

OMNIA

SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

RODOLPHO; Evelise Saia; SANTOS, Ana Vitória Salimon Carlos. Comportamento suicida, família e atenção psicológica em serviços públicos. *Omnia Saúde*, v.8, n.1, p.65-83, 2011.

Recebido em: 11/09/2012

Revisado em: 09/12/2012

Aceito em: 28/12/2012

COMPORTAMENTO SUICIDA, FAMÍLIA E ATENÇÃO PSICOLÓGICA EM SERVIÇOS PÚBLICOS.

SUICIDAL BEHAVIOR, FAMILY AND PSYCHOLOGICAL ATTENTION IN PUBLIC SERVICES.

Evelise Saia Rodolpho
Graduanda em Psicologia (FAI)

Ana Vitória Salimon Carlos dos Santos
Mestre em Psicologia (UNESP)

RESUMO

Considerado um ato de violência a si e como um problema de Saúde Pública pela OMS, o comportamento suicida exerce forte impacto nos familiares e serviços de saúde. Na ocorrência do comportamento suicida, a família pode ser analisada a partir de suas funções e relações com o membro afetado e/ou pelo impacto que sofre. Com base na premissa que as consequências envolvem vários processos, que muitas vezes requerem nova organização familiar, o presente trabalho objetivou analisar a implementação de um serviço de apoio a familiares de pessoas com comportamento suicida em uma clínica-escola de Psicologia integrada a uma rede municipal de prevenção ao suicídio: “Promover Vida”, de Adamantina, interior paulista. Tendo sido uma pesquisa-ação, realizaram-se plantões psicológicos na clínica-escola, onde se disponibilizou atendimentos de apoio aos familiares pautados nas consultas terapêuticas de Winnicott, sendo essas pessoas encaminhadas por órgãos de saúde da rede de prevenção. Havendo baixa aderência ao serviço, ampliou-se o campo de pesquisa, entrevistando psicólogas de órgãos públicos que compõem a Rede Promover Vida. Os estudos teóricos realizados, a dinâmica dos contatos na rede, os atendimentos e as entrevistas apontaram para algumas hipóteses: a dificuldade de sistematização dos atendimentos ocorreu por peculiaridades da população atendida; sendo compreendido, com frequência, pela família, que quem necessita de atendimento é a pessoa com comportamento suicida. Confirmou-se a intrínseca relação da família com o comportamento suicida, sofrendo seu impacto e estando relacionada ao desenvolvimento da pessoa e do grupo familiar, sendo fundamental melhor compreender os mecanismos desenvolvidos e a peculiaridade de cada órgão da rede de prevenção, para melhorar os serviços de atenção à família.

Palavras-chave: Comportamento Suicida. Clínica-Escola. Família. Winnicott. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Considered an act of violence to themselves and as a public health problem by WHO, suicidal behavior has a strong impact on family and health services. Upon the occurrence of suicidal behavior, the family can be seen from their roles and relationships with the affected limb and / or the impact that suffers. Based on the premise that the consequences involve several processes, which often require new family organization, this study aimed to analyze the implementation of a support service to families of persons with suicidal behavior in a clinical school psychology integrated with a municipal suicide prevention: "Promoting Life" by Adamstown, São Paulo. Having been an action research, there were shifts in the psychological school clinic, where he provided care to support relatives in consultations guided therapies Winnicott, these people being referred by health agencies Prevention Network. There was a low adherence to service. The theoretical studies performed and dynamic network of contacts and consultations pointed to several hypotheses: the difficulty of systematic care occurred by peculiarities of the population served; being understood, often by family, who needs care is the person with suicidal behavior . Low adherence and such assumptions have led to a re-ordering of the methodology, and also conducted interviews with psychologists serving the municipal population focus. Confirmed the intrinsic relationship of the family with suicidal behavior, suffering and its impact is related to the development of the person and the family group, and better understand the fundamental mechanisms developed and peculiarity of each organ of prevention network, to improve services attention to the family.

Keywords: Suicidal Behavior. School Clinic. Suicide. Family. Public Policies.

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa é resultante de um trabalho de conclusão de curso em Psicologia, o qual originou-se a partir de reflexões geradas diante da participação em uma rede de prevenção ao suicídio na cidade de Adamantina, interior paulista.

O suicídio, ou morte voluntária, é um ato de violência a si que vem sendo cada vez mais evidenciado como um problema de Saúde Pública que existe desde muito antes de ser conhecido como tal. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), pode ser considerado como “um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal”, entretanto essa conceituação não é unânime.

Conforme Kovács (1992), o suicídio inclui uma gama de situações muito complexas, cujos contornos são vagos e indefinidos. Ter clareza quando se trata efetivamente de suicídio é muito difícil. Ainda de acordo com Kovács (1992), o tratamento de pacientes com comportamento suicida, exige profunda compreensão de suas motivações básicas

que são variadas, sendo assim o ato suicida pode despertar no terapeuta seus próprios desejos de morte, sua impotência.

Para Cassorla (1991), o suicídio é tido como um problema de saúde mental que devemos enfrentar, bem como lidar com os sobreviventes e com seus sentimentos de culpa, pois, para os parentes ou amigos do suicida, a elaboração do luto será muito mais difícil.

Segundo Baptista (2004) sabe-se que a família e os amigos são de fundamental importância, desde o nascimento até a morte de qualquer ser humano, principalmente com relação ao tipo de apoio e direcionamento que estes podem fornecer em momentos difíceis da vida, além da construção da percepção do mundo e, conseqüentemente, dos traços comportamentais individuais.

Kovács (2011) sinaliza que a influência é mutuamente recíproca entre morte e ciclo de vida familiar e o ajustamento às condições de vida após a morte de um de seus membros, é um trabalho a ser resolvido a curto e a longo prazo. Desta forma, para Kovács (1992) o tratamento de pacientes suicidas, assim como da família, exige atenção e compreensão das motivações básicas e variadas.

Considerando a existência de suicídios e suicídios que ocorrem em Adamantina e/ou que são atendidos por seus serviços públicos, o impacto em seus familiares e a relevância dos serviços de Saúde Pública para a atenção a esta população, o presente trabalho teve por objetivo analisar a implementação de um serviço de atendimento para as famílias de pessoas que se suicidaram e/ou tentam suicídio.

