

PROAS ESPECIFICIDADES DA PRÁTICA DO PSICÓLOGO CLÍNICO DIANTE DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO¹

Carolina de Andrade Feliciano²

Carolina Bunn Bartilotti³

RESUMO

O crescente número de mortes por suicídio evidencia um problema de saúde pública, e ainda que o tema seja permeado por tabus, dificultando a busca por ajuda, algumas pessoas acabam chegando nos mais diversos serviços de saúde mental. O psicólogo, sendo atuante no contexto da saúde mental é um dos profissionais que atenderá pacientes com este tipo de demanda em dispositivos de saúde pública, hospitais e na clínica, podendo ter procedimentos que são específicos da profissão na hora do manejo deste paciente. Desta forma, o presente trabalho se propõe a mapear como os profissionais da psicologia que atuam no contexto clínico identificam o paciente com risco de suicídio, quais os procedimentos adotados para o manejo destes pacientes e os critérios adotados pelos psicólogos clínicos para que ocorra a quebra de sigilo nos casos em que o risco de suicídio apareça, além das implicações desta quebra para o acompanhamento terapêutico. A pesquisa foi de natureza qualitativa, descritiva, delineamento estudo de caso e com o corte transversal. Foi utilizada a entrevista semi estruturada para a coleta dos dados dos cinco psicólogos clínicos e a análise foi feita através do método de análise de conteúdo de Bardin. Foram descritos pelos sujeitos os procedimentos adotados por eles no manejo deste paciente em risco de suicídio, que foram: quebra de sigilo, rede de apoio, encaminhamentos externos, educação sobre o tema, e notificação para órgãos competentes; os sinais que colaboram na identificação deste paciente; se essa ideação se

¹ Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

² Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. E-mail: carolinaafeliciano97@gmail.com.

³ Doutora – Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Titular na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

manifesta de maneira mais reativa (impulsiva) ou crônica (persistente); discutindo ainda outras questões que modulam essa ideação suicida, como gênero/sexo/sexualidade/raça e ainda a pressão social, outra questão levantada foi a importância de estudar suicídio na graduação.

Palavras-chave: ideação suicida, risco de suicídio, manejo clínico da ideação suicida, psicologia clínica.

1. INTRODUÇÃO

Sendo, atualmente, a segunda maior causa de mortes em indivíduos com idades entre 15 a 29 anos no mundo, tendo vitimado 800 mil pessoas no ano de 2018 em parâmetros mundiais, com uma ocorrência mundial a cada segundo no ano de 2018 (OMS, 2020), a Organização Mundial de Saúde também aponta que muitos países não disponibilizam dados sobre a taxa de mortalidade por suicídio, pois além de ser um assunto sensível e considerado um tabu, em muitos países é tratado como algo proibido. A palavra suicídio mesmo sendo pequena possui desdobramentos que são diversos, ela é conhecida pelo mundo desde o século XVII, originada do latim “*sui* = de si próprio; *caedere* = matar” (BOTEGA, 2015, p.21), veio a substituir o termo “homicídio a si próprio”.

Sobre a temática suicídio, pode-se trazer um conceito de Durkheim (1887, apud RODRIGUES, 2009, p. 701) no qual “chama-se de suicídio todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado”; desta forma o suicídio deve ser pensado como todo o ato que o sujeito tem contra a própria vida, consciente de que este ato o levará à morte (MALISKA, WALLAUER, 2012).

Durante o percurso histórico do suicídio, Botega (2015) informa que para os *vikings* a pessoa se tornava honrada após morrer em batalha, visto que ao ir à batalha o sujeito tinha consciência de que poderia morrer, e desta forma ele iria para o paraíso. Em algumas sociedades o suicídio do idoso era comum, eles tiravam a própria vida para evitar se tornarem um “peso” para seus familiares e comunidade, era um “ato de suprema honra e altruísmo” (p.15). Na cultura greco-romana o suicídio era documentado de forma natural, ele seria tolerado, a não ser que desrespeitasse algum dos deuses, era visto como um ato de heroísmo e em algumas situações era justificado.

Na Idade Média, o suicídio passou a ser um pecado e as pessoas que o cometiam teriam seus cadáveres retirados do ambiente de morte por meio de uma janela ou por alguma abertura feita na parede, posteriormente seus corpos eram colocados em um barril e atirados no rio. O corpo poderia também ser arrastado por um cavalo até um local onde pudesse ser amarrado de cabeça para baixo, sem as mãos que seriam enterradas separadamente, esses atos eram uma forma de punir aquele que tirou sua própria vida. Foi Santo Agostinho (354-430 d.c) que passou a transmitir esses pensamentos para o povo medieval, ele dizia que Deus dava a vida às pessoas e que seria um atentado contra Ele que aquela pessoa se matasse. Na Bíblia, no Antigo Testamento, são apresentados quatro suicídios; o de Sansão, Saul, Abimelec e Aquitofel, nenhum sendo motivo de condenação. No Novo Testamento a questão não é abordada diretamente. O suicídio de Judas não é considerado pecado, juntamente com sua traição, mas posteriormente a atitude foi condenada e vista como pecaminosa por teólogos católicos (BOTEGA, 2015).

Foi somente no século XVII que o suicídio se tornou um dilema para os seres humanos e muitos estudiosos de diversas áreas se debruçaram sobre o assunto. Em 1846, Karl Marx (1818-1883) publicou um estudo acerca do tema, o chamado *Peuchet: sobre o suicídio* (RODRIGUES, 2009), mas somente em 1886 após o suicídio de um amigo próximo, Victor Hommay, Émile Durkheim (1858-1917), um dos maiores filósofos do século XIX negou por muito tempo que fosse suicídio, dizendo ser apenas um acidente. Essa morte abalou muito Durkheim e o fez se dedicar ao estudo sobre o suicídio (NUNES, 1998). Em 1887, Durkheim escreveu a obra *O Suicídio: Estudo sociológico*, na qual ele buscava explorar este fenômeno como um “fato social”, olhando para além das particularidades e do individual, mas de uma forma coletiva e sociológica. A obra de Durkheim foi consagrada como sendo “o estudo sociológico clássico mais importante sobre o tema do suicídio” (RODRIGUES, 2009, p.699). Durkheim modificou “o foco associado ao suicídio: do indivíduo, para a sociedade; da moral, para os problemas sociais” (BOTEGA, 2015, p.22).

O suicídio além de ser um problema de saúde pública como pontua Barros (2013) também é considerado um tabu e isso acaba por colaborar para que as pessoas não busquem ajuda (OMS, 2018). Não existe só um fator que contribui para que as pessoas pensem em tirar a própria vida, mas sim um conjunto, sendo eles intrínsecos ao sujeito e sociais (família, amigos, educação), denominados de fatores de risco, estes últimos sendo também fatores que contribuem para a prevenção, caso já tenha acontecido uma tentativa ou alguma intenção (RODRIGUES, 2009) e são chamados de fatores de proteção.

O fenômeno suicídio deve ser de conhecimento de todo o profissional que trabalha com Saúde Mental, mas pensando na atuação do psicólogo, este deve ter um entendimento muito maior, afinal, “existem dois tipos de terapeutas - aqueles que perderam um paciente por suicídio e aqueles que perderão” (HAAS, 1999, apud, FUKUMITSU, 2014, p.270). Todo o profissional da Psicologia terá um contato com riscos de suicídio, direta e indiretamente. E ainda que não tenha o conhecimento necessário, o suicídio vem crescendo cada vez mais e faz-se necessário buscar conhecê-lo intimamente, de maneira a poder acolher quando se deparar com ele. De forma que ao notar a escassez de informações da psicologia sobre o tema, conhece-lo antes de formar-se psicólogo, afinal, em algum momento o contato será inevitável.

Para lidar com o fenômeno do suicídio, o terapeuta deverá, de acordo com Fukumitsu (2014) primar pelo cuidado e acolhimento, não focar em curar aquele paciente, pois isso facilita uma resignificação no paciente para com o seu “desespero existencial” (270) e aprender jeitos diferentes de lidar com seus problemas. O psicólogo deve também agir com cautela e responsabilidade frente a este fenômeno, pois é neste momento que se lida com a dualidade que existe entre a vida e a morte. A forma de agir neste momento é se auto cuidando e acompanhando, deve-se lembrar que “o profissional só poderá oferecer aquilo que é possível de oferecer” (p. 271) e assim como Merighi (2002 apud FUKUMITSU, 2014) adiciona “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” (p. 271).

Bertolote (2010) afirma que existem três principais funções de alguém que trabalhe em um serviço de saúde mental frente ao comportamento suicida, são eles: “identificar o risco, proteger o paciente e remover ou tratar os fatores de risco” e posteriormente tem a função de “determinar os procedimentos de curto e longo prazos para diminuir o risco de suicídio” (p.88).

Assim como tem-se os fatores que potencializam uma possível tentativa de suicídio, conhecidos como fatores de risco, pode-se pensar em fatores que podem neutralizar e prevenir que o ato aconteça, são eles os fatores de proteção. Os fatores de risco podem ser transtornos mentais, desemprego, falta de rede de apoio, violência doméstica, abuso físico ou psicológico, falta de perspectiva e inclusive a aposentadoria (BOTEGA, 2015). E em relação aos fatores de proteção pode-se pensar na facilidade e acesso à ajuda, em pedir ajuda, estar empregado, relacionamentos com familiares e amigos ou vizinhos que possam servir como apoio para o indivíduo; para as mulheres ter

crianças em casa é um fator de proteção fundamental. Além disso, a forma como a pessoa enfrenta e lida com fatores subjetivos e de personalidade, seus mecanismos de defesa e de enfrentamento, são fatores de proteção muito importantes a serem considerados, são esses fatores que devem ser consolidados em clínica pelo terapeuta, a fim de tentar prevenir que o suicídio aconteça.

