

Relatório

ETAPA DISTRITAL DA PESQUISA
SOBRE A ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS (OS)
NAS POLÍTICAS PÚBLICAS
DE PREVENÇÃO E POSVENÇÃO
DO SUICÍDIO E DA AUTOLESÃO

Ciclo de pesquisa 2021.1



Brasília/DF

CREPOP
15
ANOS



CRP DF
01DF
CONSELHO REGIONAL
DE PSICOLOGIA DO DF

**RELATÓRIO DA ETAPA DISTRITAL DA
PESQUISA SOBRE A ATUAÇÃO DE
PSICÓLOGAS (OS) NAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE PREVENÇÃO E
POSVENÇÃO DO SUICÍDIO E DA
AUTOLESÃO**

Ciclo de pesquisa 2021.1

Junho de 2022
Brasília/DF

16º PLENÁRIO DO CRP 01/DF

GESTÃO 2019/2022

Diretoria

Conselheira Presidenta: Sílvia Reis
Conselheiro Vice-Presidente: Tarsis Malta Almeida
Conselheira Secretária: Rebeca Bandeira
de Souza Potengy
Conselheiro Tesoureiro: Rafael Gonçalves
de Santana e Silva

Conselheiras (os) efetivas (os)

Artur Mamed Cândido
Carolina Saraiva
Demétrius Alves de França
Rafael Gonçalves de Santana e Silva
Rebeca Bandeira de Souza Potengy
Regina Lúcia Sucupira Pedroza
Sílvia Reis
Thessa Laís Pires e Guimarães

Conselheiras (os) suplentes

Camila Moura Fé Maia
Julia Matinatto Salvagni
Juliano Moreira Lagoas
Lura Machado Costa
Romeu Sérgio Maia de Albuquerque
Tania Inessa Martins de Resende
Taoan de Oliveira Kokay
Tarsis Malta Almeida

Este documento foi elaborado pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas do Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal – CREPOP CRP 01/DF. A reprodução é autorizada, desde que citada a fonte.

—

Organização:

Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas do Conselho Regional de Psicologia do DF – CREPOP CRP 01/DF.

Conselheiro responsável: Artur Mamed Cândido
Assessora técnica regional: Adélia Benetti de Paula Capistrano.

—

Revisão e diagramação:

Assessoria de Comunicação Social – ASCOM CRP 01/DF
Coordenadora de Comunicação Social: Mayara Reis
Diagramadora: Dazi Antunes Corrêa

—

Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal
SRTVN Quadra 701 Ed. Brasília Rádio Center Ala A
Sala 4.024 CEP 70719-900
www.crp-01.org.br
crp-01@crp-01.org.br

Sumário

Apresentação	6
Dados de suicídio e autolesão no DF	8
Dados do Ministério da Saúde	9
Dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Distrito Federal	13
Marcos lógico-legais no DF	28
Ações, potencialidades e desafios	28
Secretaria de Estado de Saúde – SES	28
Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio	29
Rede de Atenção Psicossocial – RAPS	32
Ambulatório Diversidade de Gênero – Ambulatório Trans	42
Secretaria de Saúde no Sistema Prisional	49
Gerência de Práticas Integrativas	55
Secretaria de Estado da Educação	60
Secretaria de Desenvolvimento Social – SEDES	63
Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania	66
Subsecretaria do Sistema Socioeducativo	66
Subsecretaria de Apoio às Vítimas de Violência – SUBAV	72
Subsecretaria de Políticas de Direitos Humanos e de Igualdade Racial	73

Instituição de Ensino Superior	73
UniCEUB – Centro Universitário de Brasília	73
UnB – Universidade de Brasília	74
Conselho Regional de Psicologia – DF	79
Considerações finais	80

Apresentação

O presente documento reporta uma síntese dos resultados da etapa distrital de coleta e análise de dados realizada pelo CREPOP CRP 01/DF, como parte regional do Ciclo de Pesquisa 2021.1 do CREPOP nacional. Ele apresenta, portanto, os resultados preliminares de uma pesquisa mais abrangente e ainda em andamento, cujo objetivo é a construção de referências técnicas para a atuação de psicólogas (os) no contexto das políticas públicas de prevenção do suicídio e da autolesão, bem como, no contexto das ações de posvenção do suicídio no Brasil.

O relatório completo desta coleta foi encaminhado pelo CRP 01/DF ao CREPOP Nacional, para compor documento cuja publicação irá oferecer parâmetros orientadores para a atuação das (os) profissionais em âmbito nacional.

A pesquisa foi realizada durante o ano de 2021 em plena pandemia de Covid-19. Agradecemos a disponibilidade e colaboração essencial de psicólogas e psicólogos do DF que, voluntariamente, se dispuseram a compartilhar suas experiências nas ações de prevenção dos comportamentos autolesivos e do suicídio, bem como nas ações de posvenção, contribuindo com sua ótica singular a partir de diversos âmbitos de atuação. Agradecemos a Matheus de Castro Castelluccio do CREPOP - CFP pela revisão final.

Como meio de divulgação e engajamento da categoria, a Assessoria de Comunicação Social – ASCOM do CRP 01/DF adotou o uso estratégico das redes sociais, de e-mail marketing e do Whatsapp. A mobilização para a coleta qualitativa ocorreu a partir de questionário on-line do

CREPOP/CFP e por meio da interlocução com comissões e demais setores do CRP 01/DF, indicações do Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio do DF e de Secretarias do Governo do Distrito Federal.

Foi considerado como o recorte metodológico, o levantamento inicial do campo e a Nota Técnica CREPOP/CFP nº 01/2021, que elencou os dispositivos estratégicos de atuação a serem priorizados frente a diversidade de ações públicas relacionadas à prevenção do suicídio e da autolesão e à posvenção. Este recorte buscou contemplar as políticas públicas de saúde e atenção psicossocial, educação, assistência social, dos sistemas prisional e socioeducativo e relacionada à defesa de direitos humanos, bem como as ações realizadas por Instituições de Ensino Superior – IES de Psicologia. Foram realizados dois grupos e cinco entrevistas individuais mediados por tecnologia, conforme o quadro abaixo:

Segmento	Nº psicólogas (os)
RAPS	5
IES	1
Educação	2
Assistência Social	1
Direitos Humanos	1
Sistema Prisional	1
Sistema Socioeducativo	1
Total	12

A seguir, apresentaremos informações do levantamento de campo, com uma análise crítica dos dados

epidemiológicos do suicídio e da autolesão no Distrito Federal, marcos lógicos-legais, ações e estratégias realizadas pelas Secretarias do GDF e Instituições do Ensino Superior de Psicologia. As sínteses da coleta qualitativa realizadas com psicólogas (os) do DF foram sistematizadas em potencialidades e desafios de cada segmento.

Dados de suicídio e autolesão no DF

O presente levantamento de informações foi realizado por meio de buscas sobre automutilação e suicídio no Distrito Federal pelo Sistema de Informação do Ministério da Saúde TABNET¹, gerido pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e por solicitação à Secretaria de Vigilância em Saúde do Distrito Federal. Os dados disponíveis sobre suicídio e automutilação do Ministério da Saúde compreendem um período que vai até o ano de 2019, sendo feito o recorte concernente ao período de 2017 a 2019. Já os dados sobre tratamento clínico em saúde mental para risco elevado de suicídio, referem-se ao período de 2017 a 2020.

O Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências – NEPAV, da Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis e Promoção da Saúde da SES/DF, encaminhou dados que abarcam os anos de 2019 a 2021. Os dados de automutilação e tentativa de suicídio foram coletados em 8 de novembro de 2021 do banco de notificações compulsórias de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Ressalta-se que os resultados no banco

¹ <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>

de dados de 2020 e 2021 ainda eram passíveis de atualização até o fechamento da presente coleta. Não constam informações sobre orientação sexual nos dados sobre suicídio do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM.

Conforme os dados da Pesquisa Distrital de Amostra em Domicílio – PDAD-DF 2021, a estimativa da população do Distrito Federal pelo IBGE em 2021 era de 3.091.667 habitantes distribuídos nas 33 Regiões Administrativas, sendo 52,2% do sexo de nascimento feminino, com idade média de 34 anos e maior faixa de idade entre 35 a 39 anos; 46,2% dos moradores era de raça/cor parda, 11,1% preta, 40,9% branca, 1,4% amarela e 0,3% indígena (PDAD-DF, 2021²).

Dados do Ministério da Saúde

Autolesão/violência autoprovocada

Os dados colhidos sobre autolesão foram encontrados com a nomenclatura Violência Interpessoal/Autoprovocada, na sessão “Doenças e Agravos de Notificação – 2007 em diante”, do Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN³. Considerando que as informações referentes ao Ciclo de Vida, Faixa etária, Raça, Escolaridade, Local de Ocorrência e Violência de Repetição não fazem

² CODEPLAN. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. PDAD 2021 – Relatório Codeplan Pesquisa Distrital por amostra de domicílios. 2021. Disponível em:

<http://pdad2021.codeplan.df.gov.br/static/downloads/relatorio.pdf>

³ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinanet/cnv/viole df.def>

distinção entre violência interpessoal e lesão autoprovocada, estas não serão apresentadas.

Tabela 1 – Número de registros de lesão autoprovocada no DF entre 2017-2019

Lesão autoprovocada	2017	2018	2019	Total
Sim	702	1796	3375	5873
Não	1841	2147	2370	6358
Ignorado	556	393	259	1208
Em Branco	31	30	12	73
Total	3130	4366	6016	13512

Percebe-se que os registros de lesão autoprovocada, na linha “Sim”, aumentam significativamente ao longo dos anos, e sua ordem de crescimento supera, inclusive, a dos registros de violência interpessoal.

Óbitos por causa externa

O Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM⁴ gerencia informações sobre suicídio com a nomenclatura “Óbitos por causa externa”, a partir dos códigos CID-10 X60 a X84 - Lesões autoprovocadas intencionalmente⁵. A Tabela 2 apresenta as 10 maiores ocorrências.

⁴ <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/sistemas-de-informacao/sistema-de-informacoes-sobre-mortalidade-sim>

⁵

http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/x60_x84.htm#:~:text=X60%2DX84%20Les%C3%B5es%20autoprovocadas%20intencionalmente

Tabela 2 – Dez maiores números de registros de lesão autoprovocada intencionalmente no DF no período 2017-2019

Grupo CID-10: Lesões autoprovocadas intencionalmente – 10 maiores números				
Códigos	2017	2018	2019	Total
X70	110	94	123	327
X80	16	15	12	43
X74	3	10	23	36
X61	8	14	12	34
X72	8	16	1	25
X64	2	7	5	14
X68	4	8	2	14
X62	1	8	-	9
X82	5	2	1	8
X78	2	3	2	7
Total	159	177	181	517

Na Tabela 2, percebe-se um aumento no número de registros de óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente ao longo dos anos, com maior ocorrência de X70 – Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação, seguida por X80 – Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado, X74 – Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo ou arma de fogo não especificada, X61 – Auto-intoxicação por exposição intencional a drogas

anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte, e X72 – Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão. Os demais códigos referem-se a: X64 – Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas; X68 – Auto-intoxicação por exposição, intencional, a pesticidas; X62 – Auto-intoxicação por exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte ; X82 – Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor; X78 – Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante.

Tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio

No TABNET⁶ também foi possível encontrar dados da Assistência à Saúde do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) sobre o procedimento hospitalar 0303170131 – Tratamento Clínico em Saúde Mental em Situação de Risco Elevado de Suicídio, conforme as Autorizações de Internação Hospitalar – AIH aprovadas para período de 2017-2020, conforme a Tabela 3:

Tabela 3 – Número AIH aprovadas para Tratamento clínico em saúde mental em risco elevado de suicídio no DF entre 2017-2020

⁶ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qidf.def>

Trat. SM risco suicídio	2017	2018	2019	2020	Total
DF	136	362	656	603	1757

Nota-se, na Tabela 3, aumento até 2019 no registro de procedimentos para situações de risco elevado de suicídio em hospitais gerais, o que pode indicar aumento do acesso. Ressalta-se que os números de 2020 são passíveis de atualização no banco de dados.

Dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Distrito Federal

A partir de envio de questionário solicitando informações regionalizadas, a Secretaria de Vigilância em Saúde do DF encaminhou os seguintes dados:

Automutilação

As Regiões Administrativas de Ceilândia, Samambaia e São Sebastião apresentam os maiores números de registros absolutos e por 100 mil habitantes de automutilação do Distrito Federal, conforme apresentado nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4 – Dez Regiões Administrativas com maior número absoluto de automutilação

AUTOMUTILAÇÃO	2019	2020	2021
----------------------	-------------	-------------	-------------

1	Ceilândia	425	304	260
2	Samambaia	227	144	174
3	São Sebastião	79	110	140
4	Taguatinga	208	166	121
5	Planaltina	175	156	113
6	Rec. Emas	103	169	109
7	Gama	55	106	105
8	Sobradinho	42	74	62
9	Santa Maria	80	70	59
10	Guará	78	44	54

Tabela 5 – Dez Regiões Administrativas com maior número de automutilação por 100 mil habitantes

AUTOMUTILAÇÃO		2019	2020	2021
1	Ceilândia	14,11	9,96	8,4
2	Samambaia	7,53	4,72	5,62
3	São Sebastião	2,62	3,6	4,52
4	Taguatinga	6,9	5,44	3,91
5	Planaltina	5,81	5,11	3,65
6	Rec. Emas	3,42	5,54	3,52
7	Gama	1,83	3,47	3,39
8	Sobradinho	1,39	2,42	2
9	Santa Maria	2,66	2,29	1,91
10	Guará	2,59	1,44	1,75

Informações do PDAD-DF 2018 mostram que Ceilândia, Samambaia, São Sebastião, Planaltina faziam parte do Grupo 3 de RAs de média-baixa renda, que em 2018

tinham renda domiciliar média R\$ 3.101,00; Santa Maria compunha o Grupo 3 – média-baixa renda, com renda de R\$ 3.101,00; Gama, Guará, Sobradinho e Taguatinga eram do Grupo 2 – média-alta renda de R\$ 7.266,00; e Recanto das Emas era do Grupo 4 – baixa renda, de R\$ 2.472,00. Chama atenção o fato de nenhuma Região Administrativa do Grupo 1, de Alta Renda – R\$ 15.622,00, aparecer nas 10 RAs com maior ocorrência de automutilação. Em 2018, Ceilândia concentrava 15% da população do DF, seguida por Samambaia com 8,1%, Plano Piloto com 7,7%, Taguatinga 7,1% e Planaltina com 6,2% (PDAD-DF 2018)⁷.

