de suicídio em criança, mesmo! Como assim?! A coisa tá dada muito antes mesmo, ou seja, já tá muito posto, né? Não dá nem para construir nenhuma fantasia assim no lúdico, na brincadeira que sustente essa criança por algum tempo, né? A gente sabe que alguma coisa nos sustenta e em algum momento desamarra o que nos sustentava, mas essa criança já tá dada, ou seja, essa criança já tá muito avassalada, é uma terra destrocada em suas possibilidades de fertilidade e isso mexe muito de escutar né? (Lauro, G1).

Rosa (2018, p.43) aponta como consequência desse processo “a apatia, a solidão e o emudecimento, como também a reprodução, na subjetividade, da violência e da pobreza afetiva e intelectual como encobridoras da possibilidade de elaboração simbólica que poderia dar forma sintomática ao que é vivido como traumático”. Para a autora, essas pessoas padecem de um desamparo social e discursivo, havendo a desqualificação do seu discurso e a culpabilização por sua condição social. O que nos faz interrogar se essas pessoas se suicidam ou são suicidadas.

Nesse sentido, a passagem da biopolítica para necropolítica diz respeito à mudança de sentença que rege a política: na primeira instância o objetivo era a promoção da vida e, com esse fim, se provocava a morte de alguns. Na necropolítica, há um “regime centrado na morte.” A morte no contexto necropolítico – seja autoimposta ou imposta por alguém – é sempre rodeada de violências ou crueldades: uma espécie de resolução de uma vida sofrida e não de uma vida vivida (Flor do Nascimento, 2020 citado por Lima, 2020, p.93).

Desse modo, ao pensar a respeito do comportamento suicida deve-se levar em conta o momento histórico e o contexto atual em que se vive, que é de uma sociedade capitalista marcada pela competitividade, desigualdade social, racismo, individualismo, meritocracia, fundada na exploração e opressão (Netto, 2013).

Ao analisar sobre o processo de construção de vínculos com as crianças e adolescentes atendidas nos serviços pesquisados, identificou-se, a partir das narrativas dos participantes, peculiaridades no processo:

Quando a gente atende um adolescente, criança ou adolescente são os pais que trazem, na maioria das vezes. (Sara, G2).

Nesse momento, a fala de Sara é complementada por outra participante:

- E tem que saber qual é a motivação dos pais também. (Léia, G2)

- Isso, então os pais trazem. A gente atendeu uma menina essa semana: 'Eu não sei o que eu estou fazendo aqui'. Você sabia que vinha para a consulta? 'Não'. Você sabe o que está fazendo aqui? 'Não'. Você sabe por que seus pais estão preocupados com você? 'Não'. E o que é que acontece? 'Não, eu fico no meu quarto, eu não gosto de conversar, eu faço tudo dentro do meu quarto, mas eu estou bem, eu só quero que vocês digam para eles que eu estou bem para eles pararem de se preocupar'. A gente sabe que não é isso. (Sara, G2)

- É uma demanda que vem pelos pais, não é? (Pesquisadora)

- Sim, na grande maioria das vezes, então é uma coisa que eu penso muito, o adolescente às vezes, crianças e adolescentes sentem, mas eles ainda não têm maturidade para saber o que sentem, pra expressar o que sentem e para entender o que sentem, uma rejeição. 'Eu sinto que minha mãe me rejeitou, mas eu não sei o que é rejeição ainda. Então o que é que eu vou fazer? Eu vou ficar perto de quem me acolhe mais, quem disse que me ama mais, eu vou ficar aqui porque aqui está confortável para mim, né, de repente a minha mãe trabalha muito, minha mãe...enfim ainda não tenho maturidade para entender que a minha mãe não me quer', é bem mais complexo. (Sara, G2)

A complexidade do atendimento a crianças e adolescentes também é referida no Grupo

Minha dificuldade, que eu sinto, por exemplo, muito e ao mesmo tempo eu acredito nisso, é na hora que chega um jovem, uma criança aqui, que a gente vê a família toda desestruturada, aquela confusão toda, eu achar que naquele momento ali ter um profissional ali pra intervir naquele tipo de ambiente que é a família, não é? Porque a criança vai voltar pra esse ambiente, né? (Rebeca, G1).

A abordagem ao público infante juvenil requer o trabalho com as famílias que apresentam, muitas vezes, intenso sofrimento psíquico necessitando de atenção e escuta. A demanda da criança e, muitas vezes, dos adolescentes é trazida pelos pais, mas não deixa de ser, na maioria das vezes um sintoma familiar. A clínica pública precisa levar em conta as especificidades desses sujeitos ali atendidos e as vicissitudes de suas demandas geradas em contextos de violência e exclusão e constituir-se enquanto clínica política, que favoreça uma escuta política. São famílias emudecidas, silenciadas que sofrem do desamparo discursivo como aponta Rosa (2018, p. 25).

Nessa medida, a naturalização do desamparo social apaga a força discursiva dos que estão submetidos. Aliado ao desamparo social, deparamo-nos com o desamparo discursivo (que lança o sujeito ao silenciamento que, muitas vezes, acomete alguns segmentos da população), que pode ser orientador na análise de vários fenômenos sociais e efeitos subjetivos. (p.25)

Entende-se, desse modo, que a escuta clínica a crianças e adolescentes nesses espaços públicos de atendimento precisa, para além da leitura do que está implícito na demanda dos pais/ responsáveis, fazer falar esse sujeito silenciado.

Um aspecto relevante na clínica pública foi referido por uma das participantes ao ser solicitado aos integrantes da pesquisa que atuam ou atuaram na rede privada, que refletissem sobre suas experiências nas duas clínicas. Alguns pontos foram evidenciados:

A gente tem uma autonomia no gerenciar a nossa clínica. Quem escolhe fazer determinados manejos seja no território, seja aqui no espaço físico, né? Seja in lócus, a gente tem de alguma forma uma liberdade pra gente poder avançar nesse processo criativo, ainda tem né? Se a gente for pensar em uma realidade privada, nem sempre vai ter uma liberdade talvez numa condução clínica, muitas vezes uma realidade privada traz uma tendência num recorte epistemológico onde pode imperar mais a voz de uma medicação, por exemplo, de um olhar mais farmacológico como uma resolução, ou um atravessamento de uma ... aqui dificilmente a gente vê situações de atravessarem a conduta do colega, a gente está sempre discutindo, eu acho que isso é muito positivo, a gente tá discutindo os casos, a gente discute entre duplas ou entre a equipe do dia. (Áurea, G1)

A fala acima traz pontos relevantes ao comparar as duas clínicas. Nota-se que a clínica pública atua na perspectiva de rede, tem diretrizes definidas, possibilita a autonomia na gestão da clínica, permitindo que os trabalhadores definam as modalidades de cuidados e pensem

novas tecnologias. A crítica feita à clínica particular diz respeito à ênfase na medicação focando, na maioria das vezes, o aspecto biológico. O trabalho em equipe também é referido, fazendo menção sobre o cuidado compartilhado para atender crianças e adolescentes com condutas suicidas, o que permite a diminuição do estresse no manejo dos casos.

A clínica, na perspectiva da atenção psicossocial, fundamenta-se na perspectiva da superação do modelo hospitalocêntrico, excludente e biologizante e busca a superar das formas tradicionais de cuidados e a reificação do saber médico:

As novas estratégias adotadas nos serviços de saúde mental implicam mudanças culturais na sociedade. Implicam também uma busca da superação das formas tradicionais de controle e segregação do saber da prática médica, indicando uma complexidade de desafios a serem enfrentados e um chamado à reconstrução de novas premissas. Esse novo olhar vem reforçar que, no exercício do cuidado, deve-se levar em conta os dispositivos grupais (coletivos) e institucionais na gestão dos serviços. (Silva, 2007, p.14)

1.3 Subcategoria– Manejo de crise suicida em casos com crianças e adolescentes

Os atendimentos aos casos de crise suicida foram realizados pelas instituições pesquisadas de forma presencial desde o início da pandemia, e também foram utilizadas outras estratégias de cuidados, como o teleatendimento e atendimentos online.

A avaliação do risco de suicídio e manejo da crise suicida longe de ser um processo estático, demanda reavaliações constantes. Para a realização dessa etapa, a construção do vínculo é fundamental. Entretanto, para lidar com situações desse tipo é preciso que haja uma disponibilidade interna para a escuta e atenção, o que implica uma vinculação ao paciente que poderá resultar em um doloroso processo (Botega ,2015)

Parece que abriu a porta do inferno, sabe? Eu falo isso...eu acho que é como eu me sinto às vezes também, você tá aqui disponível para ouvir às vezes as piores coisas da humanidade, não é? Eu me sinto assim às vezes ... estamos aqui disponíveis e tem coisas que são difíceis de ouvir. Negligências com crianças, violências com crianças e adolescentes e você entende a sua impotência perante isso. (Leia, G1).

A fala acima revela que a disponibilidade para a escuta dos casos implica em um processo de sofrimento que é intensificado quando se trata de criança e adolescente, entretanto

o que se evidencia é que não só a escuta, mas a condução clínica também é produtora de sofrimento, como retrata a narrativa da participante do G2:

A sensação que eu tenho quando estou atendendo um paciente suicida é de que a gente está desarmando uma bomba relógio, é exatamente a sensação que eu tenho. É como se tivessem colocado ali e falado: 'Oh, ali tem uma bomba relógio ela pode ou não, a depender do manejo'. Mas entra muito no que Cristiane falou, possa ser que o nosso manejo tenha sido efetivo e a gente consiga desarmar, possa ser que no decorrer do processo a gente se perca um pouco e a bomba exploda e possa ser que a bomba já esteja próxima a explodir e que não adiantaria a gente fazer muita coisa. Mas, na minha cabeça, eu sempre vou para o atendimento, mesmo com esse pensamento da bomba relógio, eu sempre acho que dar certo.” (Sara, G2).

A fala revela o estado emocional da profissional ao manejar os casos de crise suicida e revela aspectos relevantes para análise dos quais destaco: o sentido empregado ao manejo da crise como um desarmamento de uma bomba relógio, o que pode estar relacionado à falta de qualificação profissional. “[. . .] o profissional, ao deparar com o desespero existencial do cliente, pode perceber sua falta de instrumentalização para manejar situações de crise” (Fukumitsu & Scavacini, 2013, p.1).

O sentido empregado de bomba relógio para o manejo da crise suicida possibilita que se vislumbre de forma superficial, o território de incertezas por onde caminham os profissionais durante o cuidado a pessoas com condutas suicidas. O risco de suicídio está presente em todo o tempo, a noção de previsão de quem irá, ou não, tirar a própria vida é incerta. Como aponta a literatura, lida-se o tempo todo com probabilidades e possibilidades ligadas a fatores subjetivos e que atuam de forma simultânea e complexa relacionados a variáveis que tanto podem compor o risco como amenizá-lo (Granello, 2010, citado por Montenegro & Tavares, 2014).

O diálogo que segue no grupo focal após a fala da participante foi analisado abaixo e é também revelador da falta de formação adequada, do despreparo e da falta de habilidade técnica para lidar com os casos, o que resulta no processo de culpabilização.

Eu acho que eu passei por isso recentemente, um paciente que eu tive, lá em fevereiro, mais ou menos e aí, esses cursos de internet que a gente faz de automutilação, de tentativa de suicídio, a gente lê lá tudo bonitinho, acha que vai ser né, uma maravilha, ver o que a gente vai falar e tal, aí recebo uma ligação de um paciente, ele já hospitalizado porque ele tentou o suicídio. Aí é o que Carol falou, né, eu falei: 'Meu Deus, o que foi que eu fiz?' (Ludmila G2)

- Errei! (Sara, G2)

- Onde foi que eu errei, meu Deus?! (Ludmila, G2)

- *A culpabilização!* (Cristiane, G2)

Para Fukumitsu (2014), a maioria das discussões sobre suicídio não habilitam tecnicamente os profissionais para lidarem em situações em que o paciente está tentando se matar. A autora adverte que é necessário aprender a lidar com o desespero humano:

Lidar com o fenômeno do suicídio implica aprender a lidar, entre tantos outros aspectos, com a dialética vida e morte; com o desespero humano, influenciado pela anedonia; com as imprevisibilidades da vida; com indivíduos que morreram existencialmente e que não exprimem o prazer de estarem vivos e se perderam pela falta de esperança e fé na vida. (Fukumitsu, 2014, p.270)

A partir dos enunciados acima evidencia-se que o processo de cuidado aos casos de sofrimento psíquico presente no comportamento suicida, implica no processo de sofrimento psíquico também de quem cuida, no caso, os profissionais da saúde, porém o seu sofrimento é, comumente, silenciado.

Dejours (1987), por sua vez, esclarece que o sofrimento psíquico presente nos trabalhadores permanece praticamente não analisado. Esse silêncio revela as dificuldades desta discussão, sendo esse terreno considerado complexo, pois leva às questões ligadas à subjetividade do indivíduo.” (Dejours, 1987 como citado por Silva, 2007, p. 40).

Categoria 2 – (Des) Cuidado e autocuidado dos profissionais de saúde mental

Perguntado aos participantes sobre a existência de processos de cuidados institucionalizados aos profissionais e se adotam o autocuidado durante o acompanhamento dos casos, os entrevistados responderam:

Eu acho que esses recursos precisam ser legitimados também assim... é no sentido de que se entenda que os profissionais que lidam com a saúde mental da população, principalmente casos assim, de negligência extrema, de você entrar em contato com histórias que são muito difíceis, né? A gente precisa ter um lugar para a gente aprender a separar o que é nosso e o que do outro, pra se cuidar, né? (Sara G2).