Conceituando o suicídio

De acordo com Cassorla (1991), em uma perspectiva psicanalítica “a gama de comportamentos suicidas é ampla, e a nomenclatura distingue ameaça, gesto, tentativa e suicídio completo ou exitoso”. Ainda segundo este autor, do ponto de vista epidemiológico, suicídio e tentativa de suicídio são fenômenos que ocorrem em populações diferentes, onde o suicídio de fato predomina em homens, geralmente idosos ou de meia-idade, enquanto que as tentativas de suicídio são mais comuns em mulheres jovens (Cassorla, 1991).

Conforme Cassorla (1991) o processo evolutivo dá sentido à vida, enquanto prazerosamente o sujeito realiza as tarefas que sua demanda libidinal exige e permite até morrer, de forma que a morte seja uma necessidade, e o morrer, um ato pleno e vital de conciliação com o destino psico-sócio-biológico. Sendo assim, para Cassorla (1991) o suicídio é então a expressão psicótica de uma frustração libidinal na qual o sujeito ilusoriamente se vinga, obtendo uma morte humilhante e agressiva contra si mesmo e os outros.

Para Dejours (2010), falar do suicídio é sempre doloroso, e deixa-se para as famílias e para a esfera privada o trabalho do luto, retirando desse ato qualquer relação com o coletivo e o social. Segundo Dejours & Bègue (2010), a ausência de reação coletiva após um suicídio não pode ser considerada como neutra, pois ela tem um impacto inevitável, agrava o sentimento de impotência, resignação, mesmo de desespero.

Papalia (2006) destaca o estigma existente em relação ao suicídio, embora não seja considerado mais como um crime nas sociedades modernas, o estigma é baseado em proibições religiosas e no interesse da sociedade em preservar a vida. Sendo assim, para a autora, uma pessoa que expressa ideação suicida pode vir a ser considerada mentalmente doente.

A família e o comportamento suicida

Para Dessen (2005), família é também vista como um dos primeiros contextos de socialização dos indivíduos, tendo, portanto, papel fundamental para o entendimento do processo de desenvolvimento humano.

Cervený (2004), da mesma forma, considera a família como um “sistema” de pessoas que vivem no mesmo espaço, mantendo relações significativas de interdependência entre os outros subsistemas familiares e o aspecto fundamental da família está no fato de que se um de seus membros apresenta problemas é apenas uma representante circunstancial de uma disfunção no sistema familiar.

Para Filho & Burd (2004), a rede social natural e básica é a família nuclear, onde todos nós estamos inseridos a partir do momento do nosso nascimento da união de um óvulo e um espermatozoide e a interação social primária que vivenciamos é com aquela que cuida de nós nos primeiros momentos de nossa existência. Sendo assim, segundo Filho & Burd (2004) a família exerce funções cruciais para o desenvolvimento humano a começar pela proteção, socialização e afeição que os pais oferecem a seus filhos pequenos.

De acordo com Dessen (2005), as relações incluem trocas verbais e não verbais entre as pessoas, ao longo de determinado período de tempo, constituindo um potencial para o estabelecimento de interações futuras, essas interações envolvem um ciclo de tempo estritamente limitado e uma relação envolve passado, presente e futuro.

Osório (2002) distingue família nuclear, família extensa e família abrangente, onde por família nuclear entende-se a constituída pelo tripé pai-mãe-filhos e família extensa é a que se compõe também por outros membros que tenham quaisquer laços de parentesco; e por abrangente seria aquela que incluem mesmo os não-parentes que coabitem.

Ao falar sobre os papéis familiares ou “funções familiares”, Osório (2002) refere que nem sempre estes correspondem aos indivíduos que convencionalmente designamos como seus depositários, dessa forma, o papel nutrício de uma mãe pode ser efetuado por uma avó ou um pai; o papel fraterno poderá ser acoplado ao papel do avô; o papel filial poderá estar depositado num dos cônjuges cuja maturidade emocional o torne carente de proteção e cuidados habitualmente requeridas por uma criança, e assim por diante.

Poderíamos, segundo Osório (2002), dividir as funções familiares em biológicas, psicológicas e sociais; essas funções, no entanto, dificilmente podem ser estudadas separadamente, pois estão intimamente ligadas e confundem-se umas com as outras, quer nas origens como no destino das estruturas familiares ao longo do processo civilizatório.

De acordo com Osório (2002) cabe à família permitir o crescimento individual e facilitar os processos de individualização e diferenciação em seu seio, permitindo a adequação de seus membros às exigências da realidade vivencial e o preenchimento das condições mínimas requeridas para um satisfatório convívio social e esse seria o objetivo do núcleo familiar como célula manter da sociedade.

Segundo Bleger (1984), a dinâmica do grupo familiar se caracteriza por ser a família o depositário da parte menos discriminada da personalidade e o traço cultural contemporâneo que reside tanto neste fato como em uma profunda dissociação concomitante entre o intra e o extragrupo familiar, de tal maneira que, no extragrupo familiar seja possível que um sujeito atue na parte mais evoluída de sua personalidade.

Desta maneira, tanto o suicídio como as tentativas estão inseridos no rol das inter-relações familiares. O indivíduo que atenta contra a própria vida pode estar tentando comunicar-se sem fazer uso de palavras a essas pessoas com quem convivem diariamente.

Segundo Costa & Silva (2010), sob o olhar do pensamento sistêmico, entende-se o comportamento suicida como um fenômeno multideterminado por fatores biopsicossociais, o que revela a sua complexidade em termos de estabelecer estratégias adequadas ao contexto, observa-se então que uma tentativa ou o suicídio, afeta não apenas o sujeito que sofre, como as pessoas próximas, que passam a apresentar-se como fator de riscos para o suicídio.

Kruger & Werlang (2010) levantam a possibilidade de as características intrínsecas à família influenciarem na presença do ato suicida. Nesse sentido, a pessoa, como membro de um grupo com o qual compartilha significados, quando atenta contra a sua vida, está inserindo a narrativa da experiência da crise suicida no repertório de histórias do sistema familiar, sendo que essa experiência de crise tende a alterar a intensidade dos vínculos emocionais na família e desta com o seu ambiente, limitando a capacidade em distinguir territórios, ideias, pessoas, experiências, umas das outras.