Em relação à faixa etária, a maior concentração de registros de automutilação é na faixa entre 20 a 29 anos, seguida por 15 a 19 anos e 30 a 39 anos, conforme a Tabela 6.

Tabela 6 – Número de notificação de automutilação por faixa etária

AUTOMUTILAÇÃO	2019	2020	2021
Menor 1 ano	27	18	19
1 a 4 anos	9	17	9
5 a 9 anos	12	7	8
10 a 14 anos	173	121	125
15 a 19 anos	470	408	307
20 a 29 anos	636	623	544
30 a 39 anos	333	301	263
40 a 49 anos	191	187	173

⁷CODEPLAN – COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. PDAD 2018: Pesquisa Domiciliar por Amostra de Domicílios. Brasília: Codeplan, 2019. Disponível em: https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/relatorio_DF_grupos_de_renda.pdf

50 a 59 anos	66	72	77
60 a 69 anos	21	25	16
70 a 79 anos	5	7	7
80 anos e mais	1	1	2

Chamam atenção os dados relativos à faixa etária, que reportam um número significativo de automutilação entre crianças menores de 1 ano, o que levanta questionamentos sobre a metodologia de registro e dos parâmetros de padronização e tipificação das informações reportadas para esse tipo de agravo nessa faixa etária.

As Tabelas 7, 8 e 9 mostram que há maior registro de automutilação realizada por pessoas negras (pardas e pretas), do sexo feminino e heterossexuais no DF.

Tabela 7 – Número de notificação de automutilação por raça/cor

AUTOMUTILAÇÃO	2019	2020	2021
Parda	535	591	611
Branca	228	170	187
Preta	58	54	46
Amarela	4	3	11
Indígena	5	1	4

Tabela 8 – Número de notificações de automutilação por sexo

AUTOMUTILAÇÃO	2019	2020	2021
Feminino	1380	1246	1104
Masculino	564	540	445

Tabela 9 – Número de notificações de automutilação por orientação sexual

AUTOMUTILAÇÃO	2019	2020	2021
Heterossexual	571	508	363
Homossexual (gay/lésbica)	58	47	34
Bissexual	24	13	10
Não se aplica	142	74	98

A Tabela 10 mostra que a ocupação das pessoas com maiores registros de notificação de automutilação é de estudantes, seguida por ocupações ignoradas ou não informadas, desempregados crônicos e donas de casa.

Tabela 10 – Número de notificações de automutilação por ocupação

AUTOMUTILAÇÃO – OCUPAÇÃO	2019	2020	2021	Total
Estudante	282	177	100	559
Ignorada	133	175	74	382
Desempregado crônico ou cuja habitação não foi possível obter	41	58	54	153
Não informado	8	7	55	70
Dona de casa	46	12	4	62
Aposentado/ pensionista	5	6	9	20
Técnico de enfermagem	3	8	5	16

Vendedor de comércio varejista	1	5	4	10
Pedreiro	2	3	3	8

Tentativa de suicídio

Em relação às notificações de tentativas de suicídio no DF, Ceilândia e Samambaia ocupam novamente as Regiões Administrativas com maiores registros de números absolutos e por 100 mil habitantes, seguidas por Taguatinga, como pode ser visto nas Tabelas 11 e 12.

Tabela 11 – Dez Regiões Administrativas com maior número absoluto de tentativas de suicídio

TENTATIVA SUICÍDIO		2019	2020	2021
1	Ceilândia	218	256	271
2	Samambaia	191	177	159
3	Taguatinga	155	127	147
4	Guará	106	70	107
5	Planaltina	55	72	107
6	Rec. Emas	74	81	102
7	Paranoá	117	136	99
8	Águas Claras	70	62	95
9	São Sebastião	117	59	93
10	Itapoã	86	111	90

Tabela 12 – Dez Regiões Administrativas com maior número de tentativa de suicídio por 100 mil habitantes

TENTATIVA SUICÍDIO		2019	2020	2021
1	Ceilândia	7,24	8,39	8,76
2	Samambaia	6,34	5,8	5,14
3	Taguatinga	5,14	4,16	4,75
4	Guará	3,52	2,29	3,46
5	Planaltina	1,83	2,36	3,46
6	Rec. Emas	2,46	2,65	3,3
7	Paranoá	3,88	4,46	3,2
8	Águas Claras	2,32	2,03	3,07
9	São Sebastião	3,88	1,93	3,01
10	Itapoã	2,85	3,64	2,91

O PDAD-DF informa que, em 2018, 63,9% da população urbana residente no DF declarou não ter plano de saúde (PDAD-DF 2018). Em 2021, esse percentual aumentou para 67,5%, com 43,4% dos moradores do DF afirmando ter usado o posto ou unidade de saúde em ocasião de necessidade, sendo o Plano Piloto o local predominante de atendimento, com 19,4% de respostas, seguido por Ceilândia com 13,8%, Taguatinga – 13,4%, Samambaia com 6%, Planaltina com 5,5% e Sobradinho com 4,1% (PDAD-DF 2021).

Os registros de tentativa de suicídio por faixa etária são maiores entre pessoas de 20 a 29 anos, seguidas por pessoas de 15 a 19 anos e 30 a 39 anos, conforme a Tabela 13. Nota-se novamente o registro de tentativa de suicídio por crianças menores de 1 ano.

Tabela 13 – Número de tentativas de suicídio por faixa etária

TENTATIVA DE SUICÍDIO	2019	2020	2021
Menor 1 ano	8	4	10

1 a 4 anos	1	1	0
5 a 9 anos	1	3	5
10 a 14 anos	108	89	106
15 a 19 anos	440	376	405
20 a 29 anos	724	700	800
30 a 39 anos	396	389	377
40 a 49 anos	178	200	237
50 a 59 anos	74	95	89
60 a 69 anos	28	21	17
70 a 79 anos	7	8	6
80 anos e mais	2	4	1

Assim como nas notificações de automutilação, novamente as pessoas negras (pardas e pretas) aparecem como as de maior número nos registros de tentativa de suicídio por raça/cor no DF, assim como as do sexo feminino e pessoas heterossexuais, conforme as Tabelas 14, 15 e 16.

Tabela 14 – Número de tentativas de suicídio por raça/cor

TENTATIVA SUICÍDIO	2019	2020	2021
Parda	588	555	657
Branca	302	194	217
Preta	46	53	63
Amarela	9	6	8
Indígena	2	1	2

A publicação Perfil do Negro no DF – Escolaridade, Ocupação e Rendimento (CODEPLAN, 2011), apontou à época intensa desigualdade social e piores condições

socioeconômicas de negros em comparação com não negros no DF. Apesar da maior parte da população ser constituída por negros (54% à época, 57,3% em 2021), esta se concentrava nas regiões de menor poder aquisitivo, tinha menor instrução escolar, menor renda e poder aquisitivo e estavam em ocupações de menor qualificação e trabalho mais precário, como construção civil, indústria e serviços (CODEPLAN, 2011). O estudo evidencia também segregação de negros no local de moradia, residindo em regiões de menor poder aquisitivo, além de ter sido observada maior disparidade de rendimento em região de renda alta, em que negros recebiam apenas 79% do rendimento de não negros:

“Se a análise abranger toda a população do DF, de todas as classes de renda, a diferença é bastante significativa onde os negros ganham apenas 64,1% dos rendimentos dos não negros” (p. 13, CODEPLAN, 2011)⁸.

Tabela 15 – Número de tentativas de suicídio por sexo

TENTATIVA SUICÍDIO	2019	2020	2021
Feminino	1469	1307	1447
Masculino	498	583	606

Tabela 16 – Número de tentativas de suicídio por orientação sexual

⁸ COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL – Codeplan. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio do Distrito Federal – PDAD 2011. Perfil do Negro no DF: Escolaridade, Ocupação e Rendimento. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Perfil-do-Negro-no-Distrito-Federal.pdf>

TENTATIVA SUICÍDIO	2019	2020	2021
Heterossexual	502	583	487
Homossexual (gay/lésbica)	52	40	50
Bissexual	10	7	12
Não se aplica	84	48	95

As notificações de tentativa de suicídio mostram Ocupação ignorada ou “Não informado” para a maior parte dos registros, seguido por Estudantes, Desempregados crônicos e Donas de casa.

Tabela 17 – Número de notificações de tentativas de suicídio por ocupação

TENTATIVA DE SUICÍDIO - OCUPAÇÃO	2019	2020	2021	Total
Ignorada	269	330	333	932
Estudante	219	122	104	445
Desempregado crônico ou cuja habitação não foi possível obter	120	96	105	321
Não informado	46	3	63	112
Dona de casa	41	24	15	80
Vendedor de comércio varejista	19	12	6	37
Técnico de enfermagem	5	11	14	30
Aposentado/ pensionista	10	6	12	28
Operador de caixa	11	5	3	19

Suicídio

Em relação ao suicídio – a consumação da morte autoinfligida – Ceilândia segue como a Região Administrativa com o maior número absoluto e por 100 mil habitantes do Distrito Federal, seguida por Guará, Samambaia, Gama e Taguatinga, conforme as Tabelas 18 e 19.

Tabela 18 – Dez Regiões Administrativas com maior número absoluto de suicídio

SUICÍDIO		2019	2020	2021
1	Ceilândia	31	53	8
2	Guará	3	13	8
3	Samambaia	13	23	8
4	Gama	5	24	7
5	Taguatinga	19	22	6
6	Planaltina	10	16	5
7	Águas Claras	12	27	5
8	Sobradinho	8	10	4
9	Paranoá	2	8	4
10	Lago Sul	1	4	4

Tabela 19 – Dez Regiões Administrativas com maior número de suicídio por 100 mil habitantes

SUICÍDIO		2019	2020	2021
1	Ceilândia	1,03	1,74	0,26
2	Guará	0,1	0,43	0,26
3	Samambaia	0,43	0,75	0,26
4	Gama	0,17	0,79	0,23
5	Taguatinga	0,63	0,72	0,19

6	Planaltina	0,33	0,52	0,16
7	Águas Claras	0,4	0,88	0,16
8	Sobradinho	0,27	0,33	0,13
9	Paranoá	0,07	0,26	0,13
10	Lago Sul	0,03	0,13	0,13

O registro de pessoas por Faixa etária que mais cometem suicídio no DF é entre 20 a 39 anos, seguida por 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, conforme a Tabela 20.

Tabela 20 – Número de notificações de suicídio por faixa etária

SUICÍDIO	2019	2020	2021
Menor 1 ano	0	0	0
1 a 4 anos	0	0	0
5 a 9 anos	0	0	0
10 a 14 anos	2	7	2
15 a 19 anos	23	21	6
20 a 29 anos	54	104	25
30 a 39 anos	53	107	26
40 a 49 anos	30	81	16
50 a 59 anos	23	36	11
60 a 69 anos	16	22	3
70 a 79 anos	7	7	3
80 anos e mais	3	4	1

As Tabelas 21 e 22 mostram que as pessoas negras (pardas e pretas), de sexo masculino, foram as que mais cometeram suicídio no DF entre 2019 e 2021.

Tabela 21 – Número de notificações de suicídio por raça/cor

SUICÍDIO	2019	2020	2021
Parda	115	188	47
Branca	89	171	41
Preta	7	22	5
Amarela	0	2	0
Indígena	0	0	0

Tabela 22 – Número de notificações de suicídio por sexo

SUICÍDIO	2019	2020	2021
Masculino	156	302	76
Feminino	55	87	17

O fato de não haver informações no Sistema de Informação de Mortalidade – SIM sobre orientação sexual de quem cometeu suicídio dificulta e inviabiliza análises mais consistentes sobre as correlações entre esse importante dado e a mortalidade por suicídio. Publicação sobre a população LGBT no DF de 2017 traz dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD de 2013 sobre composição familiar dos domicílios pesquisados, o que representa uma pequena parcela das pessoas LGBTQIA+ no DF. Nesta, as estimativas de pessoas que declaram relacionamento homoafetivo variavam entre 1.879 a 8.892⁹. O PDAD 2021

⁹ COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais – DIPOS.

Um olhar sobre a população LGBT no Distrito Federal. Brasília, 2017. Disponível em:

<http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Um-olhar-sobre-a-popula%C3%A7%C3%A3o-LGBT-no-Distrito-Federal.pdf>

informa pela primeira vez que no DF, 1% dos respondentes é transgênero e 3% lésbicas, gays, bissexuais ou outros (PDAD-DF, 2021).

Recentemente um artigo sobre a distribuição espacial dos casos de violência contra a população LGBTQIA+ no Brasil por meio de análises espaciais com a integração de dados através do Sistema de Informação Geográfica identificou casos de discriminação e violências física e psicológica sofridos por LGBTQIA+ registrados no Disque 100 entre 2011 e 2019. Evidenciou-se altas **taxas de violência** contra LGBTQIA+ no Brasil, sendo o Distrito Federal a unidade da federação com mais alta taxa de homofobia em todos os anos de estudo, seguido pela Paraíba e Piauí. Além disso, foi observado um **alto risco** à violência contra pessoas LGBTQIA+ durante os anos analisados no Ceará, Distrito Federal, Paraíba e Pernambuco. O estudo destaca ainda o fato de o Distrito Federal possuir o maior IDH do país e apresentar forte tendência à violência contra pessoas LGBTQIA+, sendo necessários estudos mais detalhados sobre o tema (NEIVAS, G.S.; BAPTISTA, A.C., 2022)¹⁰.

