

Cartilha

CUIDAR
DA
vida

**Prevenção de
suicídio entre
adolescentes e
jovens**

| Realização

| Apoio





COMISSÃO EPISCOPAL PARA A JUVENTUDE

Presidente

Dom Vilsom Basso, SCJ
Bispo de Imperatriz MA

Membros

Dom Antônio Fontinele
Bispo de Humaitá AM

Dom Darley Kummer
Bispo auxiliar de Porto Alegre RS

Assessores

Padre Antônio Gomes de Medeiros Filho, SDB
Padre Antônio Ramos do Prado, SDB

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Pela Pastoral Juvenil

Daniele Batista de Sousa – MAGIS
Diogo Luiz Santana Galline – Pastoral Juvenil Marista
Jonathan Igor da Silva – Juventude Salvatoriana – CPJN
Kátia Estevão Rodrigues da Silva – Shalom

Pela Pastoral da Educação

Amanda Ferreira de Oliveira Souza
Edna Maria da Costa Loureiro

Especialista em suidologia

Lício de Araújo Vale
Padre da Diocese de São Miguel Paulista SP

Texto verificado pela Comissão Episcopal de Doutrina da Fé com parecer favorável para publicação.

Minicurso com financiamento da CEI – Conferência Episcopal Italiana e certificado pela Universidade Católica de Brasília – UCB UBEC

Projeto CUIDAR DA VIDA responde a linha de ação do Eixo 4: CIDADANIA – Casa Comum e Dignidade Humana – atenção ao cuidado com a saúde mental dos jovens.

Capa, Projeto gráfico e Diagramação

Pierre Edmilson dos Santos

Impressão e Acabamento

Halley S.A. Gráfica e Editora



APRESENTAÇÃO

O projeto CUIDAR DA VIDA seguiu um caminho pelo Brasil e se torna uma referência para a atenção à saúde mental de adolescentes e jovens. A formação de multiplicadores vem produzindo frutos por quem se deixou conduzir no cuidado com a vida. Isso nos enche de ESPERANÇA.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é, atualmente, a segunda causa de morte entre jovens de 18 e 29 anos em todo o mundo. Diante dessa realidade de nossos adolescentes e jovens, a Pastoral Juvenil e a Pastoral da Educação, em parceria, propõem a Capacitação de Agentes de Pastoral acerca da Prevenção de suicídio com o intuito de formar líderes que possam, posteriormente, serem multiplicadores da formação de outras lideranças locais.

Esse dado da realidade mundial e nacional tem sido uma preocupação constante dos membros da Comissão Episcopal para a Juventude. Isso nos impeliu a buscar caminhos para ajudar nossos adolescentes e jovens. Assim, buscaremos incentivar a dimensão do cuidado como condição para melhorar a vida nos colocando no seguimento daquele que veio para que todos tenham vida e vida em abundância.

O Projeto **“Cuidar da vida – Prevenção de suicídio entre adolescentes e jovens”**, da COMISSÃO EPISCOPAL PARA JUVENTUDES,



tem como objetivo a formação de multiplicadores que possam atuar na prevenção do suicídio entre adolescentes e jovens no contexto dos grupos e movimentos juvenis e nas escolas, sobretudo as escolas públicas. A colaboração voluntária de psicólogos e educadores católicos, que somam à sua experiência profissional sua atuação pastoral, muito tem a contribuir com a problemática do suicídio que tem crescido em números e expressa-se em comportamentos e sentimentos que podem ser percebidos nos ambientes em que os adolescentes e jovens se encontram e, assim, ser evitado e trabalhado com aqueles que sobrevivem ou perdem desta forma, entes queridos.

Para isso, o projeto, aprovado pela CNBB e proposto pela Comissão para a Juventude propõe a formação de lideranças que possam atuar em forma do cuidado com a vida e na capacitação de agentes de pastoral em favor das novas gerações, na prevenção do suicídio e no cuidado e consolo com as pessoas/famílias ligadas àqueles que se suicidaram. Essa cartilha revisada e atualizada é confirmação desse caminho pela vida das adolescências e juventudes.

A promoção da vida das juventudes em nosso país é urgência que se faz sentir a cada dia e este projeto é uma resposta concreta aos apelos pela vida em plenitude dos jovens brasileiros.

Comissão Episcopal para a Juventude



ÍNDICE

DINÂMICA DE ACOLHIMENTO	9
ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE.....	13
PREVENÇÃO AO SUICÍDIO	17
<i>ETIMOLOGIA DE SUICÍDIO</i>	<i>17</i>
<i>OS NÚMEROS DO SUICÍDIO</i>	<i>17</i>
<i>FATORES DE RISCO PARA SUICÍDIO</i>	<i>18</i>
<i>ESTADO MENTAL DO SUICÍDA</i>	<i>22</i>
<i>COMPORTAMENTO SUICÍDA</i>	<i>24</i>
<i>COMO SE INSTALA O COMPORTAMENTO</i> <i>SUICIDA</i>	<i>24</i>
<i>COMO PREVENIR?</i>	<i>25</i>
<i>COMO MANEJAR A CRISE SUICIDA?</i>	<i>25</i>
<i>ONDE BUSCAR AJUDA?</i>	<i>28</i>
<i>CVV</i>	<i>28</i>
<i>CAPS – CENTRO DE ASSISTÊNCIA</i> <i>PSICOSSOCIAL E AS UNIDADES BÁSICAS DE</i> <i>SAÚDE (UBSS)</i>	<i>28</i>
<i>SAMU</i>	<i>29</i>
<i>POLÍCIA MILITAR</i>	<i>29</i>
<i>FAÇA UMA PESQUISA NA SUA LOCALIDADE. .</i>	<i>29</i>
<i>O QUE DIZ A IGREJA CATÓLICA APOSTÓLICA</i> <i>ROMANA SOBRE O SUICÍDIO?</i>	<i>30</i>
POSVENÇÃO AO SUICÍDIO OU TENTATIVA DE SUICÍDIO	33
<i>DINÂMICA “EFEITO EM REDE”</i>	<i>33</i>
<i>(DURAÇÃO DE 20 A 30 MINUTOS)</i>	<i>33</i>
<i>POSVENÇÃO</i>	<i>38</i>
<i>PRINCIPAIS OBJETIVOS DA POSVENÇÃO</i>	<i>38</i>
<i>DIFERENÇAS DA POSVENÇÃO DO SUICÍDIO</i> <i>CONCRETIZADO E DA TENTATIVA FRACASSADA</i>	<i>39</i>
<i>POSVENÇÃO AO SUÍCIDIO CONCRETIZADO</i>	<i>40</i>

REAÇÕES E SENTIMENTOS.....	40
REDE DE PESSOAS ENLUTADAS.....	42
AÇÕES REPARADORAS.....	44
POSVENÇÃO À TENTATIVA DE SUICÍDIO FRACASSADA.....	45
ACOLHIMENTO	46
DESMISTIFICAR O TABU JUNTO À REDE DE APOIO DA PESSOA	48
RODA DE CONVERSAS SEM A PESSOA.....	48
(NO PRIMEIRO MOMENTO)	48
REDE DE CONVERSA COM A PRESENÇA DA PESSOA	49
(QUANDO ESTIVER EM SITUAÇÃO EMOCIONAL MAIS ESTÁVEL).....	49
DAR APOIO AO RETORNO ÀS ATIVIDADES DA ROTINA, GRADATIVAMENTE (CONFORME O QUADRO FÍSICO PERMITA).....	49
INTRODUZIR A PESSOA AOS POUCOS AO CONVÍVIO SOCIAL	49
HÁ MOMENTO DE CALAR E HÁ MOMENTO DE FALAR.....	49
NÃO DEIXAR A PESSOA SÓ – LEVA TEMPO PARA A PESSOA SAIR DO RISCO DE UMA NOVA TENTATIVA.....	49
RISCOS	50

EIXO MISSÃO – DOMINGO DE MANHÃ51

ACOLHIDA E ANIMAÇÃO.....	51
EIXO: MISSÃO – APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA	51
ORGANIZAÇÃO DA MANHÃ.....	51
RETOMADA DOS DIAS ANTERIORES	52
APRESENTAÇÃO DA CHAVE DE LEITURA – EMAÚS ..	52
DIMENSÃO LOCAL - LEITURA.....	52
DIMENSÃO LOCAL – MINI-DESERTO	53
DIMENSÃO REGIONAL - LEITURA.....	54
DIMENSÃO REGIONAL – ATIVIDADE EM GRUPO	54



<i>PLENÁRIA – LEITURA</i>	<i>55</i>
<i>PLENÁRIA - PARTILHA.....</i>	<i>55</i>
<i>FECHAMENTO</i>	<i>56</i>

REFERÊNCIAS.....57

**POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO CONJUNTA
(REGIONAL) – PREVENÇÃO AO SUICÍDIO DE
ADOLESCENTES E JOVENS.....59**

PROGRAMAÇÃO DO ENCONTRO60



DINÂMICA DE ACOLHIMENTO

- Objetivos
 1. Acolher os participantes do encontro
 2. Integração das pessoas em pequenos grupos para ambientação
 3. Aquecimento do grupo para estarem abertos ao convívio em atitude cooperativa
 4. Exposição das expectativas sobre o curso, sensibilização ao tema central e avaliação de riscos emocionais
- Material
 1. Bexigas com um papel dentro, indicando o número de um grupo (grupos de até 7 pessoas)
 2. Papéis brancos
 3. Lápis de cor/ giz de cera – uma caixa para cada grupo
 4. Som – música (a definir)
- Comandos
 1. Ao acolher cada pessoa, entregar a bexiga vazia (com o papel com número dentro), para que a pessoa encha e amarre.
 2. Após todos estarem no ambiente (amplo e livre de cadeiras), com a bexiga cheia dar o comando:

3. ***Vocês irão explorar este espaço, no ritmo da música, jogando os balões para cima, sem deixar que eles caiam. Você não precisa ficar com o mesmo balão. Todos os balões são de todos e é missão do grupo não deixar cair. Quando a música parar, cada um deverá ter um balão na mão.***

Música Aquarela (Toquinho)

https://www.youtube.com/watch?v=xT8HIiFQ8Y0&ab_channel=ChicoViniciusVEVO

4. Ao parar a música, se o grupo não deixou cair nenhum balão, parabenizar pelo trabalho coletivo. Se deixaram cair, expor quantos caíram e incentivar o grupo a buscar uma atitude mais cooperativa e estarem mais atentos aos outros ao longo do final de semana.
5. Pedir para cada um estourar sua bexiga e verificar o número que está no papel. Ir chamando grupo por grupo para se organizarem em círculos sentados.
6. Dar 15 minutos para os membros de cada se grupo se apresentar para o grupo (nome, de onde veio, qual grupo participa, etc.)
7. Após a apresentação, distribuir as folhas em branco e as caixas com lápis de cor/ giz de cera. E dar o seguinte comando: ***“Agora vocês irão pensar no tema do nosso encontro e desenhar neste papel a primeira coisa que vier à sua mente. Não é concurso de desenho e nem fique olhando o desenho dos colegas, nem faça comentário sobre os desenhos. Coloque seu nome e data no verso do papel. Quando terminar de desenhar, levante a mão que iremos recolher o seu desenho.”***

Enquanto desenham tocar: A festa – Ivo Mozart

https://www.youtube.com/watch?v=uelFpQC4s6E&ab_channel=OkentFilms

8. Após todos entregarem os desenhos, dar o seguinte comando: “Agora, dentro dos grupos, vocês irão partilhar como foi para você a experiência deste momento. E depois, um representante de cada grupo irá partilhar brevemente sobre a partilha do grupo para todos.
9. Encerrar com uma avaliação sintética sobre a dinâmica. Cada pessoa irá falar apenas uma palavra (a primeira que vier) sobre este momento.



ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE

Edna Maria da Costa Loureiro e Amanda Ferreira de Oliveira Souza

Todo ser humano tem ao longo de sua vida marcos em seu desenvolvimento, a adolescência é um marco de desenvolvimento caracterizada por mudanças físicas, intelectuais, biológicas emocionais, sociais e sexuais (Graber, 2023)¹. Juventude, mocidade, adolescência, puberdade, muitos são os termos e conceitos utilizados para se caracterizar esse período da vida. Etapa intermediária do desenvolvimento humano entre a infância e a fase adulta.

A palavra adolescência vem do latim *adolescere*, que significa crescer. Segundo Melvin e Wolkmar (1993), a palavra adolescente foi utilizada pela primeira vez na língua inglesa em 1430, referindo-se às idades de 14 a 21 anos para os homens e 12 a 21 anos para as mulheres².

A Organização Mundial de Saúde considera adolescência entre os 10 e 19 anos, sendo dividido em duas **fases: Pré-adolescência** (10 a 14 anos), marcada pelas primeiras mudanças hormonais, físicas, maturação cognitiva, e sexual, e **Adolescência** (15 a 19 anos), marcado por integração social marcada pela necessidade de enfrentar suas limitações e desenvolvimento saudável (OMS, 2009)³. Já Estatuto da Criança e do Adolescente define o adolescente como um indivíduo em

1 Evan G. Graber; DO, Nemours/Alfred I. duPont Hospital for Children 2023. Link de acesso: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/pediatria/crescimento-e-desenvolvimento/desenvolvimento-do-adolescente>

2 Melvin, L., & Wolkmar, F.R. (1993). Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência (3a . ed). Porto Alegre: Artes Médicas.

3 Organização Mundial de Saúde. (2009). Child and adolescent health and development. Genebra: OMS. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

condição peculiar de desenvolvimento e com idade entre 12 e 18 anos (Brasil,1990)⁴.

Segundo Ericsson (1976) a adolescência é o período em que há a revolução fisiológica, "a puberdade". Tempo de autoafirmação da própria identidade em que o sujeito necessita eleger ídolos e rivais. Essa identidade será construída a partir das experiências vividas na infância e dos conceitos de si adquirida nas fases anteriores, baseadas em suas capacidades e habilidades e, suas relações com as pessoas que convive e amigos.

Essa fase é de desconstrução da infância, colaborando para maturação, independência, reorganização emocional, pertencimento a grupos sociais e transformações físicas (Brasil 2017)⁵.

Em nível racional, o adolescente é capaz de abstrair, propor hipótese e sintetizar ideias. É o período, segundo Piaget, "das operações formais" em que o raciocínio lógico ganha autonomia. Kohlberg (1958, apud Dusja; Whelan, 1994) afirmam que a estima e a aprovação das pessoas é a grande busca dessa fase do desenvolvimento, o que os leva a praticarem ações que sozinhos não fariam.

No campo psicossocial são comuns mudanças nas relações escolares, a vivência e experiência de novos comportamentos e sentimentos, a busca pela autonomia e independência familiar, os conflitos familiares e existências marcados pelas frequentes contestações de ideias e conceitos preestabelecidos. Em relação as mudanças do campo biológico, é notório as alterações hormonais e físicas outras, (Costa et al, 2019; Malta et al, 2014) ⁶.

Em termos de desenvolvimento da experiência espiritual Fowler (1992, p 130), descreve esta etapa, com uma experiência do "amigo íntimo" e dos namoros da adolescência como a paixão

4 Brasil. (1999). Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF. p. 36.

5 Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, B. (2017). Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Ministério da Saúde.

6 Costa, C. C., Franco, E. C. D., Santos, T. M., Silveira, E. A. A. da, Carvalho, M. S., & Resende, M. A. A. (2019). Perfil biopsicossocial de crianças e adolescentes institucionalizados. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 11(17), e1671. <https://doi.org/10.25248/reas.e1671.2019>

por um mito pessoal que ainda precisa de confirmação. Vê-se como o centro das atenções o que lhe gera certo desconforto e a preocupação com o "como os outros me veem". Começa a ter empatia, passa a entender o outro como um mistério que vai além da sua compreensão, o que vem a interferir na composição da imagem de Deus, Daí a busca por Deus como a um amigo

Nesta fase os hormônios acabam influenciando diretamente no seu comportamento, oscilando rapidamente seu humor. Agressividade, tristeza, felicidade, preguiça e agitação são comuns em alguns adolescentes. (Psicologia Online, Lika.)

Essa é uma fase difícil para eles, por isso é importante a compreensão dos pais e professores; é a fase da escuta e do diálogo.

Socialização é um marco dos adolescentes é a necessidade de fazer parte de um grupo as amizades; são importantes e dão a sensação de fazer parte de um grupo de interesse comum. (Psicologia Online, Lika).

As habilidades cognitivas na adolescência, amadurecem com os avanços do pensamento, abstração, resolução de problemas e habilidades de tomada de decisão. Isso pode levar a uma das maiores independências, mas também pode levar a experimentação e conhecimento de risco. (Psicologia Online, Lika)

Após a fase de mudanças, de ter empatia construção e aceitação de Deus como amigo, vem a juventude. Fase de maior autonomia, maiores responsabilidades, relacionamentos mais sérios, construção de projetos de vida mais elaborados a partir de horizontes mais claros.

Esta fase é também a formação dos grandes questionamentos, com o novo cenário pela frente passa a ser maiores os desafios: - fase do exército/escolha da faculdade /primeiro emprego contato com outras verdades e teorias, situação similares. Começa aí as comparações e os questionamentos sobre a forma de pensar do velho grupo e o novo de convivi Regras e normas da sociedade são colocadas em xeque, visto muitas vezes como empecilho para experiências serem vividas.

A necessidade de ser aceito dá lugar a um conceito de ser humano: alguém que "tem uma ideologia que formou e reformou no correr do tempo" (FOWLER, 1992, p 152). E pode ter algo a ensinar especialmente no que se refere às suas qualidades pessoais.

Desta forma, filia-se a um grupo não apenas no desejo de encontrar nele e sua própria identidade, antes pretende crescer no conceito e valores, assumindo-os como seus, com base em reflexões e opiniões próprias. Fase também de encontrar equilíbrios entre o ideal e o idealismo que marca a primeira fase da juventude. Causas sociais e "bandeiras" com ideologias próprias encantam os jovens que nem sempre conseguem analisá-las criticamente. Aos poucos, vai amadurecendo opiniões e escolhendo por si mesmo, a partir das próprias experiências e das relações que estabelece com as pessoas e com o mundo. Entra no mundo do trabalho. Toma decisões que se tornam fundamentais como casamento, ou não, profissão, moradia... Embora as condições sociais em que vivem possam ser determinantes, o jovem sente que pode e deve fazer escolhas para o seu próprio futuro. Afeta e é afetado pelo meio em que vive. Adquire autonomia financeira, ou ao menos a responsabilidade por ela e tem que arcar com os próprios problemas no trabalho, nas contas a pagar, no papel que desempenha na sociedade.



PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

Pe. Licio de Araujo Vale e Jonathan Igor da Silva

ETIMOLOGIA DE SUICÍDIO

A palavra suicídio foi criada em 1737 por Desfontaines. O termo é a junção de duas palavras do latim *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar), que aponta para a necessidade de buscar a morte como um refúgio para o sofrimento que se torna insuportável.

Entretanto, antes disso em 1643, Thomas Browne escreveu um livro em latim intitulado *Religio Medici* (A religião de um médico), que de fine como que eu penso ser a definição mais simples do que seja suicídio: “o ato de matar a si mesmo”.

A Organização Mundial de Saúde, porém, tem uma outra definição. Para ela, “o suicídio é um ato deliberado tomado pela pessoa, pelo indivíduo, de forma consciente, cuja intenção seja a própria morte, usando para isso um meio que a pessoa acredita que vai matá-la”, o que, portanto, diferencia o suicídio de um acidente ou um sacrifício; então, concluímos que o suicídio é um ato de pôr fim à própria vida.

OS NÚMEROS DO SUICÍDIO

Agora vamos falar sobre os números. Que tal dar uma olhadinha na realidade? Por que o suicídio é um assunto tabu? Por que não se fala de suicídio em lugar nenhum?

Você já parou para pensar que não se fala de suicídio nas escolas, nas igrejas, nas famílias e muito menos nas empresas? O

estigma e o tabu que existe em volta dos transtornos mentais e do suicídio faz com que muitas pessoas que estão pensando ou que já tentaram tirar suas próprias vidas não procurem ajuda e não recebam o auxílio que necessitam, a começar pela falta de psicoeducação.

Por isso que é importante a gente falar e a gente conhecer um pouco dessa realidade. O suicídio é uma das principais causas de mortes (em particular entre jovens de 15 a 29 anos de idade), atingindo cerca de 1 milhão pessoas a cada ano no mundo e 40 pessoas por dia no Brasil. Esse número é ainda maior quando se trata dos indivíduos que tentam suicídio, com cerca de 10 a 20 tentativas para cada morte por suicídio. Ou seja, a cada três segundos, uma pessoa atenta contra a própria vida no mundo.

FATORES DE RISCO PARA SUICÍDIO

Quais são os fatores de risco para o suicídio? A primeira coisa que a gente precisa entender é que o suicídio é um fenômeno complexo, que pode afetar indivíduos de várias origens, classes, idades, orientações sexuais e identidades de gênero. Ele não é um fenômeno simples. Ele é geralmente provocado por inúmeros fatores que se associam e nunca ocorre por uma única causa, o que desde já desqualifica todos os julgamentos preconceitos que são feitos contra vítimas de suicídio, que limitam as causas do ocorrido: como quando alguém julga “fulano se suicidou, pela falta de Deus”. Entretanto, são vários os fatores que se associam, como por exemplo: fatores psicológicos, fatores sociodemográficos, fatores familiares, fatores sociais, e fatores culturais. Além disso, o suicídio é um processo que vai se instalando com o tempo na vida da pessoa. Confira abaixo alguns desses fatores que representam risco para o suicídio:

Fatores psicológicos: A maioria das pessoas que atenta contra a própria vida, têm um transtorno mental diagnosticável e geralmente não procuram um profissional de saúde mental. E,

este representa outro assunto tabu, que trata sobre a questão da saúde mental. Parece que a gente permite que todas as partes do nosso organismo adoçam. Porém, temos dificuldade de admitir que a nossa mente e as nossas emoções também adoecem. Antes de detalhar os próximos fatores de risco para o suicídio, preciso explicar também o porquê as pessoas têm tanto preconceito em relação à saúde mental, isso tem a ver com como a política de saúde mental foi implementada no Brasil. Vamos lá: Há alguns anos, a política de saúde mental era um regime manicomial. Os doentes eram internados em manicômios, “isolados das pessoas” e apenas o psiquiatra e o psicólogo podiam abrigar, recolher ou dar algum tipo de assistência aos “loucos”. Então, a partir daí eles ficaram conhecidos como “médicos de loucos”, e infelizmente, isso se instalou na nossa cultura brasileira. A maioria das pessoas que atenta contra a própria vida tem um transtorno mental ou um transtorno emocional diagnosticável e, portanto, possível de ser tratado, e para que nos fique claro a relação que esse cuidado tem com a prevenção ao suicídio, basta que consideremos que o suicídio pode ser um fim trágico de uma história de muito sofrimento percorrido (inclusive mental); não deve, assim, ser encarado como um problema em si mesmo, mas como “a ponta de um iceberg”.