E eu tenho aprendido assim, de 2018 pra cá, eu tenho aprendido a fazer esse cuidado comigo mesma, mas foi algo assim que eu busquei por conta própria. (Cristiane, G2).

Eu recorri às PICs e acho que essa questão assim também, pelo menos pra mim, na minha história de vida é o resgate da história, da essência da minha vida. Então como eu tenho origem indígena, numa palestra por acaso, eu ouvi falando de PICs, farmácia viva, aloterapia” (Alana, G1).

Eu fiquei a noite toda ontem pensando nas falas do atendimento de ontem, meu Deus! O quanto a gente precisa trabalhar em nós mesmo a questão física, emocional, mental, enfim... Porque é difícil e a gente nunca sabe quem a gente vai encontrar nas nossas visitas, a gente nunca sabe o que a gente vai ouvir. E então a gente pensa que tá bem que tá protegida. Quando a gente ouve algumas coisas aquilo... se a gente não tiver realmente bem aquilo fragiliza muito a gente, aquilo nos coloca numa condição de vulnerabilidade tal qual quem a gente está escutando” (Sara, G2).

Nas narrativas dos dois grupos focais não foram evidenciadas práticas de cuidados institucionalizadas dirigidas aos profissionais e assim como as práticas de autocuidado não são adotadas pela maioria.

O trabalho pode representar um espaço de criatividade, crescimento e desenvolvimento de competências, mas também pode representar um fator de adoecimento, como apontam os autores abaixo:

Assim, a categoria trabalho apresenta-se como um fator relevante na saúde mental do indivíduo e atua diretamente como fonte de saúde-doença, prazer-sofrimento, satisfação-insatisfação, dentre outras. Nesse sentido a análise do trabalho perpassa não somente pela organização do trabalho, mas também pela multiplicidade das relações objetivas e subjetivas que se estabelecem no cotidiano da relação do trabalhador. (Silva & Costa, 2008, p.88).

Desse modo, necessário se faz a reavaliação dos processos de trabalho de modo a pensar novos caminhos que possibilitem ao trabalhador um viver mais saudável, assim como a corresponsabilidade nesse processo.

Categoria 3 - Luto – Aspectos emocionais ligados ao temor da perda e a vivência da perda do paciente por suicídio – esta categoria foi escrita em formato de artigo como segue abaixo:

8.2 Artigo

Duplo luto – A (não) vivência do luto diante da perda do paciente por suicídio

Resumo

O cuidado de um paciente com comportamento suicida, muitas vezes, se inicia na emergência da crise suicida. A crise traduz-se em um período curto de desequilíbrio psicológico que ocorre quando uma pessoa vivencia uma situação perigosa ou um problema considerável e que não consegue resolvê-lo com os recursos psíquicos que usualmente utiliza. A ruptura brusca e violenta desse vínculo, ocasionada pelo cometimento do suicídio pelo paciente, implicará em um processo de luto muitas vezes negado ou ignorado por alguns profissionais. A proposta dessa comunicação se dá a partir dos resultados preliminares da pesquisa “Sentidos construídos por profissionais da saúde do SUS no cuidado ao comportamento suicida infante juvenil”, que teve como um de seus objetivos refletir sobre a especificidade do luto diante da perda de um paciente por suicídio e as implicações para o profissional da saúde do SUS. **Método:** Essa pesquisa configurou-se a partir de um desenho qualitativo, com o delineamento de coleta de dados através do grupo focal. As falas foram transcritas e analisadas através do referencial teórico fundamentado da Teoria Práticas discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano, que fundamentou a análise de discurso. **Conclusão:** A categoria luto apontou modos distintos de como os profissionais vivenciam a perda do paciente a partir do rompimento brusco e violento do vínculo, trazendo elementos que revelam distinções importantes do luto gerado a partir da perda de um paciente por motivos diversos do suicídio.

Palavras chaves: Profissionais de saúde. Comportamento suicida. Luto

**Double mourning – The (non) experience of mourning in the face of loss
of the suicide patient**

Abstract

The care of a patient with suicidal behavior often begins with the emergence of a suicidal crisis. A crisis translates into a short period of psychological imbalance that occurs when a person experiences a dangerous situation or a considerable problem and cannot resolve it with the psychic resources that they usually use. The sudden and violent rupture of this bond, caused by the patient's suicide, will lead to a mourning process that is often denied or ignored by some professionals. The proposal for this communication is based on the preliminary results of the research "Senses constructed by SUS health professionals in the care of suicidal behavior in children and adolescents" which had as one of its objectives reflect on the specificity of mourning in the face of the loss of a patient by suicide and the implications for the SUS health professional. Method: This research was set up from a qualitative design, with the design of data collection and data collection through the focus group. The speeches were transcribed and analyzed using the theoretical framework based on the Theory of Discursive Practices and Production of Meanings in Daily Life, which founded the discourse analysis. Conclusion: The grief category pointed out different ways in which professionals experience the loss of the patient from the sudden and violent break of the bond, bringing elements that reveal important distinctions in the grief generated from the loss of a patient for reasons other than suicide.

Key words: Health professionals. Suicidal behavior. Mourning

Introdução

O comportamento suicida é entendido como um continuum de ideações suicidas, automutilação, tentativas e por fim o suicídio (Botega, 2015). Isso não significa que, necessariamente, haja uma lógica sequencial ou uma graduação dos atos de forma ordenada, mas nos dá a ideia da complexidade do fenômeno. Outro ponto importante também é em relação a automutilação. Existem autores que dividem automutilação com intenção suicida e sem intenção suicida, entretanto o risco de morte está presente em ambas as situações.

O suicídio é um importante problema de saúde pública, com impactos na sociedade como um todo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS,2021) a estimativa é de que no mundo, mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio anualmente. Na população na faixa etária de 15 a 29 anos é a quarta maior causa de mortes por suicídio. É um fenômeno complexo e multicausal de impacto individual e coletivo que pode afetar indivíduos de diferentes origens, sexo, culturas, classes sociais e idades (OMS,2021).

O cuidado a um paciente com comportamento suicida, muitas vezes, se inicia na emergência da crise suicida. A crise traduz-se em um período curto de desequilíbrio psicológico que ocorre quando uma pessoa vivencia uma situação perigosa ou um problema considerável e que não consegue resolvê-los com os recursos psíquicos que usualmente utiliza nas resoluções de seus problemas pessoais (Caplan, citado por Costa, 2014).

Na crise suicida ocorre uma desordem emocional desencadeada por um acontecimento doloroso, vivenciada como um colapso existencial, quando a situação excede a capacidade pessoal de reação e adaptação revelando uma vulnerabilidade para o suicídio, que passa a ser considerado como única solução (Botega, 2015). O encontro com o profissional de saúde, se dá, em muitos casos, nesses momentos e a relação profissional-paciente constitui-se em um recurso potente no acolhimento e tratamento desses casos. Entende-se com isso que a construção do vínculo se torna um fator imprescindível para o desenvolvimento do cuidado.

A ruptura brusca e violenta desse vínculo, ocasionada pelo cometimento do suicídio pelo paciente, implicará em um processo de luto muitas vezes negado ou ignorado por alguns profissionais. O luto é uma forma de resposta diante da perda de alguém ou algo significativo na nossa vida. Nesse sentido, para que haja a perda houve antes o processo de constituição de

vínculo, de sentidos e significados dessa relação. Ante o luto é preciso que haja um outro processo, um processo de significação da perda, de construção de significado em decorrência do rompimento de um vínculo. (Franco, 2021).

De acordo Bowlby (1997), os seres humanos têm a propensão a estabelecerem fortes vínculos afetivos com os outros e ante a perda involuntária, sentimentos como ansiedade, raiva, depressão e desligamento emocional podem ser desencadeados como forma de consternação emocional e perturbação da personalidade. As pessoas enlutadas por suicídio com frequência vivem um sentimento de culpa, vergonha e silêncio autoimposto pelo medo do julgamento e pela vergonha, por pensar que falhou na prevenção ou nas ações para evitar o ato (Franco, 2021; Doka, 1996 citados por Franco, 2021).

Contudo o luto nem sempre foi entendido dessa forma. A partir do século XVII e até recentemente, era considerado como doença, segundo estudiosos europeus. Em 1944, através do trabalho de Lindemann, entendia-se que o luto podia ser elaborado e tratado mediante o encorajamento à expressão das emoções e com apenas poucas sessões o luto complicado se transformaria em luto normal. Desse modo, era enfatizado a expressão verbal do conteúdo emocional. Posteriormente pesquisadores de diversos campos de estudos reconheceram a importância do trabalho do luto (psiquiatria, psicanálise, antropologia, sociologia etc.), propiciando a emergência de variadas abordagens, inspiradas em técnicas distintas, como a arte e dispositivos grupais. (Parkes, 2011a, 2011b, 2021, citados por Franco, 2021).

Em *Luto e Melancolia*, Freud (1917) atribui dois destinos ao processo de luto: a elaboração ou a melancolia. Nessa obra, faz uma distinção entre os dois processos e considera a elaboração como a recuperação da libido e a volta ao interesse no mundo externo, enquanto o fracasso dessa elaboração implicaria a queda na melancolia. O autor ainda faz referência a uma terceira possibilidade que seria a recusa da perda, que poderia levar a uma psicose alucinatória, porém o que se tornou regra geral da teoria foram os dois destinos: elaboração bem-sucedida ou a melancolia. Ao fazer a comparação entre melancolia e luto, Freud (1917) focaliza a atenção na perda tanto de uma pessoa ou de um ideal e teoriza que algumas pessoas reagem a isso apresentando um quadro de melancolia, atribuída a uma predisposição patológica. Já no luto, espera-se que, após um tempo, o interesse pela vida seja recuperado.

Na perspectiva de Franco (2021), as publicações a partir das três últimas décadas do século XX, abordam formas de pensar o luto, de maneira divergente da postulação inicial de Freud. Assim, a proposta de elaboração do luto ou trabalho do luto feita pelo psicanalista teve

uma contribuição importante para a compreensão do fenômeno e seu manejo. Para a autora, o foco principal de Freud era a melancolia, sendo o luto compreendido e definido como uma vivência esperada diante da perda de uma pessoa ou abstração significativa.

Luto à brasileira

Na contemporaneidade o foco está mais centrado na separação entre o luto como processo decorrente de uma perda, que implica em necessidades adaptativas, e o luto que exige atenção devido ao sofrimento vivido por aqueles que são afetados, identificando os fatores de risco e de proteção, o que tem contribuído para a atenção aos aspectos plurais da cultura. As explicações, os rituais de passagem entre a vida e a morte e o processo de enlutamento variam de acordo com cada sociedade e suas diferenças culturais, e religiosas, incluindo as circunstâncias em que a morte ocorre, é o que aborda Franco (2021).

Segundo a autora, no Brasil, ao tratar sobre o luto uma importante questão que deve ser considerada é a ancestralidade expressa no luto do povo brasileiro, composto por distintas etnias (indígenas, africanos, ingleses, franceses holandeses) e que a esses somam-se suas crenças tanto no panteísmo, como em religiões de matriz africana, como no catolicismo e judaísmo. A partir do século XIX chegaram ao Brasil italianos, alemães e espanhóis. No início do século XX, houve também a imigração de japoneses e povos de origem árabe, acrescentando o xintoísmo e islamismo no caldo cultural. Recentemente os haitianos e venezuelanos trouxeram também suas referências culturais contribuindo para um aspecto multicultural desse processo na nossa realidade (Franco,2021).

Para a autora, a coexistência dessa pluralidade de significados e rituais exige, no mínimo, uma flexibilidade sociológica e teológica e nos adverte quanto a importância de uma abordagem culturalmente sensível ao enlutado, defendendo a necessidade de estarmos cientes da nossa construção cultural a fim de sermos empáticos. Assim, a forma como cada um desses povos entendem, ritualizam e atribuem significados à morte são plurais, e por isso Maria Helena Franco questiona, no seu livro *O Luto no Século 21*, se, de fato, existe um luto brasileiro.

Luto na pandemia do Covid-19

Um outro aspecto a ser considerado diz respeito às novas possibilidades proporcionadas pelas tecnologias como a vivência e simbolização do luto pelas redes sociais ou nas relações virtuais. No contexto da pandemia do Covid 19, o risco de contágio, as mortes mais frequentes

do que aquelas que estamos acostumados, o isolamento, os ritos de despedida, demandaram outras formas de expressão do luto diferentes daquelas que culturalmente seriam praticados e que são integrantes do processo de luto. Situações assim são favoráveis ao desenvolvimento do luto complicado, que significa um processo de luto mais intenso e duradouro.

Em situações de pandemia, a proximidade com a morte e a forma inesperada como acontece pode trazer implicações para a elaboração do luto considerado normal. Situações dessa ordem podem provocar transtornos psicológicos em quem passa por esse tipo de perda. Desse modo, o processo de luto sofre atravessamentos que podem intensificar o risco de agravamento do sofrimento psíquico individual e coletivo.

Em alguns países asiáticos, em especial na China, qualquer ritual de despedida aos mortos foi proibido, para reduzir o risco de contaminação. Nos países europeus, como a Itália como exemplo, os funerais foram restritos a poucos presentes para o ritual de velório, do sepultamento ou cremação. O Brasil também seguiu a orientação de poucos presentes nessas cerimônias, conforme as recomendações sanitárias (Cogo, 2020).

É possível, portanto, pensar em uma especificidade no luto vivido em consequência da Covid-19 por ter tido a limitação da participação em rituais devido às normas de biossegurança, o que demandou ações terapêuticas criativas por parte dos profissionais de saúde. Entretanto, é importante dizer que o luto coletivo não atende às necessidades de experiência de um luto individual. A literatura aponta que há aspectos e significados de um luto individual que não ocorrem na vivência coletiva.