Tabela 23 – Número de notificações de suicídio por ocupação

SUICÍDIO - OCUPAÇÃO	2019	2020	2021	Total
Estudante	29	62	14	105
Não informado	27	48	12	87

¹⁰ NEIVAS, Guilherme Silva; BAPTISTA, Alessandra Carreiro. Análise Exploratória de Dados Espaciais da Violência Contra LGBTQIA+ no Brasil. Rev. Bras. Cartogr, v. 74, n. 1, 2022. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/revistabrasileiracartografia/article/download/61817/33289/280438>

Representante comercial autônomo	10	24	7	41
Aposentado/ pensionista	16	14	7	37
Desempregado crônico ou cuja habitação não foi possível obter	13	11	1	25
Dirigente do serviço público federal	12	8	5	25
Dona de casa	5	17	1	23
Empregado doméstico nos serviços gerais	9	7	4	20
Administrador	2	10	3	15
Comerciante varejista	3	8	2	13

Recorrência

Informações referentes à notificação anterior para autolesão e tentativa de suicídio indicam a recorrência dos casos entre 2019 e 2021 conforme a Tabela 24.

Tabela 24 – Percentual de casos de notificação anterior para autolesão e tentativa de suicídio

RECORRÊNCIA	2019	2020	2021
TENTATIVA SUICÍDIO	42,96%	43,09%	50,51%
AUTOMUTILAÇÃO	39,30%	39,79%	39,68%

Marcos lógico-legais no DF

As normativas encontradas no Sistema Integrado de Normas Jurídicas do DF – SINJDF¹¹ a partir da palavra-chave “suicídio” tratam da implementação e organização de programas, serviços e ações relacionados à prevenção do suicídio e autolesão e posvenção no Distrito Federal. A listagem pode ser encontrada em: <https://drive.google.com/file/d/14EJlat0wZ6qoM9uwZnXgJBVMvA603HMI/view?usp=sharing>

Ações, potencialidades e desafios

Secretaria de Estado de Saúde – SES/DF

Na Secretaria de Saúde há cerca de 130 psicólogas (os) atuando na RAPS do Distrito Federal – não foi possível contabilizar as (os) psicólogas (os) que atuam nos hospitais gerais. Psicólogas (os) lidam com a demanda da prevenção do suicídio e da autolesão rotineiramente, a partir dos fluxos e dinâmicas de trabalho específicos.

Plano Distrital de Prevenção ao Suicídio 2020-2023¹²:

¹¹ <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/>

¹²

<https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/PLANO-DISTRITAL-DE-PREVEN%C3%87%C3%83O-DO-SUIC%C3%8DDIO-2020-2023-Aprovado-Colegiado-SES.pdf>

Publicado pela Deliberação nº 16 de 22/08/2019, o Plano traz informações sobre suicídio, eixos estratégicos e metas a serem realizadas referentes à prevenção, tratamento, prevenção, capacitação, comunicação, avaliação, monitoramento e compromisso político até 2023. Recomenda que **todos os serviços de saúde realizem ações para acolher e direcionar as pessoas em risco de suicídio**, em uma perspectiva de pulverizar nos diversos serviços e dispositivos de saúde a atenção à demanda relacionada ao suicídio e autolesão.

Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio¹³

Instituído pela Portaria nº 968, de 29 de dezembro de 2020, tem a finalidade de elaborar e acompanhar as ações de prevenção do suicídio a partir do Plano Distrital. O Comitê realiza atividades pontuais de capacitação em prevenção, intervenção em crise e manejo, conforme demanda das instituições, além de monitoramento dos casos recorrentes. Há esforços para aumentar as notificações obrigatórias dos casos por profissionais e equipes de saúde.

O comitê já realizou processo em parceria com a Secretaria da Educação em escolas sobre temáticas como inteligência emocional e habilidades socioemocionais e há contato com o Detran, que encaminha casos de atropelamentos relacionados a tentativa de suicídio para que a Secretaria de Saúde preste assistência às famílias. Há uma série de ações que visam a articulação e mapeamento de

13

http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/3df28afdf6a3433e819010d5ff75816d/Portaria_968_29_12_2020.html

ações realizadas pelas Secretarias da Educação, Justiça, Segurança, Assistência Social, entre outras, apesar das ações ainda serem reconhecidamente mais voltadas à intervenção e não à prevenção.

Em 2020, o Comitê produziu a Nota técnica nº 05/2020 de Orientações sobre o planejamento de atividades relacionadas à prevenção do suicídio¹⁴, após notarem a relação entre as campanhas do setembro amarelo com o aumento do número de tentativas de suicídio em setembro e outubro. Algumas das hipóteses levantadas para esse fenômeno foram as que o associam ao clima festivo com que a data é abordada, à banalização do tema e de sua abordagem, à não adaptação devida do evento e do teor das falas ao público a que elas se endereçam, o fato de que os palestrantes não consideram os sentimentos dos sobreviventes e o impacto de suas falas para essa população, a falta de preparação das pessoas que falavam nos eventos e uso destes eventos como forma de favorecimentos promoção de alguns atores com interesses meramente políticos. A Nota Técnica orienta que os eventos, caso sejam realizados, sejam feitos com maior atenção, dentro das recomendações da Organização Mundial de Saúde.

E 2021 o Comitê publicou o Manual de orientações para o atendimento à pessoa em risco de suicídio¹⁵, com a proposta de que **todos os profissionais da saúde saibam manejar situações relacionadas ao suicídio**. Foram gravados

¹⁴ <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Nota-t%C3%89CNICA-5.pdf>

¹⁵ <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/03/Manual-de-orientacoes-para-o-atendimento-a-pessoa-em-risco-de-suicidio.pdf>

materiais sobre sinais de alerta e manejo inicial para os serviços e há o objetivo de curto prazo de promover capacitações para os profissionais dos serviços da saúde, considerando que a prevenção e intervenção mediante crises suicidas é de responsabilidade de toda a rede.

No início do Comitê foram mapeadas as urgências e necessidades da Secretaria de Saúde para que a prevenção do suicídio se tornasse presente e difusa em todo o sistema de saúde, e não mais centralizada apenas em pessoas e dispositivos de referência no tema. A pandemia por Covid-19, trouxe a percepção de uma urgência em se levantar dados de atendimentos de tentativa de suicídio pelo SAMU, da Vigilância Epidemiológica, e de crianças e adolescentes que ficaram fora da escola durante o isolamento. Ainda não é possível, neste momento, mensurar os fatores de risco psicossociais como o luto complicado no contexto da pandemia. Representantes do Comitê acreditam que os efeitos psicossociais da pandemia e do isolamento possam vir acompanhados por um aumento das ideações e atos suicidas, dado que muitas perdas ocorreram sem que fosse oportunizada aos sujeitos a observância dos rituais funerários e de passagem, essenciais para o reconhecimento e a elaboração de seu luto.

A ampliação da responsabilidade de prevenção do suicídio para outras políticas públicas além da saúde e saúde mental é vista como um grande desafio. Há a tarefa de aumentar o número de profissionais de saúde mental para intervenções especializadas, para em seguida qualificar profissionais das redes de segurança, educação e assistência social no manejo inicial, prevenção e promoção. O manejo deve ser feito com a escuta de pessoas disponíveis, sejam

enfermeiras, médicas, psicólogas, psiquiatras, assistentes sociais, policiais, agentes de trânsito, professoras etc.

Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

Os dados seguintes referem-se ao que foi dito pelas participantes da pesquisa. Foram apontadas como grandes fragilidades para a prevenção do suicídio e promoção de saúde a **alta demanda de casos para o reduzido número de CAPS e NASF** da Atenção Primária no Distrito Federal e sua principal consequência: redes esburacadas, com “cobertor muito curto” para promover o acesso e a qualidade dos serviços prestados à população. Outra grande fragilidade apontada foi o congelamento e a mudança do financiamento dos serviços de saúde, o que representa uma verdadeira ameaça à própria continuidade e existência dos NASFs.

O desmonte afeta tanto a estrutura dos serviços quanto o número de profissionais, insuficientes para darem conta do volume de demandas, o que causa angústia e nervosismo entre as (os) psicólogas (os). A contratação de psicólogas (os) por contrato temporário, em contraste com a maioria dos profissionais concursados, é percebida como um resultado nocivo do processo de privatização da saúde levado a cabo pelo GDF, o que resulta em franca fragilização das redes de cuidado disponíveis pelo SUS.

A prevenção do suicídio atrelada às campanhas do Setembro Amarelo é vista como um desafio, seja por só trazerem o tema em setembro, seja pela falta de profundidade e consistência do que é discutido. Não há locais que acolham preventivamente as pessoas que precisam de escuta. Com a crise econômica e a pandemia esse cenário se tornou mais difícil.

Frequentemente a urgência e os interesses do **paradigma**

biomédico e da Psiquiatria veiculam o suicídio como um “tema apêndice” do SUS, em que basta encaminhar precocemente a pessoa ao psiquiatra que será prescrita uma medicação garantidora de que ela não tire a própria vida. Contudo, o conhecimento consolidado pela suicidologia, afirma que reduzir a abordagem do suicídio à mera assistência médico ambulatorial é uma ação que está longe de oferecer tal garantia, pelo contrário. Por isso é imprescindível retomar os princípios e orientações do SUS e da política de saúde mental voltada para a autonomia e atenção comunitária, para que o suicídio não fique à parte das discussões pautadas nesse paradigma. Foi visto como um grande problema o fato de existirem programas e políticas de prevenção de suicídio que não trazem o histórico político e social da saúde mental a partir dos referenciais da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

A relação com o Programa de Atenção à Violência – PAV pode ter gerado certa subnotificação de casos de tentativas de suicídio e violência autoprovocada, tanto na Atenção Primária quanto no CAPS. Isso ocorreu devido aos diferentes fluxos de encaminhamento de notificações de violência sexual, doméstica e de suicídio, que podem ocorrer no mesmo caso atendido e devido ao corte de verbas dos PAV, que contam atualmente com pouquíssimos servidores, o que dificulta o acesso a tais dados.

Núcleo de Atenção à Saúde da Família – NASF

Potencialidades

É fato conhecido que regiões que implementam políticas e programas de promoção estrategicamente articulados de saúde, prevenção e intervenção em saúde mental desde o nível primário de atenção (Atenção Básica) apresentam

números menores de suicídios e outros comportamentos autolesivos. No nível primário do Sistema de Saúde, psicólogas (os) atuam para dar suporte e voz ao sofrimento de usuários e familiares junto aos profissionais da Equipe de Saúde da Família e do próprio NASF. Elas compartilham com as equipes multiprofissionais, os temas e os efeitos do preconceito, dos posicionamentos morais e das dificuldades em falarem sobre morte e vida no manejo do suicídio. Psicólogas (os) atuam orientando as equipes frente às limitações e dificuldades nos casos mais difíceis.

Profissionais psicólogas (os) buscam o acesso a diferentes formas de cuidado a partir do **Projeto Terapêutico Singular - PTS**, instrumento essencial da atenção psicossocial e ferramenta imprescindível no manejo de casos envolvendo suicídio. O PTS permite a pactuação, junto ao usuário, de objetivos e meios de autocuidado e saúde. Instrumentalizadas (os) pelo PTS, procuram recursos no território e potencializa-se a construção de redes além dos serviços de saúde, junto ao CRAS, COSE, Centros de Convivência, escola de samba, Centro Olímpico, cooperativas, grupos de esporte, serviços da cultura, vizinhos e outros **recursos da comunidade**.

A atuação a partir da promoção de saúde com a metodologia da **Terapia Comunitária** contribui para a prevenção do suicídio ao possibilitar a troca sobre sofrimento, sobre a vida e a morte, e ao promover a criação de redes comunitárias.

Desafios

A Atenção Primária foi extremamente afetada durante a pandemia por Covid-19, com o fechamento de serviços do SUAS e escolas e o direcionamento dos centros de saúde para ações de combate à Covid-19 e vacina. Isso afetou a rede construída anteriormente, o que foi desesperador e muito

sofrido para as profissionais, que ficaram extremamente sobrecarregadas. Nesse período foi necessário pensar em novos modos de lidar com a situações e recriar conexões.

Levantou-se, entre as participantes da pesquisa, a recorrência de um pertinente questionamento das equipes sobre o momento em que os profissionais da Atenção Primária deveriam acionar o CAPS em relação aos casos de automutilação e suicídio.

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Potencialidades

O **arcabouço institucional** dos CAPS é percebido como recurso essencial tanto para o manejo e intervenção em crise, como para a identificação precoce de ideação suicida desde o acolhimento. A formação ativa da equipe sobre mitos acerca do suicídio e a quantidade necessária de profissionais, possibilitam diferentes formas de lidar a partir do **PTS, visto como a ferramenta capaz de possibilitar que se construa, junto com o usuário, como e em quais aspectos o cuidado será oferecido.**

As estratégias para evitar a consumação do suicídio, internação e agravamento do sofrimento envolvem a intensificação da frequência e aproximação dos usuários no CAPS e em outros locais da rede durante a crise, cujo manejo ocorre em dupla de profissionais, seja de nível superior ou técnico. O **cartão de crise** pode ser utilizado como ferramenta de trabalho no CAPS para planejar os recursos da rede institucional e pessoal disponíveis quando a pessoa necessita de apoio emergencial.

Os **grupos de intervenção em crise** mostraram-se, no contexto de trabalho das (os) psicólogas (os) que atuam nos CAPS do DF, experiências e recursos potentes. Tais

profissionais reportarem experiências positivas, tanto no manejo com adultos quanto com adolescentes com ideação ou tentativa prévia de suicídio.

Segundo as participantes, o manejo em grupo abarca o estabelecimento de vínculos, a identificação de fatores de risco, a validação do sofrimento e o exercício de alteridade para pensar a relação com o outro e com o que o suicídio evoca no outro, além de garantir contexto protetivo para usuários, fortalecer a autonomia e possibilitar um espaço de troca sobre o que fazer em cada situação. A experiência com adolescentes teve grande adesão e receptividade, contando com profissionais, estagiárias e residentes, o que possibilitou um olhar expandido para perceber as demandas singulares de cada participante.