Fatores familiares: Conflitos familiares, incerteza quanto à orientação sexual, falta de apoio social, brigas de família, brigas entre casais, o rompimento de relacionamentos. Um exemplo: O sentimento de rejeição na separação. Certamente, você já deve ter visto ou ouvido falar sobre isso. Geralmente, é mais comum em homens do que em mulheres. O sujeito não aceita a separação e se sente rejeitado. Na separação, ele comete o feminicídio (mata a companheira) e depois se mata porque não aguenta a dor da separação. Em adolescentes e jovens, é mais recorrente os sentimentos de desesperança, desespero, desamparo e impulsividade. As famílias, por sua vez, não ensinam os filhos a se frustrarem e a ouvirem a palavra **não**. Desse modo, na primeira grande decepção da vida, o adolescente pensa em se matar. Então, por exemplo, briga com o “crush” e logo pensa em se matar.

Fatores sociais: Desemprego é fator de risco para o suicídio. Por quê? Porque a primeira coisa que vai embora quando a gente fica desempregado é a autoestima. Segundo, normalmente, o nível socioeconômico da família cai. A família empobrece, aumenta o estresse, aumenta a pressão e isso também é fator de risco para suicídio. Mas, você sabia que existem algumas profissões que são de risco para o suicídio também? Existem sim. É altíssimo o índice de suicídio entre os profissionais da saúde, estudantes de medicina e demais profissionais da saúde. Também é elevado o índice de suicídio entre militares e professores. Profissões, as quais, os profissionais cuidam o tempo inteiro dos outros, mas não cuidam de si mesmos. Quase nunca tiram férias, possuem pouco tempo para estar com os filhos e com a família. Nunca tem tempo de lazer. Ademais, no Brasil, quanto ao estado civil da grande maioria das pessoas que atenta contra a própria vida, estas são sozinhas, solteiros, solteiras, viúvos e viúvas, ou divorciados com poucos vínculos sociais.

Fatores culturais: O índice de risco de suicídios na população LGBTQIAP+ é altíssimo, assim como na população indígena também é. A população LGBTQIAP+ é mais fragilizada por conta da intolerância religiosa, da discordância social com a prática homoafetiva, a não aceitação familiar, a pressão social, o preconceito no mercado de trabalho, os estereótipos estabelecidos além da homofobia que se constitui, também, como fator de risco para o suicídio nessa população. A população indígena, por sua vez, também possui altíssimos índices de risco devido à pobreza, a invasão de suas terras, fatores históricos e culturais, baixos indicadores de bem-estar, desintegração das famílias, vulnerabilidade social e falta de sentido de vida e futuro; veja, o suicídio é provocado por inúmeros fatores.

O consumo de álcool e drogas também potencializa o risco de suicídio colaborando para alterações químicas no cérebro entre elas, por exemplo, a serotonina, que é o hormônio que melhora o nosso humor. É por isso, que muitas vezes a Organização Mundial de Saúde ressalta que o suicídio é um processo complexo e multifatorial.

São vários fatores que se associam e que colocam a pessoa em risco de tentar acabar com a sua dor, exterminando a sua própria vida.

O suicídio é hoje uma das cinco maiores causas de morte na adolescência e a tentativa de autoextermínio é a principal causa de emergência psiquiátrica em hospitais gerais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos últimos 10 anos, crescem assustadoramente os números dos transtornos mentais: ansiedade e sobretudo a depressão nessa faixa de idade.

Os jovens são mais suscetíveis aos sofrimentos emocionais e transtornos mentais, porque nesta fase há muita expectativa e insegurança em relação ao futuro. Geralmente, o mundo deles vai variar segundo os estímulos que lhe atravessam, suas experiências anteriores, sua capacidade cognitiva e da cultura em que estão inseridos.

Por conta dos avanços da tecnologia, os jovens e adolescentes estão sendo cada vez mais estimulados por conteúdos que não permitem a frustração, sem perceber o quanto é importante viver este sentimento. As famílias, por sua vez, lidam com a frustração como sinônimo de fracasso. Pais e responsáveis agem de maneira maníaca e desesperada para não deixar a tristeza entrar na vida de seus filhos, reprimindo a emoção a qualquer custo. Infelizmente, eles perderam a capacidade de ensinar seus filhos a se frustrarem, a ouvirem não. O limite é importante porque o limite também é sinal de amor; tanto para criança quanto para o adolescente.

Outro fator que influencia o desenvolvimento de transtornos mentais em adolescentes é o bullying, que é caracterizado pela importunação feita em escolas, por exemplo. Quando a pessoa obesa entra no colégio, logo aparece um grupo que começa a aborrecer aquele aluno, porque ele é gordo. Ou então, começam a chatear a aluna, porque ela é muito magra e isso vai causando dor emocional.

Entretanto, as redes sociais também podem afetar significativamente o bem-estar e a saúde mental dos jovens e

adolescentes. Ficar muito tempo nas redes é muito prejudicial porque pode levar ao isolamento social e esse cenário representa igualmente muita solidão acompanhada de muito cyberbullying.

ESTADO MENTAL DO SUICÍDA

Segundo Edwin Shneidman (1971), o objetivo comum do suicídio é procurar uma solução; o estímulo comum é a dor psicológica insuportável; a emoção comum é a desesperança; o estado mental comum é a ambivalência (entre querer e não querer morrer); a ação comum é escapar. Neste sentido, a fim de que possamos compreender melhor, como se encontra a mente de uma pessoa em meio a uma crise suicida, e, a partir disso também, como e por que podemos ajudá-la, vale-nos destacar que seu estado mental se encontra particularmente marcado pela: ambivalência, impulsividade e rigidez.

Ambivalência: O desejo de viver e o desejo de morrer batalham numa gangorra nos indivíduos suicidas, os sentimentos sobre cometer o suicídio estão confusos. Há uma urgência de sair da dor de viver e um desejo de viver. Muitas pessoas suicidas não querem realmente morrer – elas estão infelizes/angustiadas com a vida. Então, se lhe for dado apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio diminui.

Impulsividade: O Suicídio, ainda que possa ser premeditado e se instale gradualmente, como veremos adiante, também tem sua tentativa, sua consumação, num ato impulsivo. E como qualquer outro impulso, o impulso para cometer suicídio é transitório e dura alguns minutos ou horas. É usualmente desencadeado por eventos negativos do dia a dia. Então acalmando tal crise e ganhando tempo, aquele que o ampara, pode ajudar a diminuir o desejo suicida.

Rigidez: Na crise suicida, os pensamentos, sentimentos e ações das pessoas estão constrictos, o que quer dizer que elas constantemente pensam sobre suicídio e não são capazes de perceber com facilidade outras maneiras de sair do problema. Elas pensam

rígida e drasticamente no suicídio, por isso também precisam ser acolhidas e ouvidas, até que por fim sejam encaminhadas aos devidos tratamentos e intervenções profissionais.

A maioria das pessoas suicidas comunica seus pensamentos e intenções suicidas. Elas frequentemente dão sinais e fazem comentários sobre “querer morrer”, denotam o “sentimento de não valer pra nada”, e assim por diante. Todos esses pedidos de ajuda não podem ser ignorados.

Alguns sinais verbais podem indicar os níveis de intencionalidade suicida, ideações suicidas, comportamentos suicidas e seus riscos, tais como as falas diretas ou indiretas: Eu quero morrer; Vou me matar; Gostaria de estar morto; Se isso acontecer novamente, acabarei com tudo; A morte poderá resolver essa situação; Depois dessas férias, vocês não mais me verão; Logo ninguém precisará se preocupar comigo; Às vezes penso que seria melhor, se eu não estivesse aqui; Eu só queria poder sumir; Eu queria que Deus me levasse; Eu não posso mais aguentar isso; Você sentirá saudades quando eu partir; Não estarei aqui quando você voltar; Estou cansado da vida, não quero continuar; Tudo ficará melhor depois da minha partida; Não sou mais quem eu era; Ninguém mais precisa de mim.

Nesse contexto, alguns sinais não verbais também podem indicar risco de suicídio, esses se dão na esfera dos fatores integrais percorridos até aqui, alguns desses são: Comportamento retraído, destoante daquilo que é natural para a pessoa, e inabilidade para se relacionar com a família e amigos; Doença psiquiátrica; Alcoolismo; Ansiedade ou pânico; Mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia; Mudança no hábito alimentar e de sono; Tentativa de suicídio anterior; Odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha; Uma perda recente importante – morte, divórcio, separação, etc.; História familiar de suicídio; Desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, etc.; Sentimentos de solidão, impotência, desesperança; Cartas de despedida; Doença física; Menção repetida de morte ou suicídio.

COMPORTAMENTO SUICÍDA

O suicídio é um processo que vai se instalando na vida da pessoa, composto por quatro etapas e sempre tem dor de alma presente.

Primeira etapa - ideação suicida: A pessoa começa a pensar em se matar para resolver a sua dor. Se essa dor não é olhada, tratada e cuidada, a pessoa evolui para a próxima etapa.

Segunda etapa - plano: A pessoa planeja normalmente a sua própria morte. Nessa fase, ela escolhe meios letais, e mais adiante pode definir o possível horário e local. Se essa dor não é olhada, tratada e cuidada, a pessoa evolui para a próxima etapa.

Terceira etapa - tentativa de suicídio: A pessoa tenta executar o plano que ela traçou. O suicídio está consumado. Dá para perceber, assim, que o suicídio, portanto, é o final de um processo que vai com o tempo se instalando na vida da pessoa.

Quarta etapa - suicídio consumado: Em situações de suicídio consumado, devemos ficar em alerta e redobrar o cuidado com familiares e pessoas próximas que presenciaram a morte ou foram as primeiras a encontrar a vítima.

COMO SE INSTALA O COMPORTAMENTO SUICIDA

1) **Fator precipitante** nasce a partir de uma ou diversas dores mentais e/ou emocionais que a pessoa tem ou sofre, ou seja, um acontecimento atual na vida do indivíduo que desencadeia o ato.

2) **Fator estrutural**, o que concerne a algo em particular na história de cada sujeito e seu modo próprio de lidar com as adversidades.

3) **Fator contextual**, relativo ao ambiente em que o sujeito está inserido e quais são os recursos dispostos, tanto de acessibilidade ao tratamento, quanto de vínculos pessoais-afetivo.

COMO PREVENIR?

“Prevenção ao Suicídio não quer dizer *evitar* todos os suicídios e sim uma parcela de mortes evitáveis. O que fazer? De modo simplificado, podemos dizer que três passos devem ser dados com o intuito de se prevenir um suicídio (memorize o acrônimo ROC):

Risco. O primeiro passo é a própria suspeita de **risco** de uma pessoa vir a se matar. Parece óbvio, mas às vezes isso não nos vem à mente. A pessoa em comportamento suicida dá sinais. Ficar atento **às falas e as mudanças de comportamento**. Com sensibilidade, devemos perguntar sobre ideias de morrer, de se matar.