Segundo Souza & Rasia (2006) dentro do referencial sociológico, o papel da família é analisado sob dois aspectos: primeiro, considera-se que a família representa um fator de proteção à morte voluntária e esta proteção tanto é maior quanto maior o número de elementos que a compõem; segundo, em se tratando de casos de suicídio já ocorridos há uma “regularidade deplorável” de ocorrências no seio de uma mesma família. Assim, concluem que a família tanto pode proteger contra o suicídio quanto contribuir para que este ocorra.

Morte e luto no contexto familiar

Nas palavras de Bee (1997), a morte pode chegar a qualquer idade, contudo, para a maioria de nós, nas sociedades industrializadas, a morte chega ao fim da vida adulta.

Para Papalia (2006), embora a morte e o luto sejam experiências universais, possuem um contexto cultural onde os costumes relativos à recordação dos mortos, à transferência de posses e até à expressão de dor variam muito de acordo com a cultura e, com frequência, são regidos por prescrições religiosas ou legais que refletem a visão que a sociedade tem do que é a morte e do que a procede.

Conforme Kovács (1992), a morte faz parte do nosso desenvolvimento, dessa forma, nos primeiros meses de vida, a criança vive a ausência da mãe e percebe que a mesma não é onipresente e esta primeira impressão fica carimbada e marca a forte representação da morte como ausência, perda, separação e a conseqüente vivência da aniquilação e desamparo.

Segundo Cassorla (1991) por se tratar de uma experiência desconhecida no percurso da vida como processo do desenvolvimento, a morte angustia, preocupa, interessa, estimula o pensar e obriga a ter um sentido de transitoriedade e de alteridade. Para o autor, procuramos então explicar a morte, porém não a aceitamos nem a justificamos a não ser através de ideais e fantasias religiosas, em que é possível detectar uma verdadeira negação da morte.

Para Kovács (1992), o medo da morte tem um lado vital e, por isso, precisa estar presente em certa medida. Ele é a expressão do sentido de auto-conservação, uma forma de proteção à vida e uma possibilidade de superar os instintos destrutivos.

Com relação à morte do outro, configura-se como a vivência da morte em vida, segundo Kovács (1992), sendo assim, é a possibilidade de experiência da morte que não é a própria, mas é vivida como se uma parte nossa morresse, uma parte ligada ao outro pelos vínculos estabelecidos. Ainda segundo Kovács (1992), as mortes inesperadas, como o suicídio, são bastante complicadas, pela sua característica de ruptura brusca, sem que pudesse haver nenhum preparo, sendo assim, a mutilação do corpo costuma ser um fator agravante, acarretando frequentemente revolta e desespero.

Helen Bee (1997) pontua, com relação ao “Pós-morte”, que os funerais auxiliam os familiares a lidar com sua dor, dando-lhes um conjunto específico de papéis a serem desempenhados, dessa forma, cada cultura define de maneira diversa tais papéis, assim, os enterros e outros rituais também aproximam os familiares, mais do que outras ocasiões (com exceção dos casamentos).

Conforme Kübler-Ross (1992), após a morte, muitos parentes se preocupam com memórias e ficam ruminando fantasias, chegando a falar com o falecido como se estivesse vivo e, além de se isolar dos vivos, tornam mais difícil encarar a realidade da morte da pessoa.

Para Bee (1997), a maneira pela qual reagimos a uma morte de um ente querido dependerá muito dos padrões que estabelecemos desde os primórdios de nossa infância como nosso temperamento ou personalidade, nossos modelos internos de funcionamento do apego e do self, nossas habilidades intelectuais e a rede social que criamos.

Políticas públicas e promoção de saúde

Segundo Arzabe (2006), a ausência de direitos sociais como trabalho, educação, saúde, moradia, bem como a existência de circunstâncias e arranjos sociais que dificultam o acesso a esses direitos criam sérios obstáculos ao exercício de todos os outros direitos

humanos e fundamentais, sendo assim, a relação que existe entre políticas públicas e realização de direitos é direta, porque demanda prestações positivas por parte do Estado.

Para Arzabe (2006), são necessários leis, regulamentos e medidas públicas de promoção e fortalecimento dos direitos, e os direitos sociais podem somente ser realizados por meio das políticas públicas que fixam, de maneira planejada, diretrizes e modos para a ação do Poder Público e da sociedade.

De acordo com Arzabe (2006), o Conselho Nacional de Saúde é expressão emblemática do novo locus democrático de gestão, controle e avaliação de políticas públicas. A participação da comunidade vem já imposta em nível constitucional no art. 198, III da Carta Magna como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) constitutivo das ações e serviços públicos de saúde, ao lado da diretriz de descentralização e do atendimento integral, dessa forma, essa participação da comunidade na gestão do SUS, é definida na Lei Federal n.8142/90, que dispõe sobre a atribuição e funcionamento.

Segundo Camargo-Borges & Cardoso (2005), desde a conquista legal de um Sistema Único de Saúde (SUS) para o país que legitimou a saúde como um processo dinâmico e complexo, especial atenção se tem dado à produção do cuidado à saúde, em dois aspectos principais: o processo de trabalho e a integralidade.

De acordo com Fuentes-Rojas (2011), nas unidades básicas de saúde onde o psicólogo atua, sua prática está direcionada prioritariamente para o atendimento clínico, com pequena participação em atividades coletivas, com isso, a grande demanda da comunidade pelo atendimento psicológico tem gerado um impasse no serviço, mesmo porque o tempo disponível do psicólogo para o atendimento individual não cobre a demanda.

Para Fuentes-Rojas (2011), quando o usuário do SUS procura atendimento, a lista de espera é tão grande que ele tem que aguardar na fila por muito tempo até ser liberada uma vaga. Ainda para a autora, avaliar a atuação do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde, ou seja, nas instituições públicas de saúde destinadas à Atenção Primária à Saúde, não é uma tarefa simples.

Conforme Fuentes-Rojas (2011), o tempo de inserção do psicólogo nas instituições públicas de saúde é relativamente pequeno; há um contingente reduzido de profissionais atuando na área.

Conforme Camargo-Borges & Cardoso (2005), o Programa de Saúde da Família (PSF), oficializado em 1994, tem sido atualmente compreendido, pelo Governo Federal, como uma política pública de Atenção Primária à Saúde (APS), sendo o primeiro contato da população com o serviço de saúde e uma estratégia para reorientação do sistema de saúde, auxiliando a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS e organizando o sistema numa rede articulada com os outros níveis de atenção (Brasil, 1997). Por esse programa inicial ser considerado potente para a universalização do atendimento a saúde e para implementar os preceitos da reforma sanitária brasileira, passou-se a haver um esforço e um incentivo para que se transformasse em Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um projeto único do sistema da saúde e responsável pela APS.