Como visto, suicídio é um fenômeno crescente, permeado por tabus e crenças, que muitas vezes dificultam a procura por um profissional da Saúde Mental antes de qualquer tentativa ou após a tentativa já ter ocorrido. Apesar de comum nos seres humanos, pensamentos suicidas podem levar ao suicídio propriamente dito, e é importante e necessário o auxílio de um profissional da saúde mental nestes casos, incluindo os psicólogos. Cabe então ao psicólogo com as especificidades de sua prática, identificar o risco de suicídio e buscar sua prevenção em conjunto com o sujeito atendido e sua rede, como família, amigos e vizinhos. A presente pesquisa tem como objetivo principal: identificar as especificidades da prática do psicólogo clínico diante do paciente com risco de suicídio. Assim como objetivos secundários: identificar os critérios adotados por estes profissionais para que a quebra de sigilo ocorra e se existem implicações desta quebra para o acompanhamento terapêutico, se eles adotam procedimentos específicos para o manejo destes pacientes e mapear como ocorre a identificação do paciente com risco de suicídio.

2. MÉTODO

A presente pesquisa é de natureza qualitativa, com objetivo descritivo, corte transversal e delineamento estudo de caso. Foram entrevistados cinco psicólogos clínicos que atuam em consultório ou clínicas psicológicas e em território nacional. O Contato com os psicólogos foi feito através de mensagens pelo aplicativo Instagram, a pesquisadora buscou a palavra “Psi” no local de busca e escolheu aleatoriamente 5 participantes de início. Ao tentar marcar as entrevistas, apenas 3 aceitaram participar e através destes a pesquisadora pediu contatos de psicólogos conhecidos por estes participantes e que eles achavam que estariam dispostos a participar, conseguindo mais 2 psicólogos.

Abaixo encontra-se uma imagem que possibilita uma melhor visualização dos dados de caracterização dos participantes, que serão denominados P1, P2, P3, P4 e P5 (Figura 1):

Figura 1: dados de caracterização dos participantes

P1	P2	P3	P4	P5
• Tem CRP há 2 anos • Tempo na clínica: 1 ano e 6 meses • Teve contato com 3 pacientes em risco de suicídio • Mulher • Abordagem seguida é Gestalt • Atua em São José e Palhoça - SC.	• Tem CRP há 4 anos • Tempo na clínica: 3 anos e 6 meses • Teve contato com 3 pacientes em risco de suicídio • Mulher • Abordagem seguida é Existencialismo • Atua em Curitiba - PR.	• Tem CRP há 4 anos • Tempo na clínica: 3 ano e 6 meses • Teve contato com aproximadamente 10 pacientes em risco de suicídio • Homem • Abordagem seguida é Existencialismo • Atua em - PR.	• Tem CRP há 8 anos • Tempo na clínica: 5 anos • Teve contato com 4 pacientes em risco de suicídio • Mulher • Abordagem seguida é Relacional Sistêmica • Atua em São José - SC.	• Tem CRP há 10 anos • Tempo na clínica: 5 anos • Teve contato com pelo menos 20 pessoas em risco de suicídio durante a pandemia. Durante a trajetória não conseguia ter um número exato. • Mulher • Abordagem seguida é Gestalt • Atua em Florianópolis - SC.

Fonte: Elaboração da autora, 2020.

O instrumento utilizado para coletar os dados foi uma Entrevista Semi Estruturada (Apêndice A), que foi desenvolvida pela pesquisadora, abordando questões sobre o manejo do psicólogo quando atende um paciente com risco de suicídio. A entrevista incluía perguntas sobre sua atuação na área (tempo, local, abordagem), perguntas acerca da compreensão do tema suicídio (como enxerga o fenômeno, perfil dos pacientes atendidos, quantos casos com risco de suicídio o profissional já teve) e perguntas relacionadas ao manejo feito quando teve contato com um paciente com o risco de suicídio.

As entrevistas individuais ocorreram nos dias 14, 18 e 24 de setembro de 2020, com duração de aproximadamente 40 minutos, através do aplicativo Microsoft Teams. As entrevistas foram gravadas. Após a finalização de cada entrevista, a pesquisadora realizou a transcrição destas em cinco arquivos diferentes. As gravações das entrevistas e suas transcrições ficarão guardadas de forma segura pela autora pelos próximos cinco anos.

A análise foi feita através da Análise de Conteúdo de Bardin. Com as transcrições impressas, a pesquisadora destacou com marca-texto de diferentes cores o que mais aparecia de relevante na fala dos profissionais e que se relacionavam com os objetivos da pesquisa, a identificação e o manejo de pacientes com risco de suicídio, assim como se ocorre a quebra de sigilo e como ela é feita, além das implicações desta para o processo e vínculo terapêuticos.

Nesta pesquisa foram respeitadas as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando assim o direito de todos os seres humanos participantes da pesquisa. A pesquisa passou pelo processo de apreciação ética do CEP e foi aprovada mediante o parecer 4268994 (Apêndice B). Todos os participantes tiveram tempo de ler e aceitar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, os quais contavam com informações acerca da pesquisa, assim como o *e-mail* da pesquisadora para posteriormente solicitarem os resultados, assim como retirar qualquer dúvida sobre a pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

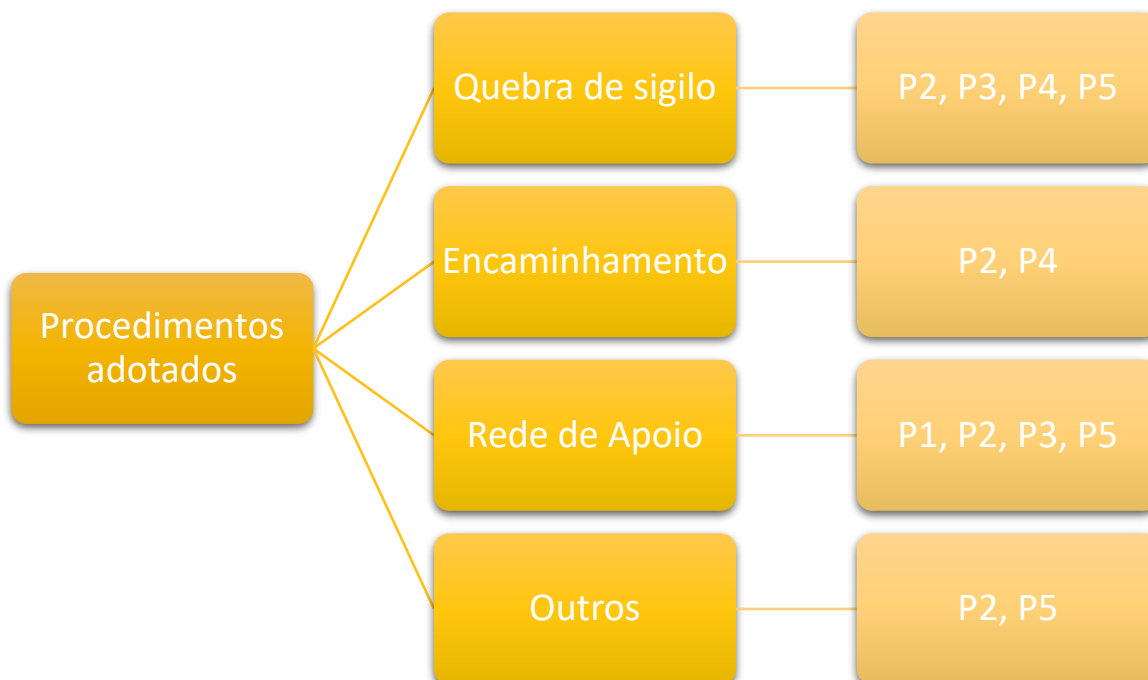
Após a transcrição de todas as entrevistas, a pesquisadora organizou, de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (1977) em categorias à posteriori que abordavam temas relativos aos objetivos da pesquisa, que foram denominadas: Procedimentos Adotados, Identificação do Paciente com Risco de Suicídio, Perfil do Paciente, Moduladores do Risco de Suicídio e Importância do Estudo na Graduação. As subcategorias surgiram das falas dos participantes e questões sobre o tema da pesquisa que mais se sobressaíam e repetiam nas entrevistas.

3.1 PROCEDIMENTOS ADOTADOS PELOS PSICÓLOGOS NO MANEJO CLÍNICO

No que tange aos procedimentos adotados pelos participantes da pesquisa (Figura 2) no manejo de pacientes com risco de suicídio, de maneira geral os procedimentos são específicos, seguindo os aprendizados adquiridos através de estudos mais aprofundados sobre a temática, assim como cursos realizados. A subjetividade de cada paciente é respeitada durante o processo de manejo, como os fatores de risco e de proteção, todavia

existem procedimentos que todos os participantes adotam, são eles: Quebra de sigilo, Encaminhamentos e Rede de Apoio.

Figura 2: Procedimentos adotados pelos participantes.



Fonte: Elaboração da autora, 2020.