A formação com base nos referenciais de atuação da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica de psicólogas (os) e assistentes sociais enriquece o trabalho com uma visão que inclui as questões estruturais relacionadas ao suicídio, em contraste com a formação biomédica que é tomada enquanto limitadora da atuação.

A prevenção no CAPSi ocorre **em parceria com as escolas**, por meio de uma série de ações de prevenção em saúde mental que são conduzidas, como uma medida de precaução, sem que se explicita diretamente os temas do combate e enfretamento do suicídio e outros temas geradores de sofrimento psíquico. Através de situações recreativas, em oficinas, rodas e com música, os profissionais que atuam na interface estratégica saúde/escola conduzem ações de prevenção que abordam mais intensamente os fatores de proteção, como a importância de se pedir ajuda nos momentos difíceis, e potencializam a capacidade dos coletivos e grupos de estudantes e professoras de perceberem e manejarem os sinais de sofrimento e risco que

precisam de atenção.

Durante a pandemia, profissionais retornaram aos atendimentos individuais, **correndo o risco do CAPS se tornar um grande ambulatório** com agendas lotadas e espera de dois meses. Frente ao desespero de verem as ações em grupo e intersetoriais se perderem, psicólogas (os) reinventaram os acompanhamentos por meios virtuais e grupos online para estratégias de maior alcance. Foram feitas reflexões sobre o manejo de grupos virtuais, com incentivo a grupos menores. Realizaram pesquisa com os usuários para saber quem tinha acesso ao celular. Tendo em vista a dificuldade de acesso dos usuários às plataformas online foi solicitado o apoio da gestão para favorecer o atendimento via celular institucional e whatsapp. O Whatsapp foi considerado uma ferramenta válida para o contato e manutenção de vínculo durante a pandemia. **Ressaltou-se a necessidade de avaliação da disponibilidade profissional para cada situação**, de forma que o recurso continue sendo útil. A mudança para o formato online de grupos de intervenção em crise abarcou casos de menor risco. O trabalho em equipe multiprofissional com Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Assistência Social foi percebido como grande potência.

Desafios

Apesar de o SUS ser majoritariamente acessado pela população negra, foi enfatizada a necessidade de formação de profissionais de saúde e de saúde mental para compreender as especificidades e a amplitude dos impactos do racismo e da pobreza na saúde mental geral da população atendida.

Foi relatada uma experiência de atendimento de uma menina negra que chegou no CAPS após uma série de vivências de racismo. Segundo a profissional que a atendeu, a

menina relatou vivências de racismo que fragmentaram sua autoestima, relatando auto-ódio. A partir disso, a profissional traz seu trabalho de “juntar um espelho quebrado” e reconstruir uma imagem fragmentada de forma integrada. O trabalho realizado envolve poder juntar as peças, ajudar os sujeitos a se olharem de forma diferente, a se sentirem integrados, a crescerem juntos para construírem uma outra história. Isso envolve tanto a sua mãe ter um emprego e inserção social ao invés de ser “a preta diarista que foi demitida porque estava com LER e não tem a quem ou onde recorrer”. A profissional relata que, depois de dois anos de atendimento, a menina passou a se reconhecer como negra e deixou de alisar o cabelo, passando a frequentar o grupo com o cabelo todo crespo. Todo o grupo comemorou e refletiu sobre os avanços dessa usuária.

“É sobre dar voz e ter ouvidos para o que está sendo dito quando alguém tenta se matar e diz que a vida não está funcionando para ela, ouvir o que ela passa diariamente, a falta de espaço em todos os lugares.”

Qualquer psicóloga (o) que trabalhe com suicídio precisa refletir sobre as condições de vida da maioria das pessoas atendidas pelo SUS, **as pessoas negras**. Por mais que o sofrimento seja grave, é essencial apontar as diferenciações dos sofrimentos decorrentes de inserções específicas da população.

Foi ressaltada a necessidade de profissionais entenderem como as questões **estruturais das violências de raça, etnia, gênero, lgbtfobia e capacitismo** impactam a pessoa com ideação suicida. A atuação da Psicologia junto a usuários, familiares e profissionais deve ser no sentido de se compreender as multiplicidades de vivências de sofrimento entre as pessoas atendidas. Compreender como a violência

estrutural produz e agrava o sofrimento, ao ponto de fazê-las questionar e atentar contra a própria existência.

O **protagonismo e autonomia** da pessoa com ideação ou tentativa de suicídio foi levantado como uma questão ética importante, visto que a autodeterminação é o primeiro direito a ser violado em nome do cuidado. Ressalta-se a diferença entre a pessoa ser monitorada ou acompanhada, entre ser vigiada e não estar sozinha. Muitas vezes o caminho que se constrói é da vigilância e controle, ao invés de estar junto e disponível.

Foi verificada a existência de um dilema ético em se trabalhar com diagnósticos como Transtorno Opositor Desafiador – TOD para populações em sofrimento frente às perdas e violências vividas. Recomenda-se verificar as circunstâncias a partir das quais crianças e os adolescentes recorreram a tais padrões comportamentais. Faz-se necessário, considerar os pontos éticos, étnicos e estéticos que eles trazem: sentimento de humilhação, desenraizamento e invisibilidade. **Os serviços devem ofertar estratégias que não reproduzam a humilhação, que reconheçam as questões éticas de cada um, as afinidades estéticas, o que querem criar e sentir, de modo a dar voz ao sofrimento.** As apostas são na arte e cultura como patrimônio imaterial, com espaços na comunidade que os cativem a partir do que gostam, como skate, rap, capoeira, batalha de rima.

É imprescindível que se apresente na Referência Técnica de Atuação na Prevenção do Suicídio o **limite da atuação encontrado pelas profissionais de Psicologia frente ao suicídio**, considerando todos os problemas por trás da tentativa de suicídio e a atuação na construção de redes.

A **emergência** é vista como um ponto muito frágil de assistência ao suicídio no DF. Muitas vezes o preparo das

equipes móveis do SAMU não é adequado, lançando mão de práticas violentas, manicomiais e biomédicas em relação à pessoa com tentativa de suicídio. Também no hospital há grande probabilidade de evasão da pessoa, ou de “ser evadida” pela negligência e problemas nas trocas de plantões. Falta maior preparação das equipes e presença de profissionais de Psicologia nas emergências de saúde mental.

Hospital geral

Potencialidades

Está previsto pela portaria de fluxo de atendimento que pessoas com ideação suicida e após tentativa passem primeiro pelo hospital geral antes de serem encaminhadas para o hospital de Base ou hospital psiquiátrico. O atendimento psicológico nesses casos é iniciado pela (o) psicóloga (o), que realiza **busca ativa dos pacientes**, apesar de ocorrer a liberação de alguns casos sem avaliação psicológica ou psiquiátrica.

Atualmente fazem encaminhamento formal aos serviços da RAPS, com fornecimento de endereço e forma de funcionamento dos serviços. Com isso, **percebem maior acesso, acolhimento e adesão dos usuários nos CAPS e na Atenção Primária**. Ocorre ainda a articulação direta com o PAV, que funciona no hospital, de qualquer indício de violência relacionado com tentativa de suicídio, o que possibilita que a pessoa seja acolhida e atendida.

No início da pandemia foi identificada uma diminuição drástica no número de tentativas de suicídios e outras demandas no pronto socorro. Logo em seguida observou-se que os números retomaram ao que eram antes. Isso, em parte, foi explicado pelo fato de que o pronto socorro teria

passado a receber menos casos de tentativas no período inicial do isolamento. Contudo, **em nenhum momento**, mesmo quando o hospital atendia a Covid-19, **houve suspensão da assistência às tentativas de suicídio**.

Desafios

Há dificuldade na articulação com a Atenção Primária para que profissionais compreendam que **a prevenção do suicídio não é responsabilidade apenas de profissionais de saúde mental**. São encaminhados principalmente casos de primeira tentativa, com evento precipitador, que tenham rede bem estabelecida. O maior contato é com o CAPS que atende a região, porém há **dificuldade de acesso de pessoas que moram em locais distantes do CAPS**, sendo necessário adequar o fluxo de atendimento. A equipe do CAPS está reduzida, há constrangimento ao encaminhar casos pois sabem que faltam profissionais para cuidar, articular, estar nos espaços e participar das reuniões. Não há como efetivar estratégias de prevenção do suicídio com um quadro deficitário de profissionais.

A partir de questionamento direcionado ao Comitê de Prevenção do Suicídio sobre como humanizar e cuidar da saúde mental nas emergências, foi sugerido que profissionais de saúde mental estejam presentes e atuantes também nesse nível de ação. A (o) psicóloga (o) pode atuar de maneira fundamental para destruir a cultura de intervenções violentas e preconceituosas, que levam os pacientes a se sentirem piores ou desistirem do atendimento enquanto ainda vivenciam um momento de grande vulnerabilidade. **Há uma percepção que alguns profissionais começam a se policiar e conscientizar quando profissionais de Psicologia ou assistência social estão por perto**.

A persistência do estigma do suicídio relacionado ao

pecado da religião por profissionais de saúde dificulta a atuação na posvenção. **Profissionais reproduzem o estigma sem respeitar a dor das famílias e dos sobreviventes**, que passam por um luto velado e silenciado, marcado pela culpa e vergonha.

Ambulatório diversidade de gênero – Ambulatório TRANS

O Ambulatório surgiu em 2017, é vinculado à atenção secundária e funciona no Hospital-Dia de infectologia, local de referência para as pessoas LGBTQIA+ no DF. A implementação do Ambulatório ocorreu a partir da luta política de movimentos trans do DF, Defensorias Públicas do DF e União e serviços de outras Secretarias, especialmente o CREAS da Diversidade. Conta recentemente com autonomia no organograma, CNES próprio, possibilidade de lotação específica e habilitação do Protocolo Transexualizador do SUS no Ministério da Saúde. Apesar da ampla assistência multiprofissional, a demanda é muito grande, com fila de espera de cerca de 200 pessoas.

Há um fluxo direto com o “serviço-irmão” CREAS Diversidade, um serviço da diversidade sexual, étnico-racial e religiosa. As parcerias envolvem Adolescento, Defensoria Pública do DF e da União, Delegacia de crimes especializados contra a intolerância – DECIM, o setor de direitos humanos do Ministério Público, e movimentos sociais como Mães da Diversidade, ONG de familiares de pessoas LGBTQIA+.

A assistência psicológica é voltada aos processos de hormonização, saúde mental e psicoterapia. Frente aos casos de tentativas de autoextermínio, adotam técnicas de *pacto de vida* e identificam riscos mórbidos. Nos casos de ideia suicida é feito acolhimento em que se identifica a gravidade

do sofrimento e o risco é avaliado. As pessoas que não apresentam transtornos mentais são encaminhadas para uma rotina terapêutica ampla, com diferentes formas de suporte do Ambulatório, o que resulta na diminuição da ocorrência dessa morbidade. Nos casos de emergência e urgência, as equipes recorrem aos dispositivos do SUS, como internações curtas em CAPS III ou mesmo em hospital psiquiátrico. Há forte parceria com os CAPS quando manejam conjuntamente os casos mais agravados.

Potencialidades

Como ciência, profissão e atitude, a Psicologia é imprescindível para o trabalho multiprofissional no Ambulatório. Faz-se necessário que as profissionais componham as equipes, de modo a contrabalançar as dimensões dos determinantes sociais de saúde na problemática trans.

A grande questão trans é a questão do poder sobre o corpo. A Psicologia atua no sentido de problematizar a dimensão de poder, visto que hoje a transgeneridade é entendida enquanto incongruência à normatividade de gênero. Ao assumir tal perspectiva, a Psicologia opera um importante avanço conceitual e teórico. O debate despatologizante traz o enfoque que sai da perspectiva intrapsíquica, binária e genitalista e passa a ser focada em uma perspectiva relativa às normas de gênero e sociais. Em termos gerais, a Psicologia ocupa o lugar de proteção e aliança com a pessoa frente os discursos de poder (sejam médicos, moralistas, conservadores, de vigilância ou fascistas), ou dos discursos estéticos que se traduzem em ideais de beleza alinhados à lógica neoliberal de consumo do corpo e da sexualidade. A Psicologia consegue testemunhar como o fenômeno da identidade humana é múltiplo, e pensar

além da visão exclusivamente binária da hormonização *male-to-female*, (masculino-feminino), ou *female-to-male* (feminino-masculino).

A partir da experiência profissional de atendimento às pessoas transgênero, inclusive crianças e adolescentes, bem como, pela literatura e arcabouço despatologizante, nota-se como **os transtornos mentais cursam paralelamente às questões identitárias, ou vêm em resposta aos atritos no desenvolvimento dessa identidade / self às normas sociais.** Ao longo do acompanhamento multiprofissional no processo de transição, percebe-se como a maioria desses quadros tendem a um melhor prognóstico quando respeitada a identidade de gênero em todos os aspectos, não só quanto aos de saúde – com destaque à hormonização –, mas também, aos aspectos familiares e principalmente, às dimensões da sociedade.

A saúde mental é fortemente afetada quando há sobreposição de discriminações, principalmente de sofrimento social da população negra no Brasil. Quando há a sobreposição da condição trans, pessoa negra, com transtorno mental grave e persistente, esse lugar de alteridade torna-se ainda mais desafiador. O trabalho precisa ocorrer pelo contorno e apoio social à pessoa, com a aliança dela ao seu *self* e sua singularidade vista e respeitada. Muitas vezes o acompanhamento especializado e principalmente o acesso ao processo de hormonização se mostram fontes importantes de estabilidade e pertencimento dos sujeitos, inclusive em relação à própria comunidade de pessoas trans.

É preciso avançar na compreensão e identificação das interseccionalidades para a promoção de políticas públicas e ações equânimes para pessoas trans, incluindo aqueles com deficiência motora. Existem vulnerabilidades específicas: muitas travestis mais velhas precisaram se hormonizar por

conta própria ou em função do trabalho sexual, o que pode produzir agravos como trombose e resultar em dificuldades de locomoção, ou deformações pelo silicone industrial, o que aumenta o estigma social.