Ouvir. O segundo passo é **ouvir** com atenção e respeito, sem julgar, sem recriminar nem se apressar com preleções morais ou religiosas.

Conduzir. O terceiro passo é **conduzir** a pessoa a um profissional de saúde mental, psicólogo(a), psiquiatra, ou ao CAPS, ou seja, não se pode ficar paralisado. “Uma pessoa fragilizada e sem esperança, como ocorre com o deprimido, não têm iniciativa espontânea de procurar ajuda” (BOTEGA, 2017). O socorro especializado pode ser decisivo para salvar vidas, por isso compartilharemos ao final desta etapa de prevenção, algumas dicas para encaminhar emergências.

COMO MANEJAR A CRISE SUICIDA?

Ao considerarmos que o suicídio pode ser comparado a ponta de um iceberg ou um produto trágico de uma história de muito sofrimento percorrido, podemos desde já afirmar que uma prevenção primária contra o suicídio seria possível através da promoção de saúde integral e informações; inclusive em ações intersetoriais que promovam psicoeducação. E o amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas, nesse contexto, poderiam ser uma iniciativa dos

serviços de saúde em todos os níveis, especialmente na Atenção primária, que naturalmente poderia contemplar muito bem nossas comunidades por intermédio da Pastoral da Saúde.

Mas, consideremos que na comunidade a maioria dos casos de suicídio podem ser prevenidos, de modo particular quando para acolher, buscamos um lugar adequado onde uma conversa tranquila possa ser mantida com privacidade razoável; O tempo necessário para tal conversa é reservado, visto que pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo para deixarem de se achar um fardo e, assim, precisa-se também estar preparado mentalmente para lhes dar atenção; Cientes de que a tarefa mais importante frente a crise suicida, a princípio, é ouvir efetivamente a vítima, pois, conseguir esse contato e ouvir é por si só o maior passo para reduzir o nível do desespero suicida.

Doar um minuto pode salvar uma vida. Como poderíamos aí então nos comunicar? Seguramente por meio de uma escuta ativa, na via desses 7 passos: (1) Demonstre Respeito pelo outro e o que ele partilha; (2) Dedique seu tempo para se concentrar nele; (3) Se atente as emoções e gestos que acompanham a fala; (4) Mantenha contato visual, e expresse com meneios, acolhimento e interesse; (5) Não interrompa enquanto o outro fala; (6) Pergunte não só para você saber, mas para que também o outro, ele mesmo, saiba mais a respeito de si, fazendo perguntas abertas, por exemplo; (7) Se precisar falar, se expresse com clareza, simplicidade e educação.

Já bem nos dizia o autor Carl Jung (1916), que aquele que olha para fora, sonha, enquanto que aquele que olha para dentro, desperta, e, para tanto, devemos dispensar da nossa comunicação no acolhimento preventivo ao suicídio ações como estas: Interromper muito frequentemente enquanto o outro fala; Ficar chocado ou muito emocionado; Dizer que você está ocupado, de maneira displicente; Tratar a pessoa de maneira que o coloca numa posição de inferioridade; Fazer comentários invasivos e pouco claros; Fazer perguntas indiscretas; Julgar, apontar erros.

Ao escutar, podemos ainda compreender o risco de suicídio a fundo, considerando o estado mental atual e pensamentos sobre

morte e suicídio; o plano suicida atual, isto é, quão preparada a pessoa está, e quão cedo o ato está para ser realizado; além do sistema de apoio social da pessoa (família, amigos etc.). Nesse contexto, a melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela, pois, ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não coloca a ideia na cabeça das pessoas, pelo contrário, isso de fato constitui-se como alívio, já que assim uma vítima pode falar abertamente sobre os assuntos e questões com as quais está se debatendo.

Ao perguntar, podemos descobrir se a pessoa tem um plano definido para cometer suicídio: Você fez algum plano para acabar com sua vida? Você tem ideia de como você vai fazê-lo? Podemos também descobrir se a pessoa tem os meios para se matar: Você tem pílulas, uma arma, inseticida, ou outros meios? (pode-se evitar nomear os meios, chamando apenas por “meios letais”, perguntando sobre eles de forma aberta) Os meios estão facilmente disponíveis para você? E por fim devemos considerar se a pessoa fixou uma data: Você decidiu quando você planeja acabar com sua vida? Quando você está planejando fazê-lo?

Nesse contexto, seguindo um esquema didático com três gradações de risco, proposto por Botega (2023), podemos para melhor definir o risco de suicídio em cada pessoa, considerar que este tem baixo risco de vir a ocorrer quando: a vítima nunca tentou o suicídio; suas ideias de suicídio são passageiras, ainda que perturbadoras; esta não planeja como se matar; um transtorno mental, se presente, está com sintomas bem controlados; a pessoa adere bem aos tratamentos de saúde que recebe; tem vida e apoios sociais. Já o risco moderado de suicídio pode se sustentar por: tentativa de suicídio prévia; a presença de algum tipo de transtorno de humor; ideias persistentes de suicídio são vistas como solução; não tem um plano de como se matar; não é uma pessoa impulsiva; não abusa/depende de álcool ou outras drogas; conta com apoio social.

Para considerar que é alto o risco de suicídio, podemos levar em consideração, fatores como: tentativa de suicídio

prévia; depressão grave, influência de delírio ou alucinação; abuso/dependência de álcool; desespero, tormento psíquico intolerável diante do qual a pessoa não vê saída; plano definido de se matar; tem meios de como fazê-lo; já tomou providências para o ato suicida. E ter tudo isso em vista é importante não para estabelecermos quem vai ou não se matar, mas, o quanto que cada suicídio está prestes a se consumir, e quão urgente precisa ser a nossa condução; pois, um amigo, parente ou agente pastoral que acolhe uma pessoa nesta crise, nunca deverá reter o problema para si, jurar segredos, ou tentar resolver tudo por si só, mas, deverá acolher, escutar e encaminhar sempre.

Quando conduzimos cada pessoa a uma ajuda especializada, superamos ainda a possibilidade de sermos vítimas de algum tipo de chantagem emocional, como quando um conjugue, ao não aceitar uma separação, ameaça se matar se a outra parte lhe deixar. Não retenha o problema todo para si, não guarde isso só para você. Acolha, escute e encaminhe, pois, se a ameaça ter sido da boca para fora, a pessoa poderá rever como lidar com seu luto, e se ameaça for real, ambas as partes estarão melhores no final.

ONDE BUSCAR AJUDA?

CVV

Se você ou alguém está pensando em se matar, disque o número 188, do seu aparelho telefônico ou acesse www.cvv.org.br para chat, e-mail e endereços para atendimentos presenciais.

O atendimento do CVV é gratuito, 24 horas, anônimo, sigiloso e abrange todas as regiões do Brasil.

CAPS – CENTRO DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL E AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBSS).

O atendimento é gratuito.

Para saber onde está localizado o CAPS mais próximo de você, acesse o site da Prefeitura da sua cidade.

SAMU

Alguém tentou suicídio na sua casa ou no seu local de trabalho? A melhor coisa a ser feita é ligar para emergência SAMU 192. O pronto-atendimento poderá encaminhar essa pessoa para UPA, Pronto Socorro e Hospitais. O SAMU-192 realiza o atendimento gratuito de urgência e emergência em qualquer lugar do país.

POLÍCIA MILITAR

Alguém está ameaçando suicídio e está agressivo ou em situações de risco, ligue o telefone da PM da sua cidade.

FAÇA UMA PESQUISA NA SUA LOCALIDADE.

Além dos citados acima, na sua cidade pode haver outras instituições que possam acolher e tratar pessoas em comportamento suicida. Como projetos sociais de psicólogos que atendem presencialmente ou remotamente alguns pacientes de forma gratuita ou sob preço social; ou ainda as clínica-escolas, presentes em toda faculdade que oferece graduação em psicologia, ali, a comunidade pode ser atendida gratuitamente; sem nos esquecermos também de valorizar a ação de paroquianos que podem também ser profissionais que atuam com a saúde mental.

O apoio e a compreensão que as pessoas em comportamento suicida recebem são fatores importantíssimos tanto para sua felicidade quanto para aqueles que partilham a vida com elas.

No entanto, não basta só isso. Vários estudos mostram que a maioria dos casos de suicídio pode ser evitada com ações de prevenção. Precisamos ter uma política pública mais eficaz, e não somente emergencial e circunstancial.

Fica o apelo: por mais atenção a essa questão de saúde pública. Por mais atenção e cuidado para com nosso próximo. Nós, enquanto Igreja e Pastoral, temos grande responsabilidade pelo cuidado com a vida, em especial diante da problemática do suicídio.

O QUE DIZ A IGREJA CATÓLICA APOSTÓLICA ROMANA SOBRE O SUICÍDIO?

Já estudamos aqui que o suicídio não tem uma única causa, mas decorre da interação de múltiplos fatores biológicos, psíquicos e sociais. A literatura científica nos ajuda a não julgar preconceituosamente uma ocorrência de suicídio, mas e a Igreja, poderia nos dizer se quem se mata está condenado ao inferno? Ela nos ensina que deveríamos ter uma vítima de suicídio, como uma pessoa inalcançável para Deus?

Para responder a tais questões, basta que revisitemos a memória histórica de nossas tradições. Na Antiguidade, o suicídio não é visto como um ato de pessoas com doença mental, ou desequilíbrio psíquico, mas algo decorrente de: Vergonha; Desonra; Dor; Fraqueza de caráter; Loucura momentânea. Para os gregos, a loucura não era uma doença, mas algo que fora causado pelos deuses. E mesmo a Bíblia, traz relatos de suicídios ocorridos, vide: Abimeleque (Jz 9,54); Saul (1 Sm 31,4); O escudeiro de Saul (1Sm 31,5); Aquitofel- Conselheiro de Absalão (2Sm 17,23); O rei Zinri (1Rs 16,18); Sansão? (Jz 16,30); Judas Iscariotes (Mt 27,5).

Santo Agostinho, no livro I de A Cidade de Deus (410), capítulo 7, apresenta uma sólida argumentação no que diz respeito à condenação do Suicídio. É Agostinho quem vai fazer a ligação do Suicídio ao 5º mandamento. No "Julgamento de Lucrecia", Agostinho utiliza o A.T. para afirmar que Lucrecia não teria razões para se matar. "Ao tirar a própria vida, Lucrecia estaria cometendo o pecado de assassinato, assassinando a si mesma". Neste sentido, o trabalho de Agostinho é essencial para entender o julgamento da morte voluntária sob a ótica cristã na antiguidade.

Além disso, Santo Tomás de Aquino, concebe o suicídio dentro do universo da Justiça, a partir das contribuições de Aristóteles. Na Suma Teológica, exatamente volume 6, na II parte da II seção, nas questões 57 (sobre o direito), 58 (sobre a justiça), 59 (sobre a injustiça) e no artigo 5 (é permitido matar-se a si mesmo?) e na questão 64 (o homicídio). "Sendo uma ação injusta que vai contra Deus, contra si mesmo e contra a sociedade, o suicídio é

portanto, um ato contra a natureza, contra o amor que cada um sente por si mesmo”.