3.1.1 Quebra de Sigilo

O sigilo profissional é previsto no art.6º do Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005), no qual é firmado que todos os assuntos trazidos em consultório devem permanecer em sigilo para “proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos e organizações, a que tenha acesso no exercício profissional” (p.13), entretanto quando existe risco à integridade física do paciente ou de terceiros, este sigilo poderá ser quebrado. Desta forma, durante as entrevistas as participantes P1 e P2 nunca haviam quebrado o sigilo até o momento, sendo que a P1 só quebraria em “*caso muito extremo [...] se a pessoa saísse daqui (consultório) para fazer isso (cometer suicídio)*” e P2 indicou que quebraria por dificuldade de acesso a rede de apoio e caso “*os sintomas e as ideias se agravem e ele não consiga estabelecer contato com ninguém [...] seria um indicativo para que aconteça essa quebra de sigilo*”.

Já os participantes P3 e P5, já quebraram e quebrariam o sigilo mesmo sabendo que pudessem ocasionar implicações negativas para o vínculo terapêutico; para a

participante P4 a quebra de sigilo é seu primeiro passo ao identificar o risco de suicídio e ela ressalta que as reações dos pacientes se diferem na hora que avisam que ocorrerá a quebra e que *“muitos não querem que ocorra por medo ou vergonha. Muito por causa do estigma que permeia o suicídio”*. Para os três psicólogos não houve implicações negativas no vínculo terapêutico, todavia P4 diz que não quebraria caso pensasse que afetaria negativamente o vínculo terapêutico.

P3 relata que a quebra de sigilo é necessária e imediata, pois:

[...] envolveu suicídio, eu não dou brecha, não deixo para ver depois se ele estava mentindo. Falou então vamos ligar para alguém [...] lidando com a impotência que você sabe que se ele quiser, ele vai fazer, então quanto mais pessoas estão olhando, ainda que melhore a possibilidade, infelizmente não a anula.

Ainda para o participante P3 o momento da quebra de sigilo é a partir de quando o risco de suicídio é identificado. E ele reforça que o perfil do paciente e sua rede, não influenciam para a tomada de decisão, todavia a escolha de quem será contatado fica a critério do paciente. Para P3 em suas experiências, não houve implicações no vínculo terapêutico; o profissional indica que ainda que estimasse um risco para o vínculo, mesmo assim quebraria o sigilo *“É a questão [...] da responsabilidade, você não pode assumir isso sozinho.”*

Tanto P3, quanto P4 e P5 relatam que deixam bem claro na hora da firmação do Contrato Terapêutico⁴, no qual fica esclarecido que o sigilo pode ser quebrado, para P3 *“é uma exigência que eu tenho, quando ele assina o contrato que vai continuar a sessão [...] independente do caso, ele sabe que se aparecer aquilo, isso vai acontecer [...]”*, para P5, mesmo que o contrato seja verbal, é anotado em prontuário que foi feito e ela traz que:

[...] ainda que ela (paciente) não te dê anuência para conversar com as figuras de apoio, você precisa dizer para ela ‘olha, o que você me traz é muito sério, você está em risco, eu tenho um compromisso ético em relação a sua vida’ e é exatamente assim que eu falo ‘eu vou precisar quebrar esse sigilo [...]

D’Acri (2009) ainda ressalta que o contrato pode ser firmado através da escrita das regras que balizarão o processo, ou através da fala dos envolvidos, no caso terapeuta e paciente, e que é neste momento em que os implicados escolherão um ao outro. Quando

⁴ Procedimento utilizado pelo psicólogo na clínica geralmente na primeira sessão que tem a finalidade de estabelecer como se dará o setting terapêutico que norteará todo o processo e os compromissos que ambos terapeuta e paciente deverão cumprir para que a “relação terapêutica” (p.42) seja saudável (D’ACRI, 2009)

o paciente decide por continuar a psicoterapia com este psicólogo, compreende-se que ele está aceitando as regras. Fukumitsu (2014, p. 271) descreve que no contrato terapêutico “incentiva-se a inclusão, no item sigilo ‘Manterei o sigilo desde que não haja risco de vida’”.

Ainda nesse contexto a participante P5 relata que existem diferenças nas reações dos pacientes, mas que “*não tem conversa, eu já falei, já frisei [...] tá registrado, eu só lembro a pessoa do contrato*”, todavia ela ressalta que este processo é trabalhado em conjunto com o paciente:

“eu vou trabalhar isso com ela (paciente) [...] compreender o que significa para ela no contexto dela, e explicar né, isso não é descontextualizado [...] eu vou trabalhar inclusive [...] como ela se sente em relação a isso, eu vou acolher [...] é uma coisa pensada em conjunto, articulada”

Desta forma suas implicações existem, mas a participante P5 afirma que a relação terapêutica com os pacientes melhorou após a quebra:

[...] quando você faz isso de maneira bem cuidadosa, explicada, conjunta, quando você coloca as pessoas que estão naquele trabalho, junto com você, você não fala por elas, elas falam junto com você sobre essa situação. Você a trata como um ser ativo, de fato, e ela se vê respeitada neste processo [...] você coloca que há uma importância para a saúde, para a vida dela, ela volta e permanece num vínculo interessante [...]

E a participante P5, assim como o participante P3, ainda pontua que teria quebrado o sigilo mesmo que isso acarretasse negativamente no vínculo:

“O nosso primeiro princípio fundamental é o respeito e o trabalho feito na direção da vida, da dignidade, da liberdade [...] se a pessoa não vai estar viva, de que adianta o vínculo. Então a gente quebra, não temos essa escolha, não podemos escolher diante da vida do outro” (P5)

Com isto, podemos afirmar que é de suma importância que esteja claro na firmação do Contrato Terapêutico essa quebra de sigilo, para que como citado no início do tópico, é neste momento que ficará claro o *setting* terapêutico e também como explicitado na fala dos participantes esta questão será mais fácil de ser tratada com o paciente e não influenciará negativamente no vínculo terapêutico. A quebra de sigilo garante um acesso maior a rede de apoio deste sujeito, e fará com que o terapeuta não trabalhe sozinho neste manejo, permitindo uma segurança maior para seu paciente.

3.1.2 Rede de Apoio

O psicólogo, como Fukumitsu (2014) explicita, deve incluir ao prontuário do paciente telefones de duas pessoas de confiança que possam ser acessadas por ambos no momento em que houver este risco. Isso faz com que a rede de apoio do paciente possa ser explorada a fim de cuidar para que este suicídio não seja efetivado. A rede de apoio é essencial para o fazer do psicólogo, e isso fica muito claro na fala de todos os participantes da pesquisa.

Construir uma rede de apoio para esse paciente por meio dos vínculos e rupturas, é um procedimento unânime entre os participantes, e para a maioria deles é o primeiro passo após identificar o risco, mas existem dificuldades para montar essa rede, como a participante P2 pontua *“Meu primeiro passo é montar a rede de apoio [...] Ou no caso de quem não tem rede de apoio, eu estabeleço com o paciente o quão importante é não ficar sozinho [...]”*. A participante P4 afirma que *“Meu primeiro passo é acionar a rede de apoio, muitos precisam de hipervigilância [...]”*. O participante P3 afirma que sua decisão de acessar a rede é imediata *“Falou (sobre suicídio), então vamos ligar para alguém.” “Lidando com a impotência que você sabe que se ele quiser, ele vai fazer então quanto mais pessoas estão olhando, melhora a possibilidade, mas não a anula. [...] Divida a responsabilidade.”*

Ainda que montem e que tenham a possibilidade de acessar essa rede de apoio, P1 e P3 demonstram que estimulam a autonomia do paciente em relação a escolha das pessoas que serão acessadas. Para P1 *“Eu tento ver qual é a rede desse paciente e... eu peço para ele, não para que me passe, mas para sempre ter algum contato de emergência, alguém próximo... e ele compartilhar esse contato próximo comigo”*, o participante P3 opta pela quebra de sigilo acessando essa rede na hora que foi mencionada a possibilidade de suicídio, questionando *“Para quem você quer ligar para dividir essa história? Sua mãe, seu pai, sua irmã? Quem você quer trazer nesse momento?”*. Fukumitsu (2014) explica que essa rede ainda é importante pois o psicólogo precisa do apoio de familiares para que possa realizar seu trabalho.

E que essa rede deve ser analisada junto ao paciente, pois muitas pessoas que fazem parte dessa rede podem ser causadoras de estresse e podem acabar piorando, como nas situações narradas por P1, P3 e P5: *“Vamos supor que a rede da minha paciente seja só a mãe e ela já tivesse problemas com a mãe, acionar essa rede poderia piorar [...] por isso eu busco fazer uma rede mais ampla.”* (P1); *“Não vou escolher a pessoa, nunca vou fazer isso, questiono, ‘Quem você acha que devemos chamar?’ ele vai pensar, alguém*

que ele confie, que ele goste.” (P3). Já a participante P5 nos mostra como é importante verificar essa rede, especialmente quando tem outras violências envolvidas:

“[...] analisar essa rede, porque por exemplo, mulheres vítimas de violência a gente não pode ter o homem autor de violência como a rede de apoio dela, então a gente precisa descobrir, tem uma mãe, tem uma vizinha, uma tia, enfim, a gente precisa também traçar estratégias com as pessoas as quais ela se identifica, confia [...]”

O participante P3 em sua entrevista pontua em diversos momentos a impotência do psicólogo neste momento de fragilidade e desesperança de seu paciente, todavia pode-se pensar que em conjunto com uma rede escolhida pelo próprio sujeito faz com que o psicólogo tenha mais chances de conseguir manter a segurança do paciente. A rede de apoio se mostra um componente extremamente importante para o manejo, de forma que todos os participantes a acessem no momento de necessidade e procurem estruturá-la junto ao paciente para que seja saudável e segura para ele.