Para lidar com a questão no período pandêmico, o uso das tecnologias, como o recurso da internet, tem possibilitado que as pessoas e a comunidade enlutada expressem seu luto através de homenagens, reuniões e cerimônias virtuais. Atualmente, a prática de velórios virtuais e a preservação das páginas pessoais nas redes sociais mesmo após a morte do titular da página, indica que existem diversas formas de vivência e expressão do luto (Borghi et al., 2018, citados por Franco, 2021; Bousso et al., 2014; Cogo et al., 2020; Franco, 2021; Frizzo et al., 2017).

Luto por suicídio

O processo de luto inicia-se a partir da cessação de uma situação conhecida e significativa quer seja por morte ou mesmo naquelas em que não há a morte concreta, mas é

vivido como se houvesse. Importante compreender que são variadas as formas de manifestação do luto relacionadas a diferentes tipos de perda, como as perdas próprias do desenvolvimento humano, a do ninho vazio em que o casal ou um dos pais vivencia a fase da saída dos filhos de casa, divórcio, rompimento amoroso, aposentadoria, perda do emprego, o que gera a necessidade de adaptação. São, portanto, perdas da vida cotidiana, mas que produzem impactos em quem está lidando com a situação. Alguns autores abordam sobre as fases do luto, mas os críticos dessas teorias alegam a falta de apoio empírico para validá-las, entendem que precisam de mais interrelação das várias manifestações do luto para além das convencionais como choro, tristeza e negação (Casellato, 2020; Franco, 2021).

No que tange à perda de um paciente por suicídio entende-se que difere da perda de um paciente por outras causas. No primeiro, a ruptura do vínculo se dá de forma abrupta e violenta, normalmente acompanhada do sentimento de culpa e de autocobrança do profissional por achar que deixou de fazer algo para evitar o ato.

Nesses casos, geralmente, ao receber a notícia da morte do paciente, o profissional faz uma espécie de um *check list* da condução clínica anterior ao fato, para ver se deixou de realizar algum procedimento que evitasse a ação. Normalmente esse processo é seguido de muita culpabilização e autoquestionamentos quanto à sua competência técnica no cuidado do caso. Esse movimento se dá repetidas vezes, mesmo tendo se passado muito tempo e até muitos anos. O profissional sempre se questionará mantendo muitas vezes um diálogo interno para se convencer que, de fato, não havia nada que pudesse ter feito para evitar o ocorrido. Alguns sentem a necessidade de ter a garantia da família do falecido de que não teve culpa da situação.

Somado aos sentimentos citados acima, ocorre também a vergonha diante dos colegas por achar que fracassou na sua missão enquanto profissional da saúde, que é o de “salvar vidas”, e, com receio do estigma que muitas vezes sofrem sendo apontados como “aquele que perdeu o paciente”, recorrem ao segredo e silenciamento da sua dor.

Outro aspecto dessa situação refere-se ao *luto não reconhecido*, cujas experiências de luto não são reconhecidas nem pelo enlutado nem pela sociedade. Casellato (2020) diz que esse fenômeno é mais frequente em situações de perdas ambíguas e em processos psíquicos defensivos relacionados aos aspectos intersociais e intrapsíquicos de alguns tipos de perdas. Citando Doka (2002), a autora refere que o não reconhecimento pode ocorrer quando há a inibição do luto por parte da sociedade que estabelece as normas de forma implícita e explícitas

de quando, por quem, quem, onde e como se enlutar. Trata-se, portanto, de uma negação ao direito de enlutar-se àquelas pessoas cujas perdas e relacionamentos são considerados insignificantes ou que revelam capacidades insignificantes de se enlutar.

O profissional da saúde que perde o paciente por suicídio, na maioria dos casos, além de anestesiá-lo seu sofrimento, precisar acolher a família do usuário e lidar, muitas vezes, com a raiva e rejeição destes e ainda assim, seguir no seu trabalho cuidando de outros usuários em processo de crise suicida, já que a demanda nos serviços de saúde é alta e como o luto não é legitimado, segue emendando um luto ao outro, mas não sem sofrer consequências psíquicas e relacionais por isso.

Casellato (2020) afirma que anestesiá-lo esse processo pode proporcionar um alívio momentâneo, porém não facilita o processo de elaboração das perdas e cita Parkes (1998) ao dizer que o medo está relacionado à perda do mundo conhecido, seguro e confiável. Para o autor a dor da perda é o preço que se paga pelo amor.

O adoecimento laboral é muito comum nessa categoria, é preciso se pensar estratégias de cuidado e acolhimento desses trabalhadores proporcionando um espaço de escuta e legitimação da sua dor, evitando que recorram ao silenciamento e não legitimação do seu sofrimento.

A complexidade que envolve a temática do suicídio e os múltiplos fatores relacionados motivaram a pesquisa intitulada “Sentidos construídos por profissionais da saúde do SUS no cuidado aos casos de comportamento suicida em crianças e adolescentes”. A partir da coleta de dados e análise preliminar dos achados empíricos fomos motivadas a publicar uma categoria que emergiu com destaque nas falas dos participantes da pesquisa, a saber: *Aspectos emocionais ligados ao temor da perda e a vivência da perda do paciente por suicídio*. A temática do luto e do suicídio são pouco abordados nos cursos de graduação da área da saúde, o que contribui para a inabilidade destes na escuta, atenção, manejo e prevenção dos casos de comportamento suicida e no cuidado aos enlutados. Acredita-se que por serem temas tabus sejam pouco estudados.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, do tipo analítico. O público-alvo foi composto por profissionais da saúde que trabalham em um Centro de Atenção

Psicossocial e profissionais que atuam no Núcleo de Atenção à Saúde da Família – NASF no Estado da Bahia. Para a coleta de dados foram realizados dois grupos focais em datas distintas, sendo o primeiro com os profissionais do Capsi e o segundo com a equipe do NASF. O critério de inclusão foi profissionais da saúde com no mínimo 1 ano de experiência e o de exclusão aqueles que estivessem em gozo de licença maternidade, licença prêmio, licença para interesse particular ou licença para tratamento de saúde.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública com o número do CAAE 4067.5920.0.0000.5544 com data de aprovação em 03 de março de 2021, em Salvador-BA. Sendo respeitados os aspectos éticos e seguindo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), todos os indivíduos foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) atende crianças e adolescentes com transtornos mentais persistentes e severos que apresentam intenso sofrimento psíquico. O NASF [Núcleo de Apoio à Saúde da Família, atua apoiando as Equipes de Saúde da Família e as equipes da Atenção Básica. Nos dois serviços os cuidados de saúde são ofertados através de equipe multiprofissional. Os grupos focais foram realizados em dias diferentes com as equipes separadamente. Para a realização destes foram utilizados gravação de imagens e áudios.

A coleta de dados ocorreu nos dias 22 de junho e 13 de julho de 2021 e foi iniciada somente após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido feita pela pesquisadora e após a assinatura e consentimento pelos participantes. Após a coleta, os dados foram transcritos considerando a comunicação oral e não oral, e a análise foi realizada na perspectiva da Análise de Práticas Discursivas e Produção de Sentido, tendo como referencial teórico o Construcionismo Social, que visa compreender o conhecimento não a partir de construções conceituais que ao longo do tempo foram transformando-se em crenças, mas a partir do que se constrói através das práticas interativas.

Para Gergen (1985, citado por Spink, 2013), a investigação socioconstrucionista preocupa-se sobretudo com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo a si mesmos) em que vivem. Desse modo, buscou-se uma investigação cujo lócus da explicação decorresse dos processos interativos que acontecem entre os profissionais da saúde, atuantes na rede pública e entre os

usários e familiares atendidos nos dispositivos de saúde pesquisados, durante o processo de escuta e atenção aos casos de comportamento suicida na infância e adolescência.

Resultados

O grupo focal 1 foi composto pela equipe do CAPSi, realizado no dia 22 de junho com 7 participantes. O grupo 2 composto pela equipe do NASF, com o total de 4 participantes. Os grupos foram realizados presencialmente, os locais da coleta foram selecionados levando em conta as medidas sanitárias, os participantes mantiveram o uso de EPI's durante toda a atividade e os aspectos éticos foram preservados.

O material coletado nos grupos focais foi analisado e transformado em unidades de sentidos buscando responder à questão: *Como lidam com a perda do paciente por suicídio?*

Importante relatar um fato observado durante o grupo focal ocorrido antes mesmo que a pergunta acima fosse feita. Lauro, um dos participantes, dialogava sobre suas considerações a respeito do suicídio, quando passou a relatar sobre a perda de um familiar por suicídio. O contato com a temática o fez recordar a dolorosa experiência.

O profissional da saúde que lida com o comportamento suicida, muitas vezes, atualiza alguns lutos familiares ou de pessoas próximas quando já passado pela experiência de ter perdido alguém nessas circunstâncias e isso, em alguns casos, remete a um diálogo interno crítico e severo muito comum em quem vivencia esse tipo de perda que é: *Será que eu poderia ter feito algo para impedir?*

Lauro traz isso muito explícito em sua narrativa: [...] *me faz pensar nas histórias de suicídio na minha família, né, num caso muito próximo de suicídio no núcleo familiar e como, assim, hoje eu sei que eu não poderia, podia ter ajudado, não dá para voltar atrás pra pensar nisso.* (Lauro, G1). Nota-se que ao corrigir o tempo do verbo, a ambiguidade aparece na fala de Lauro, denotando a existência de um conflito interior.

Para Franco (2021, p.145), *“a ambiguidade nas emoções, a roda-viva de perguntas sem respostas, a sensação de viver como em um labirinto com pistas falsas, que levam a não encontrar saída e a voltar para o mesmo ponto de partida”*. O profissional que atende casos dessa natureza adentra o território da ambivalência assim como o seu assistido que padece do conflito entre o desejo de morrer e o desejo de viver.

Lauro, seguindo nas suas reflexões sobre a perda, aborda agora sobre a sua experiência de perder um paciente nessas condições:

E acho isso uma boa posição e ao mesmo tempo uma boa posição também é contar com os outros com a equipe. Se eu me sinto responsável, eu digo isso porque eu tive no consultório o paciente que se suicidou que tava sob a minha tutela e a do psiquiatra e suicidou um dia, dois dias depois de...de... ou uma semana depois de uma consulta, ou última consulta lá. Você fica numa vibe assim das culpabilizações, do que eu podia ter feito, agir assim, assado. Você tá muito solitário, se você tá em equipe você sabe que a responsabilidade é dividida. (Lauro, G1)

Aqui o participante traz dois aspectos importantes no manejo clínico dos casos de comportamento suicida. O primeiro aspecto é a solidão de quem cuida. Botega (2015, p.161), ao falar sobre a rotina de um psiquiatra atendendo um caso de crise suicida, diz: *“Todos carregamos para casa algumas das pessoas que atendemos, como acontece com esse médico no fim de seu plantão. Ele está suportando, solitariamente, o ônus emocional de se sentir o único responsável pelo que vier acontecer, e teme que a paciente se mate”*.

Para Lauro o trabalho em equipe torna suportável essa difícil tarefa do cuidado a esses casos, uma vez que profissional é levado a trilhar pelo território da ambivalência onde o desejo de morte e o desejo de vida presente no assistido se alternam o tempo todo. A fala do técnico evidencia a potência do trabalho em equipe para esses casos que são de muita complexidade e que requerem ações que contemplem essa complexidade.

O trabalho desenvolvido nos CAPS e nas equipes do NASF é na perspectiva de equipe interprofissional, o que favorece o compartilhamento do cuidado e manejo dos casos. Essa modalidade de trabalho constitui-se não só como um suporte ao usuário, mas também como importante recurso para o profissional. O segundo aspecto que o participante traz em sua fala diz respeito ao sentimento de culpa que o profissional sofre quando o paciente se mata. Para Fukumitsu (2013), a intensidade das emoções é evidenciada nos relatos dos enlutados sobre suas vivências de culpa, raiva, vergonha e dúvidas sobre o controle da própria vida. A fala de Lauro encontra amparo na narrativa de Cibelle, participante do grupo focal n. 2:

Falo pensando em um paciente que eu acompanhei por muito tempo no Caps Ad e o fim dele foi esse mesmo, porque ele sempre trilhava isso e em alguns momentos eu junto com a equipe conseguia reverter a situação, mas teve uma vez que foi o que levou ao ato e ele...se suicidou mesmo. Eu lembro que ele

tinha acabado de sair de um atendimento e eu tenho plena consciência, acho que tem 15 anos isso, foi muito ruim pra mim, foi a primeira vez que eu perdi um paciente e é um caso que eu me lembro bem sempre pensando assim: “Tudo o que estava ao meu alcance foi feito”, porque senão é muito pesado para o profissional, não é? A gente achar que foi algo que eu disse ou foi algo que eu não disse, porque para alguns isso é bem claro de que esse é o caminho.

No relato sobre a morte do paciente, Cibelle enfatiza que a condução clínica foi compartilhada pela equipe como se precisasse reafirmar para si e para os ouvintes que não cuidou do caso sozinha, porém mais à frente ela refere o diálogo interno que o acompanha sempre que lembra do ocorrido e que a faz se interrogar se havia, de fato, feito tudo que estava ao seu alcance? Nota-se novamente a ambiguidade presente no discurso dos participantes, pois ainda que tenha referido que o trabalho foi em equipe, avalia de forma individual a sua condução no caso.

Vê-se que sentimento de culpa sempre ronda o profissional que perde um paciente por suicídio e este viverá essa roda-viva de perguntas que nunca serão respondidas, prendendo o profissional nesse ciclo de autoquestionamento sempre que recorda o fato.