É muito importante a instituição de uma política pública específica para a população LGBTQIA+ negra, que é, também, a população mais vulnerável às ISTs. A explicação não passa por uma perspectiva liberal já bastante combatida de culpabilizar os indivíduos pelas suas próprias vulnerabilidades e se basta em definir essa população enquanto um “grupo de risco”. A percepção da necessidade de políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+ negra se justifica, antes, pela crescente percepção de como essas pessoas e seus corpos são empurrados para os lugares da abjeção e do extermínio, a percepção crescente dos processos que as remetem, sistemática e reiteradamente aos lugares sociais nos quais a morte ronda.

Antes da pandemia, ocorriam eventos por toda a cidade em janeiro, mês da visibilidade trans, em parceria com a Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania. Naquele período foi constituída uma importante rede de atores e instituições, que precisa ser resgatada e ampliada pois cumpre um papel importante ao se fazer ouvir por outros profissionais, governantes e sociedade.

Desafios

Segundo participantes da pesquisa, a primeira intervenção preventiva é o treinamento dos profissionais de saúde mental de CAPS e outros serviços para conseguirem identificar o sofrimento ligado à incongruência e às normas de gênero. A qualificação da capacidade técnica de identificar, desde a adolescência, a origem desse sofrimento pode prevenir tentativas de autoextermínio. Há pesquisas

que demonstram que uma estratégia governamental barata de diminuição significativa das taxas gerais de suicídio é o **enfoque e olhar atento para as questões de diversidade de gênero**, como a mudança nos formulários de cadastro e nos sistemas de informação, que devem incluir categorias de autodeclaração de gênero, e o respeito das instituições ao nome social e à identidade de gênero – o que inclui a garantia do direito ao uso de banheiros conforme autodesignação de gênero, o uso de crachás e vestimentas.

O acolhimento de uma pessoa transgênero deve partir dos **princípios de reconhecimento da autodeterminação da identidade de gênero, do reconhecimento da pluralidade da identidade de gênero e da despatologização das identidades trans**. Os profissionais de saúde de maneira geral e especialmente os da Psicologia precisam criar condições de escuta abrangente e acolhimento integral das pessoas trans para que se sintam à vontade com suas próprias narrativas. Se a pessoa solicitar ajuda e estiver confusa, pode-se oferecer suporte não corretivo e não adaptacionista, de forma que a pessoa se liberte do que a oprime.

Há uma discussão paradigmática que o Brasil enfrenta atualmente: a disputa em torno da visão da saúde como um produto a ser capitalizado ou um direito a ser reconhecido. No âmbito do DF, essa disputa acontece com forte pressão das corporações médicas e seu interesse em restringir o impacto dos serviços públicos de base comunitária, como o é o caso do Ambulatório Trans. Na realidade do DF, ainda é o dinheiro das pessoas que podem pagar que financia a pesquisa, a ciência e as cirurgias. Países como o Brasil, que ainda contam com sistemas únicos e universais de saúde, vinham assumindo um lugar de vanguarda na assistência às pessoas trans, processo que foi suspenso a partir do impeachment sofrido pela presidenta Dilma em 2016.

Ao assumir o poder, a primeira ação do presidente Michel Temer foi suspender o programa de atendimento à população trans. A partir daquele momento, a **União passou a se desresponsabilizar pela regulação nacional do fluxo estadual de cirurgias de transgenitalização** e pela compra e dispensação dos hormônios essenciais ao processo transexualizador.

Foi observado, também nessa área, a necessidade de se superar uma visão estritamente biomédica e exclusivamente hospitalocêntrica; de se recuperar o debate da luta antimanicomial em prol de uma clínica ampliada e de uma prática de medicina comunitária e integrativa. Os enfoques mais progressistas eram uníssonos para a questão trans por tratar-se da questão **do poder sobre o corpo e de questionar o poder médico** – o que começa a ser questionado diante da pandemia pelas condutas questionáveis do Conselho Federal de Medicina.

No sentido estrutural, percebe-se necessário um **debate para a mudança cultural do paradigma alinhado ao sistema CID-10, tomado pelos participantes enquanto um sistema pautado numa noção essencialmente patologizante**. Desta noção decorrem todos os ordenamentos lógicos de ajustes no SUS do DF como: o ordenamento de fluxo para as cirurgias já realizadas (como mamoplastia, mastectomia, histerectomia); aquisição e dispensação de hormônios; a campanha de matriciamento da Atenção Primária e da RAPS sobre o tema trans; o estabelecimento de fluxo e linha de cuidado na atenção primária, terciária e quaternária; a regularização da oferta de exames. Tal mudança faria muita diferença nos índices mórbidos de comportamentos autolesivos e tentativa de autoextermínio da população trans e não seria nada muito caro.

A partir da **pandemia**, houve mudança no

procedimento de ingresso do serviço, diminuição da capacidade da assistência e necessidade de adaptação. Fez-se necessária a instauração do teleatendimento, muitos profissionais adoeceram por Covid-19 ou por outras questões de saúde, sobremaneira, em função de questões de saúde mental. Houve aumento geral da ansiedade, das dependências e do comportamento virtual-dependente dos celulares. O empobrecimento da população e o severo agravamento social para a alimentação e transporte foram percebidos, com conseqüente dificuldade para as pessoas se reunirem. A falta de vagas de trabalho foi agravada ainda mais para a população trans, houve aumento da comoção frente à exposição daquelas e daqueles que precisam do trabalho sexual por terem que se expor apesar do risco de contágio por Covid-19. O fato de muitas pessoas em isolamento conviverem mais tempo com famílias transfóbicas gerou prejuízos para a saúde mental, além do luto pelas perdas e enfrentamento da situação de adoecimento. O direito à personalidade, dignidade humana e comida no prato foram considerados bons remédios para prevenir suicídio.

Destaca-se que a problemática da disforia – sofrimento muito característico da pessoa trans com o próprio corpo, de poder buscar a singularidade e autoimagem mais próximas com as tecnologias disponíveis para melhoria do corpo – foi afetada durante a pandemia. Por não haver fluxo regulado para prosseguimento da hormonização na Atenção Primária ou de cirurgias na Atenção Secundária, durante a pandemia **as pessoas que eram acompanhadas no Ambulatório sequer conseguiram ingressar em processos de judicialização para as cirurgias que já são realizadas pelo SUS, visto que o sistema de saúde estava abarrotado e as cirurgias eletivas suspensas.** Além disso, a falta de exames e de dispensação de hormônios pelo SUS representou grave prejuízo. Uma forma

de apoiar a capacidade de manejo da frustração, da degeneração e até de desidentificação com o corpo foi a promoção do cuidado da Psicologia alinhada aos saberes antigos do hatha yoga e ayurveda.

Há questões éticas importantes relacionadas à classe médica, que muitas vezes questionam a capacidade de manter a hormonização em pessoas com transtorno mental grave, devido aos possíveis agravos alucinatórios e delirantes. São pontos complexos, considerando que muitas vezes a hormonização é o que ajuda a pessoa a sair das crises. **Foram apontadas diferenças importantes de uma Psicologia centrada na pessoa e de uma medicina ou Psicologia centrada na doença.**

Uma postura ética importante levantada em consonância com a defesa do respeito à autodeterminação dos movimentos trans e em comparação com a Psicologia de outros países é de não ser corporativa no processo do protocolo transexualizador. **A perspectiva exclusiva da avaliação psicológica neste processo fomenta a dimensão do poder da Psicologia.** Por exemplo, não deveria ocorrer encaminhamento compulsório para a Psicologia antes da pessoa passar com a endocrinologia.

Secretaria de Saúde no Sistema Prisional

A implementação no DF da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional ocorre entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Segurança Penal, com foco na promoção e prevenção de saúde através de Unidades Básicas de Saúde dentro do Sistema Prisional. Cada um dos 04 presídios da Papuda possui uma equipe de saúde, usualmente com uma

equipe psicossocial formada por psicóloga e assistente social.

Durante a realização da pesquisa estava em construção em um documento com diretrizes do sistema prisional para prevenção do suicídio, considerando a especificidade do Distrito Federal de possuir profissionais servidores nas Unidades de Saúde do Sistema Prisional.

No regime semiaberto há mais de 4 mil pessoas em privação de liberdade para a atuação de 03 profissionais de Psicologia. Cada regime do sistema prisional possui demandas específicas relacionadas ao suicídio. Considera-se que a porta de entrada do Sistema Prisional apresente mais ocorrências, considerando o grande impacto sofrido pelas pessoas ao chegarem.

Potencialidades

Há grande demanda de atendimento por ofício da justiça da Vara de Execuções Penais – VEP, cuja articulação envolve a seleção de quem precisa de atendimento, visto o alcance ser restrito. O atendimento individual ocorre em situações de emergência, como tentativas de suicídio ou em situações de crises agudas de sofrimento psíquico.

Considerando a realidade da demanda gigantesca de atenção, há uma tentativa de abarcar as necessidades das pessoas nos presídios através **de grupos temáticos**. Apesar de ser considerada uma forma de “enxugar gelo”, percebe-se ser o possível a realizar no momento. Foram estabelecidas 03 grandes temáticas para atuação a partir do público atendido: a do autoconhecimento e autocontrole para pessoas em privação de liberdade que cometeram crimes violentos, hediondos e crimes contra a vida; para pessoas que cometeram ato de violência sexual; para o público com algum envolvimento com drogas, seja a partir do tráfico ou histórico de uso.

A percepção de **peessoas LGBTQIA+ estarem mais vulneráveis no Sistema Prisional** levou à criação de um grupo específico de atendimento, com rodas de conversa de escuta. Foi requerido pela Justiça o acompanhamento do processo de autodeclaração das pessoas transgêneras para decisão de inserção no presídio feminino.

Há um grupo de pessoas presas há muitos anos, chamados de “segurança máxima”, que estão sozinhos na cela ou no máximo com duas pessoas, percebidos como um grupo mais vulnerável ao suicídio. Considerados os que “dão mais trabalho” no Sistema, muitas vezes a equipe de segurança tem mais disponibilidade para levá-los aos atendimentos. Ocorre trabalho intenso das profissionais de psicóloga com autores de violência sexual, discriminados dentro da prisão, conforme o entendimento de que a oferta de cuidados psicossociais pode proteger futuras vítimas.

As notificações de suicídio são realizadas há alguns anos, após a compreensão da necessidade de registrar os casos.

A equipe como um todo realiza o **acolhimento**, que não é exclusivo da Psicologia. Compõem as equipes auxiliar de enfermagem, dentista, técnico de higiene bucal, fisioterapia e algumas Unidades contam com terapeuta ocupacional. Muitas vezes, o médico realiza o primeiro atendimento e encaminha para a equipe psicossocial. O serviço social tem contribuição na verificação da realidade social do interno e na retomada de seus vínculos. Percebe-se como positivo o olhar da equipe de saúde para a temática do suicídio.

Durante a pandemia, a atuação profissional **deixou de ser fragmentada e dispersa e se reorganizou no formato de uma equipe**. Anteriormente, cada um fazia sua ação isoladamente - a psicóloga chegava, fazia grupo e saía. Com a

pandemia, as ações se tornaram mais uniformes na construção do cuidado e da prevenção em saúde.

Desafios

Os participantes reportaram uma percepção da reprodução maximizada da relação entre discriminações e suicídio no Sistema Prisional. **Quem está preso são as pessoas negras, com baixa escolaridade e poucas oportunidades, o que escancara a falta de políticas públicas e cuidado com quem mais precisa.** A reprodução da violência sistêmica com essa população a coloca em uma situação de permanente vulnerabilidade e exclusão.

Não há um programa específico de prevenção ao suicídio no Sistema Prisional, nem espaços de cuidado nesse sentido. Contudo, percebe-se demandas cíclicas de suicídio, com épocas nas quais se assomam várias tentativas e casos de flagrante ideação, e outras sem demandas para as psicólogas. A partir de sua prática profissional as participantes reportam a impressão de que esse fato esteja relacionado à **estrutura e organização do Sistema Prisional**. Recentemente houve caso de suicídio em que conseguiram atender as pessoas que compartilhavam a cela, porém isso é um caso raro no contexto do sistema.

Há uma sensação comum de que o Sistema Prisional “pega” os profissionais que ali trabalham, que reportam sentirem-se também “presos” ali, com poucas possibilidades de vislumbrar ou efetuar mudanças reais no sistema. O retorno para o atendimento é muito baixo, na maior parte das vezes as (os) profissionais atendem o interno pontualmente, no máximo duas ou três vezes, não há nenhuma garantia de acompanhamento continuado. Apesar de serem realizadas intervenções durante a crise, as (os)

profissionais não conseguem realizar ações de posvenção quando não há escolta. Mesmo com tais restrições, os internos agradecem a atuação das profissionais de Psicologia por **tratarem com educação, respeito e humanidade**, tratamento diferente do usual entre outras categorias no Sistema Prisional que chegam a se referir a eles, abertamente como “vagabundos”.

A maior parte das demandas de sofrimento, ideação e tentativa de suicídio são em decorrência da realidade precária do sistema carcerário e da impossibilidade de se vislumbrar outras possibilidades: **isolamento, encarceramento, pobreza das relações familiares, rompimentos, culpa e remorso**. Apesar de realizarem escuta qualificada e acolhedora nas situações de ideação ou tentativa de suicídio relacionadas à mudança de celas ou ao contexto prisional, as psicólogas não têm poder de decisão sobre tais condições, conseguindo apenas sugerir alterações paliativas para tentativa de alívio do sofrimento.

O desmonte e o subfinanciamento das políticas públicas de saúde relacionadas ao Sistema Prisional é percebido, na medida em que esse sistema é deixado “à margem da margem”. Esse processo se materializa na tentativa do Ministério da Saúde de extinguir as equipes psicossociais e o financiamento para políticas de saúde nesse sistema. O impacto do desmonte é percebido na forma de atuação, na desqualificação do trabalho da Psicologia e no alcance que essas políticas têm junto a essa população carente de qualquer cuidado. **Com a ausência das políticas públicas permanece apenas a reprodução do descaso, onde quem está preso é lançado à própria sorte**. Isso reforça ainda o discurso hegemônico de que a população prisional não teria nenhuma necessidade e que o fato de haver psicólogas (os) no Sistema Prisional seria um “luxo”. O subsídio da equipe

psicossocial nas decisões do sistema de justiça é considerado importante para sua manutenção.