3.1.3 Encaminhamentos

O encaminhamento para outros profissionais e serviços apareceram na fala dos participantes P2, P4 e P5, sendo também um método apontado por Fukumitsu (2014) como essencial, para além da rede de apoio do paciente, que o profissional deve acessar outros profissionais e serviços de saúde, fazendo estes encaminhamentos, pois o suicídio não pode ser prevenido ou tratado por apenas uma pessoa.

Além de montar a rede de apoio com pessoas próximas ao paciente, as participantes P2 e P4, costumam montar uma rede com outros profissionais da saúde, a participante P2 afirma *“se não tá tomando medicação eu entro em contato com psiquiatras, se eu identifico que é uma demanda [...] Encaminhamento para psiquiatra”*.

A existência de um transtorno mental é um fator de risco para que o suicídio ocorra, como afirma Botega (2015), sendo os mais frequentemente identificados são: “a depressão, o transtorno bipolar, a dependência de álcool ou de outras drogas psicoativas, bem como a esquizofrenia e certos transtornos de personalidade” (p.108). P4 ainda ressalta *“Encaminhamento para um psiquiatra, às vezes antes até de contatar a família [...]”*. Desta forma pode-se notar que a medicação, nestes casos, é importante para a prevenção como é citado durante a entrevista pela participante P2.

O participante P3 reafirma o que Fukumitsu (2014) pontuou, sobre o suicídio precisar de mais de uma pessoa para ser prevenido, sejam eles familiares ou outros profissionais, *“Você não faz sozinho, você não faz chover sozinho, você precisa de um apanhado de situações”*. Ainda que faça notificações e que incentiva que outros profissionais também façam, a participante P5 se preocupa com os desdobramentos futuros dessa notificação quando existem outras violências envolvidas. A participante ainda ressalta a importância da notificação de tentativas de suicídio, que será explorada no item 4.1.4.

“Assim, as vezes eu dou uma segurada na notificação quando envolve outras violência. Porque a rede às vezes, já trabalhei em outro estado em que a gente inclusive era proibido de passar o caso para a conselheira tutelar tamanha a falta de manejo e o moralismo na situação. Então, considerando que a Vigilância Epidemiológica vai passar o caso para o Conselho (Tutelar) e se esse for o fluxo, no caso era, a gente tenta segurar.”

Ser hesitante em notificar, para a participante, significa preservar a pessoa vítima de violência, pois, como pontua Inoue e Ristum (2008), o agressor muitas vezes está dentro da própria casa, sendo ele familiar ou algum conhecido da família, desta forma, pensando que o Conselho Tutelar irá até a casa da vítima, para resguardar essa pessoa é necessário antes de tudo saber se as pessoas da rede já estão cientes da violência. P5 costuma acompanhar como que a rede está assistindo essa pessoa que está em risco, a fim de garantir a segurança e acolhimento do paciente, *“[...] o contato com essa rede, porque a gente não pode ficar fazendo o encaminhamento sem saber se deu certo. Se a pessoa foi acolhida, se o atendimento da rede tá fazendo sentido, tá funcionando, eu faço esse acompanhamento [...]”*

3.1.4 Outros

A educação sobre o risco de suicídio, como afirma Botega (2015) deve ser feita tanto para o paciente, para que ele possa compreender melhor o que está se passando consigo no momento, como para a rede de apoio. Esta abordagem é utilizada pela participante P2, como aparece em sua fala, *“[...] uma das coisas que eu faço bastante é de educação [...] da família, de amigos, de quem for rede de apoio [...] não deixar os objetos de risco próximos do paciente, não deixar muitos objetos a vista, objetos cortantes, ter mais esse cuidado [...]”*. A participante P5 também utiliza esse procedimento assim que o risco foi identificado *“Entro com a psicoeducação, ‘Você está*

em situação de risco, e precisamos trabalhar isso.[...] Para mim esses são os primeiros passos, que a pessoa ela tome ciência que ela está em uma questão de ideação suicida [...]”.

Para as participantes P2 e P5, ficar à disposição do paciente para quando ele perceber que está iniciando uma crise é essencial nesse momento. Não apenas para esse paciente, mas P2 ressalta *“[...] de fato me colocar à disposição da família.”*. Já P5 faz um plano de segurança, que conta com a rede e *“[...] me ligava todos os dias, estou à disposição, caso haja um risco maior você pode usar uma palavra X, a gente combinou uma palavra, ela podia me dizer essa palavra que eu ia entender que ela estava num risco de realizar a qualquer momento.”*.

Como supracitado, a participante P5 indica a notificação a Vigilância Epidemiológica como um dos seus primeiros passos, como fica claro no trecho *“[...] fortalecer a rede de apoio e notificar. Para mim esses são os primeiros passos [...]”*. O Congresso Nacional (2019) instituiu que qualquer profissional ou dispositivo de saúde que identificar a tentativa de suicídio, devem notificar os órgãos públicos competentes, sejam eles estadual ou municipal. Para além, em normativas do Ministério da Saúde, estão previstas as notificações de toda e qualquer violência, com exceção de violências extra familiares nas quais as vítimas são homens com idades entre 20 e 59 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Desta forma, o profissional da psicologia, tem até 24h para notificar qualquer violência à Vigilância Epidemiológica, através do documento Ficha de Notificação/ Investigação Individual - Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais, sendo o suicídio uma violência interpessoal. Todavia, ainda que esta notificação seja obrigatória, no Brasil, temos dados sobre as mortes por suicídio, mas existe uma questão muito importante na qual nem sempre é registrada e reportada, são as tentativas de suicídio, tendo em vista que, estas podem indicar um futuro resultado fatal. Esta falta de dados acerca das tentativas de suicídio não existe apenas no Brasil, mas é um problema no mundo todo, estima-se, a partir de estudos, um número de 10 a 40 vezes maior do que o de suicídios (BERTOLOTE, 2010).

3.2 A IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM RISCO DE SUICÍDIO

O comportamento suicida, como Barros et al (2009) definem, são os pensamentos suicidas, também denominados de ideação suicida, o planejamento que visa colocar em prática os pensamentos e por fim as tentativas de suicídio. Alguns aspectos do comportamento suicida, como identificado através das entrevistas com os participantes podem ser mais físicos ou mais psicológicos, o que pode contribuir para o manejo do profissional e na identificação deste risco.

No curso do processo terapêutico com pessoas que esboçam um comportamento suicida, descrito por Schneidman (1993 apud FUKUMITSU, 2014) como sendo “verbalizações” (p.270) da vontade e tentativas de suicídio prévias, o terapeuta deve exercitar sua empatia para com o sofrimento daquele que se encontra em sua frente, podendo se “disponibilizar” a imaginar ou tentar conciliar seu lugar daquele no qual o seu paciente se encontra no momento (FUKUMITSU, 2014).

Uma das formas de identificação do risco de suicídio são os sinais físicos, que podem ser mais claros e aparentes, como a automutilação e a ideação, aparecendo no corpo do paciente ou em sua fala, todavia existem nuances do comportamento suicida que os participantes da pesquisa abordaram. Para a participante P1, por exemplo, os três participantes em risco de suicídio que ela atendeu trouxeram em suas falas a ideação suicida, e é neste ponto que ela se atenta, ainda citando que este relato pode não ser tão aberto e claro, mas que no decorrer do processo estas questões vão aparecendo. Todavia existem diferenças na intensidade dessa ideação como a participante P5 retrata:

Uma coisa é a pessoa falar ‘ah, eu tenho ideias de morte, eu penso em morrer, em não estar mais aqui’ outra coisa é a pessoa dizer ‘eu já separei a corda, já separei o medicamento, eu sei a hora que eu vou estar sozinho em casa e vou fazer’ ‘já deixei uma carta para a minha esposa’, precisamos analisar também avaliar [...] o grau de complexidade [...] se é algo mais crônico e mais espaçado, e é mais vago. [...]

Ainda que exista essa diferença, que vai balizar seu manejo, a participante P5, deixa claro que “[...] *diante de uma mínima expressão de ‘não quero mais viver’ ‘não tenho a mínima vontade’ ‘parei em determinado local e senti vontade de fazer tal coisa’ [...]*” e ainda que “[...] *é essa fala que vai demonstrar a possibilidade de a pessoa vir a morrer, praticar ou colocar em prática alguma ideia [...]*”, da mesma forma que o participante P3 segue uma das recomendações de Fukumitsu (2014) no que tange à primeira fase de conduta do terapeuta neste manejo (Perguntar e explorar), que traz a importância do questionar e explorar esse sentimento, para ter certeza, quando a ideação

aparece, “*se o paciente não deixa muito claro e aí passa. Então você tem que investigar [...] eu pergunto: ‘Você tá dizendo isso?’ ‘É isso o que você quer dizer?’ [...] É uma coisa que eu não deixo para depois*”. A autora também traz que é neste momento da ideação em que a prevenção é mais significativa.

Para além da ideação, a participante P5 trouxe outro ponto essencial do comportamento suicida, o planejamento. A história pregressa do paciente vai indicar como este suicídio ou ideação tem potencial para aparecer ou se manifestar no sujeito, podendo ser de uma maneira mais impulsiva ou planejada, desta forma o terapeuta deve sempre manter a atenção e elaborar um “plano de segurança” (p. 272) permitindo que o paciente possa o contatar quando estiver em situação de crise. O psicólogo deve também reforçar a relação entre ele e seu paciente, e notar a forma como ele compreende ou o que ele sabe sobre este fenômeno (FUKUMITSU, 2014). Desta forma, a participante P5 também destaca que se atenta aos desdobramentos deste planejamento do suicídio “[...] *se tem um plano de cometimento, qual é o grau, a complexidade desse plano [...]*” e é desta forma que ela pode iniciar um plano de proteção para este paciente.