Pô! A gente fica nesse processo de dizer: ‘Puxa, a culpa foi minha, eu que estava mais perto podia ter evitado’ [...] é, eu acho que o profissional tem que ter ciência de que usou todos os recursos possíveis, que investiu no caso, que fez o investimento, que foram feitas várias tentativas, mas que enfim teve um desfecho que não era o que aguardava, mas acho que para o profissional fica sempre esse processo de culpabilização. (Cibelle, G2).

Isso se repete no depoimento de Luísa, que se sente responsabilizada diante da suposta notícia do suicídio do paciente (Luísa, G2).

Quando Luísa falou isso a gente estava no carro, não foi? Ai você falou: “Meu Deus, meu paciente acabou de cometer suicídio e agora, perdi meu paciente! (Soraia, G2).

É a primeira coisa que a gente pensa enquanto profissional é isso: Errei, eu errei com o meu paciente! ‘Por que? Porque ele foi às “vias de fato” de uma coisa que eu estava acompanhando, então eu falhei nesse momento, a falha é minha’. A gente assume muito essa responsabilidade da nossa falha. (Luísa, G2).

Luísa experimenta um sofrimento intenso enquanto reflete a situação, sentindo-se responsabilizada pelo ocorrido, coloca em xeque a sua competência profissional, o que possivelmente contribuirá para sentir-se insegura no acompanhamento dos novos casos. A questão que aqui se apresenta é qual o suporte é dado ao profissional em situações como essa? Em que se amparam para seguir no manejo dos demais casos? Que percurso essa dor tomará? Quando e como elaboram? Elaboram?

Marina, integrante do grupo 1 pede a palavra e diz:

O sofrimento do luto dá uma sensação de fracasso, como se... depois que lutou... nadou, nadou e morreu na praia, porque a intenção é ajudar aquela criança, aquele adolescente a sair daquele quadro, né? [...] então quando um jovem, ou a criança, um paciente está sendo tratado vem a cometer, dá um sentimento de tristeza: “Poxa... eu fracassei, não consegui”.

O sentimento de fracasso pode estar relacionado à formação do profissional da saúde que é preparado para “curar”, “salvar vidas”, o que alimenta um sentimento de onipotência, muitas vezes, presente na relação profissional-paciente, colocando-o na posição de salvador, assumindo um papel que não poderá suportar. Para Liberato (2015), é importante aprender a conhecer e respeitar os próprios limites como uma atitude de cuidar de si, do outro e da qualidade da relação. A autora pontua que qualquer expectativa que ultrapasse aquilo sensibiliza demandas de onipotência e impotência, tanto para o profissional quanto para o paciente.

As narrativas dos participantes revelam uma lacuna existente na formação dos profissionais da saúde que, em sua grande maioria, não contempla na graduação temas ligados a suicídio e morte, o que contribui para a inabilidade na condução dos casos. Isso fica evidente no diálogo transcrito no grupo focal 2:

Eu acho que eu passei por isso recentemente, um paciente que eu tive lá em fevereiro, mais ou menos. E aí esses cursos de internet que a gente faz de automutilação, de tentativa de suicídio, a gente lê lá tudo bonitinho, acha que vai ser né, uma maravilha, ver o que a gente vai falar e tal, aí recebo uma ligação de um paciente, ele já hospitalizado porque ele tentou o suicídio, aí é o que Cibelle falou, né? Eu falei: “Meu Deus, o que foi que eu fiz”. (Luísa, G2)

Errei! (Soraia, G2)

Onde foi que eu errei, meu Deus?! (Luísa, G2)

A autocobrança e o sentimento de ter feito algo que contribuiu para o trágico desfecho, é comum nos relatos de quem passa por esse tipo de perda, responsabilizando-se pela decisão do paciente. Para os autores Ruckert et al (2019), o suicídio é considerado como um evento devastador para os profissionais da área da saúde, sendo considerado por alguns como o mais perturbador da carreira profissional.

Considerações Finais

Entende-se que nos casos de comportamento suicida, o profissional da saúde vivencia um processo que guarda certa similaridade com aquele que ocorre no luto antecipatório, quando se percebe um movimento em direção à perda e outro em direção à restauração, situação em que ocorre ambivalência de sentimentos, ou seja, a esperança de cura associada à percepção de que esta não será possível. Um processo dual também é vivenciado por quem cuida de pessoas com comportamento suicida e que o coloca no terreno da ambivalência, que é manter a esperança de que o paciente irá superar a crise e a clara percepção de que a morte deste pode ocorrer a qualquer momento.

Avalia-se que quem atende pessoas nessa condição vivencia um processo de *iminência constante do luto*, uma vez que a ruptura do vínculo se torna uma ameaça presente durante todo o processo do cuidado, sendo intensificada a cada crise. Essa condição implicará em lidar com sentimentos de superação e ameaça da perda alternadamente, o que significa uma condição laboral desenvolvida sob forte estresse.

Outro aspecto importante a ser destacado é a especificidade do luto pela perda de paciente por suicídio, que difere da perda de paciente por outras causas. Em situações da perda por suicídio, o profissional tenderá a lidar com a busca constante de pistas não identificadas, avaliando se teria deixado de perceber algo que indicasse a ação do paciente, o que gera, muitas vezes, um diálogo interno crítico e severo. Muitos lidam com o estigma e a vergonha de ter perdido um paciente nessas circunstâncias sendo acometidos, em geral, por um sentimento de fracasso. A autocobrança e culpa também são sentimentos frequentemente relatados.

Por fim, destaco a complexidade em se trabalhar, concomitantemente, com o tema da morte e do suicídio, constituindo-se, portanto, um duplo tabu que envolvem preconceitos, silenciamentos sobre o tema e estigmas. Geralmente vivenciam o *luto não reconhecido*, entendido este quando a pessoa experiencia uma perda que não pode ser admitida abertamente, ser expresso ou socialmente suportado. Como aponta a literatura, o não reconhecimento pode ocorrer quando a sociedade inibe o luto estabelecendo “normas” explícitas ou implícitas de quando, por quem, quem, onde e como se enlutar. Consequentemente, tais regras culminam em negar o direito de enlutar-se àquelas pessoas cujas perdas e relacionamentos são considerados insignificantes ou que apresentam capacidades insignificantes de se enlutar.

Contrariamente ao suporte social necessário ao enlutado, tais pessoas são isoladas diante de um silêncio tácito em resposta à sua dor e/ou sua forma de expressá-la. O que se evidencia a necessidade de se pensar estratégias de cuidados a esses profissionais que muitas vezes não reconhecem seu processo de enlutamento. É preciso pensar espaços de apoio e suporte para a legitimação dessa dor nos ambientes laborais.

Na relação com a família do paciente alguns pontos se entrelaçam e nos chamam a atenção: o sentimento de culpa presente nos dois lados; a busca por pistas é uma constante tanto pelo técnico quanto pela família; a necessidade de escutar muitas vezes que foi feito o que foi possível e que a escolha é sempre do indivíduo; o diálogo interno crítico e severo e o constrangimento pela perda por suicídio. Compreender que não tem o controle da vida de seu paciente e que a morte deste pode ocorrer a qualquer momento, mesmo nas situações, e, talvez, principalmente, em que a melhora se mostra de forma significativa, é fundamental para quem lida com esses casos.

Desse modo, a partir da análise da categoria Luto, compreende-se que há uma especificidade no luto ocasionado pela perda de paciente por suicídio, decorrente das situações acima explicitadas. Existe um processo de sofrimento que o profissional vivencia durante o atendimento aos casos de comportamento suicida em que, devido à iminência do risco da perda, o profissional pisa nas bordas do território do luto e vivencia uma espécie de antecipação deste, experimentando o que considero ser um *processo de iminência do luto*.

O trabalhador da saúde se vê preso nas engrenagens da crise suicida, em que ocorre, simultaneamente, a possibilidade de superação desta e a ameaça constante da morte do seu paciente. Desse modo, o cuidado a esse público contempla a vivência de sentimentos de

ambivalência, oscilando entre ora acreditar na superação da crise, por parte do paciente, ora preparando-se para a possibilidade da ocorrência da sua morte, o que consiste em um grande desafio para quem exerce o cuidado a essas pessoas, já que a aposta no indivíduo é fundamental para a condução clínica do caso. Trabalha-se, portanto, na perspectiva da solidificação do vínculo terapêutico, o que envolve afetos, mas ao mesmo tempo no entendimento que a ruptura deste é uma possibilidade constante.

O profissional, ao atender casos de comportamento suicida e lidar com a iminência da morte do paciente de forma contínua, já está submetido a um processo de luto. Havendo a ocorrência dessa morte, passa a vivenciar uma condição de sobreposição de lutos, ou seja, um duplo luto. Em nossa perspectiva, cuidar desse processo é fundamental para proporcionar um espaço de elaboração e acolhimento, de modo a permitir que o trabalho do luto aconteça e a força dos processos de trabalho no campo psicossocial possa seguir, com sua potência de construção de vínculos, junto à usuários e familiares.

REFERÊNCIAS

- Botega, N. J. (2015). *Crise Suicida: Avaliação e Manejo*. Artmed
- Bouso, R. S. (2014). Uma nova forma de luto: os efeitos da revolução tecnológica. *ComCiência, Campinas*. N.163. http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542014000900008&lng=pt&nrm=iso
- Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (3a ed.). Martins Fontes.
- Casellato, G. (2020). *Luto por perdas não legitimadas na atualidade*. Ed. Summus. São Paulo.
- Casellato, G. (2015): *O Resgate da Empatia – Suporte Psicológico ao Luto não Reconhecido*. Ed. Summus.
- Cogo, A. S. et al. (2020). Processo de luto no contexto da Covid-19. In. D.S.Noal, M.F.D Passos , C. M,Freitas. *Recomendações e Orientações em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19*. Fiocruz.
- Costa, I. I. (2014). *Sofrimento Humano, Crise psíquica e Cuidado: Dimensões do Sofrimento Humano na Contemporaneidade*. Editora Universidade de Brasília. UNB.
- Franco, M.H. - (2021) *O luto no século 21 – Uma compreensão abrangente do fenômeno*. Ed. Summus Editorial.
- Freud, S. Luto e melancolia (1917). In. *A história do movimento psicanalítico: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos* (1914-1916). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão.

- Frizzo, H. C. F. et al. (2017). Mães enlutadas: criação de blogs temáticos sobre a perda de um filho. *Acta Paul. Enferm.* 30(2) 116-121. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700019>
- Fukumitsu, K. O., & Kovács, M. J. (2016). Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico*, 47(1), 3-12. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.1.19651>.
- Liberato, S. (2015). O luto do profissional de saúde. In. G. Casellato (Org.): *O Resgate da Empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido* – Ed. Summus editorial.
- Organização Mundial de Saúde. (2021). Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS),. Suicídio. <https://www.paho.org/pt/topicos/suicidio>.
- Ruckert, M. L. T.; Frizzo, R. P., & R., M. (2019). Suicídio: a importância de novos estudos de prevenção no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(2), 85–91 <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190013>.
- Spink, M. J. P., & Medrado, B. (2013). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 22-41). São Paulo, SP: Cortez

8.3 Produto



Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Mestrado em Psicologia e Intervenções em Saúde

Cuidando de quem cuida: acolhimento, atenção e escuta aos profissionais da RAPS que atendem casos de comportamento suicida em crianças e adolescentes

Proposta de intervenção decorrente da pesquisa Sentidos Construídos por Profissionais da Saúde do SUS na Atenção e Escuta aos Casos de Comportamento Suicida em Crianças e Adolescentes, do mestrado de Psicologia e Intervenções em Saúde realizada pela mestrandia Lícia Cristiane Leony tendo como orientadora Dr^a Milena Lisboa.

Salvador- BA

2022

Apresentação da instituição

A Saúde Mental de Crianças e Adolescentes passou a ser introduzida sistematicamente na agenda da saúde pública a partir da aprovação da Lei nº 10.216 e com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ambas em 2001. No ano de 2002, a Portaria de nº 336 introduziu no SUS um novo dispositivo específico para a atenção psicossocial de crianças e jovens: O Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSi), sendo o primeiro serviço público voltado para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Os serviços que haviam anteriormente eram, em sua maioria, ligados a serviços universitários sem a missão de atendimento universal da população brasileira. (Brasil, 2007).

A Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 garante os direitos das pessoas com transtornos mentais e estabelece, no âmbito do SUS, uma nova forma de atenção, assegurando o direito ao cuidado em serviços comunitários de saúde, representando uma mudança de paradigma no cuidado para pessoas em sofrimento psíquico, incluindo pessoas em uso nocivo do crack, álcool e outras drogas (Brasil,2001).

No final de 2011 foi instituída pela Portaria nº 3.088 a Rede de Atenção Psicossocial. A referida Portaria define os componentes, pontos de atenção e como devem ser os serviços especializados, havendo assim, um grande avanço em relação à implantação da rede de serviços comunitários/territoriais de saúde mental (MS,2011).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta pelos seguintes dispositivos: Atenção Básica, Atenção Especializada (CAPS I, CAPSi, CAPS II, CAPS III, CAPS AD II e CAPS AD III), Atenção Hospitalar, e demais pontos de atenção instituídos no território. Também faz parte da RAPS e atende o público infantojuvenil a UPA Infantil e a Casa de Atenção à Saúde da Criança que oferta cuidados de saúde na perspectiva ambulatorial. (Brasil,2011).

O Capsi foi inaugurado em 2015 e desde então oferta cuidados de saúde na perspectiva intersetorial, de base territorial, ao público infantojuvenil considerando os contextos de vida da população atendida. O cuidado a crianças e adolescentes com comportamento suicida e suas famílias tem sido realizado na perspectiva da atenção psicossocial, através do acolhimento, escuta e atenção integral, o que exige a realização do manejo junto aos dispositivos da RAPS.