A “Iura et bona” (05.05.1980), Declaração sobre a Eutanásia - C.D.F. Discorre sobre o valor da vida humana, colocando que: A vida humana é o fundamento de todos os bens, a fonte e a condição necessária de toda a atividade humana e de toda a convivência social. Se a maior parte dos homens considera que a vida tem um carácter sagrado e admite que ninguém pode dispor dela a seu bel-prazer os crentes veem nela também um dom do amor de Deus, que eles têm a responsabilidade de conservar e fazer frutificar.

Desta última consideração se derivam as seguintes consequências de extrema gravidade: todos os homens têm o dever de conformar a sua vida com a vontade do Criador. A vida é-lhes confiada como um bem que devem fazer frutificar já neste mundo, mas só encontrará perfeição plena na vida eterna; A morte voluntária ou suicídio, portanto, é tão inaceitável como o homicídio: porque tal ato da parte do homem constitui uma recusa da soberania de Deus e do seu desígnio de amor. Além disto, o suicídio é, muitas vezes, rejeição do amor para consigo mesmo, negação da aspiração natural à vida, abdicação frente às obrigações de justiça e caridade para com o próximo, para com as várias comunidades e para com todo o corpo social — se bem que por vezes, como se sabe, intervenham condições psicológicas que podem atenuar ou mesmo suprimir por completo a responsabilidade do ato.

Vejamos que até aqui, já conseguimos encontrar bases para a condenação do suicídio e, muitas vezes, do próprio suicida, rejeitando o suicídio como alternativa para que uma pessoa fuja dos sofrimentos da vida, para se encontrar logo com Deus, segundo a orientação cristã. Ou levando reprovando sua prática sob a imposição da Lei de Deus pelo 5º Mandamento – Atentado contra a Vida.

Sabemos que daí partiram práticas como não se rezar pelo suicida, e não oferecer pela salvação dele, algum sacrifício, oração,

jejum, penitência ou missa (de 07º dia). Assim, suicidas por muito tempo não eram enterrados no “campo bento”, no Cemitério Católico. A seus corpos, eram destinadas outras localidades, tais como para os que não eram batizados, criminosos de pior espécie, pessoas de outras religiões, inclusive protestantes, etc; para além dos muros, ou nos fundos, quando não à esquerda do cemitério.

Mas, toda essa conduta foi se alterando com o passar dos anos. A legislação canônica, promulgada em 1917 pelo Papa Bento XV negava aos suicidas a sepultura eclesiástica (cf. c.1240 §1 nº3) e, por consequência, ao que tivesse sido negada a sepultura eclesiástica, se lhe negava igualmente a missa exequial (missa de corpo presente) e também aquelas por ocasião do aniversário de morte e outros ofícios fúnebres públicos (cf. C. 1241). Sim! Mas esta legislação canônica de 1917 foi revogada aos 25 de Janeiro de 1983, o qual entrou em vigor no dia 27 de Novembro do mesmo ano.

Em 1992, o Catecismo da Igreja Católica fala sobre o fenômeno do Suicídio dos números 2.280 a 2.283. Relatando no parágrafo 2281: O suicídio contraria a inclinação natural do ser humano para conservar e perpetuar a sua vida. É gravemente contrário ao justo amor de si mesmo. E no parágrafo 2282: Se for cometido com a intenção de servir de exemplo, sobretudo para os jovens, o suicídio assume ainda a gravidade do escândalo. A cooperação voluntária no suicídio é contrária à lei moral. Mas conclui para nós no parágrafo 2283, a sentença que deve fortalecer a luta no cuidado pela vida contra o suicídio: Não se deve desesperar da salvação eterna das pessoas que se suicidaram. Deus pode, por caminhos que só Ele conhece, oferecer-lhes a ocasião de um arrependimento salutar. A Igreja ora pelas pessoas que atentaram contra a própria vida. - Assim, antes ou depois de uma tentativa de suicídio, temos que agir.



POSVENÇÃO AO SUICÍDIO OU TENTATIVA DE SUICÍDIO

Daniele Batista de Sousa e Kátia Estevão Rodrigues da Silva

DINÂMICA “EFEITO EM REDE” (DURAÇÃO DE 20 A 30 MINUTOS)

- Objetivo: Proporcionar uma vivência onde se possa perceber quais os efeitos possíveis de uma tentativa de suicídio em uma rede de pessoas.
- Material: barbante, tiras de TNT.
- Orientações:
 - i. Divida o grupo em 20/25 pessoas – é indicado 1 facilitador para cada grupo de até 25 pessoas.
 - ii. Escolha 5 pessoas e amarre as mãos com tiras de TNT.
 - iii. Escolha 5 pessoas e amarre na altura dos olhos (deixando-os sem ver)
 - iv. Escolha 3 pessoas e amarre as pernas pelo tornozelo

Obs.: Quanto a estes números de pessoas que serão limitadas pelas faixas, variam proporcionalmente, conforme o número de participantes do grupo.

- v. Comando ao grupo: “Enquanto vocês escutarem a música tocando, andem sem parar neste espaço. Quando

a música parar, fique parado onde estiver e se estiver com alguma faixa, não retire ainda.”

- vi. Inicia-se a música. Cada facilitador dá a ponta de um barbante para uma pessoa do seu grupo segurar (pedir para não soltar). Enquanto as pessoas andam, o facilitador vai enrolando o barbante nas e entre as pessoas, deixando-as cada vez mais envolvidas. Tentar envolver o máximo de participantes possível no barbante. Não tem problema se alguém ficar de fora. Quando a música parar, pode parar de enrolar.

Obs.: é preciso ser rápido e ágil para enrolar o barbante, visto que a música dura 3 minutos e 56 segundos. Se for necessário, coloque a música para tocar 2 vezes.

- vii. Música para usar durante a dinâmica **Moonrock** – Moptop.

<https://www.youtube.com/watch?v=-Oaizk6jFAk>

*Se eu disser não dá mais
Será que escuta ou só finge escutar?
Se quiser me largar
Você vem junto ou só pára pra olhar?
Olhe bem pra mim. Eu não tô legal
Tentei de tudo eu não consigo parar
Se quiser me acertar
A hora é essa eu não vou revidar*

*Só que dessa vez
Você quer gritar
Enche o peito e diz
Que não dá mais
Oh não
Me deixa ser em paz*

*Mas quem se importa?
Ninguém se importa
Fazem de conta
Que querem o seu melhor*

*Mas quem se importa?
Ninguém se importa
Fazem de conta
Que querem o seu melhor*

*Se disser não dá mais
Será que eu escuto ou só finjo escutar?
Se quiser se largar
Será que eu pulo ou só paro para olhar?
Mas não fique assim eu falei demais
Ah, se eu pudesse eu tentaria mudar*

*Se quiser me acertar
A hora é essa eu não vou revidar*

*Só que dessa vez
Você quer gritar
Enche o peito e diz
Que não dá mais
Oh não
Me deixa ser em paz*

*Mas quem se importa?
Ninguém se importa
Fazem de conta
Que querem o seu melhor*

viii. Reflexão – sugestões de perguntas para respostas livres ao grupo:

- Como você se sentiu nesta dinâmica?
- O que você percebeu e te chamou atenção?
- Quem não estava vendo – como se sentiu? O que percebeu?

- Quem estava com as pernas amarradas – como se sentiu?
- Quem estava vendo – o que percebeu sobre quem não estava vendo?
- Quem estava com as mãos amarradas – como se sentiu?
- O que foi possível escutar da música?

Avaliar e colher junto ao grupo quais foram os efeitos de cada um e no grupo como um todo, com esta experiência. Após as sensações e percepções serem bem exploradas, faça a correlação com o efeito de um ato suicida em uma rede.

A pessoa com comportamento suicida (representada aqui pelo facilitador, que envolveu as pessoas com o barbante) afeta algumas pessoas bem direta e outras de forma indireta^{mente}, mas atinge uma rede ampla. Existem aqueles que puderam fazer algo, aqueles que se sentem completamente impotentes, outros que não viram/ não souberam o que aconteceu, mas fazem parte da rede e foram atingidos de alguma forma (os que não enxergam) – assim como as crianças. Impacta uma rede/ comunidade de forma intensa e ao mesmo tempo.

Explorar as falas, sentimentos e emoções provocadas no grupo com a dinâmica.

- ix. Após a reflexão – passar a música com o clipe – ***Quando a dor te corta*** – Leone.

<https://www.youtube.com/watch?v=cd4fvryMSww>

*Não tenho nada a dizer
Eu fico mudo quando a dor te corta
Seu corpo exige atenção
E nessas horas nada mais importa*

*Nem oração, nem poemas
Nem música, nem televisão
Nem sentir raiva, nem pena
Não adianta fugir, nem segurar sua mão*

*Vou esperar do seu lado
A tempestade passar
Vou esperar do seu lado
Porque eu só posso esperar*

*Queria fazer milagres
Te dar alívio pondo a mão no seu peito
Limpar o céu dessas nuvens
E te entregar um dia perfeito*

*Mas vem a dor feito enchente
Levando o sol, te carregando pro escuro
Levando preces, milagres
E agora eu morro de pressa de chegar ao futuro*

*Vou esperar do seu lado
A tempestade passar
Vou esperar do seu lado
Porque eu só posso esperar*

*Vou esperar do seu lado
A tempestade passar
Vou esperar do seu lado
Porque eu só posso esperar*

*De que adianta você saber o quanto eu sinto
Minha dor vai ser mais problema que solução
Por fora eu disfarço o quanto eu ando aflito
De só ter pra ter de dar meu tempo
E minha inútil compaixão*

*Vou esperar do seu lado
A tempestade passar
Vou esperar do seu lado
Porque eu só posso esperar*

*Vou esperar do seu lado
A tempestade passar
Vou esperar do seu lado
Porque eu só posso esperar*

POSVENÇÃO

A palavra “prevenção”, em sua etimologia, significa antecipar-se, perceber de forma antecipada. E esta condição favorece evitar que algo indesejado ocorra, ao passo que aquele que previne toma medidas adequadas para que o inconveniente não se concretize.

Por outro lado, “posvenção” se refere às medidas adequadas que são tomadas após a ocorrência de determinado evento. Não se trata, ainda, de uma palavra reconhecida em nosso vocabulário, igualmente, é uma ação pouco comum em nossa sociedade, embora, imprescindível.

Quando o suicídio se dá há efeitos que atingem uma série de pessoas (135 pessoas, segundo o Ministério da Saúde), sejam elas ligadas diretamente ou não ao indivíduo que morreu. Podemos contar com algumas atividades a serem desempenhadas por profissionais da saúde e também por pessoas próximas aos enlutados a fim de favorecer a vivência saudável do luto destes sobreviventes.

PRINCIPAIS OBJETIVOS DA POSVENÇÃO

Segundo Silva e Vedana (2019), seguem abaixo os principais objetivos da posvenção a um ato suicida.

- Facilitar o processo de luto ou ajuste.
- Ajudar a comunidade educacional a processar o que aconteceu.
- Incentivar a expressão de emoções difíceis, ajudar as pessoas a lidar com o impacto do evento.
- Reduzir o risco de comportamentos negativos e imitativos.
- Discutir mitos sobre suicídio e favorecer a prevenção.
- Realizar planos continuados para a promoção da saúde mental, apoio psicológico e intervenção em crises.

