

## **Núcleo de Atendimento Clínico a Pessoas que Pensam em Suicídio**

**SPA/UERJ**

**Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo**

O projeto intitulado *Por um núcleo de atendimento clínico* teve início em 2016 quando a autora recebeu bolsa produtividade do CNPQ. Este projeto se expandiu de modo a abarcar os alunos de Iniciação Científica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e, também, quando finalizado, deu origem ao Núcleo de Atendimento Clínico a Pessoas que Pensam em Suicídio (NAC) – projeto de extensão.

O estopim que fez nascer a ideia de que era preciso que a psicologia se ocupasse mais do problema do suicídio foram algumas reportagens presentes no Psi-Jornal do Conselho Regional de São Paulo (2011), bimestre setembro e outubro de 2011, na sessão *Conversando com o(a) Psicólogo(a)*, com o tema *Suicídio: de quem é o problema?*. A reportagem afirma que, no Brasil, o número de suicídios vem crescendo de maneira assustadora. E a seguir, pergunta sobre como poderia se dar uma política pública voltada para a questão do suicídio e, por fim, informa que um estudo do Instituto Sangari sobre o Mapa da Violência de 2011 alerta para o alto índice de suicídio em jovens entre 15 e 24 anos.

Outras reportagens apontam para outras reivindicações: a necessidade de profissionais devidamente preparados para o atendimento a pessoas que pensam em suicídio; a importância de que se invista na prevenção do Suicídio, estimulando algumas ações locais destinadas a prevenção e a solicitação do Ministério da Saúde para que se criem projetos com o propósito de acolher as pessoas que pensam em finalizar as suas vidas.

Dos Santos (2011) alerta que na medida em que se criem núcleos de atendimento, também temos que nos preocupar com a qualificação do pessoal na atuação em situações de suicídio. Esse estudioso refere-se à necessidade de implementar “políticas de recheio”, ou seja, um maior investimento na qualificação técnica e na humanização dos profissionais. E, por fim, nessa publicação do CRP/SP também aparece à preocupação dessa instituição com a falta de maiores discussões dos psicólogos sobre a vida desses profissionais com aqueles que querem pôr fim à vida. Por esse motivo é que nos ocupamos da preparação de

estudantes de psicologia para o exercício clínico, tanto no que diz respeito ao atendimento psicológico propriamente dito, como na compreensão dos sentidos articulados por aquele que pensa em finalizar a sua vida.

No entanto, mesmo com toda a preocupação dos conselhos de psicologia com essa situação, os problemas que se apresentavam em 2011 se mantiveram em 2017. Precisamos continuar investigando o que acontece para que tenha havido esse aumento do percentual de suicídios. Primeiramente, aponta-se para a necessidade de que mais núcleos de atendimento, depois para a preparação da lida profissional com essa situação. A partir de 2016, pudemos acompanhar essa mesma preocupação, no entanto, houve uma ênfase para uma maior mobilização da população na percepção de pessoas vulneráveis ao ato.

As questões levantadas pelas referidas reportagens suscitaram a necessidade de criar um núcleo de atendimento clínico a pessoas em risco de suicídio, de preparar profissionais de psicologia para essa modalidade de atendimento clínico e a mobilização de toda a comunidade da UERJ para permanecer atenta às situações de vulnerabilidade.

Atendendo à solicitação do Ministério da Saúde de que se criem ações locais destinadas à assistência de pessoas que pensam em suicídio é que se estabeleceu o NAC no SPA/UERJ. O NAC, trabalhando em parceria com um Núcleo já consagrado, denominado UERJ Pela Vida, vem desde então realizando atendimentos às pessoas que pensam em suicídio. Assim a equipe UERJ pela Vida continua na recepção ou triagem daqueles que procuram ou são encaminhados por outros departamentos da Universidade para esse Núcleo. E as pessoas que forem avaliadas como em risco ou aquelas que quiseram dar continuidade aos encontros com profissionais e estudantes preparados para esse fim são atendidas no Núcleo de Atendimento Clínico (NAC).