A **articulação com a rede intersetorial** depende de cada unidade, porém permanecem extremamente isolados. No regime fechado não há possibilidade de encaminhamento para outros serviços, contam apenas com os profissionais de saúde de referência. No regime semiaberto, por vezes conseguem realizar vinculação com a família, encaminhamentos e orientações a partir da demanda. Na porta de entrada do Sistema conseguem contatar e trocar com os CAPS, porém há muita pouca articulação com a rede como um todo.

Durante a pandemia, as equipes tiveram que deixar de realizar os grupos, o trabalho ficou acumulado e tiveram que se adaptar. As pessoas presas ficaram meses sem receber visita dos familiares para diminuir a possibilidade de contágio por Covid-19. **No entanto, há relatos sobre muitos agentes de segurança que recusaram usar máscaras**, mesmo com ações sobre as questões sanitárias que repercutiriam na segurança das pessoas presas.

Foi mencionada a impossibilidade de ter um setting terapêutico dentro do presídio e de não ser possível realizar atendimentos individuais ou em grupo sem escolta de policial penal, **o que impede o sigilo profissional**. Este contexto da segurança, distinto da saúde, impacta na atuação da Psicologia de forma geral. O trabalho é permeado pela segurança e pelas regras institucionais, que exige adaptação ao que é possível fazer, sendo um ambiente violento, preconceituoso e sofrido, com desvalorização da vida das pessoas presas.

A alta rotatividade dos agentes penitenciários é vista como um problema. Já houve a expulsão de duas psicólogas das Unidades, motivada pela não concordância da atuação no

sentido da defesa dos direitos e de ouvir efetivamente quem está preso. Apesar das interferências institucionais, **compreende-se que há grande contribuição na explicitação da atuação da equipe psicossocial no sentido do cuidado e da sensibilização dos agentes.**

Gerência de Práticas Integrativas

A Política Distrital de Práticas Integrativas conta com especialistas que fazem a gestão de yoga, fitoterapia, antroposofia, Tai Chi Chuan, Lian Gong, Shantala, Reiki e Terapia Comunitária, que têm como principal função oferecer amplo acesso à população para as práticas a partir da intersetorialidade e integração das políticas públicas. A formação em Terapia Comunitária para servidores da Secretaria de Saúde abrange psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiras, médicos e agentes comunitários de saúde do CAPS, Unidade Básica de Saúde e Saúde Prisional.

A parceria com a UnB e com a Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa instituiu a Terapia Comunitária como disciplina curricular, em que estudantes de diferentes cursos de graduação e pós-graduação participam das rodas uma vez por semana durante um semestre. A prevenção do suicídio envolve a identificação de situações de risco, encaminhamentos para os CAPS do território, acionamento de profissionais voluntários e criação de redes de apoio entre os estudantes. Há o projeto de criar um grupo online semanal para estudantes do ensino médio, com acompanhamento pela universidade. Houve a tentativa de fazer rodas na universidade com estudantes indígenas afastados de suas comunidades durante a pandemia, o que

gerou elevado sofrimento.

É ofertado um grupo comunitário online às sextas feiras em que participam jovens, idosos, estudantes, profissionais e usuários do CAPS, em que surgem frequentemente questões relacionadas à prevenção e acolhimento a pessoas que já tentaram suicídio.

A partir de projeto piloto desenvolvido pela Gerência de Práticas Integrativas em Saúde, foram reduzidos os agravos de saúde e tentativas de suicídio e mutilação no contexto escolar e aprovada a deliberação nº 11 de 19 de julho de 2019¹⁶ do Projeto Práticas Integrativas na Escola, em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde e da Educação.

Este projeto foi idealizado por uma psicóloga e professores de uma escola de ensino fundamental, como uma síntese de uma longa caminhada profissional e formativa para implantar as PICS nas escolas como ação preventiva. Em 2018 foram ofertadas vagas para a formação em Terapia Comunitária para profissionais de saúde e comunidade escolar, com a condição de que se realizassem rodas nas escolas. A participação de uma médica de família e comunidade da Unidade de Saúde da Família da região foi fundamental para efetivar as rodas na escola.

As rodas de Terapia Comunitária ocorriam semanalmente, com priorização pela escola de estudantes dos 7º, 8º e 9º anos com tentativa de suicídio e histórico de mutilação, com criação de instrumento de identificação para os professores. O perfil envolvia estudantes ensimesmados, que tivessem alguma questão de socialização e com histórico de tentativa de autoextermínio e automutilação.

¹⁶ http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/105e47a67fac43fab901fb84ffdf6673/ses_dlb_11_2019.html

Potencialidades

A aproximação da Terapia Comunitária nas políticas públicas intersetoriais e nas políticas de prevenção são os pilares para a atuação profissional. A Terapia Comunitária é compreendida como um recurso de prevenção tanto na área do uso de drogas, quanto na promoção de saúde mental e nos relacionamentos familiares, a partir do contexto sócio-histórico.

É apontada como relevante no processo, a importância de se transitar entre os diversos espaços, não ficar em só um lugar, permanecendo em contato com estudantes e professores. A sintonia entre o olhar dos estudantes e dos professores é retroalimentada neste sentido. Sugere-se que as psicólogas passem pelos espaços, encontrem o prazer no fazer, considerando os desafios e exigências encontrados.

À medida que os estudantes compreendiam que o momento era de partilha entre eles, começaram a chamar os colegas e em ao menos um momento realizaram a roda sem a presença da terapeuta comunitária, por vezes, fechavam a porta da sala de aula e diziam aos professores que precisavam conversar, o que foi entendido pela proponente, como uma bonita subversão. Os estudantes assumiram o lugar de protagonismo, passaram atuar como multiplicadores e, ao se apropriarem do método, sugeriram a mudança da nomenclatura Terapia Comunitária para Roda de Partilha Integrativa.

O **fortalecimento entre pares** nas rodas, com a presença de adultos de referência que tinham expectativas positivas em relação aos alunos, possibilitou uma mudança grande de postura e ressignificação da culpa sentida por meninas que tinham sido violentadas, o que era um fator de risco para suicídio. Os fatores de risco foram trabalhados sem um direcionamento específico, surgido no processo de

diálogo e acolhimento. Ao perceberem que não era um espaço de julgamento, sem conselhos, ou alguém dizendo o que fazer para resolver a vida, facilitou-se a expressão e elaboração das questões que não tinham espaço para serem colocadas.

Percebeu-se a **melhoria do desempenho escolar dos estudantes e no comportamento de socialização durante o projeto**. Os estudantes passaram a ter um olhar mais sensível e cuidadoso com os colegas, além de terem diminuído posturas machistas e discriminatórias de estudantes, o que refletiu em mudanças de várias dimensões. Nesse processo foram criados grupos de whatsapp que funcionam como redes de prevenção do suicídio quando alguém pede socorro.

Em 2020, com o início da pandemia por Covid-19, houve mudança no foco do projeto, que passou dos estudantes para os professores, considerando a mudança na educação, da modalidade presencial para a modalidade online e a necessidade de adaptação à tecnologia. Foi constituída uma equipe de 05 terapeutas comunitários formados para realizar rodas online de Terapia Comunitária, dois dias por semana, em 42 das 50 escolas da Região Administrativa. As rodas contaram com 50 a 60 pessoas em sala. O modo on-line não permitiu avaliar a dimensão da prevenção do suicídio, porém a experiência viabilizou espaços potentes de acolhimento dos professores em sofrimento emocional intenso. Em algumas escolas foram realizadas rodas específicas quando houve a perda de professores ou diretores por Covid-19.

Desafios

A partir do desejo de expansão do projeto para outras escolas, chegaram a fazer outras experiências em escolas que solicitavam as rodas conforme tentativas e efetivações de

suicídio. Não houve continuidade com o início das férias e em seguida pela pandemia por Covid-19. Havia também a pretensão de fornecer um novo curso de formação em Terapia Comunitária em 2020, o que não foi possível também devido à pandemia.

Um desafio encontrado foi enfrentar o questionamento dos serviços de saúde em reconhecer a Terapia Comunitária como uma prática da atuação médica, ao invés da atuação ambulatorial, o que impedia a institucionalização do projeto a partir da Unidade de Saúde em parceria com a escola.

O projeto **não conseguiu alcançar o status de validação e reconhecimento como política pública**, não houve tempo de amadurecimento para ser enraizado e continuado dentro da escola. Aguarda a amenização da pandemia para retornar o projeto nas escolas, e consideram que contar com um espaço específico para as Práticas Integrativas, como um *lócus*, é uma marca muito positiva.

Recomenda-se que não se coloquem professores para conduzir rodas de Terapia Comunitária dentro do horário de coordenação coletiva de forma impositiva ou obrigatória. Há uma ética do cuidado que precisa estar acima disso, em buscar outras formas de chegar nas rodas.

Tal qual os demais contextos, percebe-se uma relação muito próxima entre o **suicídio e as discriminações na comunidade escolar em relação aos meninos e meninas negras, trans e lésbicas**. A composição dos grupos de estudantes reflete e é percebida como um microcosmo das populações mais vulnerabilizadas, público majoritário nas rodas. A prevenção ocorre quando se cria um tecido social mais saudável e agregador, que permite a escuta de como se sente uma menina trans, como ela é, por exemplo, para ampliar a compreensão além dos padrões instituídos.

Secretaria de Estado da Educação

As ações de prevenção do suicídio e automutilação envolvem tanto estudantes quanto servidores, com *lives* sobre o tema. Priorizam atuações coletivas, por entenderem que esses fenômenos envolvem toda a comunidade escolar. O Guia de Valorização da Vida - Orientações e prevenções ao bullying, automutilação e suicídio na escola está em fase de finalização

Os Serviços de Apoio e a Gestão Escolar – SEAA, formado por psicólogas (os) e pedagogas (os) responsáveis por uma ou mais escolas para avaliação e orientação, são orientados a acolher os casos e encaminhem à rede externa conforme a necessidade de apoio especializado. Há mais de 150 psicólogas (os) atuando nas unidades escolares pelo SEAA.

A Gerência de Saúde oferece dois projetos que contribuem para a prevenção de suicídio e autolesão nas escolas. O projeto **Rodas de Conversa** realiza grupos na escola, conforme demanda. Atingiu 1.311 alunos no retorno das crianças à escola durante a pandemia e cerca de 50 nas férias de 2021.

O projeto **Ciranda do Coração** abrange alunos com tentativa ou ideação suicida, em situação de risco, vulnerabilidade e situações atípicas que ocorrem na escola. São inseridos em oficinas semanais durante um mês e atingiram cerca de 200 alunos em 2021.

Potencialidades

Ocorrem contatos pontuais com o Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio e parceria com o CVV conforme as ações realizadas. A parceria com profissional de medicina

envolve os encaminhamentos para a saúde, principalmente os CAPS e Adoloscenro.

No projeto Ciranda do Coração são trabalhadas as competências socioemocionais desde as crianças da educação infantil, com o reconhecimento de sentimentos e das formas de lidar e expressá-los, o que possibilita a educação emocional. Ocorre a orientação das famílias e equipe escolar em relação às queixas de comportamento das crianças. Para os alunos maiores, o Ciranda serve como programa de prevenção de situações de ideação suicida e automutilação, com a produção de acolhimento e orientação para as famílias e os alunos. Há ainda conversas e orientação com a equipe da escola de forma flexível.

Desafios

A falta de recursos e articulação entre as Secretarias da Educação e da Saúde retarda ou impede o acesso à saúde pelos alunos das escolas. **A maior dificuldade apontada é não existir um fluxo da Educação em relação à Saúde, o que gera grande dificuldade de estudantes e familiares conseguirem vagas de atendimento.** Apesar de ocorrer articulação com a saúde, há dificuldade com o encaminhamento relacionado à saúde mental. Não ocorrem parcerias para acesso diferenciado da comunidade escolar, nem há proximidade ou troca institucional com profissionais que atendem diretamente. O acesso só ocorre quando há tentativa de suicídio ou se a saúde mental já está debilitada. É necessária maior aproximação e parceria com a Secretaria de Saúde.

A alta demanda de sofrimento nas escolas é vista como desafio, sendo necessário ampliar a equipe de profissionais para acolhimento de alunos e família pelo projeto Ciranda, de forma a validá-lo e torná-lo política pública em cada Regional de Ensino.

Com a chegada da **pandemia por Covid-19**, o projeto Ciranda foi suspenso e está em processo de reestruturação em novo formato híbrido, com grupos online e acolhimentos presenciais.

O projeto Roda de Conversa foi suspenso em um primeiro momento e retomado pelo modo on-line em algumas escolas, através de reuniões em grupos e lives gravadas. Há dificuldade com a nova linguagem, que não permite o estar junto e o olho a olho. Apesar de pedirem para manterem a câmera aberta para perceberem as reações do outro lado da tela – se prestam atenção, se estão chorando –, nem sempre a câmera funciona.

Houve a percepção do aumento da demanda de alunos com depressão, transtornos ansiosos e ideação suicida quando as aulas voltaram presencialmente.

Os cuidados de sigilo e respeito a um espaço acolhedor e seguro levaram a escolher um ambiente propício para a realização do projeto Ciranda, que funciona no Espaço Saúde do Estudante. Houve pressão para que o projeto ocorresse em cada regional de ensino, porém nas escolas não havia um espaço reservado para a atividade, o que poderia expor os alunos.

Foi percebido que **meninas, pessoas negras, indígenas e LGBTQIA+ estão em maior vulnerabilidade para suicídio e autolesão por serem discriminadas**. Muitos alunos expressam sentimentos de terem que estar em estado permanente de guerra e tensão por serem hostilizados na escola. O fato de serem agredidos é percebido como fator importante para o desgaste emocional e adoecimento, lançando-os em processos depressivos.