DIFERENÇAS DA POSVENÇÃO DO SUICÍDIO CONCRETIZADO E DA TENTATIVA FRACASSADA

Toda tentativa de suicídio desencadeia consequências graves e muito sofridas, sendo ele concretizado ou não. Quando o suicídio é concretizado, os desdobramentos do luto e a rede que é atingida é muito maior e mais incisiva, geram marcas e traumas mais profundos, podem desencadear riscos (de ideação ou tentativa de suicídio) em outras pessoas, além deste evento ficar registrado na memória das pessoas que fazem parte da rede do suicida, que dificilmente um dia será apagada.

Por outro lado, quando a tentativa de suicídio não é concretizada, ou seja, houve um ato concreto que poderia levar a pessoa à morte, mas a pessoa sobreviveu, os desdobramentos são bem diferentes. A vivência fica mais restrita às pessoas mais próximas, sem que a informação se estenda, e a sobrecarga das consequências recaem principalmente no sistema familiar. Existem as possíveis sequelas físicas que podem mudar completamente a vida do sobrevivente e da família. O recomeçar e enfrentar a vida pode ficar bem pior após esta tentativa fracassada, permanecendo em risco ainda de nova tentativa, por muito tempo depois. Outro fator comum, são os preconceitos e estigmas que esta pessoa sofrerá.

Por isso a importância de diferenciarmos as características de posvenção para cada situação.



POSVENÇÃO AO SUÍCIDIO CONCRETIZADO

REAÇÕES E SENTIMENTOS

Freud (1914/1916) discorre sobre o luto como uma reação à perda, é um período de reorganização diante da ausência de um ente querido, repleto de sentimentos. Essa perda pode se referir a diversos “objetos” que na psicologia se trata de algo em que a pessoa investe afeto, ou seja, pode ser uma pessoa, um animal de estimação, um cargo de trabalho, um relacionamento, um bem material entre outros. Contudo, iremos nos concentrar na perda de um ente querido e, mais especificamente, daquele ou daquela que concretizou autoextermínio.

O processo de luto é uma experiência difícil, um momento de crise que gera desequilíbrio entre os ajustes necessários a partir da ausência do falecido e os recursos psíquicos disponíveis para lidar com tal situação (Franco, 2011). Entre os ajustes, consideramos o rompimento do vínculo afetivo presencial, mudanças de papéis do núcleo do falecido, impactos na organização financeira, na distribuição de tarefas diárias etc. Por exemplo, se o falecido era o principal provedor da família, haverá necessidade de rever como lidar com as despesas. É momento que surge a dor da ausência e que muitas atitudes vão se fazendo necessárias. Repercute nas diversas áreas da vida de quem fica, emocional, cognitiva, física, religiosa, familiar, social e cultural (Parkes, 2009). Não é possível pausar as demandas cotidianas para antes viver a dor avassaladora da perda, tampouco de uma perda tão inesperada, tal qual por suicídio.

O luto é um processo singular, no entanto, sua elaboração é possibilitada por um conjunto de quatro tarefas (Parkes, 2009), as quais favorecem qualquer tipo de luto. A primeira tarefa é a aceitação da realidade da perda, tomar tal fato como verdade, embora isso leve tempo e seja muito doloroso. Os rituais de despedida colaboram com essa percepção. A segunda tarefa é a elaboração da dor da perda, um processo trabalhoso, conta com disposição psíquica e necessita de agentes facilitadores como a psicoterapia, grupos de apoio e se for oportuno, acompanhamento

psiquiátrico para manejar sintomas físicos. A terceira tarefa diz sobre o ajustamento frente à ausência da pessoa, seja adequação de papéis, reorganização de rotina, mudança em ambiente físico e planos. Por fim, a quarta tarefa consiste em reposicionar emocionalmente o enlutado diante da vida (Worden, 1998).

Essas tarefas nos são apresentadas a fim de compreendermos os aspectos característicos do processo de luto. Contudo, são questões complexas que demandam tempo e estão suscetíveis à realidade psíquica de cada indivíduo. Por isto, se o enlutado dispõe de uma rede de apoio ativa e funcional essas tarefas poderão se dar de forma mais natural e menos dolorosas. Embora sejam nomeadas como “tarefas” não são problemas que se solucionam de forma prática e simples.

Fukumitsu e Kovács (2016) afirmam que o suicídio não se refere unicamente a morte de si mesmo, pois é uma morte violenta e repentina, exigindo demasiada energia psíquica daqueles que ficam. Para vivência de elaboração de luto existem algumas teorias que visam a esclarecê-lo, indicando prevalência de sentimentos e dificuldades mais comuns. Diante do luto por suicídio temos também alguns aspectos recorrentes que podem nos auxiliar a compreender um pouco esse processo e, então, oferecer suporte mais adequado. Sentimentos de fracasso, impotência, medo, culpa, raiva, tristeza, ansiedade, vergonha e saudade são muito comuns neste contexto (Tavares, 2013).

Vergonha: sendo o suicídio estigmatizado pela sociedade, os sobreviventes sentem-se envergonhados, como se a dor do falecido não tivesse vez, e sim fosse notado apenas a concretização de um ato condenável, julgado como errado, como pecado.

Culpa: os sobreviventes sentirão, então, como se devessem ter feito algo diferente e não o fizeram, sentem-se responsáveis pelo ocorrido, como se pudessem ter sarado a angústia intensa daquele que se matou.

Raiva: sentimento que pode surgir diante da revolta pelo ato do suicídio, imaginando que a pessoa não pensou, não teve sentimentos pelos que ficariam.

Medo: a incerteza diante do que virá e diante dos próprios impulsos que podem causar o autoextermínio é um sentimento que gera ansiedade e medo.

Tristeza: a ausência de alguém que se ama, se gosta, sempre gerará entristecimento, um humor deprimido que não diz necessariamente de um episódio depressivo.

Saudade: sentir falta do ente querido, de como compartilhavam a vida, é algo também esperado e representa a importância do vínculo que havia.

Desespero: por se tratar de uma situação muito drástica que desperta diversos sentimentos e provoca muitos questionamentos, a aflição dos sobreviventes pode levá-los a reações impulsivas que os coloquem em contexto de maior vulnerabilidade.

Impotência: os sobreviventes se deparam com a incapacidade de mudar a realidade e esta percepção gera grande desconforto.

Entre os familiares e amigos mais próximos é comum surgir um sentimento de culpa e de responsabilidade, como se os sobreviventes pudessem, de alguma forma, ter evitado que o ato acontecesse (Martins & Leão, 2010). Além dos sentimentos apontados, há quatro especificidades básicas, segundo Sebastião (2017): procura por justificção, culpa, estigma social e abandono.

REDE DE PESSOAS ENLUTADAS

Quanto mais estreito o vínculo, mais provável o sofrimento com a perda da pessoa. Interessante destacar que a intensidade do vínculo independe do tipo de relacionamento e laço que se possuía, isto é, há familiar consanguíneo que por vezes (ou várias vezes) é menos próximo da pessoa que um amigo surgido em ambiente de trabalho, por exemplo.

A família e os amigos, que compõem o círculo de pessoas próximas devido ao vínculo afetivo e devido às formalidades das relações, poderão apresentar maior impacto com a morte do ente querido. Por terem uma convivência mais próxima ou mesmo

por, diante da sociedade, serem entendidos como pessoas que conheceriam o suicida e poderiam fazer algo que mudasse sua trajetória. Ou seja, podem ser maior alvo de julgamento e ao mesmo tempo, sentirem-se mais responsabilizados pelo ato.

Todos os grupos que a pessoa que morreu por suicídio, frequentava ou fez parte em algum momento, serão afetados. Seus membros poderão ser mobilizados por questionamentos acerca de motivos que poderiam ter contribuído com tal ato, buscando sinais que a pessoa possa ter apresentado na convivência com o grupo, resgatando lembranças de circunstâncias com desfechos desagradáveis. Por ser uma morte multifatorial, muitas vezes fica a impressão de que é uma morte que não tem motivo, pois as respostas nem sempre ficam claras para os sobreviventes. Nem mesmo aquele que praticou o autoextermínio saberia indicar de forma clara respostas para esta decisão, porém, é certo que sua angústia era insuportável.

Quanto ao grupo de pessoas que comungavam da mesma fé que o indivíduo, a morte pode causar importantes questionamentos acerca da efetividade da fé, da graça de Deus e da legitimidade do grupo que os unia. O fato de ter uma prática religiosa e ou a vivência de uma espiritualidade genuína não nos exime de sofrimentos, tampouco de atitudes impulsivas. Esses aspectos podem sim atuar de forma protetiva, inclusive, somando-se a outros fatores. Porém, não blindam contra o sofrimento, a morte ou o suicídio. O privilégio que as pessoas que creem e são adeptas de determinada doutrina podem ter (embora não exclusivo a estas) é a certeza da presença do Deus que, inclusive, sofre nossos sofrimentos e permanece conosco diante de situações de maior fragilidade. Assim Ele permaneceu com seu Filho encarnado, assim Ele permanece com todos os seus filhos e filhas, seja percebido ou não.

Para além de pessoas que tiveram contato com o falecido, há quem sequer o conheceu, porém, sente-se afetado pela história, pelas informações que tem acesso sobre a pessoa e se identifica em algum grau. Pode ficar fragilizado por perceber-se com perfil semelhante (morava em local parecido, tinha a mesma idade,

praticava atividades semelhantes...), pode sentir-se representado no sofrimento de quem morreu ou mesmo motivado a considerar a mesma alternativa por encontrar-se em vulnerabilidade similar.

Há quem se impacte com a notícia ao recebê-la, há quem permanecerá pensando no ocorrido e estará mobilizado emocionalmente por mais tempo. A forma como as pessoas reagem diante do falecimento é variável e de modo geral, diz do vínculo nutrido com o ente querido. Como podemos perceber, o suicídio afeta uma gama de pessoas com marcas de dúvidas, inconformismo, insegurança, culpabilização, medo, raiva.

AÇÕES REPARADORAS

Aos enlutados sobreviventes se dá uma espécie de luto “não autorizado”, “não reconhecido” em razão do forte julgamento e desaprovação diante da causa *mortis* (Casellato, 2018; Rocha & Lima, 2019). O estigma e o preconceito também são muito frequentes de acordo com Silva (2013). Contudo, independe da forma como o óbito se deu e em caso de suicídio, independente também das motivações que a pessoa possa ter apresentado, jamais se poderá negar o sofrimento existente frente à quebra de vínculos. Quem fica precisa de amparo, acolhida, suporte, necessita de escuta ativa e espaço para elaborar seu luto.

Oferecer psicoterapia individual é essencial para que o enlutado tenha espaço de se expressar livre de qualquer julgamento, em que possa expressar suas emoções e também contar com um profissional capacitado para as devidas intervenções neste contexto. O processo psicoterápico se dará a médio ou longo prazo, é um percurso muito pessoal em que experiências de diversos lutos e perdas poderão ser evocadas, bem como surgirão demandas de acordo com a rotina e perspectivas do indivíduo.