Para atender a reivindicação do Conselho de São Paulo no que se refere a uma maior preparação do profissional de Psicologia para a lida com pessoas que pensam em suicídio, investimos no aprendizado dessa atividade clínica em três etapas: 1- realizamos estudos sobre a ação de pôr fim à vida desde os gregos antigos, passando pelos hebreus, Idade Média até a Idade Moderna para, dessa forma, verificar como em cada época

histórica o suicídio ganha modulações próprias ao horizonte histórico em que cada homem se encontra; 2- em uma revisão integrativa da literatura, estudamos minuciosamente o que os pesquisadores do tema publicaram; 3- investigamos as notícias veiculadas em diferentes meios de comunicação e analisamos as conclusões a que os jornalistas chegaram; 4- coordenamos estudos sobre o atendimento clínico em uma perspectiva existencial em psicologia e preparamos por meio de supervisões os estagiários para esse fim; 5- por meio de atendimentos clínicos que foram devidamente registrados e, posteriormente analisados, alcançamos alguns dos motivos pelos quais as pessoas pensam em pôr fim às suas vidas.

Nos estudos e pesquisas realizados no que diz respeito ao item 1, constatamos que nem sempre a morte voluntária foi um tema tabu e também nem sempre foi tomado como pecado, crime ou patologia como podemos acompanhar em Minois (1995), Guimarães (2011) e Lessa (2018). O estereótipo, a categoria jurídica ou a médica é algo que tem início em Platão e ganha relevo no cristianismo. Em uma revisão da literatura, item 2, podemos verificar que mesmo com todas as medidas preventivas e incremento de núcleos de atendimento, há um aumento vertiginoso de pessoas que cometem ou pensam em cometer suicídio. Nossa pesquisa na tentativa de acompanhar essa dinâmica questiona: uma vez que tendemos a buscar causas e culpados não acabamos por obscurecer o fenômeno e, assim, não alcançamos aquilo que realmente mobiliza o ato?

O nosso estudo, na tentativa de esclarecer a questão acima, buscou elementos na literatura. Machado de Assis, Balzac, Victor Hugo dentre outros tratam da questão sem fazerem nenhuma menção às causas e nem aos culpados. Logo, eles nos mostram outra via de compreensão do fenômeno.

Começamos a pensar a decisão de finalizar a vida como motivo e não como consequência de uma causa seja ela orgânica, seja psíquica ou social. Não reduzimos a decisão de suicídio à ordem de uma responsabilidade pessoal, seja do próprio ou de um familiar. Passamos a pensar o ato de por fim à vida sem uma perspectiva moralizante. E começamos a pensar a questão sem recair em um manual, que opera no como agir para não deixar que aconteça, aproximando-se de algo policialesco; nem recair no polo oposto, ou seja, na indiferença em que se pensa o suicídio como algo de uma ordem do desejo ou da

escolha estritamente pessoal. E assim, deixando que as motivações para cometer o ato apareçam, poderemos nos aproximar daquele que pensa na morte voluntária como uma possibilidade.

No item 3, investigando as notícias sobre o tema, Tavares (2018), na *Revista Época* de 16/04/2018, nos mostra na reportagem intitulada *A dor sem nome* o seguinte: os sobreviventes do suicídio convivem com um sofrimento peculiar, carregado de solidão e culpa. Na *Revista Isto É* de 02 de maio de 2018, a matéria intitulada *Sonhos interrompidos* noticia o suicídio de dois jovens de 16 e 17 anos. A reportagem de Vicente Vilaradaga e Georgia Cavicchioli (2018), com o subtítulo *Sentimentos ocultos*, deixa claro que nenhum dos dois eram vítimas de bullying, ambos tinham amigos, os pais eram presentes em suas vidas e se saíam bem nos estudos. Logo, tudo aquilo que é pontuado como fator de risco não estava presente no comportamento dos rapazes.