1.1 Território

O Município onde a pesquisa foi realizada, está localizado no litoral norte do Estado da Bahia, situa-se a perto da capital do Estado e ocupa larga extensão territorial sobre a qual habitam mais de 300.000 pessoas, possuindo uma densidade demográfica de cerca de 300 hab./km², aproximadamente, segundo dados do IBGE (2010). O município é dividido em três distritos, o primeiro refere-se ao perímetro urbano da sede, onde a população é majoritariamente urbana os outros dois distritos têm territórios urbanos e rurais, conforme o Plano de Saneamento Básico do Município (2014).

A política de Saúde amparada na Política Nacional da Atenção Básica, assume como política a consolidação da Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturante da Atenção Básica e Reorganização da Rede Municipal de Saúde. Os valores que orientam a política têm como pilares a universalidade no atendimento, a integralidade da atenção, a resolubilidade e a humanização no atendimento. Compreende o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural e tem a Saúde da Família como prioridade para sua organização, de acordo os preceitos do Sistema Único de Saúde, segundo o Plano Municipal de Saneamento Básico do município (2014).

O documento estabelece como fundamentos: I. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; II. efetivar a integralidade em seus vários aspectos: integração de ações programáticas e demanda espontânea; III. desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde ; IV. valorizar os profissionais da saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V. realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação e VI. estimular a participação popular e o controle social.

No que tange ao saneamento básico, o município apresenta cerca de 65 % de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 24% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 22 % de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). (IBGE,2010).

Quanto a trabalho e renda, na comparação com os outros municípios do Estado, ocupava as posições relevantes.. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, metade da população da população foi avaliada nessas

condições. A pirâmide etária do município apresenta maior concentração na faixa de 25 a 29 anos. O município se destaca como uma cidade industrial (IBGE, 2010).

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de aproximadamente 15 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.2 para cada 1.000 habitantes.. No quesito educação a taxa é de 6 a 14 anos de idade (IBGE, 2010).

Observando os óbitos por residência segundo causas externas no referido município, no período de 2009 a 2018, chama atenção o ano de 2015 com 13 óbitos por suicídio ocupando o 4º lugar em número de óbitos por causas externas de acordo o Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

O aumento de casos de adolescentes com condutas autolesivas tem se refletido no aumento da demanda por tratamento no Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil situado no território. As condutas autolesivas, muito comuns entre adolescentes, podem, ou não, ser caracterizadas como comportamento suicida, já que existe a autolesão sem intenção suicida, mas que merece igualmente muita atenção, visto que são sinais de sofrimento e podem contribuir para o aumento do risco de suicídio.

1. Identificação da Demanda e Justificativa

O comportamento suicida é compreendido como um continuum de autoagressões que envolve ideação, planejamento, tentativas, atos suicidas e o suicídio consumado. Desse modo, tem-se em um dos extremos a ideação (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar) e, no outro, o suicídio consumado. As autolesões não suicidas podem ser compreendidas como parte desse espectro, porém, não há consenso sobre isso na literatura. Trata-se, portanto, de um fenômeno complexo, multifatorial e multicausal, tal qual outras manifestações de violência. (Guevara, Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005; Silva Filho & Minayo, 2018).

A Organização Mundial da Saúde estima que por ano cerca de um milhão de pessoas percam a vida em decorrência do suicídio, o que corresponde a uma morte a cada 40 segundos. Em 2019, mais de 700.000 pessoas morreram por suicídio: uma em cada 100 mortes. Entre os jovens de 15 a 29 anos, foi a quarta causa de morte depois de acidentes de trânsito, tuberculose e violência interpessoal. Mais de duas vezes mais homens morrem devido ao suicídio do que mulheres (12,6 por 100.000 homens em comparação com 5,4 por 100.000 mulheres). As taxas

de suicídio entre homens são geralmente mais altas em países de alta renda (16,5 por 100.000). Para mulheres, as taxas de suicídio mais altas são encontradas em países de renda média-baixa (7,1 por 100.000) (WHO,2020).

Em termos globais o suicídio é responsável por 1,4 % do total de mortes. Os índices variam bastante de país para país. Na África (11,2 por 100.000), na Europa (10,5 por 100.000) e no Sudoeste Asiático (10,2 por 100.000) eram superiores à média global (9,0 por 100.000) no ano de 2019. Nos últimos 20 anos as taxas de suicídio caíram entre 2000 e 2019, registrando a taxa global de 36%, com diminuições variando de 17% na região do Mediterrâneo Oriental a 47% na região europeia e 49% no Pacífico Ocidental. Entretanto, na Região das Américas, as taxas tiveram um aumento de 17% nesse mesmo período. Estima-se que os investimentos na prevenção, nesses países, sejam baixos. De acordo a OMS, 38 países priorizam em suas agendas ações de prevenção (WHO, 2020).

No Brasil, cerca de 12 mil pessoas tiram a própria vida por ano, chegando a 6% da população, contabilizando 1 morte a cada 46 segundos. No mundo, as notificações apontam para 1 morte a cada 40 segundos. Segundo dados nacionais epidemiológicos, há uma tendência de crescimento na prevalência de ideação suicida e na incidência de suicídio na população na faixa etária de 10 a 19 anos (Soares et al, 2020). Na faixa de 15 a 29 anos, o suicídio é uma das principais causas de mortes (Brasil, 2019).

Não obstante o suicídio ser uma das dez causas mais frequentes de morte na população mundial, estando em terceiro lugar no grupo etário de 15 a 44 anos de idade e o aumento nas últimas décadas, principalmente entre jovens e idosos, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), ainda existe um silenciamento em torno do assunto. Se por um lado há um alarde sobre os riscos dos adolescentes se autolesionarem, por outro existe a inabilidade e o silêncio amedrontadores quando se tem que lidar com o comportamento suicida nessa fase da vida. (Silva Filho & Minayo, 2018).

O suicídio é definido como dar fim à própria vida voluntariamente. Não há uma causa específica para o problema, sendo resultado de múltiplos fatores de ordem ambiental, cultural, biológico, psicológico, político que impactam a vida do sujeito. Importante considerar que a dinâmica da sociedade e suas práticas contribuem para a emergência do fenômeno.

A crise suicida ocorre, normalmente, quando há uma dor psíquica, um sofrimento intolerável que leva a uma turbulência emocional vivenciada como um colapso existencial. (Botega,2015). Decorrente disso, pode surgir o desejo de interrupção da vida. Somos seres

dependentes uns dos outros para nossa sobrevivência, crescimento e desenvolvimento e as relações que estabelecemos ao longo da nossa existência impactam diretamente as nossas emoções nos tornando vulneráveis ao sofrimento (Costa, 2014).

Desde os primeiros momentos de nossa existência já somos expostos a uma angústia fundamental relacionada à percepção de que, caso não sejamos cuidados, morreremos! O sofrimento é, portanto, uma condição inerente comum a todos. A palavra “Sofrimento é derivada etimologicamente do grego *pherein* e do latim *suffero*, e significa “resignação, tolerância”, *mas também a ação de suportar, permitir por tolerância* [itálicos do autor]” (Costa, 2014, p.23).

Um aspecto importante sobre o sofrimento humano é que este acomete, indistintamente, a todos, porém com sentidos, contextos e linguagens peculiares a cada um, o que não permite ser generalizável. “O sofrimento, portanto, é um dos fenômenos humanos polissêmicos por natureza, é uma experiência única, própria, difícil, ela mobiliza profundamente, requer superação, aponta para crescimentos, riscos ou oportunidades” (Costa, 2014 p.24). Dito isto, as expressões de sofrimento tomarão múltiplas formas variando desde angústia, solidão, abandono, mágoa, tristeza, apatia, desânimo, até falta de sentido para a vida, o que pode ocasionar perdas, violências, ódio, desejo de cessação da vida.

No período da adolescência, devido à imaturidade emocional, os mais jovens são propensos à impulsividade e ao imediatismo e encontram dificuldade em lidar com eventos estressores como perdas, situações que provocam humilhação, fracasso escolar ou rejeição pelo grupo social (Botega, 2015). Durante a vivência de crises, os pensamentos suicidas são comuns, principalmente diante de situações extremamente estressoras. Geralmente são passageiros e não sugerem intervenções ou indícios de transtornos, porém quando se tornam intensos e prolongados, o risco de evoluir para o comportamento suicida aumenta.

A crise suicida é o movimento em direção à consumação do ato suicida. É a materialização da ideação suicida em curso, havendo a ativação e o predomínio dos impulsos de morte. A morte passa a ser considerada como a única possibilidade de saída da crise, sinalizando uma impotência e rigidez de pensamento, não vislumbrando uma alternativa, a não ser a morte de si como escape ao sofrimento (Botega, 2015).

O atendimento aos casos de comportamento suicida requer, antes de tudo, o desenvolvimento da empatia em relação ao sofrimento humano. É preciso se disponibilizar para se aproximar do lugar em que o paciente está e, através da construção do vínculo, o paciente

reconhecer suas potencialidades, podendo pensar outras possibilidades de enfrentamento do seu sofrimento. Ao lidar com o fenômeno do suicídio, os profissionais da saúde lidam com a dialética vida e morte, com o desespero humano, com a ambivalência, com a falta de esperança e sentido na vida. O que exige um olhar atento aos fatores de risco e aspectos referentes à morte. (Fukumitsu, 2014).

Outro aspecto importante a ser considerado, diz respeito à possibilidade da perda de um paciente por suicídio é algo que ronda a prática profissional de quem atende pessoas com tamanha dor, trazendo impactos devastadores tanto no nível pessoal como no nível institucional. (Hass, 1999, citado por Fukumitsu, 2014). Quando a morte acontece é comum o sentimento de impotência e a sensação de fracasso que alguns profissionais compartilham, o que pode ocasionar aumentar a ansiedade e a ideia de que é preciso assumir o lugar da onipotência, querendo a todo custo impedir que o usuário se mate.

Para a autora, o profissional, ao se disponibilizar para a dor do outro, sofre ao acompanhar os pacientes/usuários dos serviços na luta com o seu sofrimento. Ou seja, a escuta torna-se produtora de sofrimento. Acrescenta ainda, que ao fazer esse tipo de acompanhamento, o profissional deverá autoacompanhar-se para ter clareza de que só poderá oferecer aquilo que é possível. Cuidado e autocuidado presente no mesmo processo. Fukumitsu (2014).

Ao atender crianças e adolescentes que tentam se matar ou que pensam em se matar, os profissionais são desafiados em seu fazer laboral. Para Silva Filho e Minayo (2021), o *ethos* pediátrico é replicado a outros profissionais e atores sociais que lidam com o público infantil e que assumem a posição de combatentes da mortalidade que ameaçam crianças e adolescentes, mas que não conseguem conviver com seus óbitos.

A escuta aos casos dessa natureza desafia os subterfúgios existenciais de quem atende e assim, mecanismos de defesa psicológica se ativam no sentido de evitar a percepção de tamanho sofrimento, o que irá, possivelmente, contribuir na decisão do técnico em relação àquilo que deverá ou não ficar fora da sua responsabilidade. Muitas vezes, situações como estas, somadas à falta de serviços preparados para receber os tentantes, faz com que o profissional tenha receio em perguntar se o usuário tem ideação suicida (Botega, 2015). A falta de habilidade técnica em lidar com as temáticas do suicídio, luto e morte, contribui não só para a inabilidade no atendimento como também para o estigma e preconceito às pessoas que tentam se matar.

1.2 Articulação da Demanda com a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e a Política Nacional de Educação Permanente

Para dar conta da temática da Automutilação e do Suicídio, em 26 de abril de 2019 foi criada a Lei Federal de 13.819 que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamentada mediante o Decreto nº 10.225/2020 de 5 de fevereiro de 2020. O documento representa um avanço significativo para o enfrentamento do aumento crescente de casos.

Em termos nacionais as políticas existentes até então eram: 1. A Portaria nº 1.876, do MS de 14 de agosto de 2006 que estabelece as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio tendo como meta a redução dos óbitos, tentativas e danos oriundos do evento, junto a familiares; e 2. a Portaria nº 3088/2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2019).

A atual Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio enumera alguns objetivos, dentre estes a Educação Permanente de gestores e de profissionais da saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico presente no comportamento suicida. A educação permanente de profissionais é de fundamental importância, pois faz parte do cotidiano dos serviços e dos trabalhadores, como reflexo da crítica ao processo de trabalho que necessita ser reavaliado quando novas demandas surgem, requerendo constantes atualizações.

Tendo em vista essa perspectiva, o Ministério da Saúde instituiu, no ano de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento dos seus profissionais e trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema (Brasil, 2009).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta de aprendizagem no trabalho, uma vez que pauta o aprender e o ensinar competências atitudinais a serem incorporados ao cotidiano das instituições. A EPS baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar o fazer profissional. Assim, caracteriza-se, como uma vertente educacional com

potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam pensar reflexivamente o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, mediante a proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (Brasil, 2009).

Contudo, entende-se que a prevenção do suicídio requer, antes de tudo, atentar para quem realiza a prevenção, no caso, os profissionais. Promover a instrumentalização destes para o manejo dos casos e, também, acompanhá-los, promovendo o suporte técnico e emocional através de ações de cuidado e incentivo ao autocuidado enquanto cuidam: “Cuidar é inseparável da compreensão e como compreensão deve ser simétrica; ouvindo o outro, ouvindo a nós mesmos, cuidando do outro, cuidando de nós mesmos” (Merighi, 2002, citado por Fukumitsu, 2014, p.271).

O que se observa é a ausência de práticas institucionais voltadas à saúde mental dos trabalhadores em saúde mental. O trabalho na área da saúde é caracterizado pelo cuidado às pessoas. Os papéis e as funções ocupadas por esses profissionais refletem a figura do cuidador. Espera-se destes a escuta, o acolhimento, a atenção, a doação, a proteção, a cura. O ato de cuidar requer também o envolvimento afetivo, a partir da formação de vínculos, e o profissional situa-se entre o envolver-se e não se envolver (Codo, 2000, citado por Silva, 2007).