Grupos psicoterápicos apresentam potencial de suporte para elaboração do luto muito importante. Nesse espaço os sobreviventes interagem com seus pares, podem compartilhar histórias com

vários aspectos semelhantes, sentirem-se compreendidos em sua dor, ter um espaço seguro para compartilhar suas memórias e angústias e, ao mesmo tempo, ter oportunidade para pensar junto manejos possíveis para lidar com essa perda brusca.

A comunidade religiosa pode favorecer a vivência do rompimento desse vínculo, proporcionando experiências para compartilhar memórias, para se rezar e conversar sobre o amor misericordioso de Deus, para se expressar a saudade e para despertar o sentimento de pertencimento, favorecendo o fortalecimento de vínculo com membros da comunidade.

As pessoas próximas do contexto de convívio muito colaboram ao oferecer escuta ativa sem julgamentos, acolhendo de forma carinhosa o sobrevivente. O simples fato de escutar já é ato potente, feito com sensibilidade dispensa quaisquer comentários, até mesmo porque, comentários malfeitos podem gerar importante desconforto emocional.

Nada extinguirá a dor da perda, porém, suporte adequado e acolhida sincera podem mitigar os efeitos que atingem os sobreviventes, colocando-os em contexto de maior segurança e onde possam elaborar esse luto de acordo com suas particularidades.

POSVENÇÃO À TENTATIVA DE SUICÍDIO FRACASSADA

A pessoa que passou por uma tentativa de suicídio, mas sobreviveu, logo após o evento ainda está extremamente fragilizada e requer cuidados especiais. Este evento é uma experiência muito marcante e geralmente traumática, que desencadeará diversas consequências nos mais diversos âmbitos, conforme as suas sequelas físicas e emocionais, assim como também gera consequências nas pessoas próximas. Como lidar com a pessoa que sofreu o evento dependerá de cada caso, conforme suas circunstâncias e rede de apoio. Vamos tratar aqui de alguns aspectos importantes que podem auxiliar nas estratégias de posvenção.

ACOLHIMENTO

O primeiro passo e de suma importância é o acolhimento da pessoa, após a tentativa, conforme as circunstâncias, gravidade e efeitos desta tentativa.

Se a pessoa chegou ao ponto de planejar e executar um ato contra a própria vida, não importa se sua intenção foi de chamar a atenção, de punir alguém ou até mesmo querer causar uma situação no sistema que ela se encontra (família, escola, trabalho, comunidade ou instituição). Se chegou a este ponto é sinal de que algo realmente não vai bem e precisa ser cuidado/ tratado e existe um quadro psicológico fragilizado e adoecido. Este primeiro momento não é de discursos, sermões e muito menos punição. É de acolher e cuidar. Se a vida neste momento não é um valor para esta pessoa, é preciso resgatar ou até mesmo construir este valor e pode ser que leve bastante tempo.

Dentre os aspectos a serem cuidados, o primeiro é a estabilidade física. As consequências podem ser de leves a muito graves. Podem ficar sequelas físicas ou não. Se elas permanecerem, estarão sempre denunciando e não deixando cair no esquecimento este evento, possivelmente traumático, durante toda sua vida. Para os cuidados físicos nem sempre a pessoa ferida estará disposta a cooperar ou a se submeter ao tratamento. É preciso paciência e amorosidade para este processo. Ela já estava muito doente psicologicamente, antes de estar afetada fisicamente, por isso, muitas vezes a pessoa pode estar incapaz para se cuidar. Há alguns casos em que os efeitos do evento em si, a reação externa e o arrependimento podem reverter esta condição psicológica de desejo de morte. Por isso não há uma regra geral, pois cada caso é um caso. É preciso uma avaliação cuidadosa e tato para discernir os passos a serem dados neste momento, necessitando da orientação de um profissional da área de saúde mental.

Tendo o quadro físico estabilizado, com urgência, há a necessidade de intervenção psiquiátrica e psicológica junto a esta pessoa e a pessoa mais próxima, responsável pelos cuidados para com ela. Os cuidados e intervenções devem ser definidos em uma

rede de pessoas responsáveis pela manutenção e tratamento desta pessoa: profissionais da saúde, família, amigos e comunidade (escola, trabalho, paróquia).

a. Família

O acolhimento pela família geralmente é a primeira instância a ser acionada. Mas há grande possibilidade dos fatores motivadores do ato suicida serem gerados pela dinâmica familiar, conforme nos apontam os estudos

Estudos evidenciam que a dinâmica familiar exerce influência para a tentativa de suicídio e que a tentativa de suicídio causa consequências na dinâmica da família e sofrimento para seus membros. (Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 20, n. 2, p. 621-635, 2019. Recebido em: 22.08.2019. Aprovado em: 03.01.2020)

Frente a este contexto, é preciso analisar a situação e verificar quem tem mais condições de fazer este acolhimento da pessoa nesta situação de crise.

b. Amigos

Os amigos mais próximos podem ser peça fundamental neste processo de reabilitação, principalmente no caso dos jovens. Porém, como também será outro jovem, este necessitará igualmente de suporte próximo, pois ele será emocionalmente afetado e até sobrecarregado.

c. Escola

A estratégia de acolhimento por parte da escola deve ser cautelosa e planejada para reintegração do adolescente/jovem, juntamente à rede de cuidadores. É preciso avaliar se há fatores dentro da escola que contribuíram para que este evento ocorresse, como bullying, conflitos entre grupos, algum tipo de exposição social ou outros. Se for este o caso, pode ser necessária a mudança de escola, para retorno aos estudos.

d. Igreja/ Comunidade

Visitas, orações (junto à pessoa), encontros ou outras ações podem ser de grande eficácia, mas após avaliação com a rede primária de cuidados para discernir o momento e estratégia mais adequada para o caso.

e. Profissionais

Nem todo profissional de saúde está bem preparado para lidar de forma adequada com os cuidados da pessoa que passou pelo evento. É preciso cautela e atenção para o manejo e o tato, principalmente no momento imediato dos primeiros socorros.

DESMISTIFICAR O TABU JUNTO À REDE DE APOIO DA PESSOA

RODA DE CONVERSAS SEM A PESSOA (NO PRIMEIRO MOMENTO)

Se o evento ficou público, com conhecimento de muitos, é preciso que haja uma conversa para acolhimento das emoções do grupo (família ou escola ou trabalho ou grupo pastoral) e realizar um momento de psicoeducação com orientações claras e objetivas do como lidar com a situação e como lidar com a pessoa. É muito importante a prevenção de fofocas e repercussões de informações distorcidas “pelo rádio corredor”. Temas importantes:

- Por que uma pessoa chega ao ponto de atentar contra a própria vida – questão de saúde mental. Uma parte da pessoa está muito ferida e adoecida.
- Geralmente é uma situação constrangedora para a própria pessoa. Dúvidas e curiosidades – este é o momento para se falar.
- Quais são os cuidados físicos que esta pessoa precisa neste momento.
- Que tipo de ajuda este grupo pode oferecer à pessoa.

Obs.: Cada situação irá configurar este momento de conversa.

REDE DE CONVERSA COM A PRESENÇA DA PESSOA (QUANDO ESTIVER EM SITUAÇÃO EMOCIONAL MAIS ESTÁVEL)

Esta intervenção deverá ser avaliada junto à família e aos profissionais de saúde mental e orientada por estes.

DAR APOIO AO RETORNO ÀS ATIVIDADES DA ROTINA, GRADATIVAMENTE (CONFORME O QUADRO FÍSICO PERMITA)

Procurar ocupações que a pessoa se interesse e dê prazer, com conteúdos leves, que reforcem o valor da vida, do belo e do bem.

Não insistir e nem forçar que a pessoa reaja positivamente a atividades saudáveis. É preciso tato para conduzir este momento.

INTRODUZIR A PESSOA AOS POUCOS AO CONVÍVIO SOCIAL

Cada caso é um caso, é preciso avaliar como é sua rede social, comportamento dos amigos e familiares. Podem potencializar ou aliviar o sofrimento.

HÁ MOMENTO DE CALAR E HÁ MOMENTO DE FALAR

NÃO DEIXAR A PESSOA SÓ – LEVA TEMPO PARA A PESSOA SAIR DO RISCO DE UMA NOVA TENTATIVA

É preciso ficar muito atento ao processo de recuperação emocional da pessoa. Quando a pessoa está fisicamente melhor e até mesmo emocionalmente com mais energia é um momento de alerta, pois é quando ela apresenta mais força para uma nova tentativa.

RISCOS

A pessoa que de fato realizou uma tentativa de suicídio, mas sobreviveu ou alguém impediu, após o evento, se tem forças e condições físicas, corre o risco de uma nova tentativa nos próximos meses. É preciso de vigilância constante e cuidado com o ambiente que está para se recuperar.

Se o ambiente que a pessoa se encontra após o evento for conflituoso, emocionalmente carregado, com pessoas agressivas ou muito depressivas, o risco de um novo evento será potencializado.

É preciso ter muita atenção sobre a fonte principal de motivação ao suicídio – o contato com esta fonte, sem mudanças, levará a uma nova tentativa.



EIXO MISSÃO – DOMINGO DE MANHÃ

ACOLHIDA E ANIMAÇÃO

Iniciar o dia com alguma música ou dinâmica rápida de aquecimento

Como ambientação, ter ao centro do salão alguma imagem/ ícone dos Discípulos de Emaús.

EIXO: MISSÃO – APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

Boas-vindas e apresentação.

“Tudo está interligado. Após aprendermos mais sobre a prevenção e a posvenção, hoje o dia será voltado à prática pastoral, de como saímos em missão junto aos nossos adolescentes e jovens, a fim de contribuirmos com a promoção da vida”.

ORGANIZAÇÃO DA MANHÃ

Panorama geral das atividades do dia.

“Nossa manhã estará organizada da seguinte maneira: inicialmente teremos um breve instante de rememorar os dias anteriores; na sequência, apresentaremos a chave de leitura para esse dia: Emaús; a partir desse episódio, teremos dois momentos distintos, o primeiro deles focado ao local, isto é, as nossas realidades; e, o segundo, reunidos em pequenos grupos para debater possibilidades regionais; seguiremos com uma plenária e o fechamento. Será uma manhã intensa”.

RETOMADA DOS DIAS ANTERIORES

Resgatar brevemente aspectos da formação dos dois primeiros dias. Foco na prevenção e na posvenção.

“Fechemos nossos olhos e façamos um breve instante de silêncio. É hora de deixar vir à tona os aspectos que mais nos chamaram a atenção nesses dias que já tivemos (silêncio). Se pudéssemos resumir em uma palavra, qual ela seria?”

Deixar com que as pessoas externalizem suas palavras/frases.

Ao término, dizer que é hora de seguirmos em frente e com coragem para o serviço, remetendo à frase de Francisco da JM/J13: “ide, sem medo, para servir”.

APRESENTAÇÃO DA CHAVE DE LEITURA – EMAÚS

Enfatizar a perspectiva dos discípulos-missionários, aqueles que seguem e, ao mesmo tempo, saem apressados para evangelizar.

“Nossa manhã vai se inspirar na passagem dos discípulos de Emaús, que muito tem a contribuir com essa formação de multiplicadores na prevenção do suicídio”.

“Após as formações que tivemos, é chegada a hora de sair depressa a todas as ‘Jerusaléns’. Muitos são os adolescentes e jovens que caminham na noite escura e não conseguem reconhecer a presença do Cristo em seu meio. Que essa manhã nos ajude a ser farol, a facilitar o encontro dos jovens com aquele que é Caminho, Verdade e Vida”.