Essas notícias, como previsto por Dapieve (2006), derrubam muitos tabus e ideias já engessadas sobre as causas do suicídio, tais como: bullying, famílias desestruturadas, depressão. Como ressalta Dapieve, devemos refletir sobre o sentido da vida, sobre as razões de viver e que embora seja assustador pensar no suicídio “Encará-lo de perto é dar um sentido mais digno à existência humana” (orelha). E foi nessa linha de pensamento que desenvolvemos o nosso estudo.

Ainda com o objetivo de prevenção, verificamos que a mídia, a todo o momento, afirma que é preciso que haja incremento de locais destinados ao atendimento a pessoas que pensam em suicídio. Faz-se necessário não só locais de atendimento como profissionais preparados para esse fim. Sabemos que na medida em que o suicídio tornou-se um tema tabu e que houve um interdito em falar sobre a morte, o assunto foi banido dos currículos universitários. E sem profissionais que se preparem para lidar com a situação de suicídio não podemos dispor de locais para atendimento.

O item 4 diz respeito ao preparo de profissionais para lidar com as situações de suicídio. Nossa posição segue no sentido de: 4.1. Evitar tabus, preconceitos e estereótipos para, assim, poderemos sustentar a dignidade daquele que pensa em suicídio. Para tanto,

precisamos investir mais na preparação de nossos estudantes para a lida com situações de suicídio. Daí levantamos as seguintes questões: Como pensar em uma atuação clínica em psicologia que não se incline frente a uma perspectiva moralizante seja ela de uma ordem médica, jurídica ou sacerdotal? Como culpar os profissionais de saúde pela ocorrência do suicídio, uma vez que são precários os espaços de acolhimento e são insuficientes o preparo desses profissionais? E, por fim, o que está em jogo na decisão de pôr um fim à vida?

Iniciamos a resposta às questões propostas, indo buscar o que os profissionais já consagrados pensam e o modo como atuam nessas situações. Deparamo-nos com múltiplas e variadas formas de articular as questões sobre as iniciativas de atuação, a prevenção e o preparo dos profissionais com relação ao suicídio. Dessas variadas formas, duas perspectivas são totalmente antagônicas. Uma delas inclina-se sobre o caráter individual da decisão de cometer suicídio (Botega, 2010; Dillon, 2009, Dos Santos, 2011). A outra defende a perspectiva da responsabilização do social (Berenchtein, 2013; Freitas et al, 2013).

Com relação à criação de redes de ajuda também encontramos duas posições antagônicas. Dillon (2009) argumenta que devem se formar redes de ajuda devidamente preparadas para assim evitar o *Complexo de Agar*. Por outro lado, há aqueles, como, por exemplo, Pedro Cattapan (2012), em *Moralização do Suicídio?*, que defende que cabe apenas a cada um decidir sobre a sua vida, não responsabilizando com tanta ênfase a atuação dos profissionais envolvidos com a questão e, portanto, não defendendo a necessidade de criação de redes de atendimento com fins à prevenção.

A questão que agora se impõe diz respeito não só a pensar o ato de pôr fim à vida, mas também aquilo que se refere à política de abertura de espaços de acolhimento para aquele que se encontra aflito para ser acolhido. A Organização Mundial da Saúde (2016) considera que 90% das pessoas que pensam em dar fim à vida, se tivessem à oportunidade de serem acolhidas, não consumiriam o ato. Isso pode ser constatado no documentário *A Ponte* (Etic, 2014), em que fica evidente a hesitação daquele que pretende suicidar-se, parecendo que a aproximação de um dos transeuntes poderia reverter essa decisão (OMS, 2016). Circula na mídia que na Coreia do Sul, em Seul na Ponte Mapo, na tentativa de

diminuir a incidência de suicídios que ocorrem no local, foram instalados painéis luminosos, ao longo da ponte, que passam mensagens otimistas e palavras de conforto. As autoridades afirmam que com essa medida houve uma diminuição de 85% nas taxas de suicídio no local. Em síntese, os dados apontam que a abertura de mais espaços de acolhimento reforçaria e estimularia uma política mais ampla de prevenção.