No atendimento aos casos de crianças e adolescentes com comportamento suicida o envolvimento emocional, por parte dos profissionais, se intensifica devido ao risco iminente de morte autoprovocada, somada à precariedade financeira, social, familiar, cultural e econômica dos usuários dos serviços. A clínica pública depara-se com algumas questões limites, como situações de extrema vulnerabilidade social, assim como precárias condições de vida e sobrevivência dos pacientes, fazendo com que o profissional se sinta sobrecarregado e impotente, o que contribui para o seu adoecimento.

O contexto da pandemia do Covid-19 também contribui para o aumento da vulnerabilidade do trabalhador, devido às rápidas mudanças sociais, perdas de laços sociais e familiares, mudanças nas condições de trabalho e aumento na demanda de atendimentos de pessoas em sofrimento psíquico intenso. Entende-se que é de fundamental importância a atenção à saúde mental do trabalhador.

Ramminger considera que o acolhimento (ou não) das questões relacionadas à saúde mental do profissional depende, muitas vezes, do funcionamento e das diretrizes de cada serviço. Entretanto, mesmo que gestores e equipes

evidenciem essas responsabilidades, é inegável que também há a falta de políticas públicas que priorizem esses momentos no trabalho. (Silva & Costa, 2008, p 93).

A pesquisa intitulada *Sentidos construídos por profissionais da saúde do SUS no cuidado ao comportamento suicida infante juvenil* realizada pela mestranda Lícia Cristiane de Azevedo de Jesus Leony, tendo como orientadora Dra. Milena Silva Lisboa, junto aos profissionais que atuam na RAPS e que atendem ao público infantojuvenil com histórico de tentativas de suicídio e automutilação. Após a fase da coleta e análise dos dados, identificou-se nas falas dos participantes do estudo três categorias consideradas como pontos dificultadores do processo de trabalho :

1) Aspectos emocionais na relação profissional-usuário

Os relatos apontaram para a complexidade do manejo dos casos de comportamento suicida e a necessidade de formação específica para situações de crise. O que requer habilidade técnica para a avaliação dos riscos e condução clínica dos casos, assim como o desenvolvimento de estratégias de prevenção . Após análise ficou evidenciado o sentimento de despreparo de alguns profissionais em lidar com o tema e cuidados aos casos, assim como a lacuna existente da abordagem às temáticas de suicídio e morte nos componentes curriculares desde o período de formação.

- 2) Des) Cuidado e Autocuidado** – foi identificada nas narrativas dos participantes a necessidade de cuidados a serem realizados aos profissionais durante o processo de manejo da crise suicida e a importância da sensibilização para o autocuidado. Muitos profissionais relataram negligenciar essa prática. O adoecimento laboral é muito comum nessa categoria. É preciso pensar estratégias de cuidado e acolhimento desses trabalhadores proporcionando um espaço de escuta e legitimação da sua dor, evitando que recorram ao silenciamento e não legitimação do seu sofrimento.

3) Luto – Aspectos emocionais ligados ao temor da perda e a vivência da perda do paciente por suicídio - os profissionais relataram como lidam com a ameaça da perda de um paciente por suicídio e a (não) vivência do luto quando isso ocorre, gerando um processo de sofrimento que a partir dessa dolorosa experiência. As temáticas sobre suicídio, morte e luto são pouco abordadas nos cursos de graduação da área da saúde, o que contribui para a inabilidade dos profissionais na escuta, atenção, manejo e prevenção dos casos de comportamento suicida e no cuidado aos enlutados;

O preparo dos profissionais da saúde para a avaliação adequada do risco de suicídio, conhecimento dos fluxos estabelecidos na rede de serviços e manejo dos casos clínicos, é fundamental para o estabelecimento de estratégias de cuidado e autocuidado e para a prevenção de novos casos. Destacamos também o preparo para lidar com os temas de morte e luto, considerados tabus e por isso silenciados muitas vezes, mas constantes no cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde. Desse modo, realizar atividades de capacitação, troca de saberes, experiências e reflexões críticas sobre o processo de trabalho, torna-se imprescindível para a qualificação do trabalho em saúde.

Desse modo, este estudo/pesquisa apontou a necessidade de investimentos e ações que contemplem não só a habilidade técnica do cuidador, mas também o cuidado aos profissionais da saúde em geral e, no caso específico, da saúde mental, com vistas a integrar uma política pública direcionada ao trabalhador da saúde. Pensando em ações que contemplem as necessidades apontadas no estudo é que serão propostas intervenções junto aos trabalhadores da RAPS no atendimento aos casos infantojuvenis.

2. Apresentação do dispositivo a ser implantado

A prática em atendimento aos casos de comportamento suicida se depara com uma demanda constante, a saber, a avaliação e o julgamento clínico do risco agudo de suicídio e, sobretudo, um espaço de apoio e acolhimento aos profissionais envolvidos no cuidado a esse público. Isso não é uma tarefa fácil, dada a multiplicidade de fatores de risco relacionados ao

comportamento autoagressivo e à mobilização psíquica de quem atende os casos. Considerando esses fatores, propõe-se duas ações: 1. a criação de uma tecnologia leve, direcionada aos profissionais da saúde, para atenção e escuta dos sentimentos destes vivenciados durante os processos de cuidados aos casos de crise suicida. A proposta refere-se à implantação de um dispositivo grupal, com encontros regulares, na modalidade de Roda de Conversa, cuja estratégia favorece a dialogia e trocas afetivas, possibilita reflexões e a interatividade entre os participantes; e 2. proposta de qualificação, de aplicação prática, aos profissionais da RAPS que atuam junto ao público infantojuvenil, com o objetivo de habilitá-los tecnicamente para o manejo dos casos de crise suicida, situações de morte e luto e estratégias de autocuidado.

Para a realização dos encontros, propõe-se a metodologia da Roda de Conversa, cuja metodologia é participativa, favorece o diálogo e constitui-se um espaço que permite a reflexão do cotidiano, da relação com o trabalho, com a vida e com o mundo. (Afonso & Abade, 2008). Essa metodologia prioriza discussões em torno de temáticas, selecionadas a partir do interesse a se priorizado, e no decorrer do processo as pessoas vão produzindo narrativas, elaborações, ainda que hajam divergências, uma pessoa instiga a outra a falar. O que irá contribuir para o pensar compartilhado (Méllo et al, 2007).

Uma Roda de Conversa é uma forma de se trabalhar incentivando a participação e a reflexão. Para tal, buscamos construir condições para um diálogo entre os participantes através de uma postura de escuta e circulação da palavra bem como com o uso de técnicas de dinamização de grupo. (Afonso & Abade, 2008, p. 19).

Tal recurso favorece a intersubjetividade e a construção de uma rede dialógica entre os participantes, gerando práticas discursivas e produção de novos sentidos no fazer laboral e nas demais dimensões existenciais. Para tanto, serão realizados 08 encontros temáticos, semanais, para sensibilização, acolhimento e oferta de conteúdos teóricos, seguidos de encontros mensais ou bimestrais, na modalidade de grupo, para escuta dos profissionais da RAPS. O curso ocorrerá de forma modular, presencial, com frequência semanal.

Para o desenvolvimento deste trabalho haverá apresentação da proposta à Coordenação de Saúde do município e à Subcoordenação de Saúde Mental, a fim de assegurar a participação dos profissionais (ao menos 1 representante de cada serviço) e

liberação para participação dos encontros que ocorrerão no horário de trabalho.

MÓDULO DOS CURSOS

Módulos	Tema	Objetivos	Metodologia
1	Morte e processo de luto	Proporcionar reflexões sobre o tema da morte	Roda de Conversa
2	Comportamento suicida na Infância e adolescência – Triplo Tabu	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre a relação intersubjetiva profissional-usuário • Discutir as especificidades do CS na infância e adolescência • Abordar sobre mitos, tabus e estigma 	Roda de Conversa + Aula Expositiva
3	Cuidado e Autocuidado do profissional de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre o processo de cuidado e autocuidado dos profissionais de saúde que atendem casos de comportamento suicida em crianças e adolescentes 	Roda de Conversa
4	Comportamento Suicida e Saúde Pública	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar o conceito de comportamento suicida e as políticas públicas de prevenção e tratamento • Discutir dados epidemiológicos • Abordar sobre notificação compulsória 	Aula Expositiva
5	Avaliação e julgamento clínico do risco de suicídio em crianças e adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar estratégias de avaliação e julgamento do risco de suicídio em crianças e adolescentes 	Roda de Conversa + Aula Expositiva
6	Atenção à crise suicida na RAPS	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar os fatores de risco e de proteção do CS • Discutir o manejo nas situações de crise suicida sob a ótica da Atenção Psicossocial 	Discussão de casos
7	Abordagem Familiar na crise suicida	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir as estratégias de acolhimento e cuidado familiar 	Roda de Conversa
8	Luto por suicídio e posvenção	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar reflexões, sobre morte, luto e especificidades do luto por suicídio. • Discutir estratégias de apoio aos sobreviventes enlutados por suicídio 	Roda de conversa + Aula Expositiva

3. Etapas de implantação

3.1 Matriz de ações

Ações	Metas	Prazos	Recursos	Responsáveis
Apresentação da proposta para os coordenadores de saúde e de saúde mental	01 curso apresentado	Agosto de 2022	01 computador, 01 Datashow, rede de internet, sala, cadeiras, papel ofício A4, canetas.	A definir
Apresentação da proposta aos coordenadores dos dispositivos da RAPS	01 proposta apresentada	Agosto de 2022	01 computador, 01 Datashow, rede de internet, sala, cadeiras, papel ofício A4, canetas.	A definir
Levantamento dos nomes dos facilitadores	100% dos facilitadores convidados e confirmados	Agosto de 2022	01 computador, rede de internet, telefone, sala, cadeiras, papel, canetas.	A definir
Inscrições dos participantes	Mínimo de 01 representante e 01 coordenador de cada serviço	Segunda quinzena de setembro de 2022	01 computador, rede de internet, papel ofício A4, canetas.	A definir
Início das atividades	Atividades iniciadas	Primeira semana de outubro de 2022	01 computador, 01 Datashow, rede de internet, sala, cadeiras, papel ofício A4, canetas.	A definir

4.3 - Duração e periodicidade

Os módulos terão a duração de 04 horas e ocorrerão semanalmente, na modalidade presencial.

4.4 – Participantes

Participarão da proposta os profissionais da saúde (ao menos 1 representante de cada serviço) que atendem crianças e adolescentes na RAPS.

4. Recursos necessários

Tabela 1

Recursos	Quantidade	Orçamento
Rede de internet	01	Material permanente de posse institucional
Notebook	01	Material permanente de posse institucional
Datashow	01	Material permanente de posse institucional
Cadeiras	50	Material permanente de posse institucional
Telefone	01	Material permanente de posse institucional

Tabela 2

Recursos	Quantidade	Orçamento
Papel ofício A 4 500 fls.	500 fls.	R\$ 21,00
Canetas	30	R\$ 30,00
Total		R\$ 50,00

5. Modo de avaliação de efetividade

Será aplicado um questionário antes e após a capacitação contendo as seguintes perguntas:

I. Momento da avaliação antes da capacitação

- 1) Quais são as suas expectativas para essa atividade?
- 2) Comente sobre seus sentimentos em relação ao paciente com comportamento suicida.
- 3) Como avalia a sua capacidade profissional para lidar os casos?
- 4) O que considera mais difícil nessa situação?
- 5) Quais estratégias de autocuidado você utiliza durante o manejo da crise suicida?

II. Momento da avaliação – após o término da capacitação

- 1) Como se sentiu ao participar da atividade?
- 2) Como você avalia a atividade?
- 3) Comente se atingiu suas expectativas.
- 4) O que mudaria nos próximos encontros?
- 5) Críticas e sugestões

REFERÊNCIAS

- Afonso, M. L., & Abade, F. L. (2008) Rodas de conversa. In: *Para Reinventar as Rodas*. Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM)
https://ufsj.edu.br/portrepositorio/File/lapip/PARA_REINVENTAR_AS_RODAS.pdf
- Botega, N. J. (2015). *Crise Suicida: Avaliação e Manejo*. São Paulo. Artmed.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2021). Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde- Ministério da Saúde. Volume 52. setembro. Recuperado de
[file:///C:/Users/terap/Downloads/Boletim_epidemiologico_SVS_33_final%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/terap/Downloads/Boletim_epidemiologico_SVS_33_final%20(2).pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde (2019). Secretaria de vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico vol. 50. Nº 24. Brasília. Recuperado de
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde. (2009). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde Brasília, DF. Recuperado de
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde (2007). Saúde Mental da Infância e Adolescência. Módulo 2. *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil*. Organização Pan-Americana. Brasília.
- Decreto nº 10.225/2020 de 5 de fevereiro de 2020*. (2020). Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. 5 de fevereiro. Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10225.htm
- Costa, I. I. (2014) - Sofrimento Humano, Crise psíquica e Cuidado: Dimensões do Sofrimento Humano na Contemporaneidade. Ed Edu Coedição FINATEC.
- Fukumitsu, O. K. (2014). O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia USP*. Volume 25(3), 270–275
<https://www.scielo.br/j/pusp/a/dn4bjQ5DWvmVx5RkWH6H>
- Guevara, B., S. Werlang, Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*. Volume 39(2), 259–266
<https://www.redalyc.org/pdf/284/28439210.pdf>
- IBGE (2010) – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro 2010.

- Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019.* (2019) Institui a política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio, a ser implementada pela união, em cooperação com os estados, o distrito federal e os municípios; e altera a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm
- Lei Nº 10.216 de 6 de abril de 2001.* Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 06 de abril. Brasília. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Méllo, R. P. S.; Alyne A., L.; M. L. Chaves., & Paolo, A. D. (2007) Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. *Psicologia e Sociedade*, volume19(3), 26–32 <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000300005>
- Ministério da Saúde. Sistema de Informação de mortalidade. Datasus
- Nota técnica Nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.04 de fevereiro. Brasília. <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Suicidio*.<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009.* (2009). Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília. 13 de maio. Recuperado de https://adsdatabase.ohchr.org/IssueLibrary/BRAZIL_Portaria%20No%20992%20institui%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20integral%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20negra.pdf
- Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.* Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a rede de atenção psicossocial, e dá outras providências. 21 de dezembro. Brasília. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
- Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.* (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 23 de dezembro. » http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Portaria nº 1.876, do MS de 14 de agosto de 2006* (2006). Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 14 de agosto. Recuperado de https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html
- Plano Municipal de Saneamento Básico da Cidade de Camaçari (2016). Relatório Síntese. Setembro. Camaçari-BA. Recuperado de <http://arquivos.camacari.ba.gov.br/sedur/pmsb>
- Silva, E. A.; Costa. I.I. (2008). Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos centros de atenção psicossocial de Goiânia/Go. *Psicologia em Revista*, Volume14(1), 83–106 <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/290/299>

Silva, A. E. (2007). *Dores dos cuida-dores em saúde mental: Estudo exploratório das relações de (des) cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia- GO*. (Dissertação mestre). Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília
https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2395/1/2007_ElisaAlvesdaSilva.pdf

Silva Filho, O. C. & Minayo, M. C. S. (2018): Triplo tabu: sobre o suicídio na infância e na adolescência. *Ciênc. Saúde Colet.* 26(07), 2693–2698 <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07302021>

World Health Organization (2020). Preventing Suicide: A global Imperative.

Afonso, M. L., & Abade, F. L. (2008) Rodas de conversa. In: *Para Reinventar as Rodas. Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM)*
https://ufsj.edu.br/portrepositorio/File/lapip/PARA_REINVENTAR_AS_RODAS.pdf

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

World Health Organization (2014). Preventing Suicide: A global Imperative.
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, foram analisados os sentidos construídos por profissionais do SUS no cuidado aos casos de comportamento suicida em crianças e adolescentes. O objetivo foi investigar os sentidos atribuídos à atenção e manejo do sofrimento psíquico presente no comportamento suicida em crianças, adolescentes e suas famílias, na perspectiva dos profissionais de saúde do SUS. A pesquisa revelou a lacuna existente no processo formativo dos profissionais de saúde no que tange aos temas ligados à morte, luto e suicídio, mesmo diante dos números alarmantes de casos de suicídio e comportamento suicida na população infantojuvenil.

O que se buscou nesse estudo foi compreender como os profissionais emprestam sentidos ao seu fazer profissional enquanto cuidam, conhecendo a linguagem que utilizam, como nomeiam e como se sentem nesse lugar de cuidado às crianças e adolescentes que apresentam tamanho sofrimento. Conclui-se que há a necessidade de os profissionais de saúde serem capacitados desde a graduação para o manejo das crises suicidas e temas relacionados à temática, assim como a necessidade de se garantir um cuidado voltado aos profissionais que atendem casos dessa natureza.

O caminho metodológico adotado pautou-se nos pressupostos pesquisa qualitativa, utilizando como instrumento de coleta a técnica de Grupos Focais. Participaram da pesquisa os profissionais do NASF e do CAPSi, em dois grupos. O uso desta técnica possibilitou a dialogia e privilegiou a interação entre os participantes possibilitando a produção de dados através do diálogo grupal. Aqui serão retomados, de forma sucinta, alguns resultados e discussões já apresentadas.

A partir dos conteúdos, argumentos e referências evidenciadas, reconhece-se que o fenômeno do comportamento suicida guarda em si uma complexidade que é acentuada quando diz respeito a crianças e adolescentes, por tratar-se de um tema tabu cercado de outros tantos e o silenciamento que se instala em torno da temática mesmo diante da crescente escalada dos dados estatísticos. Entende-se também que a visão romantizada da infância contribui para a invisibilidade desses processos de adoecimento psíquico intenso.

Uma reflexão importante que emergiu na análise de sentido diz respeito à especificidade do vínculo que se constitui nesses casos. O vínculo confronta o profissional em seus

subterfúgios a lidar com os temas da morte e da morte autoinflingida, desafiando-o em sua missão de salvar vidas, exigindo o exercício do equilíbrio entre a onipotência e a impotência. Observa-se que há uma autoexigência dos profissionais em cumprir a “missão salvadora”.

O sofrimento dos profissionais durante o cuidado aos casos evidenciou o sentimento de inabilidade técnica destes para o manejo das crises suicidas, intensificando os sentimentos de frustração, impotência, fracasso e culpa. Quando a perda do paciente por suicídio ocorre, esse processo é seguido de autoquestionamentos incessantes, evidenciando a necessidade de um suporte técnico e psicológico para os que enfrentam tal situação. A inexistência de práticas de cuidados aos trabalhadores foi outro aspecto relevante destacado.

Na clínica do SUS, o estudo mostrou que os profissionais compartilham o cuidado dos usuários e o apoio da equipe torna-se fundamental para o enfrentamento das situações. Porém esse luto não é legitimado e os profissionais não possuem espaço de cuidado institucionalizado previsto para essas situações, e na maioria das vezes seguem emendando um luto ao outro. O autocuidado também como categoria de análise evidenciou o pouco investimento que os profissionais da saúde mental fazem em sua saúde mental, principalmente durante o manejo das crises suicidas.

Um outro aspecto evidenciado na clínica pública refere-se ao cuidado aos casos de condutas suicidas darem-se na perspectiva da clínica ampliada, levando em conta os aspectos da integralidade do cuidado, entretanto é uma clínica que necessita ser também política de forma a favorecer os processos de subjetivação dos usuários atendidos que, em sua grande maioria, sofrem processos de exclusão social, racismo e múltiplas violências, possibilitando espaços de fala, de empoderamento e protagonismo. São sujeitos silenciados e que padecem de um desamparo discursivo.

Por fim, ao relacionar os dados da pesquisa, foi possível identificar alguns processos em comum vivenciados por profissionais no cuidado aos casos de comportamento suicida e que se repetem com a família, amigos e pessoas próximas de quem tem tal conduta.

O cuidado a essas pessoas estimula um processo de desterritorialização afetiva, vive-se o rompimento das conexões com a esperança, com os sonhos, com o vigor, e com a força de viver. Novas conexões passam a ser estabelecidas em um território de morbidez, de morte, de dor, de incertezas e contradições. Aquilo que antes era estável e até certo ponto previsível,

(refiro-me às relações estabelecidas antes de a crise suicida ocorrer), colapsa e esse campo de relações, esse território de (in) certezas deixará de existir passando a ocorrer uma desterritorialização dos afetos, em todos que o cercam. Esse processo produzirá uma reterritorialização, porém em um cenário de imprevisibilidades, ambivalências, medo e incertezas.

A conexão a esses sofrentes pode implicar em rizomas de dor, perda, culpa, vergonha, sentimento de fracasso, morte, estigma e preconceito. Nesse terreno a vulnerabilidade atinge a todos que por ali transitam (paciente, profissional, familiares, amigos, etc.).

A família que vivencia a perda de um de seus membros por suicídio sofre a vergonha e humilhação por sentir ter falhado em sua função de proteção psicossocial aos seus integrantes. Normalmente vivenciam sentimentos de vergonha, embaraço e culpa, recorrendo, muitas vezes, ao segredo e ao silenciamento da sua dor. Os amigos sentem que falharam em não ter dado o apoio suficiente. O profissional que passa pela experiência de perder um paciente nessas circunstâncias também vivenciam esses processos, sentem que fracassaram em sua missão de salvar vidas. Por temerem o julgamento e pela vergonha, muitas vezes, não reconhece seu processo de enlutamento, resignando-se ao segredo e emudecimento.

O questionamento interno, impositivo, torturador, severo e incessante, que insiste em tentar responder se havia algo que poderia ter sido feito para evitar o ocorrido, também é uma constante quando o suicídio acontece, atingindo a todos indistintamente, tornando o cenário comum a todos que eram próximos ao suicida.

Assim ao se analisar esses processos, em suas frequências e repetições, nessas linhas que se interconectam, poderia se pensar em uma cartografia do comportamento suicida, considerando as relações ali existentes enquanto um território afetivo. A cartografia para o geógrafo é a representação gráfica de um território, ou seja, daquilo que é estático, mas que leva em conta as transformações produzidas naquele cenário. O mesmo ocorre com o território da afetividade, que possui os seus relevos e seus mundos produzidos pelos afetos e que também pode ser cartografado. Assim como na cartografia, em que acontecem alterações de paisagens e desmanchamento de certos mundos, o mesmo ocorre no campo dos afetos.

Na vivência da crise suicida, novos afetos são produzidos, dando novos contornos à paisagem psicossocial que sofre alterações e processos de (des)construções. A crise favorece conexões e desconexões, possibilitando a formação de novos rizomas. Deriva-se dessa

investigação o desejo de seguir as pistas de uma cartografia deste território afetivo habitado pelos temores e sentimentos tristes evocados por familiares e profissionais que compõem o cenário de cuidado a pessoas com comportamento suicida, de modo a ampliar a gramática sentimental. Caberá ao cartógrafo, através da linguagem, nomear os afetos que vão surgindo e constituindo novos mundos, novos territórios psicossociais.

Pretende-se com isso, fomentar uma compreensão mais ampla sobre este fenômeno, e assim, complexificar as técnicas de cuidado, incluindo neste território os outros personagens que também o habitam, a saber a família, os amigos, e os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- Afonso, M. L., & Abade, F. L. (2008) Rodas de conversa. In: *Para Reinventar as Rodas*. Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM) <https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapip/PA>
- Alves, D.S.; Guljor, A. P. (2006). O Cuidado em Saúde Mental. In: R. Pinheiro. *As Fronteiras da Integralidade*. ABRASCO. <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/livro-do-cuidado-3A-EDICAO.pdf>
- Ariès, P. (1978). *História social da infância e da família*. Tradução: D. Flaksman. LCT. 2ª edição.
- Bertolote, J.M., Mello-Santos, C. & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(Supl. II), 88–89. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>.
- Boff, L. (2005). O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Revista Inclusão Social*, Volume, 1(1): 28–3 <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/pscib/article/view/8822>.
- Bonilla, A. R. (2013). *Intervención en crisis em las conductas suicidas*. Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Borges, V. R., Werlang, B. S., Guevara & Copatti, M. (2008) Ideação Suicida em Adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói*. 28 109–123 <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.192>
- Botega, N. J. (2015). *Crise Suicida: Avaliação e Manejo*. São Paulo. Artmed.
- Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. 3a ed. Martins Fontes.
- Bouso, R. S. (2014). Uma nova forma de luto: os efeitos da revolução tecnológica. *ComCiência*, n163 http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542014000900008&lng=pt&nrm=iso.
- Braga, C. P., & d' Oliveira, A.F.P.L., (2019). Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de proteção. *Ciênc. Saúde. Colet.* 24(2). <https://www.scielo.br/j/csc/a/g8DhKGKM65b36RLJdDHqhL>.
- Braga, L. L., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2-14 <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.61.01>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2021). Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde- Ministério da Saúde. Volume 52.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2020). Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19: Suicídio na Pandemia Covid-19. FIOCRUZ. Brasília <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-e-saude-mental-cartilha-aborda-prevencao-do-suicidio>.