Os comportamentos auto destrutivos não têm como objetivo principal o suicídio (BERTOLOTE, 2010), mas sim possuem um papel mais punitivo ou aparecem como uma forma de pedir ajuda, como exemplos pode-se citar a auto mutilação e o “abuso de substâncias químicas” (OMS, 2000, p.8), que ainda que inconscientemente e prazerosamente, o sujeito está causando danos a sua própria vida. Em pacientes com risco de suicídio é fácil encontrarmos este tipo de conduta, de se colocar em situações de risco a fim de acabar com a própria vida. A participante P2 cita que este é um dos pontos que demonstram o risco para ela, inclusive descreve a sua experiência com um paciente que andava de bicicleta sozinho por locais perigosos e se pegava pensando como seria se um caminhão passasse e o atropelasse.

A automutilação pode ser considerada um comportamento autodestrutivo e uma tentativa de suicídio, ainda que muitas vezes não seja interpretada dessa forma, como Pao (1969 apud GIUSTI, 2013) descreve existe a denominação “automutilação delicada” (p. 4) que faz essa distinção entre o comportamento e a tentativa de suicídio. Giusti (2013) ainda pontua que a automutilação é um ato que não se tem a consciência de uma vontade de morrer e que ela pode ser repetitiva. Ao analisar a fala da participante P5 “[...] *comportamento de automutilação [...]*” “[...] *a pessoa pode inclusive sentir prazer ao se machucar, e ela vai se machucando e na próxima vez pode ser que ela se machuque ainda mais, ainda mais, até que ela venha a morrer*” pode-se notar que ainda que a auto

agressão seja feita de forma a não ter a intenção de suicídio, em algum momento ele pode vir a acontecer. Além da participante P5 relatar sobre a automutilação a participante P1 ressalta ficar atenta a esse sinal “[...] quando eu sei que a pessoa comete a automutilação, [...] fico mais de olho.”.

Um dos sinais mais importantes de que o suicídio possa acabar por se concretizar é o fato de já ter acontecido outra tentativa antes, e esse é um dos pontos importantes para a participante P5. Quanto mais agressivo é o método da tentativa, maior a chance dessa ocorrer novamente e possivelmente levar a óbito. Ainda que as mais agressivas são mais fáceis de identificar, deve-se prestar atenção também nas formas de auto agressão mais leves, pois mesmo sendo consideradas de “baixa letalidade” (BOTEGA, 2015, p.100) ainda assim podem ser vistas como um risco para que um futuro suicídio ocorra. “Tanto para os que tentam suicídio pela primeira vez, quando para os reincidentes, o maior risco de morte encontra-se após o primeiro ano da tentativa” (BOTEGA, 2015, p.100).

Mudanças bruscas de comportamento e de rotina são identificações feitas pelos participantes P1, P2, P3 e P5. São mais reconhecidos fechamentos de ciclos como P3 relata “[...] começa a se despedir ou fechar contas bancárias [...] começou a eliminar, deixar as contas todas pagas”. Podemos chamar esse comportamento também de “finalização de ciclos”, o suicida ainda que não tenha como objetivo principal findar sua vida, mas sim buscar outra vida utilizando a morte na qual ele irá encontrar amor e acolhimento (CASSORLA, 2019), ele começará então a fechar os ciclos que possui em aberto, se despedir.

Correlacionados com casos de suicídio, além de todos os sinais supracitados, existem fatores denominados fatores de riscos os quais a participante P5 relata que analisa ao identificar o risco de suicídio. Ainda que a participante não tenha especificado quais fatores ela se atenta, na literatura encontramos alguns possíveis fatores: biológicos, como a genética, que combinados a fatores ambientais podem corroborar com os atos suicidas. Além dos transtornos mentais, relacionamentos conturbados e violentos são fatores de risco, assim como a falta de apoio, solidão e doenças físicas incapacitantes. Outro fator de risco que não é muito visto como tal é a passagem para a aposentadoria (BOTEGA, 2015), na qual o sujeito pode se sentir inútil e perder o sentido de existir. Estes fatores são extremamente importantes de se analisar no momento de inferir um possível risco daquele paciente de tirar a própria vida, desta forma, é importante que o psicólogo se atente para todos os fatores que podem potencializar este risco.

A participante P2 traz a falta de perspectiva no futuro, sendo inclusive uma das formas de identificar o paciente que está buscando o suicídio, o questionando sobre planos futuros. O afastamento do paciente de familiares e amigos é algo comum, a participante P4 relata que “[...] *quando há um afastamento de familiares e amigos, quando o foco está muito nele e no problema [...] existe uma hiper focalização no problema [...]*”, ao analisarmos este fragmento é possível inferir que por conta de um foco exagerado no problema a pessoa não consegue enxergar além daquilo, não consegue se relacionar de forma saudável, pois existe algo que não está certo em sua vida. Sendo este problema que o sujeito busca resolver através da morte, e entra então o que a participante P2 relata sobre a única possibilidade que o paciente vê, que é de fato morrer e é algo reforçado por Maliska e Wallauer (2012).

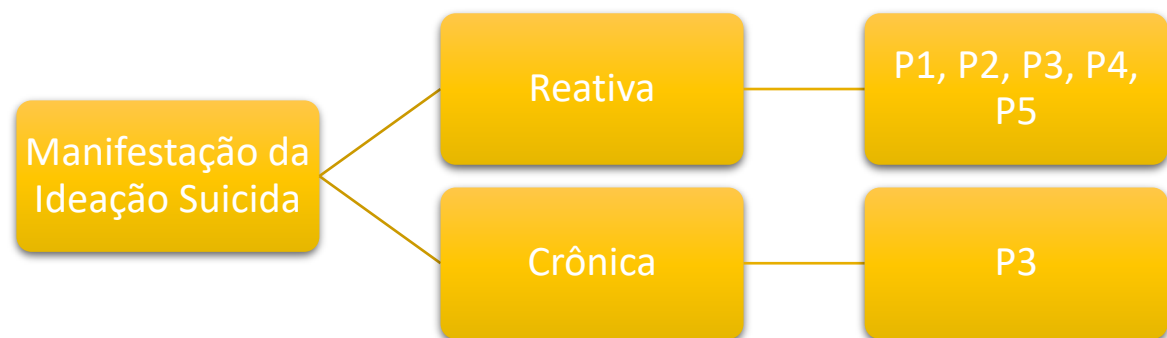
Para a participante P2, os pensamentos dos pacientes se apresentam de forma a gravitar em torno da morte, ela relata que “[...] os conteúdos da sessão sempre permeiam a morte, o morrer, como que seria não estar mais aqui.”. O objetivo do suicida mesmo que seja buscar uma nova vida como Cassorla (2019) pontua, para ele a forma de atingir este objetivo é passando pela morte, tendo como foco pensamentos sobre o morrer. A pessoa pensará em como não será estar mais viva, como as pessoas irão reagir a sua morte, apesar de essas questões serem pensadas por grande parte das pessoas, para os suicidas isso ocorre com mais frequência (CASSORLA, 2019).

O psicólogo após a identificação deste risco através da ideação, deve optar por compreender o que este suicídio irá significar para aquela pessoa que o busca, e acolher os sentimentos que serão trazidos durante o processo (FUKUMITSU, 2014).

3.3 MANIFESTAÇÃO DA IDEACÃO SUICIDA

Em qualquer intervenção no contexto clínico, o profissional deve conhecer o paciente e como ele reage a certos estímulos para que não acabe por violar sua subjetividade. No manejo do risco do suicídio não pode ser diferente, especialmente porque suas múltiplas causas, mudarão de paciente para paciente, assim como a maneira de enfrentar e como esse suicídio irá se manifestar, podendo ele ser reativo ou crônico.

Figura 3: Manifestação da Ideação Suicida.



Fonte: Elaboração da autora, 2020.

3.3.1 Manifestação Reativa da Ideação Suicida

Uma das formas de pensar o suicídio é sua ocorrência como resposta a algum evento estressor específico e externo a ela, caracterizando uma manifestação mais reativa, como a participante P5 vai retratar como sendo “[...] *casos mais iminentes, mais agudos* [...]”. O suicídio aparece como uma forma de resolver este problema, de forma que não é de fato pensado há muitos anos, não fazendo parte da história de vida do sujeito, apenas sendo essa forma de solucionar esta questão, isso é abordada pela paciente P1, sendo uma “[...] *fuga de algo que acontece externo a ela* [...]”.

De uma maneira geral, esse foi o perfil de pacientes que todos os participantes da pesquisa atendem ou atenderam em seus consultórios, o suicídio aparece em suas vidas de maneira reativa. O participante P3 ainda relata que “*Tiveram pacientes mesmo que nunca demonstraram nenhum tipo de sensação, nunca falaram, chegou um dia e ‘tô pensando em fazer... acho que vou fazer...’* [...]”, o que deixa nítido, junto com a fala da participante P5 que os pacientes com esse tipo de perfil são os que têm um risco mais agudo, pois até então a ideação nunca tinha sido mencionada ou sentida, mas algo que ocorreu com eles os fez pensar que talvez a morte seria a melhor opção, este tipo de paciente exige do profissional da psicologia um manejo imediato.