Para Camargo-Borges & Cardoso (2005), apesar de a Saúde Pública já pressupor um trabalho de equipe, resquícios dificultam um trabalho mais integrado. Conforme Camargo-Borges & Cardoso (2005), a equipe multidisciplinar que tem como proposta constituir-se como um espaço para a dialogia e para a troca de saberes, muitas vezes tem sido utilizada para o estabelecimento de divisão de trabalho, de papéis, fortalecendo a individualização dos profissionais em detrimento de relações mais horizontais e coletivas, prevalecendo então a dicotomia entre a competência técnica e a sensibilidade social.

De acordo com Costa & Silva (2010), o suicídio e as tentativas são um problema de saúde pública, sendo uma das dez causas mais frequente de morte em todas as idades, segundo a OMS e as estimativas mostram que para cada suicídio existem pelo menos dez tentativas suficientemente sérias para acompanhamento médico e terapêutico. Portanto, o fenômeno do suicídio demanda a necessidade de um olhar para a intervenção em crise contextualizada por multifatores de atenção. Um dos fatores na intervenção em crise seria o suporte de uma rede significativa, para que, no momento da intervenção, esta rede possa significar também espaços de atenção e dimensionamento de afetos.

No Brasil a Portaria nº 1876 de 14/08/2006 do Ministério da Saúde institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, as quais definem ações nas três esferas de governo para melhor compreensão e intervenção no comportamento suicida. Desde então, aguarda-se um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio, conforme já apontava Botega em 2007.

Como um exemplo de iniciativa de prevenção ao suicídio, dos mais antigos no Brasil, temos a Organização Não Governamental CVV - Centro de Valorização da Vida, que tem por objetivo “**valorizar a vida**”, contribuindo para que as pessoas tenham uma vida mais plena e, conseqüentemente, prevenindo o suicídio.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido no município de Adamantina (SP), interior paulista, e ocorreu integrado com a participação no Programa Promover Vida, o qual objetiva a prevenção e intervenção em comportamento suicida e outras violências.

O programa, lotado na Secretaria Municipal de Saúde de Adamantina, iniciou-se em 2007, através de parceria firmada entre estágio da área de Psicologia Institucional das Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI), Secretaria Municipal de Saúde de Adamantina-SP. e uma psicóloga/pesquisadora da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, também supervisora do estágio da FAI; e tornou-se em 2010 um programa em rede, o qual atualmente é constituído por profissionais de diversas áreas, órgãos e instituições: Secretaria Municipal de Saúde (Unidades Básicas de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Ambulatório de Saúde Mental, Programa de Agentes Comunitários - PACS, Programa Estratégias de Saúde da Família - ESF, Setor de Vigilância Epidemiológica - VEP), Secretaria Municipal de Assistência Social (Centro de Referência em Assistência Social – CRAS, Centro de Referência

Especializado em Assistência Social - CREAS), Secretaria Municipal de Educação (Psicologia), Núcleo de Psicologia da FAI (Estágios nas áreas de Psicologia Escolar, Psicologia do Trabalho, Psicologia Clínica, Psicologia Institucional/social), Cursos de Psicologia da FAI (atividades da graduação e pós-graduação em Psicologia da Saúde), Santa Casa (Setores de Psicologia e Enfermagem, Internação e Pronto-Socorro), Clínica de Repouso Nosso Lar, contando com o apoio de órgãos de Segurança: Polícia Militar, Delegacia da Mulher, bem como Corpo de Bombeiros e Conselho Tutelar, entre outros órgãos públicos que atuam em Adamantina, sendo que por vezes, a rede se estende a órgãos e profissionais de outros municípios, fortalecendo parcerias na micro-região.

Para o desenvolvimento do estudo adotou-se o método qualitativo de pesquisa, sendo uma pesquisa-participante, dado que a pesquisadora também era membro integrante do programa, disponível para atendimento psicológico das famílias. Cabe destacar também o uso do que Brandão (1999) chama de “pesquisa participante”, que refere-se a uma pesquisa voltada para as necessidades básicas do indivíduo.

Os participantes da pesquisa são familiares de pessoas que, em determinado momento do ciclo vital, atentaram contra a própria vida. Os critérios utilizados para a adesão dos familiares à pesquisa são os de interesse demonstrado em participar de forma voluntária, sendo encaminhados pelos órgãos de saúde de Adamantina componentes do Programa Promover Vida, em especial pela Santa Casa de Misericórdia.

A primeira etapa se baseou na promoção de acolhimento e apoio, fundamentados nas consultas terapêuticas de Winnicott e em forma de plantão psicológico aos familiares de pessoas com comportamento suicida, que foi sediado no Núcleo de Psicologia das Faculdades Adamantinas Integradas, sendo esta uma clínica-escola cadastrada no Conselho Regional de Psicologia-06.

Além do acolhimento, para a operacionalização da coleta de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas individuais com os familiares e apoio em situação de crise, baseadas nas consultas terapêuticas de Winnicott. Conforme Lins (2006), para compreender as consultas terapêuticas, se faz necessário destacar a importância que Winnicott deu a função holding do analista, onde a boa qualidade ambiental é apontada por ele como importante para a vida emocional dos indivíduos em qualquer idade, como também no tratamento psicanalítico. Nas consultas terapêuticas, Lins (2006) aponta que a instauração de um ambiente de holding suficientemente bom, oferecido pelo terapeuta, está no centro dessa modalidade de tratamento.

Pretendia-se a partir dos atendimentos iniciais, a organização da atenção às famílias afetadas pelo comportamento suicida (tentativas e suicídios) na clínica-escola, integrada a rede de prevenção.

Foram realizados encaminhamentos de famílias pelos órgãos parceiros para o Núcleo de Psicologia, porém, somente dois se efetivaram, uma família por perda de membro por suicídio e outra por tentativa. Os demais não compareceram para efetivação de cadastro e atendimento inicial, sendo que somente uma família justificou a desistência do atendimento.

Considerando a finalidade da pesquisa e a necessidade de se entender até a não efetivação dos encaminhamentos, decidiu-se por ampliar a pesquisa, em uma segunda etapa, buscando a compreensão do tema através dos psicólogos do Programa “Promover Vida” que atendem a população foco.