Com relação ao desafio da lida com o suicídio para à Psicologia, tematizaremos duas posições opostas em relação à inserção do pensamento psicológico nessa temática. Tanto o professor Nilson Berenchtein Neto (UFMS) como Soraya Carvalho (Bahia) referem-se ao suicídio como uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. Berenchtein (2011) analisa o fenômeno do suicídio por um viés social e, portanto, em grande parte, como consequência da ordem social vigente. Ele sugere como postura preventiva uma ação do profissional de saúde, no sentido de “promover ou valorizar a questão da vida” (p.21).

Alguns estudiosos do tema, como Botega (2010) e Dos Santos (2011), tendem a posicionar o suicídio como sofrimento psíquico ou como transtorno psicológico e psiquiátrico. Nesse sentido, acabam por reduzir o ato de pôr fim à vida a algo de uma ordem individual, ou seja, é o transtorno ou o sofrimento particular a causa do ato.

Cattapan (2012) critica a proposta de criação de uma rede de controle com fins à prevenção e defende o abandono de uma atitude moralizante com base em uma psicopatologização da vida e da biopolítica, que quer o controle da vida e da morte.

Diante das posições dispostas acima, concluímos que ora a questão do suicídio é tratada como um problema social, ora aponta para a responsabilização individual. No primeiro caso, faz-se necessária a construção de uma nova sociedade com uma política de valorização da qualidade de vida. No segundo, faz-se necessária a criação de núcleos de assistência ao indivíduo que se encontra na decisão de pôr fim à vida. O terceiro posicionamento se mantém em uma perspectiva crítica às duas primeiras, em que o autor se coloca em uma posição não moralizante, da qual resulta a aceitação da decisão pessoal seja ela qual for. As considerações acima nos fazem pensar e surgem as seguintes questões: o

quanto, ainda, precisamos nos aproximar da experiência daquele que quer pôr fim à vida para poder deixar aparecer o fenômeno antes de qualquer pressuposto científico acerca do suicídio? Acompanhando as diferentes interpretações sobre o suicídio, podemos ver o quanto são díspares. Essas discrepâncias nas interpretações, de algum modo, podem nos mostrar que não alcançamos, ainda, o sentido da decisão do suicídio?

Por fim, chegamos ao item 5, no qual investigamos os sentidos que estão em jogo na decisão de pôr fim à vida. Estabelecemos a nossa investigação acompanhando fenomenologicamente as experiências concretas daquele que decide pôr fim à vida e vai em busca de atendimento no SPA/UERJ.

Ao acompanhar fenomenologicamente o sentido que se encontra no âmbito da decisão de pôr fim à vida, precisamos, em um primeiro momento, recuar frente às interpretações correntes sobre o suicídio, subtraindo a conotação moralizante que circunscreve esse comportamento. Após essa postura metodológica, precisamos acompanhar os vetores internos mobilizadores da decisão para, por fim, alcançarmos a dinâmica e a estrutura do próprio fenômeno.

Na análise fenomenológica dos discursos clínicos, pudemos observar que alguns elementos mostram a importância e a necessidade da formação dos psicólogos para a atuação em núcleos de atendimentos clínicos a pessoas que pensam em dar fim às suas vidas. Pudemos acompanhar que há pessoas que querem e solicitam ajuda; isso aponta para o fato de que a decisão, nesses casos, não é definitiva (Feijoo, 2018).