Há escolas que conseguem trabalhar com toda a comunidade no sentido do respeito e acolhimento das diferenças. Em outras, ocorre a mudança do aluno após

tentarem algumas estratégias, o que traz sentimento de injustiça para o aluno, que se sente acuado, indefeso, inadequado, sem ter a quem recorrer.

Secretaria de Desenvolvimento Social – SEDES

A compreensão de que ações na política de assistência social repercutem efeitos diretos nas estatísticas de saúde mental e prevenção do suicídio e automutilação foi ampliada após divulgação de campanhas sobre como as inseguranças de renda, sobrevivência, autonomia, acolhida e convivência atingem a saúde mental da população.

A relação com a promoção de saúde mental e prevenção do suicídio e mutilação a partir das seguranças aprofundadas pelo Sistema Único de Assistência Social – SUAS consideram **as questões macrossociais e contextuais e a transversalidade das políticas sociais, de trabalho e de habitação.**

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS é compreendido como **grande articulador da rede ao possibilitar o acesso das famílias às políticas públicas.** O Centro de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – CCFV atua na prevenção transversalmente, por meio da promoção da **convivência intergeracional**, principalmente com adolescentes e crianças.

Ocorrem no DF diversas ações intersetoriais ligadas à prevenção do suicídio a partir das **Redes Locais de 17 Regiões Administrativas do DF.** As redes atuam horizontalmente nos territórios, traçando ações comunitárias e realizando estudos de casos, envolvendo a comunidade e as políticas da assistência social, saúde e educação.

Potencialidades

A realização de **grupos que trabalham a proteção e fortalecimento de vínculo comunitário e familiar** aborda questões de saúde mental, prevenção às situações de discriminação e preconceito e outros temas relacionados transversalmente à prevenção e posvenção do suicídio. São atendidas crianças, famílias, mulheres e idosos em situação de violência, quadros com grave risco de suicídio.

Ocorrem grupos online que **abordam o papel protetivo de cuidadores**, de pessoas com relações parentais dificultadas ou encaminhadas pelo Conselho Tutelar por negligência e maus tratos, as quais, em grande parte, apresentam questões relacionadas à automutilação e ao risco de suicídio. São trabalhados fatores de proteção como os vínculos familiares e comunitários. O modo como esses fatores incidem nessas situações e o que é possível fazer para preveni-las a partir de questões macrossociais e contextuais dos sujeitos.

Antes da pandemia, havia forte atuação nas escolas com **grupos de proteção da criança e adolescente**, sem abordagem direta sobre o suicídio e a automutilação. Em momentos próximos ao setembro amarelo são trabalhadas essas temáticas.

Grande parte das Redes Locais têm se reunido online desde 2020, duas vezes por mês, com grupos de whatsapp abertos para a comunidade e lideranças locais e para estudos de caso entre os órgãos públicos. São realizadas ações em conjunto entre UBS, Centro de especialidades para atenção às pessoas em situação de violência sexual, familiar e doméstica – CEPAV e escolas, com maior dificuldade dos hospitais gerais participarem das reuniões. **A avaliação é que as articulações horizontais têm funcionado melhor do que**

as burocráticas que “vêm de cima”. O maior desafio é a articulação com a saúde, considerando as enormes demandas e a complexidade dos fluxos.

Desafios

As questões macrosociais de um país em crise atravessam e ampliam os temas da saúde mental e **prevenção de suicídio e automutilação no DF**. Com a crise econômica pessoas que não eram atendidas anteriormente procuram os serviços do SUAS, o que, em um contexto de desmonte das políticas públicas, leva à sobrecarga de profissionais e impacta no trabalho tanto com as pessoas em situação de risco de suicídio quanto as demais atendidas pela política pública. Não ter emprego, renda e família ou outros aportes traz insegurança nas relações e agrava as situações de ideação suicida que, por vezes, demoram a ser relatadas em função do preconceito e da discriminação sofridos. É necessário que as psicólogas se atentem às seguranças afiançadas no SUAS e que a rede intersetorial se articule para possibilitar a prevenção do suicídio e da automutilação.

Com a pandemia houve associação mais forte entre a situação de saúde mental e as inseguranças de renda e sobrevivência no DF. **A prevenção do suicídio implica em possibilitar o acesso a todas as políticas públicas**. No início da pandemia houve maior divulgação de vagas de atendimento online em clínicas-escola, universidades e psicólogas (os) voluntárias (os). Atualmente, foi retomado o ritmo anterior de muita procura e fila de espera, sem atendimento imediato nas clínicas escola e menor volume de atendimento voluntário.

Deve haver um compromisso ético da rede como um todo e especificamente das psicólogas de conhecer e identificar o risco de suicídio e saber como encaminhar e

acompanhar a pessoa até o fim do tratamento, onde estiverem. O maior “pecado ético” é quando as pessoas chegam nas portas dos serviços do SUAS com demanda relacionada ao suicídio e são encaminhadas diretamente para a saúde, **sem passarem por acolhimento**. A Assistência deve escutar a vulnerabilidade, seja ela qual for, acolhendo no ponto inicial procurado pela população.

Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania

As demandas que envolvem ações de prevenção ao suicídio são encaminhadas à Gerência de Saúde Mental da Subsecretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, que possui equipe especializada para atendimento às demandas relacionadas ao suicídio. A Gerência de Saúde do Servidor realiza ações por meio de parcerias e produz o Boletim Informativo de Saúde e Bem-estar bimestralmente, com destaque para a campanha Setembro Amarelo de Valorização da Vida e Prevenção do Suicídio.

Em 2020 foram articuladas em conjunto com a Gerência de Saúde Mental rodas de conversa com os temas “Promoção à Saúde Mental e Prevenção ao Suicídio”, e “A Importância da Escuta nas Relações para a Comunicação de Qualidade”, a partir da abordagem da comunicação não violenta.

Subsecretaria do Sistema Socioeducativo

A Diretoria de Saúde de Jovens e Adolescentes e a Gerência de Saúde Mental promovem rotineiramente ações

de prevenção de suicídio e autolesão voltadas para adolescentes e jovens em cumprimento de medida socioeducativa, sendo esse um dos temas basilares da atuação. Realizam reflexões com os adolescentes em ações pontuais, datas comemorativas e ações continuadas de atendimentos rotineiros.

Dentre as ações realizadas em 2018, estão palestras dialogadas sobre suicídio nas Unidades de Internação; ampla divulgação da “Cartilha Cuidar bem da saúde de cada um”, de Atenção Integral à Saúde da População Trans do Ministério da Saúde; divulgação e apoio para servidores participarem do I Encontro do GDF de Prevenção ao Suicídio, realizado pela EGOV; realização do 2º Encontro de Discussão sobre Atenção à Saúde Mental de Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa, em parceria com a SES/DF; implementação do Projeto Socioeduc-AR “Qualidade de vida em socioeducação pela prática da respiração” com duração de 11 meses, com o objetivo de realizar práticas de respiração baseadas na Hatha Yoga; e apresentação da pesquisa “Saúde mental do (a) servidor (a) e demais trabalhadores da Secretaria da Criança e do Adolescente, realizada em 2016.

Em 2019 ocorreu o lançamento do Plano de Prevenção ao Suicídio e do Protocolo de Prevenção e Atenção ao Suicídio de Adolescentes do Sistema Socioeducativo do Distrito Federal¹⁷, alinhados ao Plano Distrital de Prevenção ao Suicídio e à Agenda de Ações Estratégicas de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde. O Plano apresenta diretrizes

¹⁷ <https://www.sejus.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/10/Protocolo-Preven%C3%A7%C3%A3o-ao-Suic%C3%ADdio-copiar-mesclado-p%C3%A1ginas-1-911-1620-27.pdf>

e propostas que visam ampliar a capacidade de atuação e gestão, pautadas pelo compromisso ético em defesa da vida e promoção da saúde dos adolescentes e jovens.

Em 2019 houve a realização de ações como: Projeto Férias ConVida, com 52 oficinas de Tai Chi Chuan, desenho, origami, contação de história, quick massagem e pilates, comunicação não violenta, projetos de vida e higiene bucal, para cerca de 250 adolescentes; Projeto piloto Thetahealing com atendimento terapêutico de adolescentes na Unidade de Internação de Santa Maria – UISM, de iniciativa da SES/DF; 3º Encontro de Saúde Mental do Sistema Socioeducativo do Distrito Federal; Oficinas sobre Valorização à Vida nas Unidades de Internação Recanto das Emas, Santa Maria e São Sebastião, em parceria com o curso de Psicologia da Universidade Católica de Brasília; e Curso de capacitação “Procedimentos e cuidados em situações de risco de suicídio”, com formação de 03 turmas destinadas a instrumentalizar a prática de profissionais.

As ações em 2020 abrangeram: potencialização da pauta da saúde mental junto à SES/DF e SSE/DF, em parceria com Programas de Residência em Saúde Mental e Projeto de Invisão para apoio em crises de saúde mental; 2ª Edição do Projeto Férias ConVida; monitoramento das ocorrências de tentativas de suicídio e autolesão, com constituição de fluxo de comunicação entre as Unidades e a Gerência de Saúde Mental; articulação entre CRP 01/DF e Diretoria de Atenção à Saúde de Jovens e Adolescentes da SEJUS para suporte emocional aos profissionais; apoio e divulgação do projeto online Respira, servidor – Em casa diante do contexto da pandemia por Covid-19; curso de formação em Reiki para servidores em articulação com a SES e a ONG Babá Ananda;

formalização de diretrizes e orientações sobre a inserção de profissionais de saúde mental voluntários nas unidades socioeducativas; curso sobre procedimentos e cuidados em situação de suicídio com duração de 20h; Campanha + Vida no Sistema Socioeducativo, com foco na valorização da vida e prevenção do suicídio de servidores e adolescentes; e Oficina de fluxos e encaminhamentos em saúde de adolescentes em cumprimento de medida em meio aberto para a Atenção Primária e RAPS e realização de pesquisa sobre os encaminhamentos.

Potencialidades

A publicação do **Protocolo de prevenção ao suicídio no Sistema Socioeducativo** e posterior capacitação é percebida como uma fonte de alívio para as profissionais, por tratar-se de um documento de referência em linguagem em comum para emergências e manejos de casos e melhorar a oferta de qualidade de vida dos adolescentes.

Há diferença entre as Unidades, mas a equipe técnica composta de psicóloga, assistente social e pedagoga acompanha os adolescentes no processo socioeducativo e identificam situações ou sinais do adolescente conforme elencado no Protocolo. As situações de crise em saúde mental e relacionadas ao uso de drogas são acompanhadas pela Gerência de Saúde, em articulação com CAPS AD e demais serviços da RAPS. **É comunicado aos agentes socioeducativos um olhar mais cuidadoso com os adolescentes, além de aumentarem a frequência dos atendimentos com a Psicologia.** O principal problema encontrado é a capacidade de intervenção para a garantia de atendimento aos adolescentes. Ocorrem parcerias com as

políticas da saúde, que é mais dificultada com as políticas da assistência social.

A relação do suicídio com o racismo e discriminações vem sendo discutida em capacitações e eventos, **com ênfase em ampliar a perspectiva sobre o suicídio ao olhar para a própria instituição e sociedade.** É colocado como emblemático o lugar que é dado para os jovens indígenas na sociedade, grupo de maior vulnerabilidade para o suicídio. Questiona-se quais os conflitos envolvidos e fatores relevantes para maior incidência e prevalência na população indígena, que sempre sofreu a discriminação no corpo, na exclusão e destituição de tudo que é material, cultural e espiritual.

O racismo é explicitado em estudos do Ministério da Saúde mostram o aumento do suicídio entre jovens negros, enquanto a taxa entre jovens brancos permanece estável. **Mais de 60% de quem é atendido na Unidade de Internação são adolescentes negros, com histórias de desintegração ou subintegração social, violência na família, considerados vítimas e perpetradores da violência desde antes de se entenderem por gente.**

A atuação da Psicologia com os adolescentes vai além da intervenção após a tentativa de suicídio, condensa o crime, a cor da pele e todas as vulnerabilizações possíveis, além da camada da tentativa de suicídio. No momento trabalham para desconstruir essas opressões dentro do próprio Sistema Socioeducativo, **porém é necessária uma desconstrução social:** não adianta ter o melhor protocolo de intervenção, manejo de conduta, identificação, avaliação de risco, fluxo, se não começar a mudar o próprio lugar que se destina a essas pessoas.

Durante a capacitação a partir do Protocolo foi avaliado como positiva a percepção dos profissionais

quererem entender e fazer o melhor, sob o risco de algo acontecer e serem responsabilizados. Houve diminuição de falas do tipo “vê se da próxima vez faz direito para não me dar trabalho” e “está de frescura” a partir das capacitações continuadas, fora do Setembro Amarelo. No entanto, as falas estigmatizantes permanecem, e o posicionamento contra essa abordagem é percebido como difícil e cansativo para as psicólogas, trazendo inimizades e indisposições.

Desafios

A instituição de privação de liberdade promove sofrimento acentuado pelo distanciamento da família e de toda a rede de apoio dos adolescentes, tira a vontade de viverem histórias, que já são devastadas na maioria. Há uma série de medidas realizadas na Unidade de Internação em casos de risco ou crise que acenda o alerta para o suicídio, além de reflexões da equipe para evitar que se chegue a este ponto. Considerando a rotina e dinâmicas da instituição de privação de liberdade como fator que prejudica a saúde mental e aumenta o risco de comportamentos suicidas e automutilação, **o maior desafio é pensar na oferta de oficinas e rotinas que possibilitem a construção subjetiva do adolescente na instituição.**

É de extrema gravidade o desmonte efetivo das políticas públicas, conjuntamente com a narrativa cada vez mais acentuada e dominante da sociedade que “bandido, lideranças quilombolas e indígenas tem que morrer, não valem nada, são preguiçosos”. **Quando isso é reproduzido dentro dos serviços públicos, referenda atitudes repressivas, moralistas e punitivistas.**

É problemático o que está colocado no Protocolo sobre a retirada de materiais que apresentam risco de letalidade na avaliação de alto risco, visto que o adolescente pode ficar

sem nada dentro do quarto, só de cueca. **Há um ponto delicado entre proteção e o que é passível de punição**, em como isso pode ser corrompido. É necessária revisão do Protocolo e retomada das capacitações para aprimorar sua implementação, diminuindo esse risco de subversão.