Na elaboração e execução da pesquisa vale destacar a importância do cumprimento das normas éticas de pesquisa com seres humanos, sendo documentada a ciência e concordância de todas as famílias e profissionais através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etapa I – Famílias e o plantão de atendimento psicológico na clínica-escola

Com relação ao plantão psicológico, Gomes (2008) afirma que o desafio do plantonista é o de ouvir, acolher, acompanhar o cliente. Os plantões realizados foram pautados nas consultas terapêuticas de Winnicott. Nestas, segundo Lins (2006), a instauração de um ambiente de holding suficientemente bom, oferecido pelo terapeuta, está no centro dessa modalidade de tratamento.

Após contato com a psicóloga da Santa Casa, ficou acordado que os familiares das pessoas com comportamento suicida, que as acompanhassem até o hospital, seriam encaminhados para o plantão psicológico na clínica-escola.

Foram encaminhadas quatro famílias, sendo três familiares de pessoas que tentaram suicídio (duas mães e uma filha) e uma familiar de pessoa que se suicidou (esposa). Dos familiares de pessoas que tentaram suicídio, somente uma mãe efetivou o encaminhamento. Em um dos outros dois casos, a pesquisadora realizou contato telefônico, mas o familiar (filha) rejeitou a atenção psicológica, referindo estar bem. Sendo assim, as participantes desta etapa da pesquisa foram duas mulheres, as quais nomeamos de Maria e Norma (nomes fictícios).

Pautados nas consultas terapêuticas e tendo sido efetuado um contrato nos primeiros atendimentos, de forma que as participantes fossem orientadas sobre a pesquisa, os atendimentos ocorreram com uma periodicidade semanal, sendo que, no caso de Maria, o atendimento ocorreu durante 4 meses, sendo encerrado com encaminhamento para psicoterapia e, no de Norma, o atendimento se deu por 2 meses, quando teve de ser interrompido por incompatibilidade de horários e encaminhamento a outra terapeuta.

Maria é uma mulher de 50 anos de idade, divorciada, estudou até o Ensino Fundamental e trabalha como doméstica. Teve quatro filhos, atualmente todos maiores de idade, residindo consigo somente dois, um rapaz e uma moça, 21 anos, a qual tentara suicídio através da ingestão de medicamentos psicotrópicos. Sua filha foi também encaminhada para serviço de atenção psicológica, porém não aceitou.

Norma é uma mulher de 30 anos, que se tornou viúva, após o suicídio do marido, por ferimento com arma de fogo, tinham um casal de filhos. A mesma estudou até o Ensino Médio e trabalha como auxiliar de serviços gerais.

Ambas apresentaram em comum a percepção posterior ao fato (tentativa de suicídio e suicídio) de que o familiar apresentou mudanças de comportamento anterior a realização do ato.

Maria refere que a filha estava mais carinhosa e chegou a “exaltar” (SIC) seu amor por ela.

Norma também refere que o marido estava mais quieto e carinhoso, com atitudes bem diferentes de seu comportamento habitual, tendo chegado a verbalizar que iria se matar, sem contanto ganhar credibilidade da família.

Maria associa que a tentativa de suicídio se deu por motivo de rompimento de um relacionamento afetivo, já Norma associa o suicídio a extrema frustração e pressões na vida profissional do marido.

Em ambas a situações o atendimento em plantão se mostrou necessário e adequado, porém com diferenças clínicas marcantes.

Diante da tentativa de suicídio da filha, Maria se coloca a rever sua relação com a mesma, descreve a princípio as qualidades da filha, e começa a identificar aspectos conflitantes do relacionamento das duas, no qual por vezes existe dificuldades de aproximação física, intensificando suas lembranças de conflitos na relação com seus próprios pais, e seu sofrimento atual, quando se sente muito sozinha, sem apoio financeiro e nas tarefas domésticas. Em suas memórias, a existência de intenso sofrimento psíquico se revela, inclusive com a presença de ideação suicida.

Relata não ter se preocupado com a tentativa de suicídio da filha: *“Eu não fiquei preocupada, pois quem quer se matar faz algo pra valer, e eu disse isso à ela enquanto faziam a lavagem estomacal, apenas levei ela no pronto socorro, mas não fiquei preocupada.”*

Aos poucos, a filha não aparece mais em seus relatos nos atendimentos, apesar de manifestar verbalmente que quer que ela “fique bem”.

Norma, por sua vez, apresenta questionamentos pessoais sobre se teria tido outra condição de perceber mais claramente o que estava acontecendo e se poderia ter feito algo para ajudar o marido. Apresenta preocupações sobre o futuro da família, administração de finanças, educação e continência para as crianças. A mesma se encontra num momento de intensos sentimentos, questionamentos e novas atribuições, caracterizando o que classicamente poderia se denominar de crise.

A situação apresentada por Maria e sua filha, bem como com seus pais, remete a refletir sobre a transgeracionalidade, ou seja a transmissão psíquica entre gerações. A princípio apresenta-se que a dificuldade de Maria lidar com seus pais internalizados, entre outros aspectos, dificultou o processo de maternagem de sua filha e de possibilitar-lhe o holding necessário a um desenvolvimento mais saudável.

Winnicott introduziu o conceito de holding ressaltando que é nesta fase que o ego se transforma de um estado não-integrado em uma integração estruturada, de modo que o lactente se torna capaz de experimentar a ansiedade que é associada à desintegração. No desenvolvimento normal, neste estágio o lactente retém a capacidade de reexperimentar

estados não-integrados. Mas isso depende da continuidade de um cuidado materno consistente ou ao menos de recordações do cuidado materno começando gradualmente a serem percebidas como tais (Winnicott, 1983).

Ao falar sobre a “mãe suficientemente boa”, Winnicott (1994) refere que a implicação é que a saúde mental tem de se fundar, em todos os casos, na mãe, que na saúde atende às necessidades do seu bebê e o que este precisa é de uma adaptação suficientemente boa, aquela que faz parte de uma relação viva em que a mãe temporariamente se identifica com seu bebê.

Ainda conforme Winnicott, devemos notar que mães que têm em si prover cuidado suficientemente bom podem ser habilitadas a fazer melhor cuidando de si mesmas, de um modo que reconhece a natureza essencial de sua tarefa. As mães que não têm essa tendência de prover cuidado suficientemente bom não podem ser tornadas suficientemente boas pela simples instrução (Winnicott, 1983).