Essa ideação suicida reativa se manifesta de forma impulsiva, e como Moraes (2011) pontua, esse comportamento é visto regularmente visto em sujeitos diariamente, através da “impaciência, desatenção, extroversão, envolvimento em situações de risco, noção subestimada de prejuízo e busca de novidades, sensações e prazer” (MORAES, 2011, p. 12). Este tipo de comportamento é comumente relacionado com transtornos psiquiátricos como: depressão e Transtorno de Personalidade Antissocial e Borderline (MALISKA E WALLAUER, 2012), ainda que não esteja somente relacionada a eles, podendo afetar qualquer indivíduo que encontre algum percalço em sua vida e não consiga lidar de outra maneira. Dickman (1990, apud MORAES, 2011) conceitua impulsividade funcional e disfuncional, tendo a funcional como “tendência a tomar decisões rápidas” (p.12) congruentes com o momento, e a disfuncional como uma “emissão de respostas e decisões não pensadas que conduzem às consequências negativas” (p.13). Com estes conceitos podemos perceber que a impulsividade, especialmente a disfuncional se relaciona com o comportamento suicida reativo, pois este não é planejado e pensado previamente e sim reação ao momento.

3.3.2 Manifestação Crônica da Ideação Suicida

Como Maliska e Wallauer (2012) pontuam existem três características que estão relacionadas a sujeitos que morrem por suicídio a “ambivalência, impulsividade e rigidez”, todavia, estas características podem aparecer como parte da personalidade dos sujeitos e podem ser questões cotidianas dele. E pensando nos fatores de risco, os transtornos mentais podem ter como sintoma a própria ideação suicida e tentativas, um bom exemplo é o Transtorno de Personalidade Borderline, diagnóstico relacionado com grande número de tentativas de suicídio e suicídios consumados. Desta forma o aparecimento do suicídio poderá vir como uma questão mais crônica, no caso do Borderline, existe uma “constante instabilidade nos relacionamentos interpessoais, comportamentos impulsivos e autodestrutivos” (MALISKA e WALLAUER, 2012, p. 53), esses sintomas costumam vir acompanhados da automutilação, tal impulsividade pode acarretar um suicídio. A participante P5 relatou uma experiência com um paciente que tinha esquizofrenia e que ele [...] *trazia algumas questões assim, de falta de vontade de viver, mas é crônico, que fica de cantinho e às vezes a pessoa usa isso para trazer algum tipo de chamado.*”.

Tendo uma experiência um pouco diferente, na qual o sofrimento psíquico não está relacionado, o participante P3 relata sua experiência com um paciente que se diz “[...] *um suicida sem coragem* [...]” e que essa fala foi trabalhada e que ele não tem de fato coragem para findar a própria vida. O participante também reforça que muitos pacientes apareceram com um histórico que já os acompanha desde o início da sua constituição. De fato as subjetividades dos sujeitos atendidos em clínica ditarão o que será feito e como essa ideação irá se manifestar, e o fato de uma questão na constituição desse sujeito é extremamente importante no momento do manejo, afinal, diferente do sujeito com ideação suicida reativa, a questão crônica pode ser trabalhada sem que o risco apareça de forma aguda, oferecendo um plano diferente de ação do psicólogo. Nesta abordagem o psicólogo precisaria trabalhar essas características inerentes ao sujeito.

3.4 MODULADORES DA IDEACÃO SUICIDA

Além das duas diferentes formas que a ideação suicida se manifesta no paciente, existem aspectos que modulam essa ideação, podendo ser Gênero, Raça e Sexualidade; e a maneira como a sociedade que impõe o sucesso como a única forma de felicidade, irá afetar esse sujeito.

Figura 4: Moduladores da Ideação Suicida.



3.3.3 Moduladores da Ideação: Gênero, Raça e Sexualidade

Ainda que não seja o objetivo central da pesquisa, a participante P2 refletiu durante a entrevista e relatou como algumas questões que podem modular a vontade da pessoa de querer se suicidar, no seu caso aparece a questão de gênero, todavia, após as pesquisas e leituras feitas se faz necessário pensar em outras questões como raça e sexualidade.

[...] todas as pessoas que atendi com ideação suicida na clínica foram homens. Então tem muito dessa questão de não estar provendo para a própria vida, de não ter espaço para falar com outras pessoas sobre o que tá sentindo, nem com amigos, às vezes não quer nem demonstrar fragilidade com a namorada. Eu vejo muito essa questão, da masculinidade. [...] Essa questão do papel de gênero, do homem forte, do homem não se haver com seus sentimentos. [...] Eu tô vendo muito essa questão de papéis de gênero, cobranças, né. Que a sociedade tem [...] (P2)

A sociedade é impactada e prejudicada por uma questão denominada de masculinidade tóxica, que como Sculos (2017) conceitua, é:

uma coleção de normas, crenças e comportamentos associados com a masculinidade, que são nocivos para mulheres, homens, crianças e de maneira geral a sociedade [...] práticas e discursos que incluem essa noção de masculinidade [...] hiper competitividade, autossuficiência, tendências para ou glorificação da violência, chauvinismo, sexismo, misoginia, concepções rígidas sobre sexualidade/identidade de gênero e seus papéis, heteronormatividade, direito de ter atenção sexual de mulheres, objetificação e infantilização de corpos femininos.” (p.3, tradução nossa)

Desta forma, como Sculos (2017) mesmo pontua, essa masculinidade é perigosa de uma maneira geral para a sociedade, pois impõe papéis e formas de agir aos homens desde o início de seus desenvolvimentos e posteriormente acabam por endossar o feminicídio, estupro, LGBTfobia e o assassinato de pessoas LGBTQIA+. E a participante P2 afirma que está trabalhando a masculinidade com seu paciente, discutindo essa questão forte de papéis e o que um homem pode ou não pode fazer para ser um homem. É factível que o sexo masculino é o que mais morre por suicídio, o ato vem a se concretizar através dos métodos escolhidos, que são mais eficazes e violentos (CVV, 2020). Botega (2015) ainda pontua que caso os homens sobrevivam à tentativa, as chances de voltarem a tentar e conseguir findar suas vidas é maior que a das mulheres. As tentativas de suicídio são mais comuns entre o sexo feminino, e isso “pode ser atribuído à baixa prevalência de alcoolismo, à religiosidade, às atitudes mais flexíveis e ao desempenho dos papéis sociais que lhes são peculiares” (BOTEGA, 2015, p.102-103), o autor ainda pontua que ao

contrário dos homens, e um fator de segurança muito significativo para as mulheres é a facilidade de procurar ajuda ao sentirem sintomas depressivos, enquanto os homens por conta dessa pressão social, acabam por não buscar ajuda.

Para além da questão da masculinidade podemos citar alguns outros aspectos que se encontra pouco de uma maneira geral na literatura, como aponta Navasconi (2019). O autor relata que, apesar de sua importância, os marcadores de raça e sexualidade não são levados em consideração tanto separadamente e muito menos na sua junção, o que faz com que o fenômeno suicídio seja universalizado. Apesar de termos dados sobre a diferença entre as mortes por suicídio de mulheres e homens, a branquitude e universalização aponta apenas para um tipo de homem, que acaba por ser pensado de forma a ser branco e heterossexual, de forma que não temos dados sobre homens negros ou homens negros e homossexuais (NAVASCONI, 2019), somente se sabe que a população LGBTQIA+ se suicida mais por conta das questões sociais envoltas em suas trajetórias como por exemplo o preconceito (CVV, 2020).

Navasconi (2019) também retrata que em 2014 a OMS citava que “grupos vulneráveis que sofrem discriminações, como refugiados, migrantes, povos indígenas, lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e prisioneiros” (p.126) têm mais chances de acabar tirando suas próprias vidas, todavia mesmo com tal dado, e sabendo sobre a vulnerabilidade de certas populações, o autor não encontrou muita literatura científica sobre e ainda pontua que o “racismo à brasileira” (p.127) acabe por contribuir para que essa questão ocorra, “a sociedade brasileira tenha tanta dificuldade de nomear o quesito raça/cor, como também utilizá-lo em preenchimento de fichas e formulários” (p.127). O suicídio já é considerado um tabu, assim como as questões étnico raciais, fazendo com que a junção dos dois acabe por representar um tabu enorme para as pessoas que estão nesse sofrimento.

3.3.4 Moduladores da Ideação: Pressão Social

As participantes P2 e P4, trouxeram em seus relatos, o fato de que a nossa sociedade seja permeada pela busca pelo sucesso financeiro e social, e que ao não conseguir alcançar a pessoa possa pensar em tirar a própria vida. Este fato associado aos moduladores gênero, raça e sexualidade podem intensificar o risco de suicídio. Muitas

histórias relatadas por P4 estão relacionadas a essa busca e como a baixa tolerância a frustração é um fator dominante nas tentativas e pacientes que ela atendeu.

Cassrola (2019) traz o exemplo da nação brasileira, que possui “componentes autodestrutivos intensos” (p.18) afinal para muitos cidadãos não lhes é fornecido, através de “justiça social e desenvolvimento pleno da cidadania” (p.18), artifícios para que consigam alcançar um possível sucesso, fazendo com que se sintam submissos e sem expectativa de mudanças. Mas há de se pensar que não é este fator que irá de fato fazer o risco de suicídio aparecer, mas um conjunto de fatores, que foram citados ao longo do artigo.