“Faremos a leitura em três etapas e, em cada uma delas, haverá um direcionamento específico”.

DIMENSÃO LOCAL - LEITURA

Realizar a leitura de Emaús, do versículo 13 até o 27.

“Nesse mesmo dia, dois discípulos caminhavam para uma aldeia chamada Emaús, distante de Jerusalém sessenta estádios. Iam falando um com o outro de tudo o que se tinha passado. Enquanto iam conversando e percorrendo entre si, o mesmo Jesus aproximou-se deles e caminhava com eles. Mas os olhos estavam-lhes como que vendados e não o reconheceram. Perguntou-lhes, então: “De que estais falando pelo caminho, e por que estais tristes?”. Um deles, chamado Cléofas, respondeu-lhe: “És tu acaso o único forasteiro em Jerusalém que não sabe o que nela aconteceu estes dias?”. Perguntou-lhes ele: “Que foi?”. Disseram: “A respeito de Jesus de Nazaré... Era um profeta poderoso em obras e palavras, diante de Deus e de todo o povo. Os nossos sumos sacerdotes e os nossos magistrados o entregaram para ser condenado à morte e o crucificaram. Nós esperávamos que fosse ele quem haveria de restaurar Israel e agora, além de tudo isso, é hoje o terceiro dia que essas coisas sucederam. É verdade que algumas mulheres dentre nós nos alarmaram. Elas foram ao sepulcro, antes do nascer do sol; e, não tendo achado o seu corpo, voltaram, dizendo que tiveram uma visão de anjos, os quais asseguravam que está vivo. Alguns dos nossos foram ao sepulcro e acharam-no assim como as mulheres tinham dito, mas a ele mesmo não viram”. Jesus lhes disse: “Ó gente sem inteligência! Como sois tardos de coração para crerdes em tudo o que anunciaram os profetas! Porventura não era necessário que Cristo sofresse essas coisas e assim entrasse na sua glória?”. E começando por Moisés, percorrendo todos os profetas, explicava-lhes o que dele se achava dito em todas as Escrituras.”

DIMENSÃO LOCAL – MINI-DESERTO

Reservar pelo menos 20 minutos para que os participantes tenham um momento de reflexão pessoal em silêncio (deserto).

Entregar a cópia da carta de Francisco (em anexo) para auxiliar na reflexão.

“Quantas vezes nós somos um pouco como esses dois discípulos que, por vezes, sentem-se tristes e desamparados

quando se percebem em situações incompreensíveis, como a perda de vidas tão jovens.”

“A partir dessa iluminação bíblica e tendo em mãos o pedido de Francisco para que não tenhamos medo de entrar na noite escura das pessoas, façamos um momento individual de deserto, de recolhimento, de reflexão”.

DIMENSÃO REGIONAL - LEITURA

Após o mini-deserto, convidar todos os participantes para retornarem ao salão principal.

Retomar a leitura de Emaús, agora dos versículos 28 ao 32

‘Aproximaram-se da aldeia para onde iam e ele fez como se quisesse passar adiante. Mas eles forçaram-no a parar: “Fica conosco, já é tarde e já declina o dia”. Entrou então com eles. Aconteceu que, estando sentado conjuntamente à mesa, ele tomou o pão, abençoou-o, partiu-o e serviu-lhes. Então, se lhes abriram os olhos e o reconheceram... mas ele desapareceu. Diziam então um para o outro: “Não se nos abrasava o coração, quando ele nos falava pelo caminho e nos explicava as Escrituras?”.’

DIMENSÃO REGIONAL – ATIVIDADE EM GRUPO

Pequenos grupos organizados por regionais ou proximidades geográficas ou temáticas.

“Não está também o nosso coração ardendo depois desses dias de formação e cuidado? Agora é hora que nos encontraremos em pequenos grupos, junto aos nossos regionais, para sonharmos possibilidades de atuação em conjunto.”

Organizar os participantes por grupos para que dialoguem:

- A partilha da experiência desse final de semana
- Como que cada realidade local se organiza com a prevenção do suicídio (rede de apoio, organizações competentes,

encaminhamentos, ações preventivas...)

- Discussão de um mini-plano de ação

Explicar brevemente o instrumental do mini-plano de ação (5w2h – também em anexo) e pedir para que cada grupo eleja um secretário, o qual partilhará com a assembleia o último tópico relacionado à atuação conjunta.

PLENÁRIA – LEITURA

De volta ao salão principal, finaliza-se a leitura de Emaús com os versículos 33 a 35

‘Levantaram-se na mesma hora e voltaram a Jerusalém. Aí acharam reunidos os Onze e os que com eles estavam. Todos diziam: “O Senhor ressuscitou verdadeiramente e apareceu a Simão”. Eles, por sua parte, contaram o que lhes havia acontecido no caminho e como o tinham reconhecido ao partir o pão.’

PLENÁRIA – PARTILHA

Administrar o tempo de acordo com o número de grupos. O ideal é algo em torno de 10 minutos, com interação ao término de todas as apresentações.

“É hora de voltar apressadamente junto aos nossos... e o faremos de maneira organizada e em rede. Cada grupo elegeu um secretário, o qual poderá explanar à assembleia agora. Importante que vão tomando nota para que, ao final, tenhamos muitas possibilidades de ação coletiva”.

Dedicar tempo para que cada grupo possa apresentar suas possibilidades de atuação em conjunto. Ao término de todas as apresentações, permitir com que os outros grupos também possam fazer suas contribuições.

FECHAMENTO

Por fim, destinar quinze minutos para uma *fala institucional representando a CNBB* trazendo a perspectiva nacional, do quão importante seria uma rede pastoral brasileira de prevenção ao suicídio.

Podem-se divulgar iniciativas e trabalhos existentes.

Também existe a possibilidade de se dizer quais serão os próximos passos do grupo ou as perspectivas existentes.



REFERÊNCIAS

Brasil. (1999). Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF. p. 36.

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, B. (2017). Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Ministério da Saúde.

Casellato, G. (2018). Luto não autorizado. In: Fukumitsu, K. O. (Org.), Vida, Morte e Luto: Atualidades brasileiras (Cap.14, pp. 207-215). São Paulo, SP: Summus Editorial.

Evan G. Graber; DO, Nemours/Alfred I. duPont Hospital for Children 2023. Link de acesso: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/pediatria/crescimentodesenvolvimento/desenvolvimento-do-adolescente>

Franco, M. H. P. (2011). Luto: a morte do outro em si. In: Franco, M. H. P. et al. Vida e morte: laços da existência, 2ª ed., p. 99-119. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Freud, S. (1914-1916). *Obras Psicológicas Completas (vol. XIV)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Fukumitsu, K. O., & Kovács, M. J. (2016). Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. Porto Alegre. Psico, v. 47, n. 1, p. 3-12. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010353712016000100002&lng=pt&nrm=isso.

Martins, S.A.R., & Leão, M.F. (2010). Análise dos fatores envolvidos no processo de luto das famílias nos casos de suicídio. *Rev. Min. Ciênc. Saúde*, Patos de Minas. n. 2, p. 123-135.. http://revistasaude.unipam.edu.br/documents/45483/173118/analise_dos_fatores_envolvidos_no_processo.pdf

Melvin, L., & Wolkmar, F.R. (1993). Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência (3a . ed). Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial de Saúde. (2009). Child and adolescent health and development. Genebra: OMS. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Parkes, C. M. (2009). Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações (trad. M. H. P. Franco). São Paulo: Sammus. (Original publicado em 2006).

Rocha, P. G., & Lima, D. M. A. (2019). Suicídio: Peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. *Revista Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 323-344.

Sebastião, M. A. S. S. (2017). Vida depois da morte: Narrativas da experiência de perda de um familiar por suicídio (dissertação de mestrado em psicologia – Escola de Ciências Sociais). Évora: Universidade de Évora.

Silva, L. C. (2013). Capítulo V. In: Conselho Federal de Psicologia. O suicídio e os desafios para a psicologia, 59-64. Brasília: CFP.

Tavares, M. S. A. (2013). Capítulo IV. In: Conselho Federal de Psicologia. O suicídio e os desafios para a psicologia, 45-58. Brasília: CFP.

Wonder, J. W. (1998). Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental (M. Brener; M. R. Hofmeister, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas (trabalho original publicado em 1991).

POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO CONJUNTA (REGIONAL) – PREVENÇÃO AO SUICÍDIO DE ADOLESCENTES E JOVENS

O quê	Por quê?	Como?	Quem?	Quando?	Onde?	Quanto?

PROGRAMAÇÃO DO ENCONTRO

	ATIVIDADE	MATERIAIS
sexta-feira	18h – Santa missa (onde possível) 19h – Jantar 20h – Acolhida com a dinâmica 21h40 - Leitura do Salmo 98. Oração espontânea e repouso	• Bexigas coloridas com números de 1 a 9 • Equipamento de áudio e vídeo • Papel A4 (1 folha por participante) • Lápis de cor, giz de cera e outros em quantidade suficiente para uso coletivo
Sábado de manhã	7h – Café da manhã 7h45 – Oração da Manhã - Leitura do texto de Lc 10,25-37. 8h – Apresentação dos formadores do curso e da programação dos dois dias. Bloco 1 – Prevenção 8h20 - Parte introdutória Formação temática - adolescentes/jovens: • Características/perfil dos adolescentes e jovens 9h - Formação temática - suicídio: • Definição do suicídio • Mitos e tabus • Dados atuais • Fatores de risco: violência física, homofobia. Bulling cyberbullying, ansiedade/ depressão • Doutrina Eclesial e suicídio • Ações preventivas: Fortalecimento de redes (família, escola, grupo de jovens) • Importância da espiritualidade 10h – café 10h20 – Continuação do tema 11h30 – Pequeno grupo para ecoar o que foi ouvido – 5 pessoas 12h15 – Almoço	• Equipamento para projeção dos slides e som.

Sábado de tarde e noite	Bloco 2 – Pósvenção 14h – Início dos trabalhos: 1º momento: dinâmica sobre reverberação – redes, como as pessoas são afetadas • Apresentação de slides: Pósvenção: tentativa não concretizada e tentativa concretizada (luto), sequelas físicas, depressão, recorrência • Lidando com quem sofre: família, o grupo de jovens, colegas da escola 15h20 – Café 15h40 – continuação 17h15 – Pequeno grupo para ecoar o que foi ouvido – 5 pessoas 18h – Missa 19h – Jantar 20h – Integração preparada pela equipe local 22h – Encerramento do dia	• Equipamento para projeção de slides e som. • Barbante, tiras de TNT para serem usadas como vendas e para amarrar as mãos ou pés.
Domingo manhã	Bloco 3 – Missão 7h – Café da manhã 7h45 – Início dos trabalhos • Retomada do dia anterior • Leitura e reflexão do texto de Emaús • Momento de aprofundamento (30 min) • Motivação para o plano de ação e organização de grupos • Trabalho em grupos (1h) 10h – Café 10h15 • Plenária 11h – Encerramento - motivação Avaliação (google forms), agradecimentos e despedida 11h30 – Santa Missa de envio 12h30 – Almoço e despedida	• Equipamento para projeção de slides e som. • Cópias do texto para o deserto



PREVENÇÃO AO SUICÍDIO DE ADOLESCENTES E JOVENS

[illegible]