Vimos também, nos relatos de alguns dos analisandos, a presença de vínculos afetivos e a conseqüente preocupação com aquilo que vai ocasionar na vida daqueles com os quais esse vínculo se estabelece. Acreditamos que tais expressões são importantes no trabalho psicoterapêutico. O vínculo afetivo, a procura por ajuda e a ambigüidade ante a decisão pelo suicídio mostram o compromisso com a vida. O fato daquele que pensa pôr fim à vida procurar atendimento clínico e mostrar que afetos o ligam à vida justifica a pertinência e a urgência de mais pesquisas sobre o tema, como também da criação de núcleos de atendimento clínico com psicólogos devidamente formados para a lida com essas situações.

## **Considerações finais**

Com O *Núcleo de Atendimento Clínico a Pessoas em Risco de Suicídio* (NAC) conquistamos os dois objetivos principais aos quais nos propusemos: criação de um espaço de atendimento clínico a pessoas que apresentavam ideias suicidas e a preparação de profissionais e estudantes de psicologia para a atuação clínica com pessoas que pensam em suicídio. Atualmente, os componentes do NAC são solicitados por membros da universidade e da comunidade ao redor quando há situações em que uma pessoa se encontra prestes a cometer o ato. Até os dias de hoje, realizamos em torno de 36 atendimentos clínicos. Embora todos tenham chegado ao Núcleo pelo motivo de desejar pôr fim à vida, não fomos notificados de nenhum caso de suicídio consumado e nem mesmo de outras tentativas.

### **Referências**

- Berenchtein, N. (2011). Suicídio: de quem é o problema?. *Psi-Jornal do Conselho Regional de Psicologia*. São Paulo: setembro e outubro de 2011.
- Berenchtein, N. (2013). Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. Barros, M. (Org.). *Suicídio e os desafios para a Psicologia*. Brasília: CFP.
- Botega, N. (2010). Prefácio. In. Estellita-Lins, C. *Trocando seis por meia dúzia: suicídio como emergência do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Mauad.
- Cattapan P.(2012). Moralização do suicídio. *Revista Iluminart*, 9, nov. 2012, 183-194.
- CRP/SP (2011). Conversando com o psicólogo com o tema suicídio. *Psi-Jornal do CRP/SP*.
- Dillon, G. (2009). *O Complexo de Agar*. Rio de Janeiro: O Globo e, 13/11/2009.
- Dapieve, A. (2006). *Morreu na contramão*. Petrópolis: Zahar
- Dos santos (2011). Suicídio de quem é o problema? *Psi-Jornal do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo*; São Paulo: setembro e outubro de 2011
- Etic, Stell (2014). *A ponte*: documentário. In. [paixãoassassina.blogstop.com.br/2014/06/documentário-ponte-bridge-ponte.do.html](http://paixãoassassina.blogstop.com.br/2014/06/documentário-ponte-bridge-ponte.do.html).

- Feijoo, A.M. (2018). *Suicídio: entre o viver e o morrer*. Rio de Janeiro: Edições Ifen.
- Freitas, J.; Prado, A.; Mathias, B.; Greschuck, G. & Neto, J. (2013). Revisão biométrica das produções acadêmicas sobre suicídio entre 2002 e 2011. *Psicologia em Pesquisa*, UFJF, 7(2), jul-dez 2013, 251-260.
- Guimarães, J. (2011). *Suicídio mítico: uma luz sobre a antiguidade clássica*. Coimbra: Centro de Estudos Clássicos e Humanísticos.
- Lessa, M.B. (2018). A moralização do suicídio. In. *Suicídio: entre o viver e o morrer*. Rio de Janeiro: Edições Ifen.
- Minois, G. (1995). *História do Suicídio: A sociedade ocidental perante a morte*. Lisboa: Teorema Portugal.
- Organização Mundial da Saúde (2016). Disponível em <http://www.paho.org/bra> , consultado em 16/06/2017.
- Tavares, F. (2018). *A dor sem nome*. Editora Globo: Época. 16/04/2018, pp 62-69.
- Vilardaga, V. & Cavicchioli, G. (2018). *Sonhos interrompidos*. Editora Três: Isto É.