Outro desafio é como pensar a atenção ao suicídio sem falar sobre suicídio, a partir da **oferta de melhor qualidade de vida na instituição**. Busca-se a desconstrução do entendimento que a prevenção e atenção ao suicídio é responsabilidade apenas da Psicologia, de forma que compreendam a relevância dos papéis tanto do professor da escola da Unidade ou do agente que está no dia a dia com o adolescente.

Já ocorreu conflito ético que necessitou de orientação do CRP 01/DF quando uma psicóloga foi punida dentro do Sistema Socioeducativo **ao ser questionada sobre encaminhamentos de adolescentes em situação de suicídio**. Os encaminhamentos sobrecarregavam outros profissionais, por estarem em número reduzido. A orientação realizada pelo CRP 01/DF foi considerada importante para reafirmar as iniciativas realizadas.

Subsecretaria de apoio às vítimas de violência – SUBAV

Quando a vítima de crimes violentos é acolhida pelos Núcleos de Atendimento do Programa Pró-Vítima e se verifica um quadro de sofrimento psíquico grave, a equipe psicossocial realiza o acompanhamento e encaminha para atendimento especializado conforme necessidade de cuidado diferenciado. Nos casos de ideação suicida e autolesão,

encaminham à RAPS e ao hospital psiquiátrico São Vicente de Paula.

Desenvolvem projetos e propostas voltadas à implementação de políticas públicas de prevenção à violência que possibilitem a construção da cultura de paz, além de palestras e ações nas escolas que promovem a conscientização da importância do autocuidado, que pode ajudar quem vivencia problemas com autoviolência.

Subsecretaria de Políticas de Direitos Humanos e de Igualdade Racial

A Subsecretaria promove e fomenta ações de promoção e proteção da igualdade racial, direitos humanos, cidadania LGBT, liberdade religiosa e dos povos e comunidades tradicionais, sem o foco na prevenção do suicídio e autolesão. Em 2020, em parceria com a Gerência de Saúde Mental e Preventiva da SUBSAÚDE/SEEC, ofertaram a palestra “Saúde Mental no Contexto da Pandemia” para os servidores da equipe.

Instituições de Ensino Superior

UniCEUB – Centro Universitário de Brasília

São realizadas ações esporádicas e não sistemáticas pela Coordenação do curso de Psicologia junto com a supervisão

de estágios a partir de demandas e situações trazidas por estudantes e professores (as). As ações com os funcionários são desenvolvidas pelo RH da instituição com o foco na saúde no trabalho. Ações de prevenção do suicídio voltadas à comunidade acadêmica são realizadas através de dois projetos de extensão:

Projeto de extensão Eis-me Aqui, que desde 2019 propõe a construção de espaço de acolhimento e escuta para as (os) estudantes a partir de suas demandas. Enfatiza as diferentes formas de expressão, o compartilhar e a troca que podem ser facilitados pelo encontro com o outro. Abrange as vertentes Acolhimento Porta Aberta como espaço individual de escuta e de estratégias de enfrentamento e Grupo de Convivência Coletivo Singular, que se baseia na convivência como forma de cuidado mútuo, em que serão realizadas atividades artísticas, físicas, teatrais, lúdicas, musicais, de acordo com as demandas e habilidades que surgirem no grupo.

Projeto de Extensão PRISME - Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental, que realiza ao menos um evento por semestre aberto à comunidade acadêmica e externa de educação permanente ou capacitação para prevenção de suicídio e autolesão. Realizam ações específicas sobre a temática para populações vulneráveis através de palestras, mesa-redonda e webinários.

UnB – Universidade de Brasília

Desde 2016 a Universidade vem construindo o movimento Universidades Promotoras de Saúde, iniciado em 1970 na Europa, em que organizações e associações

universitárias trabalham em promover saúde dentro das universidades. A UnB é pioneira no país nesta implementação, cujos eixos envolvem saúde mental, sustentabilidade, práticas promotoras educativas, envelhecimento, entre outros. A instituição em 2019 da Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária – DASU fortalece essa iniciativa com diferentes formas de atenção e prevenção, visto que surgiu a partir do crescimento do índice de tentativas de suicídio de estudantes que traziam a necessidade de suporte psíquico. Foram realizados vários grupos de trabalho e uma conferência em 2020 para implementar esta política até 2022, com atores comprometidos com a causa da saúde mental e suporte da reitoria.

A linha de prevenção universal do suicídio na UnB envolve palestras, rodas de conversa, oficinas sobre sofrimento psíquico, ações no mês de setembro amarelo, além de adoção de medidas na estrutura física para restringir o acesso em locais de maior ocorrência.

As linhas de prevenção seletiva e indicada ocorrem a partir do acolhimento para avaliação da demanda e risco. Todos os casos da comunidade universitária que chegam em crise e ideação suicida são encaminhados para a Coordenação de atenção psicossocial da DASU. Os casos que envolvem maior vulnerabilidade são atendidos pela equipe de psicólogas (os) do Serviço de Intervenção em Crise, que também faz os encaminhamentos necessários.

A Coordenação de Promoção e Prevenção aos Agravos em Saúde trabalha ações de promoção de saúde mental geral e específica, com parcerias.

A Clínica Escola do Instituto de Psicologia atende a comunidade externa com ações de orientação na linha de prevenção universal do suicídio e na posvenção com grupos

de atendimento. Nos casos de suicídio na universidade, a Clínica Escola conduz grupo de posvenção.

Durante o início da pandemia, a parceria com o Conselho Regional de Psicologia do DF apoiou nas orientações sobre como voluntários de Psicologia fazerem os atendimentos online. Ocorreu projeto de extensão em parceria com o Governo do Distrito Federal que capacitou com certificação mais de 60 psicólogas (os) da rede para ofertar gratuitamente mais de 29 grupos de luto, com cerca de 300 pessoas envolvidas.

Potencialidades

A demanda de sofrimento psíquico na universidade tem sido muito alta desde o início da pandemia. Têm atuado na prevenção, com acolhimento inicial, suporte e contato com a família.

A maioria das pessoas que procura ajuda na Coordenação apresenta sofrimento e alta vulnerabilidade socioeconômica, não tem renda, os pais perderam o emprego e não têm comida em casa. Através do contato com a DASU, buscam apoiar o processo de inclusão através do **fornecimento de auxílios emergenciais, de alimentação e moradia, além de chips de internet para que os estudantes adiram à proposta on-line**. Em 2021 foi lançado edital de saúde mental de auxílio de R\$400,00 por seis meses para acesso a atendimento psicológico, psiquiátrico ou medicação. A avaliação é que o fornecimento desses subsídios tem impacto na saúde mental desses estudantes, conseguindo prevenir o adoecimento e agravamento.

Ocorre parceria entre a DASU e a **enfermaria de saúde mental do hospital universitário** implantada em 2020 para atendimento aos casos mais graves. O trabalho de acompanhamento, apoio à família e articulação para

internação conseguiu prevenir muitas perdas. Há ainda parceria com a Faculdade de Medicina por projeto de extensão com residentes que atendem no ambulatório da DASU, avaliam riscos e encaminham para CAPS e RAPS do DF. Como ocorre em toda a rede da saúde, a demanda de atendimento é maior que a oferta, o que causa certa precarização. Durante o ano de 2020 o ambulatório funcionava bem, mas no momento da pesquisa estava sem novas vagas.

Durante a pandemia **ampliaram as parcerias para atendimento psicológico de estudantes através de uma rede de encaminhamentos** para entidades como: Escuta e Acolhimento por psicólogas voluntárias; ONG de saúde mental com grupos de atendimento clínico; Instituto junguiano que atende casos de intervenção em crise, crise suicida, automutilação; Associação Brasileira de Psicodrama, com grupos de psicodrama; Sociedade Brasileira de Psicanálise; e 51 psicólogas que ofertaram vagas gratuitas para a universidade. Foi feita análise das queixas apresentadas no acolhimento inicial, de uma amostra de 260 pessoas. As principais queixas eram de ansiedade, seguidas de depressão e em terceiro lugar ideação suicida, além de casos de tentativa de suicídio.

Uma questão muito presente é a compreensão da função da DASU, que não é de resolver todos os problemas da Universidade, mas de apoiar e atuar em conjunto com outras esferas. Havia uma expectativa que as psicólogas atuassem diretamente na prevenção e cuidados relacionados às manifestações de ideação suicida de estudantes, o que poderia interferir na relação terapêutica já estabelecida. Com o aumento da demanda em 2020 tiveram que ajustar procedimentos relacionados aos limites sobre como fazer e o que fazer nessas situações, sendo adotada mudança de

estratégia **incluindo a coordenação ou professores do curso como ponte para os estudantes, considerando o vínculo previamente estabelecido**. Começaram a fazer reuniões para orientar sobre como proceder nos casos, já que muitos não queriam necessariamente atendimento psicológico, mas um apoio e acolhimento para finalizar o curso. É necessário realizar a avaliação de risco caso a caso, incluindo de onde a demanda vem, como a pessoa está, quais os contatos estabelecidos e organizar o fluxo de cuidado. Quando é um caso de intervenção em crise e ideação suicida entram em contato com a família e fazem a mediação entre psiquiatra, assistente social e psicóloga.

Desafios

As pessoas LGBTQI+ são as que mais procuram suporte, estando entre as mais vulneráveis. **Atendem muitas demandas de pessoas em sofrimento e ideação suicida em função dessa discriminação de não aceitação da família e das pessoas**. A Coordenação realiza o suporte psicológico e articula o atendimento no ambulatório trans do hospital universitário. Recentemente foi inserida uma psicóloga especialista nesta temática para fortalecer o atendimento a esses casos pela Coordenação de atenção psicossocial. A população indígena e negra não chega na Coordenação tão adoecida quanto a LGBTQIA+, porém há outra Diretoria responsável pelas informações sobre essas populações. São acompanhados muitos casos de violência contra a mulher e de quem sofre violência dentro da universidade, que são encaminhados para outra Diretoria que faz as orientações necessárias e dá o suporte para a formalização de denúncias.

A Universidade tem sofrido com o sucateamento das universidades como um todo desde o início do governo federal atual. O que mantém atualmente a universidade são

as pessoas, que continuam trabalhando mesmo com cortes de bolsas de pesquisas da graduação e de pós-graduação. No entanto, isso gera adoecimento e influência na continuidade dos estudos.

A pandemia agravou a situação de docentes e servidores em trabalho remoto, considerando a alta sobrecarga e terem que conciliar a vida familiar com as atividades de entrega de trabalho. Os docentes relataram adoecimento, enquanto servidores técnicos relataram ideia suicida.

A articulação com as políticas públicas do DF é vinculada à Diretoria de Desenvolvimento Social, que apesar de ter psicólogas (os), não atuam no cuidado e avaliação. A Coordenação de atenção psicossocial possui psicólogas (os) clínicas (os) que atendem casos mais crônicos.

Conselho Regional de Psicologia – DF

O Plano de Ação do CRP 01/DF para resposta de enfrentamento estratégico aos impactos da pandemia causada pelo Covid-19 de 2020 buscou contribuir para a prevenção do suicídio em situações de emergência. Baseado nas orientações da Organização Mundial da Saúde e em parceria com a Fiocruz, UNB, UniCeub, Faculdade Anhanguera, Secretarias de Saúde, da Justiça e Desenvolvimento Social e organizações sociais do DF, organizaram-se três linhas de ação: Informação e orientação; Articulação Estratégica Interinstitucional e de Redes; Recrutamento, seleção, referenciamento e capacitação de profissionais da Psicologia para atuar com apoio psicológico

em situação emergencial por telefone e on-line. O público alvo envolveu profissionais de saúde, justiça e assistência social, além de integrantes de movimentos e organizações sociais. Além disso, o CRP 01/DF promoveu junto à Fiocruz Brasília, SES-DF e UnB o “Curso de saúde mental e atenção psicossocial em situação de pandemia Covid-19”¹⁸.

No Dia Mundial de Prevenção do Suicídio de 2020 foi publicado o “Guia de prevenção e combate ao suicídio e automutilação”¹⁹, com conceitos, informações epidemiológicas e da psicodinâmica, papel dos serviços de cuidado, informações para a sociedade e estratégias e ferramentas de cuidado para profissionais de Psicologia. Foi realizada live²⁰ no lançamento da cartilha.

Considerações finais

De forma geral, durante as entrevistas foi ressaltada a importância da articulação intersetorial de diferentes políticas públicas para a prevenção do suicídio e autolesão e posvenção, como a interlocução entre a saúde e a assistência social como forma de produção de condições de vida e bem viver.

O contexto da pesquisa das entrevistas em grupo possibilitou espaço de compartilhamento, desabafo e “oxigenação” para a atuação cotidiana, frente as dificuldades enfrentadas pelas (os) participantes. O grupo facilitou uma rede de trocas importante, contribuindo para maior

¹⁸ <https://campusvirtual.fiocruz.br/portal/?q=node/59272>

¹⁹ <https://www.crp-01.org.br/notices/8780>

²⁰ https://youtu.be/on_5M96lppM

articulação intersetorial local no caso do grupo heterogêneo, formado por psicólogas (os) da Assistência Social, Sistema Socioeducativo e RAPS. Um produto importante da pesquisa foi a reflexão produzida sobre a possibilidade de articulação com a Assistência Social na prevenção do suicídio.

A maioria das (os) psicólogas (os) que atuam na RAPS se sente “remando contra a maré” na prevenção do suicídio, cuja lógica ainda é da medicalização e do controle. Foi ressaltada a importância do CRP 01/DF estar informado sobre o que está ocorrendo no contexto dos serviços e da prática profissional.



CRP DF **01** CONSELHO REGIONAL
DE PSICOLOGIA DO DF