Maria refere também que nada mudou no convívio familiar após a tentativa da filha, onde a volta para casa se deu de maneira indiferente, sem medidas cautelosas que pudessem inibir uma nova ocorrência.

A partir disso, podemos pensar sobre a “capacidade de se preocupar” a qual Winnicott (1983) dizia que esta representa um problema complexo onde a palavra “preocupação” é empregada para expressar de modo positivo um fenômeno que, em seu aspecto negativo é expresso pela palavra “culpa”. Sendo assim, preocupação implica maior integração e crescimento e se relaciona de modo positivo com o senso de responsabilidade do indivíduo, especialmente no que concerne aos relacionamentos em que entram os impulsos instintivos. No caso de Maria, não desenvolveu a capacidade de se preocupar com a filha, já que ela mesma não se encontra suficientemente integrada.

O atendimento de apoio foi importante para identificar as necessidades da família compreendendo que o atendimento de Maria deveria caracterizar-se pela ênfase psicoterápica pessoal, motivo pelo qual foi encaminhada, posteriormente, para psicoterapia. Maria precisa cuidar-se para poder cuidar.

Norma, por sua vez, mesmo com a intensidade brusca dos afetos e mudanças, movimentou-se em busca de alternativas e encontra recursos internos e uma rede de apoio familiar e institucional para re-organizar-se. O atendimento serve como espaço de escuta, acolhimento e sustentação para tal.

Sua hipótese quanto a possível relação entre suicídio e trabalho encontra apoio em Dejours (2006), o reconhecimento não é uma reivindicação secundária dos que trabalham, muito pelo contrário, mostra-se decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho. O reconhecimento esperado por quem mobiliza sua subjetividade no trabalho assume formas extremamente reguladas, já analisadas e elucidadas há alguns anos, e implica a participação de atores, também estes rigorosamente situados em relação à função e ao trabalho de quem espera o reconhecimento. Esse reconhecimento se faz necessário, pois, ao longo do tempo,

houveram transformações no trabalho que fizeram emergir uma necessidade de se pensar a atenção em saúde mental dos trabalhadores.

Norma preocupa-se com os filhos, sobre o que cada um mais sentirá falta do pai, o de tenra idade manifesta saudades, curiosidade, fantasias; o mais velho a falta do companheiro, do referencial de limites. Preocupa-se como deve responder, agir.

Para Bee (1997), crianças em idade pré-escolar tendem a compreender que a morte é reversível através de rituais mágicos, ou também que pode ser evitada, sendo assim, torna-se difícil entender a permanência e a universalidade da morte.

Segundo Franco & Mazorra (2007) a morte de um genitor é uma das experiências mais impactantes que a criança pode vivenciar. Com os pais, morre também a ilusão narcísica da onipotência infantil em um momento em que ela é necessária como fonte de segurança. Diante da ausência irreversível de um vínculo provedor de sustentação, a criança se depara com profundos sentimentos de desamparo e impotência. Com a morte de um genitor, a criança perde o mundo que conhecia, aquele em que o genitor podia afastar-se e ao qual retornava. Agora seu mundo está enlutado: torna-se difícil lidar com toda a gama de sentimentos que parecem invadi-la com o desmoronamento da família. O luto é o processo de reconstrução, de reorganização, diante da morte, desafio emocional e cognitivo com o qual ela tem de lidar.

Sobre o luto, Kovács (2011) diz que este é definido como uma crise porque ocorre um desequilíbrio entre a quantidade de ajustamento necessário de uma única vez e os recursos imediatamente disponíveis para lidar com ele, ou seja, o impacto da morte provoca uma demanda sistêmica sobre a família, de ordem emocional e relacional, além daquilo que a família pode dar conta, sem que seja preciso recorrer à ajuda externa sendo que a crise vem da necessidade de continuar desempenhando os diversos papéis, inclusive assumir novos papéis, com a sobrecarga do luto dos demais elementos da família, agravada pelas reações próprias ao luto individual.

Para Kovács (2011), a viuvez tem sido estudada de maneira a permitir uma acurada descrição de seus sintomas quanto ao luto e dos fatores complicadores para uma boa resolução. E, segundo Bee (1997), a morte mais difícil da qual tentamos nos recuperar é a de um cônjuge, pois ficar viúvo costuma ser entendido como o evento isolado mais estressante, nas listas de mudanças negativas da vida. Papalia (2006) também aponta que a viuvez é um dos maiores desafios emocionais que podem confrontar um ser humano e que, o sobrevivente de um casamento tende a enfrentar muitos problemas práticos e emocionais.

Além dos aspectos já levantados, Norma nos apresenta uma manifestação orgânica importante. Após a morte do marido, referiu ter episódios onde sentia sua boca “formigando”: *“Do nada eu comecei a sentir minha boca formigar, isso aconteceu depois que ele morreu, até pensei que eu fosse ter um derrame”*.

Podemos pensar numa manifestação psicossomática. Segundo Filho & Burd (2004), o fenômeno da somatização refere-se a um amplo espectro de condições clínicas nas quais os pacientes apresentam queixas físicas, sem que se consiga detectar a presença de uma

patologia com alterações anatomopatológicas, de doença física, sendo que observa-se com frequência nestes pacientes a presença de perturbação emocional, transtorno psíquico ou problemas psicossociais.

Apesar da intensidade das vivências de Norma, a mesma demonstrou recursos egóicos para lidar com as adversidades, sendo o seu atendimento transferido para outra estagiária devido a uma incompatibilidade de horários, cabendo ressaltar que na transferência Norma solicitou que fossem atendidos os filhos, o que foi realizado na Clínica-escola.

Etapa 2 – Famílias e o Programa “Promover Vida”

Foram entrevistados 05 profissionais de psicologia do Programa “Promover Vida”, os quais atuam em instituições que são porta de entrada e também intervenção para os casos de comportamento suicida da cidade de Adamantina, município de pequeno porte do interior paulista, sendo estes: Santa Casa de Misericórdia de Adamantina, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Ambulatório de Saúde Mental de Adamantina, Clínica de Repouso “Nosso Lar” (Hospital Psiquiátrico) e CREAS (Centro de Referência Especial de Assistência Social).

Todos os profissionais de Psicologia são do sexo feminino, com idades que variam entre 26 e 54 anos e tempo de atuação profissional entre, aproximadamente, 3 e 29 anos. Cabe ressaltar que do Programa Promover Vida, somente os hospitais atendem demanda regional, assim como o a Clínica Escola de Psicologia.

Com relação às tentativas de suicídio que chegam até as instituições referidas, de acordo com os profissionais, as mais comuns são por intoxicação exógena, como por medicação (psicotrópicos, analgésicos, anticoncepcionais, entre outros) e envenenamento (veneno para rato, produtos de limpeza, entre outros agentes tóxicos), e os ferimentos por objeto perfuro-cortante.

Casos de enforcamentos não consumados, interrompidos na sua preparação, foram relatados pela profissional do hospital psiquiátrico.

A ideação suicida, ou seja, os pensamentos recorrentes sobre a morte, que não foram foco direto neste trabalho, ocorrem, segundo falas dos profissionais, em pacientes do CAPS.

Outro ponto abordado nas entrevistas com os profissionais está relacionado ao familiar que mais comumente acompanha a pessoa com comportamento suicida até as instituições.

Verificou-se que, predominantemente, as mulheres da família é que acompanham essas pessoas, ou seja, mães, esposas, filhas, irmãs, enfim, familiares do sexo feminino que residem com a pessoa. Houve apenas uma exceção, com relação à instituição psiquiátrica, onde a profissional refere que, mais frequentemente são mulheres que tentam suicídio e os maridos que as acompanham.

Esse predomínio do feminino ocorre, possivelmente, pelo fato de as mulheres estarem socioculturalmente ligadas à manutenção e promoção dos cuidados dos membros da família. Segundo Neves & Cabral (2008), os legados da tradição, dedicação, educação, abnegação, reforçam que o papel da mulher para cuidar é uma construção social ideologicamente determinada, o que se constitui em uma obrigação moral e, neste sentido, é designado para as mulheres à responsabilidade do cuidado de toda a família como uma obrigação socioculturalmente construída.

Cada instituição que recebe os casos de comportamento suicida difere nos procedimentos de lidar com esses pacientes, bem como os familiares destes.

“Geralmente, as pessoas com comportamento suicida vão direto para o pronto-socorro. Há encaminhamentos feitos pela equipe de enfermagem por escrito (PS), tendo em vista que esse meio é um pouco recente. Contudo, há solicitação para esse setor via telefone, que ocorre no momento que a pessoa é atendida pela equipe do P.S. e detecta que é tentativa de suicídio.” – Psicóloga da Santa Casa.

Alguns pacientes são encaminhados para instituições adamantinenses vindos de outra cidade, como é o caso do hospital psiquiátrico:

“Temos um alto índice de pacientes vindos de Tupã, Assis, Ourinhos, Osvaldo Cruz. A central é Marília, então ela distribui as vagas pela região e temos muitos pacientes de fora, então fica mais complicado pra família visitar, seja por falta de dinheiro, mas algumas vezes nós levamos os pacientes para ver os familiares.” – Psicóloga do Hospital Psiquiátrico.

De modo geral, foi afirmado que os encaminhamentos de pacientes com comportamento suicida, bem como os atendimentos são efetuados, mas o número de desistência pode ser considerado grande, tanto por parte da pessoa que tenta contra a própria vida, quanto por parte da família da mesma:

“Já encaminhei vários pacientes para o núcleo, mas tem casos que nem compareceram e nem procuraram, eles não aderem. (...) No atendimento que é proposto pros familiares eles não conseguem enxergar que o problema é da família. É sempre um comportamento de fuga, de esquiva.” – Psicóloga do CREAS.

No hospital psiquiátrico, constatou-se que realizam grupos com os familiares dos pacientes, voltados à temática do suicídio, como também para a dependência e transtornos psiquiátricos e não existe muita aderência.

“Temos também o grupo dos familiares e o interessante é que as famílias fazem trocas de suas vivências, falam sobre a grande dificuldade de cuidar do paciente, e as vezes outros se identificam, percebe-se a interação que eles tem entre eles, eles percebem que não estão sozinhos, pois outras pessoas estão vivenciando as mesmas coisas. Entretanto há pouca aderência, nós convocamos, mas os familiares de pacientes que estão há mais tempo, são mais desmotivados para eles, quem é doente é o paciente, não a família.” – Psicóloga do Hospital Psiquiátrico.

Conforme falas dos entrevistados, a atenção para os familiares não diz respeito à “atendimento psicológico” propriamente dito, estando mais relacionada a um trabalho de orientação em relação ao paciente com comportamento suicida e, quando esses

familiares são motivados a procurar ajuda para si, entendem que o problema não é com eles, nem com a família, mas com o paciente que atenta contra a própria vida.

“É comum familiares procurarem o CAPS, buscando informação, orientação. Então, procuram sim, ajuda, mas em nível de orientação, não atendimento psicológico, pois estão mais preocupados com o paciente em si.” – Psicóloga do CAPS.

Esta perspectiva de denegar o problema está presente em grande parte dos familiares que tomamos contato durante a pesquisa, com a ajuda dos profissionais do Promover Vida.

“Normalmente os familiares só procuram ajuda no momento da crise do paciente e isso é resultante da angústia que o comportamento suicida gera.” – Psicóloga do Ambulatório de Saúde Mental.

Um aspecto demasiadamente relevante diz respeito à dinâmica familiar onde está inserido o comportamento suicida, bem como aos sentimentos que esse comportamento desperta nos familiares que as instituições recebem.

“Percebe-se que, o que há de comum entre esses familiares, é justamente a preocupação com o paciente com o comportamento suicida. Entretanto, vemos surgir sentimentos como raiva e frustração. Por exemplo, tivemos um caso onde a irmã de uma paciente acompanhou-a três vezes após tentativas e desistiu. Também tivemos o caso da mãe de uma adolescente que também desistiu de trazê-la. O familiar que acompanha, se cansa.” – Psicóloga do Ambulatório de Saúde Mental.

“Verifica-se a presença de muitos conflitos e que o comportamento suicida está acompanhado de violência, seja física, psicológica, ou até mesmo alcoolismo. (...) Percebe-se que a família está adoecida, eles querem se livrar do problema, existe uma ausência de vínculo, nós não vemos “compaixão” para com o paciente.” – Psicóloga do CREAS.

Segundo Filho & Burd (2004), como a família é a fonte primária da identidade de um indivíduo e esta é crucial para o enfrentamento de crises, a família se constitui na melhor fonte de reforço desta identidade.

Verifica-se por fim, que ainda existe um estigma muito grande com relação ao comportamento suicida, mesmo por parte de alguns dos familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu adentrar a complexidade da situação familiar quando da ocorrência do comportamento suicida bem como a complexidade do oferecimento de atenção a estas famílias.

A realização dos atendimentos, análise dos encaminhamentos que não se efetivaram e conteúdos das entrevistas com os profissionais possibilitaram identificar a ocorrência de diversas alterações na dinâmica familiar como da afetividade para com a pessoa com comportamento suicida (negativa, positiva ou ambivalente) e também mudanças no cotidiano familiar, seja para prover cuidados, vigilância, ou re-estruturação de funções.

Sempre a família deverá ser considerada no contexto de comportamento suicida, pois existem papéis que a família desempenha na tentativa de suicídio e suicídio consumado e também existem às consequências familiares do comportamento suicida em um membro próximo.

Um aspecto a ser ressaltado é que a forma como a família reage depende de sua estrutura e dinamismo anterior.

Pode-se concluir que o atendimento prestado aos familiares nos serviços públicos varia de acordo com as peculiaridades de cada órgão, como objetivos, estruturação e caracterização de sua clientela e cada qual com uma metodologia, sendo que, o atendimento à família está comumente relacionado à orientação quanto ao paciente e não de suporte emocional ao familiar envolvido, característica mais presente na proposição da Clínica-escola de Psicologia.

Considerando que o trabalho objetivou avaliar a implementação de um serviço de apoio a familiares de pessoas com comportamento suicida em uma clínica-escola integrada ao Programa Promover Vida, compreende-se que, a atenção psicológica disponibilizada para a realização da pesquisa, com os plantões de atendimento e encaminhamentos, quando necessário, funcionou como um espaço de (re) dimensionamento dos afetos e mesmo da vida concreta desses familiares com relação ao comportamento suicida.

A implementação foi caracterizada por um olhar diferenciado para estas famílias, pela melhoria da comunicação entre os órgãos da rede e sistematização interna, não sendo porém possível adentrar a novas práticas como um atendimento grupal.

Levanta-se a hipótese de que a baixa adesão se deu por peculiaridades da população atendida, pois foi citada a mesma situação nos demais órgãos do programa.

Cabe ressaltar o aspecto que, frequentemente, é considerado pela família, que quem necessita de atendimento é a pessoa com comportamento suicida. Podemos também apontar como relevante analisar os membros da família e o quanto ou como podem estar fragilizados, necessitando atendimento especializado, e não só serem responsabilizados pela situação da pessoa com comportamento suicida e pelos cuidados com a mesma.

Verificamos também a possibilidade de auxílio no processo de luto, pois proporciona oportunidade para a expressão dos afetos e facilita a sua elaboração. Esse ambiente acolhedor e de continência se faz necessário visto que o mesmo pode se configurar em um elemento preventivo no âmbito familiar e próximo.

O presente trabalho confirmou a intrínseca relação da família com o comportamento suicida, sofrendo seu impacto e estando relacionada ao desenvolvimento da pessoa e do grupo familiar, demandando esta interação investigações mais amplas.

Enquanto ótica da Saúde Pública, apesar das dificuldades existentes relativas à temática do comportamento suicida, deve-se sempre levar em consideração as perspectivas familiar e social que devem se direcionar em favor da saúde mental e global dos

indivíduos, sendo também fundamental melhor compreender os mecanismos desenvolvidos e as peculiaridades de cada órgão da rede, para melhorar e integrar os serviços de atenção à família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARZABE, P. H. M. *Conselhos de direitos e formulação de políticas públicas*. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/politicapublica/patriciamassa.htm>. Acesso em 21 abril 2012.

BAPTISTA, M. N. *Suicídio e depressão: atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro: 2004.

BEE, H. L. *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BLEGER, J. *Psico-Higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BOTEGA, N. J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 29, n. 1, p.07-08, 2007 .

BRANDÃO, C. R. *Pesquisa Participante*. São Paulo: Brasiliense, 1990.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia de saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia e Sociedade*; v.19, n.2, p.26-32, 2005.

CASSORLA, R. M. S. *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas, SP: Papyrus, 1991.

CERVENY, C. M. O. *Família e...* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

COSTA, I. I.; SILVA, M. N. R. N. O. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. *Rev Tempus Actas Saúde Colet.*; v.4, n.1, p.19-29, 2010.

CVV – Samaritanos. Disponível em: <http://www.cvv.org.br/>. Acesso em 02 junho 2012.

DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

DEJOURS, C.; BÈGUE, F. *Suicídio e Trabalho: o que fazer?* Brasília: Paralelo, 2010.
DESSEN, M. A.; JUNIOR, A. L. C. *A Ciência do Desenvolvimento Humano – Tendências Atuais e Perspectivas Futuras*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FILHO, J., M.; BURD, M. *Doença e Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FRANCO, M. H. P.; MAZORRA, L. *Criança e Luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor*. *Estudos de Psicologia*; v.24, n.4, p.503-511, 2007.

FUENTES-ROJAS, M. *Psicologia e Saúde: a terapia comunitária como instrumento de sensibilização para o trabalho com comunidades na formação do Psicólogo*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Psicologia: Ciência e Profissão, 2011.

KOVÁCS, M. J. *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

_____. *Vida e Morte: Laços da Existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

KRUGER, L. L.; WERLANG, B. S. G. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*; v.15, n.1, p.59-70, 2010.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo, Martins Fontes, 1992.

LINS, M. I. A. *Consultas terapêuticas: uma prática clínica de D. W. Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.17, n.3, p.552-560, 2008.

OSÓRIO, L. C. *Casais e famílias, uma visão contemporânea*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental – nova concepção, nova esperança*. Genebra, 2001.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GOMES, F. M. D. *Plantão psicológico: novas possibilidades em saúde mental*. Revista da SPAGESP, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p.39-44, 2008.

SOUZA, N. R.; RASIA, J. M. Modelo de reação familiar ao suicídio. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, v.8, n.2, p.117-127, 2006.

WERLANG, B. S. G.; MACEDO, M. M. K.; KRUGER, L. L. Perspectiva Psicológica. In: WERLANG, B. S. G.; BOTEGA, N. J. *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.