O autor ainda traz o fato de que alguns participantes das partes mais ricas da sociedade, vivem em uma competição para ver quem chega mais perto ou de fato ao topo, esta “competição desenfreada” (p.82) pode fazer com que as pessoas experimentem sensações de serem obrigados a estarem consumindo e alcançando “poder, prestígio e dinheiro” (p.82). E um pequeno vislumbre de um fracasso seja ele “real ou imaginário” (p.82) pode iniciar uma depressão e o sujeito não suportar de fato esse fracasso, ou a humilhação possível, buscando a morte como uma solução para não enfrentar essa derrota. E aqueles que de fato alcançam o sucesso, existe o que Cassrola (2019) denomina de “depressão do sucesso” (p.83) que é uma depressão causada pela falta de ter o que conquistar, visto que essa pessoa já conquistou tudo, lhe sobrando “o tédio, a monotonia, a tristeza” e mais uma vez a morte parece uma forma de finalizar esses sentimentos.

A competição atinge todos em uma sociedade capitalista, todos buscam ter mais e ser mais, de forma que se não alcançarem esses ideais não são dignos de nada, e essa cobrança externa passa a se tornar interna. Como supracitados, os homens têm que prover para a família enquanto as mulheres devem ser perfeitas, não podendo falhar, e se voltarmos a Durkheim (1897) em seu estudo sobre o tema, podemos ver que realmente os fatores da sociedade influenciam diretamente no suicídio, especialmente atualmente.

3.5 IMPORTÂNCIA DO ESTUDO DO SUICÍDIO NA GRADUAÇÃO

Ainda que este elemento não fizesse parte dos objetivos geral e específicos, o fato de não haver muitas informações da psicologia sobre o manejo do paciente em risco de suicídio, fez com que esta questão fosse abordada com os participantes em uma das questões da entrevista, de forma que de uma maneira geral, com exceção do participante

P3 que buscou o conhecimento na 4ª fase para realizar seu TCC e a participante P5 que relatou não se lembrar, as outras três participantes não tiveram muito contato com a temática suicídio durante a graduação, e puderam aprender posteriormente com pós-graduações, workshops e estudos específicos sobre esta demanda. A participante P1 relata que atendeu duas pacientes com ideação suicida na clínica escola, e que desta forma ela foi buscar o conhecimento para poder lidar com a demanda, ela ainda relata que seus professores falavam sobre o assunto de maneira mais velada, e que era possível ter um pequeno contato com o fenômeno na matéria de Psicopatologia, mas nunca houve um professor que se dedicasse a falar sobre.

Já a participante P2 relata que teve algumas aulas pois sua professora da matéria de fenomenologia na graduação “ [...] trabalha com Luto, com Morte, com Suicídio, né, então ela trabalha também muito a partir da perspectiva de Heidger, e aí a partir disso a gente teve algumas aulas, mas assim, eu não tive nenhuma disciplina, alguma coisa mais específica sobre suicídio.”. P2 ainda ressalta que acha fundamental o estudo sobre suicídio pois seu primeiro contato com um paciente em risco de suicídio a assustou por não estar preparada e que só com supervisão e tempo de clínica que pôde compreender sobre.

Desta forma, além do problema sobre a falta de publicações do órgão que regulamenta a profissão e de poucos profissionais abordarem o assunto cientificamente, temos uma falta do assunto durante a graduação, e assim como Haas (1999, apud FUKUMITSU, 2014) trouxe, todo o profissional da psicologia teve ou terá contato com o suicídio em algum momento, isso demonstra o quão fundamental o estudo sobre o assunto é na formação dos futuros profissionais. Apesar de não se lembrar se estudou ou não na graduação, a participante P5 relata que existem muitas questões que permeiam o assunto e que também não são abordados na faculdade, que são: “[...] a questão do suicídio, da ideação, e do risco, da tentativa, a gente tem até 24h para notificar inclusive, né a Vigilância Epidemiológica, então articular uma rede é essencial ainda que eu esteja na clínica.” e que ela precisou estudar suicídio “na marra” pois apareceu na clínica e como ela ainda traz, o profissional da psicologia “[...] tem essa obrigatoriedade de técnica com a ciência psicológica de que a gente não pode trabalhar com base em achismos, então quando mais improvisada e pouco planejada é a minha intervenção, menos ética inclusive ela vai ser [...]”.

Este problema de falta de informações repassadas pode acabar dificultando tanto a identificação quanto o manejo das questões relacionadas ao tema na atuação desses

futuros profissionais (CERQUEIRA, LIMA, 2015). E assim como Fukumitsu (2014) ressalta é necessário aprender a lidar com este fenômeno, pois ele está relacionado com “a dialética da vida e da 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” (p.270)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa supriu o principal objetivo, sendo esse a identificação das especificidades da prática do psicólogo clínico diante de um paciente com risco de suicídio, visto que, após a análise dos dados demonstrou questões muito intimas ao trabalho do psicólogo e consoantes ao Código de Ética Profissional. Cumprindo também com os objetivos específicos podendo acessar os procedimentos adotados, a forma como identifica-se o paciente em risco de suicídio e aspectos que permeiam a quebra de sigilo nestes casos específicos.

Os dados apresentados foram extremamente significativos, tendo em vista que os cinco sujeitos possuíam uma experiência diversificada em relação ao suicídio. Pode-se notar também, baseada na amostra da pesquisa, que o tempo em clínica não interfere no contato com pacientes em risco de suicídio, pois mesmo os profissionais com menos tempo na clínica já haviam tido a experiência com pelo menos dois pacientes. A grande questão entre os profissionais com mais tempo de clínica é que se pode ter mais experiências e formas mais bem elaboradas para manejar os casos, isso por conta das formações, supervisões e mais tempo de psicoterapia. Todavia a pesquisa teve como um limite alcançar psicólogos com mais de 10 anos de carreira e de abordagens mais diversificadas. Ao visualizarmos esta questão com o que foi analisado sobre o estudo da temática suicídio durante a graduação, nota-se sua importância e percebendo que sai-se da graduação muitas vezes sem saber manejar tais situações e, possivelmente, suas obrigações éticas, – como a notificação para a Vigilância Epidemiológica – para com o paciente e a sociedade. Podendo então aprofundar o estudo, caso deseje, posteriormente em cursos.

No manejo do suicídio, é notável que o profissional da psicologia precisa trabalhar em conjunto com outros profissionais e com a família do paciente para manter sua

segurança na hora do manejo. O psicólogo ainda deve ter em mente que seu fazer é impotente, sem poder certificar-se realmente se aquela pessoa não irá tirar a própria vida ainda que utilize todos os seus conhecimentos no momento do manejo. A pesquisa conseguiu ir além dos objetivos e conseguiu levantar outros pontos como questões de pressão social e gênero, sendo além dessas questões sexualidade e raça encontradas na literatura, que estão intrinsecamente relacionados ao risco de suicídio. Visto isso, é possível concluir que a pesquisa conseguiu alcançar seus objetivos, conseguindo ainda obter mais informações sobre o suicídio e seus desdobramentos que contribuem muito para o fazer profissional.

Para além, vale ressaltar a importância de mais pesquisas acerca do tema suicídio na Psicologia, especialmente no que tange as questões relacionadas a raça e sexualidade, visto que é um campo de estudo na área ainda com uma escassez de trabalhos científicos. E ainda, realizar estudos sobre o suicídio relacionado a pandemia de Covid-19, uma vez que o isolamento social e o número expressivo de mortes em possibilidade de elaboração de luto, estejam causando impactos na saúde mental mundialmente.

5. APÊNDICES

APÊNDICE A - ENTREVISTA

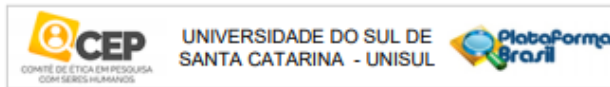
Nome:

Data:

1) Há quanto tempo você se formou em Psicologia?
2) Há quanto tempo você trabalha com Psicologia Clínica?
3) Onde você trabalha?
4) Com que abordagem você trabalha?
5) Qual perfil de pacientes que você atende?
6) Você estudou suicídio durante a graduação?
7) Como você enxerga o fenômeno suicídio?
8) Você já teve contato com pacientes em risco de suicídio? Em qual contexto?
9) Quantos pacientes em risco de suicídio você já atendeu?
10) A partir de que momento você identifica que aquele paciente apresenta um risco de suicídio?
11) Existe algum sinal que você se atenta quando está atendendo um paciente que está em risco?
12) Como o tema suicídio se relaciona com sua trajetória e com seu dia a dia?
13) Ao se deparar com o risco de suicídio, ideação suicida, você adota algum procedimento específico ou algum padronizado?
14) Caso seja padronizado, este padrão é em referente a quê? Foi sistematizado por quem?
15) Você pode relatar alguma(s) experiência(s) clínica(s) com o suicídio?
16) Qual a condição psicológica deste paciente? O suicídio aparece de forma mais reativa ou é uma parte da personalidade?
17) Quando este risco foi identificado, qual seu primeiro passo?
18) Em qual momento você opta pela quebra de sigilo?
19) Existem diferenças nas reações dos pacientes quando você propõe a quebra de sigilo?
20) Você pondera algum ponto antes de optar pela quebra de sigilo? Se sim, quais?

21) O perfil do paciente e sua rede influencia na sua decisão?
22) Nos casos em que houve a quebra de sigilo, quais implicações na relação com o paciente decorrente da quebra de sigilo feita você já teve?
23) Você teria quebrado o sigilo caso pensasse que isso pudesse acarretar negativamente sobre o tratamento do paciente?
24) E posteriormente quais procedimentos você adota?
25) Você obteve sucesso com os métodos adotados?
26) Gostaria de falar algo que não foi abordado nesta entrevista?

APDICE B – PARECER CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As especificidades da prática do psicólogo clínico diante de pacientes com risco de suicídio

Pesquisador: Carolina Dunn Bartlotti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35335020.5.0000.5369

Instituição Proponente: Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.268.994

Apresentação do Projeto:

O presente parecer trata das respostas às pendências emitidas no parecer consubstanciado de número: 4.210.797. As informações deste parecer foram extraídas dos seguintes documentos da Plataforma Brasil: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1588740.pdf e cartarespostacepunisul.doc, projetotcccacrolinasuicidio.pdf, postados em 15/08/2020.

O presente projeto refere-se a um trabalho de conclusão do curso de Psicologia, coordenado pela pesquisadora: Carolina Dunn Bartlotti. Apresenta o título: As especificidades da prática do psicólogo clínico diante de pacientes com risco de suicídio, caracterizada como uma pesquisa de natureza qualitativa, corte transversal, objetivos descritivos, delineamento estudo de caso. Cujo objetivo é: Identificar as especificidades da prática do psicólogo clínico diante de pacientes com risco de suicídio. O suicídio é a segunda maior causa de morte no mundo, uma morte ocorre a cada 40 segundos. Os profissionais da área da Saúde Mental são os profissionais indicados para o manejo da situação. A psicologia sendo uma ciência que lida com os fenômenos de maneira específica e que lida com a saúde mental de diversos sujeitos, deve ser referência neste manejo. Entretanto existe uma escassez de informações repassada durante a graduação e ainda informações técnicas acerca do manejo clínico deste fenômeno. Desta forma, como o profissional clínico lida com o suicídio pode ou não diferir, sendo necessário compreender como o manejo clínico ocorre através destes psicólogos. Apresenta como critério de inclusão de amostra: Ser

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br

psicólogo clínico, que trabalhe em consultório ou em clínicas psicológicas, residam em território nacional e devam ter tido pelo menos um paciente que tentou suicídio, demonstrou ideação suicida ou se suicidou.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar as especificidades da prática do psicólogo clínico diante de pacientes com risco de suicídio.

Objetivo Secundário:

a) Identificar os critérios adotados pelos profissionais da psicologia clínica para que ocorra a quebra de sigilo e as implicações desta quebra para o acompanhamento terapêutico;

b) Identificar se os profissionais de psicologia adotam procedimentos específicos para pacientes com risco de suicídio;

c) Mapear como os profissionais identificam o paciente com risco de suicídio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, a pesquisadora não alterou nas informações básicas do projeto, mas assim escreve no projeto apresentado:

"Nesta pesquisa será respeitada a Resolução 172/2016 referente Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul (CEP Unisul), assim como as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando o direito de todos os seres humanos participantes da pesquisa. Os possíveis benefícios da pesquisa são: reflexão sobre abordagem em consultório acerca do risco de suicídio, reflexões sobre novas maneiras de manejar a situação, assim como a contribuição para outros profissionais da área acerca do manejo de pacientes em risco de suicídio, assim como sensibilizar a população geral para a especificidade da atuação do profissional da psicologia nestes casos. E como riscos a pesquisadora adverte lembranças sobre os relatos dos pacientes sobre o suicídio ou ideação suicida, tristeza ao lembrar destes casos, assim como sentimentos de luto e/ou frustração por aqueles que tenham cometido suicídio estes riscos são classificados como moderados, e podem ser acolhidos no momento da entrevista ou posteriormente com a ajuda de outro profissional da psicologia." (p. 20)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta os elementos necessários para a realização de uma pesquisa científica. ressaltamos ainda a preocupação que a forma como os objetivos estão descritos, pressupões que o manejo do suicídio implica na quebra de sigilo, contudo conforme mostram no

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca CEP: 88.137-270
UF: SC Município: PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1036 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br

Continuação do Parecer: 4.268.994

instrumento de coleta de dados, é possível que essa inferência seja passível de questionamento dos participantes da pesquisa. Desta forma entendemos que o projeto apresentado ajusta as pendências mencionadas no parecer consubstanciado de número: 4.210.797, e mantém-se de acordo com as resoluções 466/12 e 510/16.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em relação aos elementos obrigatórios, principalmente TCLE e Cronograma estão redigidos de acordo com as resoluções 466/12 e 510/16.

Recomendações:

Ler as observações no item comentários e considerações sobre a pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto encontra-se sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 e/ou 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1588740.pdf	15/08/2020 17:38:20		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	cartarespostaocepunisul.doc	15/08/2020 17:36:47	CAROLINA DE ANDRADE FELICIANO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocecarolinasuicidio.pdf	15/08/2020 17:35:42	CAROLINA DE ANDRADE FELICIANO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Análise	tcle.pdf	16/07/2020 14:56:41	CAROLINA DE ANDRADE FELICIANO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocarolina.pdf	12/07/2020 19:02:14	CAROLINA DE ANDRADE FELICIANO	Aceito
Declaração de concordância	declaracaocienciaeconcordanciacepocarolina.pdf	12/07/2020 18:57:10	CAROLINA DE ANDRADE	Aceito

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Parecer: 4.268.994

Declaração de concordância	declaracao-cienciae-concordancia-cep- lina.pdf	12/07/2020 18:57:10	FELICIANO	Aceito
-------------------------------	---	------------------------	-----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALHOCA, 10 de Setembro de 2020

Assinado por:
Maria Inês Castilheira
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca CEP: 88.137-270
UF: SC Município: PALHOCA
Telefone: (48)3279-1036 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br

6. REFERÊNCIAS

- BARROS, Marilisa B A; Marín-León, Leticia. **Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico.** Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rsp/2003.v37n3/357-363/>> Acesso em: 19 de mar de 2020.
- BERTOLETE, José Manoel; BOTEGA, Neury José; MELLO-SANTOS, Carolina de. **Deteção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica.** Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 32. Out 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462010000600005&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 21 mar 2020
- BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida: Avaliação e Manejo.** Porto Alegre. Artmed, 2015.
- BRASIL. **Lei nº13.819, de 26 de abril de 2019.** Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm> Acesso em: 22 out 2020
- CASSROLA, Roosevelt Moises Smeke. **Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais; uma introdução.** Editora Edgar Blücher Ltda. 2017.
- CERQUEIRA, Yohanna Schneideider; LIMA, Patrícia Valle de Albuquerque. **Suicídio: A prática do psicólogo e os principais fatores de risco e de proteção.** Revista IGT na Rede, v.12, n. 23, p.457-471, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v12n23/v12n23a10.pdf>> Acesso em: 30 de mar de 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo.** Brasília. 2005.
- CENTRO DE VALORIZAÇÃO A VIDA. **Falando abertamente sobre suicídio.** 2017. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/falando_abertamente_sobre_suicidio.pdf> Acesso em: 19 mar 2020.
- D'ACRI, Gladys Costa de Moraes Rêgo Macedo. **Reflexões sobre o contrato terapêutico como instrumento de autorregulação do terapeuta.** Revista abordagem Gestalt. 2009. Vol.15, n.1, p. 42-50. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-68672009000100007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 20 out 2020.

FUKUMITSU, Karina Okajima. **O Psicoterapeuta Diante do Comportamento Suicida**. Psicologia USP. Vol.25, n. 3, p. 270-275. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0270.pdf>> Acesso em: 19 mar 2020.

GIUSTI, Jackeline Suzie. **Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/publico/JackelineSuzieGiusti.pdf>> Acesso em: 29 out 2020.

INOUE, Silvia Regina Viodres; RISTUM, Marilena. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. Estud. psicol.Vol. 25, n.1. Campinas, São Paulo. Jan/Mar 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000100002>. Acesso em: 22 out 2020.

MALISKA, Maurício Eugênio; WALLAUER, Alina. **Suicídio: um desafio para os profissionais da saúde**. Editora Pandion. Florianópolis. 2012.

MORAES, Paulo Henrique Paiva de. **Relação entre impulsividade e suicídio em pacientes com transtorno bipolar**. Instituto de Ciências Biológicas. Belo Horizonte. 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-8FWJDW>> Acesso em: 10 out 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas**. 2017. Brasília. 2017.

NAVASCONI, Paulo Vitor Palma. **Vida, adoecimento e suicídio: racismo na produção do conhecimento sobre jovens negros(as) LGBTQI+**. Editora Letramento, 1ª ed. Jul. 2019.

NUNES, Everaldo Duarte. **O Suicídio - reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.7-34. Jan.-Mar. 1998. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v14n1/0199.pdf>> Acesso em: 19 de mar de 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Ago 2018. Acesso em 19 de mar de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais de Saúde em Atenção Primária. Genébra. 2000. Disponível em :

<https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf>

Acesso em: 24 de maio de 2020.

ROCHA, Ruth. Minidicionário da Língua Portuguesa. 13ª edição. São Paulo: Editora Scipione, 2005.

RODRIGUES, Marta M. Assumpção. **Suicídio e sociedade: Um estudo comparativo de Durkheim e Marx**. Rev. Latinoamericana Psicopatologia Fund., São Paulo, v.12, n.4, p. 698-713. Dez. 2009. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n4/v12n4a06.pdf>> Acesso em: 19 de mar de 2020.

SCULOS, Bryant W. **Who's afraid of 'Toxic Maculinity'**. Class, Race and Corporate Power. Vol.5, n.3. 2017. Disponível em: <<https://digitalcommons.fiu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1108&context=classracecorporatepower>> Acesso em: 20 out 2020.