- Brasil. Ministério da Saúde (2019). Secretaria de vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico vol. 50. Nº 24. Brasília. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf.
- Brasil, Ministério da Saúde (2018). Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros- 2012 a 2016. Brasília. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf.
- Brasil. (2014). Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_us.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde (2011), Portaria nº 3011 de 23 de dezembro de 2011. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.ht.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2009). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde Brasília, DF. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf.
- Brasil, Ministério da Saúde (2007). Saúde Mental da Infância e Adolescência. Módulo 2. *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil*. Organização Pan-Americana. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006) Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.876, DE 14 DE agosto de 2006. Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006). Prevenção do Suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. https://www.cvv.org.br/wpcontent/uploads/2017/05/manual_
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bujes, M. I. E. (2003). Alguns apontamentos sobre as relações infância/poder numa perspectiva foucaultiana. In: *ANPEd*. Anais da 26ª Reunião Anual. p. 1-13.
- Carvalho, P. D., Barros, M. V. G., Santos, C. M., Melo, E. N., Oliveira, N. K. R., & Lima, & R. A. (2011). Prevalência e fatores associados a indicadores negativos de saúde mental em adolescentes estudantes do ensino médio em Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde. Mater. Infant.* 11(3) <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000300003>
- Carvalho, S. (2014) A morte pode esperar? Clínica psicanalítica do suicídio. Salvador: Associação Campo Psicanalítico.
- Casellato, G. (2020). *Luto por perdas não legitimadas na atualidade*. Ed. Summus

- Casellato, G. (2015). *O Resgate da Empatia – Suporte Psicológico ao Luto não Reconhecido*. Ed. Summus.
- Cassorla, R. M.S. (2017). *Suicídio - Fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução*. Blucher.
- Cassorla, R. M.S. (1981). *Jovens que tentam o suicídio*. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médica.
- Cogo, A. S. et al. (2020). Processo de luto no contexto da Covid-19. In: D.S. Noal, M. Passos., C. Freitas. *Saúde mental e atenção psicossocial na Covid-19*. Fiocruz.
- Coimbra, C. M. B., & Nascimento, M. L (2008). A produção de jovens perigosos: a quem interessa? 2008. www.infancia-juventude.uerj.br/pdf/livia/aproducao.pdf.
- Conceição, W. S. (2016). “Etnógrafo nativo ou nativo etnógrafo”? Uma (auto)análise sobre a relação entre pesquisador e objeto em contextos de múltiplas pertencas ao campo. *Revista de Antropologia da UFSCar*. 8(1) 41-52. http://www.rau.ufscar.br/wp-content/uploads/2016/12/Me%CC%81todos_8-1_final.pdf.
- Cornejo, E.R. S.P.U.; Cescon, L.F. & Scavacini, K. (2018). A posvenção do suicídio e o cuidado com os enlutados. In.: Gonçalves, I.C.F. *Suicídio: Prevenção e Posvenção Direito à Vida*. Ed. João Pessoa. Cuide Si. Espaço Integrado de Educação Emocional.
- Costa, I. I. (2014). *Sofrimento Humano, Crise psíquica e Cuidado: Dimensões do Sofrimento Humano na Contemporaneidade*. Editora Universidade de Brasília. UNB.
- DaMatta, R. (1974). O Ofício de Etnólogo, ou como ter "Anthropological Blues" <https://agnesufop.files.wordpress.com/2017/09/o-ofc3adcio-de-etnc3b3logo-ou-como-ter-antropological-blues-roberto-damatta.pdf>.
- Decreto nº 10.225/2020 de 5 de fevereiro de 2020*. (2020). Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. 5 de fevereiro. Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10225.htm.
- Duarte, R (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar* (24) 213225. www.scielo.br/PDF/Er/n24/n24a11.
- Durkheim, E. (2000). *O suicídio. Estudo de sociologia*. Martins Fontes. São Paulo. [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4239077/mod_resource/content/0/%C3%89mile%20Durkheim%20-%20O%20Suicidio%20\(2000\).pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4239077/mod_resource/content/0/%C3%89mile%20Durkheim%20-%20O%20Suicidio%20(2000).pdf).
- Dutra, E. 2002. Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: Orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In: C.S. HUTZ (Ed.) *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. Casa do Psicólogo.
- Elias N. *A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer*. (2001). Jorge Zahar

- Francisco, M.M. Vasconcelos, E. M. R & Araújo, E.C. (2018). Suicídio: Conhecimento e prática entre os profissionais da saúde. In.: I.C.F. Gonçalves, *Suicídio: Prevenção e Posvenção direito à vida*. Ed. João Pessoa- Cuide Si. Espaço Integrado de Educação Emocional.
- Franco, M.H. - (2021) *O luto no século 21 – Uma compreensão abrangente do fenômeno*. Ed. Summus Editorial.
- Freud, S. Luto e melancolia (1917). In. *A história do movimento psicanalítico: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos* (1914-1916). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão.
- Frizzo, H. C. F. et al. (2017). Mães enlutadas: criação de blogs temáticos sobre a perda de um filho. *Acta paul. Enferm*, v30(2) 116-121. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000200116&lng=en&nrm=isso.
- Fukumitsu, K. O., & Kovács, M. J. (2016). Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico*, 47(1), 3-12. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.1.19651>.
- Fukumitsu, O. K. (2014). O Psicoterapeuta diante do Comportamento Suicida. *Instituto de Psicologia USP* <https://www.scielo.br/j/pusp/a/dn4bjQ5DWvmVx5RkWH6H>.
- Fukumitsu, K. O., & Scavacini. (2013). Suicídio e manejo psicoterapêutico em situações de crise: uma abordagem gestáltica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(2), 198-204 http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200007&lng=pt&tlng=pt.
- Furtado, J. P. & Miranda, L. (2006). O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*. Ano IX, n. 3, p. 508-524, <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/YsJ6bcGrQgYzQXLqhrnhBPh/?format=pdf&lang=pt>.
- Greff, A. P., et al. (2020). Suicídio na pandemia de COVID-19. In: D.S. Noal, M.S.D, Passos, C.M Freitas. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na pandemia COVID-19*. Fiocruz. 24p. Cartilha. https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/05/cartilha_prevencaosuicidio.pdf.
- Holanda, A. (2014). Por uma clínica fenomenológica do sofrimento: o sofrer é do sofrente e do existente. In.: I. I. Costa. *Sofrimento Humano, Crise psíquica e Cuidado: Dimensões do Sofrimento Humano na Contemporaneidade*. (pp. 115–154) Editora Universidade de Brasília. UNB.
- IBGE, (2019). Pesquisa Nacional de Domicílio Contínua https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101794_informativo.pdf.
- Kind, L. (2004). Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista* v.10(15) 124-36.
- Krüger, L.L. & Werlang, B.S.G (2010). *A Dinâmica Familiar no Contexto da Crise Suicida*. 15(1):59-70. doi: 10.1590/S1413-82712010000100007.

- Kovács, M.J. (2005). Educação para a morte. Experiências. *Psicol. cienc. prof.* 25 (3). <https://www.scielo.br/j/pcp/a/SkwBgq7Xm8GLKJpQxmMMp>.
- Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019.* (2019) Institui a política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio, a ser implementada pela união, em cooperação com os estados, o distrito federal e os municípios; e altera a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm.
- Lei Nº 10.216 de 6 de abril de 2001.* Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 06 de abril. Brasília. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- Lepre, R. M. (2005) Adolescência e construção da identidade. <https://docplayer.com.br/20743719-Adolescencia-e-construcao-da-identidade-rita-melissa-lepre.html>.
- Liberato, S. (2015). O luto do profissional de saúde. In Casellato, G. Org.: *O Resgate da Empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido* – São Paulo. Ed. Summus editorial.
- Lima, L. (2020). *Deverei velar pelo outro? Suicídio, estigma e economia dos cuidados*. Ed. Dialética.
- Lisboa, M.S. (2013). *Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização*. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Macerata, I, Soares J.G.N & Ramos J.F.C. (2014). Apoio como cuidado de territórios existenciais. *Interface* 18 Supl 1:919-30. <https://www.scielo.br/j/icse/a/XkbsZ77y6Sy6njs8VxjsWfQ/?format=pdf&lang=pt>
- Méllo, R. P., Silva, A. A., Lima, M.L.C. & Paolo, F. (2007) Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. *Psicologia e Sociedade*, v.19(3) 26-32. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000300005>
- Minayo, M. C.S. (2008). *O Desafio do Conhecimento*. 11 ed. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011; 27 dez.
- Montenegro, Tavares, M. (2014). Avaliação e julgamento clínico do risco agudo de suicídio. In.: I. I. Costa, *Sofrimento Humano, Crise psíquica e Cuidado: Dimensões do Sofrimento Humano na Contemporaneidade*. (pp.261–300). Editora Universidade de Brasília. UNB.
- Nardi, H. C & Ramminger (2007). Modos de Subjetivação dos Trabalhadores em Saúde Mental em Tempos de Reforma Psiquiátrica. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 17 (2): 265. <https://www.scielo.br/j/physis/a/5fzmZtK6MLGw9FMW9phb>.
- Nascimento, V.L.V, Tavanti, R. M & Pereira, C. C. Q. (2014). O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In.: *A Produção de Informação na Pesquisa Social:*

Compartilhando ferramentas. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
<https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink->

- Neves, J. L. (1996) *Pesquisa Qualitativa - Características, Usos e Possibilidades. Caderno de Pesquisa em Administração*,1(3). [https://www.hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/NEVES Pesquisa_Qualitativa.pdf](https://www.hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/NEVES_Pesquisa_Qualitativa.pdf)
- Netto, N.B. & Souza, T. M. (2015) Adolescência, Educação e Suicídio: Uma análise a partir da psicologia histórico cultural. *Nuances: estudos sobre Educação*, v. 26(1)163-195.
- Netto, N.B. (2013). Suicídio: Uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: Conselho Federal de Psicologia. O Suicídio e os Desafios para a Psicologia. Brasília: CFP. p.15-24. DOI: <https://doi.org/10.14572/nuances.v26.3825>
- Netto, N.B. (2007). Suicídio: Uma Análise Psicossocial a partir do Materialismo Histórico Dialético (Dissertação Mestre). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo <https://www5.pucsp.br/nexin/dissertacoes/downloads/nils>
- Nota técnica Nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.04 de fevereiro. Brasília.
- Organização Mundial de Saúde. (2021). Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS),. Suicídio. <https://www.paho.org/pt/topicos/suicidio>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Suicidio*.<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Suicídio. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/topicos/suicidio>
- Organização Mundial da Saúde (2006). Prevenção do suicídio: Um recurso para conselheiros.
- Peres, F. & Rosenburg, P. C. (1988). Desvelando a concepção de adolescente/adolescência presente no discurso da saúde pública. *Saúde e Sociedade*. 7 (1): 53-86. <https://doi.org/10.1590/S0104-12901998000100004>
- Pinheiro, R. (2008). Cuidado em Saúde. In: Pinheiro, R., Mattos, R.A Cuidado: As Fronteiras da Integralidade. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>
- Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009.* (2009). Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília. 13 de maio. Recuperado de https://adsdatabase.ohchr.org/IssueLibrary/BRAZIL_Portaria%20No%20992%20institui%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20integral%20da%20popula%C3%A7ao%20negra.pdf
- Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.* Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a rede de atenção psicossocial, e dá outras providências. 21 de dezembro. Brasília. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
- Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.* (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 23 de dezembro. »
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Portaria nº 1.876, do MS de 14 de agosto de 2006 (2006). Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 14 de agosto.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html

Plano Municipal de Saneamento Básico da Cidade de Camaçari (2016). Relatório Síntese. Setembro. Camaçari-BA. <http://arquivos.camacari.ba.gov.br/sedur/pmsb>

Rego, S. & Plácidos, M. (2020) - Saúde mental dos trabalhadores de saúde em tempos de coronavírus. Informe. ENSP/Fiocruz. <http://informe.ensp.fiocruz.br/>

Rosa, M. D. (2018). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. Editora Escuta.

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

Sá, S. D., Werlang, B. S. Guevara, & Paranhos, M. E. (2008). Intervenção em crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Volume 4(1)
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100008

Saraiva, F (2011). A definição de crise das Nações Unidas, União Europeia e NATO. *Revista Nação e Defesa*, 129. 5ª, 11–30 <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/7601>

Silva Filho, O.C., & Minayo, M.C. (2021). Triplo tabu: sobre o suicídio na infância e na adolescência. *Ciênc. Saúde Colet.* 26(07)
<https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n7/2693-2698/>

Silva Filho, O.C. (2019). *Percepção e conhecimento dos médicos residentes em pediatria no rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro. (Dissertação Mestre). Instituto Nacional de Saúde da mulher, da Criança e do Adolescentes Fernandes Figueira.
https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/37478/2/orli_silvafilho_iff_mest_2019

Silva, A. E. (2007). *Dores dos cuida-dores em saúde mental: Estudo exploratório das relações de (des) cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia- GO*. (Dissertação Mestre). Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, DF, Brasil. https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2395/1/2007_ElisaAlvesdaSilva.pdf

Silva, E. A., & Costa. I.I. (2010). O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. *Saúde Mental. Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* 13(4).
<https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000400007>

Silva, E. A., & Costa. I.I. (2008). Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go.

- Psicologia em Revista*, Volume 14(1) 83–106
https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2395/1/2007_ElisaAlvesdaSilva.pdf
- Silva Filho, O.C., & Minayo, M.C. (2018). Comportamento Suicida em adolescentes: desafios e reflexões para os pediatras brasileiros. *Adolesc. Saúde, Rio de Janeiro, Volume 15(1)* 68-72 [https://file:///C:/Users/terap/Downloads/v15s1a09%20\(6\).pdf](https://file:///C:/Users/terap/Downloads/v15s1a09%20(6).pdf)
- Silva, M. B. B. (2005). Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Revista Saúde Coletiva*, 15(1), 127–150.
- Siqueira, A.A. (2020) *Significados e atitudes relacionados ao comportamento suicida entre profissionais da Estratégia de Saúde da Família*. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/T.22.2020.tde-06072020-153453>.
- Slaikew, A.K. (1988). *Intervención en crisis - Manual para prácticas e intervención*. Ed. El manual Moderno.
- Soares F.C, Hardman, C.M., Rangel Junior J. F. B, Bezerra J, Petribú K, Mota J, Barros M.V.G... Lima RA. (2020): Secular trends in suicidal ideation and associated factors among adolescents. *Braz J Psychiatry*. 42(5):475-480 <https://www.scielo.br/j/rbp/a/3w4P4v95bpy6698vbntyrFM/>
- Spink, M.J, Brigagão. J, Nascimento & Cordeiro. M (2014). A Produção de Informação na Pesquisa Social: Compartilhando ferramentas. *Centro Edelstein de Pesquisas Sociais*. <https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink->
- Spink, M. J. P., & Medrado, B. (2013). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 22-41). São Paulo, SP: Cortez.
- Spink, M. J. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. <https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>
- Spink, M. J. & Gimenes, M.G.G. (1994). Práticas discursivas e produção de sentidos: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre saúde e a doença. *Saúde e Sociedade* 3(2): 149 – 171 <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/wNf4HcfnwDqnyCwxYrMwk5P/?lang=pt&format=pdf>
- Torres, S. Z. M (2008). *Adolescências: Diferentes contextos, diferentes históricas*. (Dissertação Mestre). Universidade Federal do Paraná <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/16681>
- Velho, G. (1980). *Observando o familiar. In: Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar.
- World Health Organization (2020). Preventing Suicide: A global Imperative. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- World Health Association. (2019). Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

World Health Organization (2014). Preventing Suicide: A global Imperative. Recuperado de:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

World Health Association. Suicide.

[https:// www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide)