



“O acolhimento psicoterápico a sobreviventes de suicídio – a experiência do Projeto ComViver”

Ana Ferrara, 2006.

I- Motivação

Afetado por fatores socioeconômicos e culturais e que exige seu enfrentamento por toda a sociedade, o suicídio é hoje considerado uma questão de saúde pública pela própria Organização Mundial de Saúde. Neste âmbito, diversas ações podem ser realizadas com impacto efetivo na redução das taxas de suicídio. O levantamento da Organização Mundial de Saúde (2002) dos programas e estratégias de prevenção de suicídio em países da Europa demonstra que medidas como o atendimento especializado a pessoas em risco ou que tentaram o suicídio efetivamente diminuíram as taxas de suicídio naqueles países. Países bem sucedidos em programas de prevenção, como a Dinamarca, atribuem a redução de suas taxas à melhoria do tratamento psiquiátrico, redução de acesso aos meios utilizados para o suicídio e tratamento imediato às pessoas que tentaram o suicídio.

Considerando todos estes aspectos, o Ministério da Saúde lançou oficialmente em 18 de agosto de 2006 a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Construída por um grupo de trabalho constituído por representantes do próprio Ministério, de Universidades e do Centro de Valorização da Vida, a ENPS preconiza ações de pesquisa e de atenção ao comportamento suicida a serem implementadas em todo país.

Uma destas ações é o atendimento a sobreviventes – familiares e amigos de quem se suicida.

Por suas especificidades, o suicídio não só atinge o próprio suicida como aqueles mais próximos: familiares e amigos, muitas vezes gravemente atingidos e desenvolvendo quadros de comprometimento da saúde, apresentando tanto sintomas como hipertensão e anorexia quanto depressão e isolamento. Por isso, quando se pensa em saúde pública neste setor pensa-se em diferentes segmentos atingidos, entre eles os familiares dos suicidas. A OMS estima que para cada pessoa que se suicida, 5 ou 6 são afetadas por este impacto.

Diversos estudos mostram como este é um grupo com risco aumentado de suicídio e com uma maior frequência de transtornos mentais. (Levantamento Bibliográfico, 2006). Mais ainda, pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro em 2003 (Soares,2006) conclui que “as vítimas ocultas da violência” (entre elas, os sobreviventes de suicídio) “sofre muito e sofre sozinha”. Por tudo isso, os sobreviventes de suicídio tornaram-se um alvo privilegiado para o atendimento em saúde pública

O suicídio de um integrante de uma família pode virar um segredo em função da vergonha, da culpa (gerada pela ambivalência) e do receio de se romper a imagem idealizada da família.

Diante do suicídio de alguém próximo onde o luto não pode ser realizado, a melancolia se impõe. “Enquanto o sujeito, no trabalho do luto, consegue desligar-se progressivamente do objeto perdido, na melancolia, ao contrário, ele se supõe culpado pela morte ocorrida, nega-a e se julga possuído pelo morto ou pela doença que acarretou sua morte. Em suma, o eu se identifica com o objeto perdido, a ponto de ele mesmo se perder no desespero infinito de um nada irremediável” (ROUDINESCO, 1998).

É comum o aparecimento de sentimentos de culpa associados a morte de alguém com quem se tem laços emocionais próximos.

Numa relação fusionada e/ou narcísica, a ambivalência produz fantasias extremamente violentas que incluem o desejo de morte da pessoa com quem se tem essa relação tão próxima.

O sentimento de que quem morreu “é parte de mim” é bastante freqüente. Desse modo, o luto pode não ser elaborado e transforma-se em melancolia. Os pensamentos e sentimentos violentos contra o outro voltam-se contra si mesmo.

Mais ainda, se os acontecimentos ficam como “segredo tornam-se ‘inconfessáveis’, na geração seguinte passam a ser ‘inomináveis’, já que não puderam ser objeto de uma representação verbal. Embora seu conteúdo seja ignorado, pode ser pressentida a existência de algo cuidadosamente guardado. Assim, as conseqüências patológicas podem se limitar a transtornos (...) ou se transformar em outras perturbações mais complexas. O acontecimento pode alcançar a categoria de ‘impensável’, tornando as patologias ainda mais graves em função das perturbações presentes na transmissão psíquica. O portador do segredo perceberá em si emoções e sensações estranhas, às quais não consegue dar um sentido a partir de sua própria história ou da história de seu grupo familiar.” (CORREA, 2000)

Assim, não é difícil concluir que, a um suicídio num grupo familiar, outros podem se seguir. Num processo de identificação que não se torna consciente, sem possibilidade de acesso a alternativas de subjetivação e discriminação, a história pode se repetir.

Quando a perda de alguém próximo não é elaborada em um processo de luto, quando não se conta com uma rede social ou uma rede de serviços de saúde de apoio para este processo, a existência de grupos e serviços que ofereçam um acolhimento,

uma escuta e um acompanhamento específico para estas pessoas é uma alternativa importante.

Com o objetivo de dar atendimento psicoterápico a sobreviventes de suicídio, constituindo-se numa das ações da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, o Projeto ComViver iniciou suas atividades de assistência no Rio de Janeiro em setembro de 2006 e está incluído na política de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

II – Objetivos do Projeto ComViver: Geral

Reduzir o impacto traumático do suicídio no círculo familiar e social do suicida, detectando e providenciando tratamento para transtornos psicossociais associados e para risco de comportamento suicida nessa população

Específicos

- Prover atendimento psicoterápico imediato e qualificado para os familiares e amigos de pessoas que se suicidaram.
- Contribuir para o desenvolvimento e fortalecimento das redes de apoio social dos sobreviventes.
- Integrar o trabalho de assistência a sobreviventes às ações oferecidas na rede de serviços de saúde.
- Oferecer modelos metodológicos de acolhimento/atendimento que possam ser reproduzidos e ampliados para o Sistema Único de Saúde

III – Resultados do Projeto

Com um ano e meio de atividades e 12 meses de atendimento a sobreviventes, podemos resumir o que já foi realizado da seguinte forma:

1 – Levantamentos Prévios

- Pesquisa bibliográfica sobre os temas morte, suicídio, família, sobreviventes.
- Identificação de instituições e iniciativas de estudo e pesquisa existentes no país sobre o assunto, com listagem de teses e monografias sobre o tema “suicídio”
- Identificação de instituições existentes no país de atendimento psicossocial a casos de comportamento suicida.

- Mapeamento da rede pública e privada de serviços de saúde e saúde mental do estado e do município do Rio de Janeiro.

2 – Ações de Divulgação e Capacitação de Profissionais de Saúde

- Construção de um sítio na internet para divulgação de informações e criação de canais de interlocução tanto com o público–alvo quanto com profissionais interessados;
 - www.projetocomviver.org.br
- Produção e distribuição de material informativo sobre o tema: folders, levantamento bibliográfico; roteiro para montagem de novos grupos;
- Realização de seminários e oficinas sobre o tema
- Fornecimento de informações e orientações para os profissionais de saúde

3 – Ações de assistência clínica

- Consolidação de metodologia de trabalho de acolhimento para esta população;
- Criação de “grupos de acolhimento” para familiares e amigos afetados pelo suicídio de alguém próximo;

A idéia de “acolhimento”, como a entendemos no Projeto Com Viver, não é ato de “bondade” ou de “boa vontade”.

É um dispositivo clínico para recebimento de pessoas interessadas no atendimento oferecido.

“Acolher” é ouvir, tentar compreender, se solidarizar, se identificar, se discriminar.

Tem múltiplas finalidades. Permite a quem chega que expresse suas angústias, seu sofrimento. Ao mesmo tempo em que a coloca em relação com outras pessoas em situação semelhante. É também um espaço/tempo de continente de angústias intensas, dando chance a que movimentos de contato e integração de conteúdos intoleráveis sejam iniciados. E então um processo de elaboração de luto pode ir acontecendo.

O amadurecimento humano se dá pelo acolhimento da falta, da vulnerabilidade, da dependência. Isto é, pelo acolhimento de nossa condição humana.

O acolhimento não exclui a colocação de limites e enquadres: os encontros têm uma duração prevista e o número deles está sendo determinado no correr do trabalho.

Além disto, a partir da constatação de nossos próprios limites (pessoais e institucionais), a necessidade de articulação com outros serviços semelhantes e/ou complementares se impõe.

- Criação de uma metodologia para encaminhamento e monitoramento dos casos de “não sobreviventes”.

Nos atendimentos realizados na primeira etapa do Projeto, cerca de 60% dos pedidos de ajuda foram solicitações de familiares e amigos de pessoas que estão em sofrimento, com ideações suicidas, ou familiares de pessoas com transtorno mental, inclusive com histórias de tentativa de suicídio e que não estão conseguindo atendimento na rede de saúde, principalmente na pública.

Ao acolhermos esta demanda e criarmos uma metodologia para lidar com ela, além de proporcionarmos a possibilidade de obter tratamento efetivo para estas pessoas, aproveitamos os contatos com os profissionais para oferecer orientação e material técnico sobre o tema suicídio.

3.1 – Como atendemos:

A condição de sobrevivente de suicídio não necessariamente implica em atendimento psicoterápico. Luto não é psicopatologia.

Sobreviventes de suicídio podem não buscar ajuda.

Os motivos para que isto ocorra são vários:

Vergonha, medo do estigma podem tornar difícil o pedido de ajuda. Também um estado de “desorganização” inicial leva a pessoa a se fechar e não suportar contato com mais nada nem ninguém.

Alguns autores sugerem uma “busca ativa” do sobrevivente, já que se sabe que muitas vezes é extremamente difícil buscar ajuda.

Mas é fundamental considerar que alguns precisam de um tempo maior para começar a falar do acontecido. Outros procuram ajuda um ou dois meses depois do acontecido. Uns tentam retomar a vida, o trabalho e só procuram mais tarde.

Mais ainda, o sobrevivente pode procurar um especialista, um grupo de auto-ajuda, com outros em situações semelhantes ou pode escolher conversar com um religioso. Por isto, é importante divulgar o serviço. Informamos as possibilidades de atendimento e aguardamos o movimento dele.

Contato pelo telefone

Em primeiro lugar, não somos um serviço 24 horas, uma emergência. É um atendimento agendado.

Pessoas que moram longe de onde atendemos – às vezes é melhor encaminhar para algum serviço mais próximo de casa ou do trabalho.

Neste primeiro contato, marcamos uma entrevista (individual, com o casal ou com a

família). E, a partir daí vamos definindo com a pessoa atendida se o trabalho vai ser individual ou grupal. Tem pessoas que pedem um tempo pra entrar no grupo; outras, ao contrário, querem estar com outros que passam por situação semelhante.

Por que atender em grupo? A experiência de grupo pode ser uma oportunidade de diminuir a sensação de solidão, de estar com outros que passam por situação semelhante, de compartilhar sentimentos, falar sobre o que em certo momento pareceu “impensável”, impossível de conversar com alguém. O apoio mútuo, no grupo e até mesmo fora do grupo, pode ajudar na recuperação da auto-estima. Uma das conseqüências da perda de alguém próximo por suicídio é sentir-se incapaz, insuficiente, inadequado. Ajudar um companheiro transforma-se na oportunidade de tentar mais uma vez elaborar estes sentimentos. Poder falar de sentimentos “horribéis” e de sintomas como distúrbios do sono, dificuldade de passar por certos locais, vontade de ficar isolado. Ouvir outros falando disso ou de coisas semelhantes faz as pessoas viverem esse processo como “normal”, facilitando sua elaboração e integração.

Grupo aberto – para viabilizar logo o funcionamento de um grupo; maior flexibilidade para entrar e sair do grupo; os novos no grupo, ao conviver com outros que estão lá há mais tempo, podem constatar que é possível continuar a viver, mesmo quando se passa por situação tão traumática como a perda de alguém por suicídio.

Duração – mesmo com uma duração maior, o grupo é uma transição. Talvez neste caso seja mais difícil terminar, término associado com morte. O tema pode ser explicitado e trabalhado. Casos mais graves podem ser encaminhados para atendimento individual as vezes concomitante com o atendimento no grupo.

Observamos que os participantes do grupo têm mantido contato fora do horário do encontro. Eles se telefonam, trocam e-mails, dão carona.

3.2 – Aspectos psicodinâmicos

Mesmo considerando que cada caso é um caso, em nossa experiência identificamos dois tipos de reações à perda de alguém próximo por suicídio.

O primeiro vamos chamar de “luto complicado” e o associamos a relações simbióticas e ambivalentes.

Recorremos ao psicanalista inglês Winnicott, que nos explica que no início a mãe e o bebê constituem uma unidade: A fase da fusão tem duas etapas. A primeira, do narcisismo primário ou dependência absoluta. Não há “outro” nessa fase, nem mesmo esse semi - outro que é a própria mãe.

Um ambiente favorável vai permitir o surgimento e a expressão de uma onipotência necessária neste momento inicial, fundamental para a constituição do sujeito.

Tanto uma saída rápida demais do universo da fusão quanto a permanência prolongada dentro dele causam conseqüência que podem ser dolorosas, no mínimo, durante a vida toda.

Nas relações familiares em que predominam a fusão e o narcisismo o outro não é reconhecido como tal. É vivido como parte de si mesmo. Essas relações têm como característica serem ambivalentes. Existe amor e ódio pelo outro, que, ao mesmo tempo, é vivido como parte de si mesmo. Quando ocorre um suicídio neste contexto, as reações são tremendas: a culpa aparece com toda intensidade, a vergonha e insegurança por não ter sabido cuidar de um familiar, o medo do estigma, o isolamento social. Quem fica quer tentar explicar o que aconteceu como uma tentativa de elaborar o acontecido. Repete frequentemente a pergunta – por que?

Através da aceitação e da elaboração da ambivalência afetiva com relação a quem se suicidou pode ressurgir a capacidade de amar e se relacionar. A compreensão e a tolerância diante do outro e de si mesmo se ampliam. Quando o sobrevivente passa a ser capaz de conviver com o ataque violento que é o suicídio de alguém afetivamente próximo e suportá-lo, a sensação de impotência, de inutilidade ou a desesperança nos relacionamentos são superadas.

Uma reação que aponta para uma condição psicológica diferente da anterior é a de pessoas que, em certos momentos críticos de sua vida, passam a ter o suicídio como uma alternativa de saída para seus problemas. Eles relatam a morte por suicídio de alguém próximo e nos procuram com medo da ideação suicida, com medo de não conter seus impulsos, num movimento de identificação com este aspecto do parente que se matou. Não se trata de um contexto de relação simbiótica e, sim, de identificação com um traço do parente ou amigo. São pessoas que nos procuraram muitos anos depois do acontecido e têm no grupo a chance de ampliar sua capacidade de lidar com obstáculos e dificuldades na vida.

Para finalizar, diante de uma perda tão dolorosa como esta, será possível emergir, viver razoavelmente bem?

Nossa experiência tem dito que sim: uma mulher que perdeu o filho se reaproximou do marido e estão se ajudando e acompanhando; outra já fala em namorar novamente; outra retomou o tratamento médico que precisa fazer e havia abandonado, e assim por diante. Práticas de cuidado de si e de outros podem ser instauradas ou retomadas num movimento de fazer por outros o que talvez não tenha sido possível viver com a pessoa que se suicidou.

Realizar ações que visem a saúde e o bem-estar de si mesmo e de outras pessoas são caminhos de retomada da potência e da possibilidade de interferir construtivamente no mundo.

A tristeza surge em muitos momentos, mas novos sentidos para a vida são criados e o ente querido pode ser lembrado com sentimentos amorosos.

A equipe do Projeto Com Viver tem apoiado e acompanhado alguns sobreviventes de suicídio, concorrendo para um processo de luto bem elaborado, enriquecendo e proporcionando a construção de novos modos de se relacionar com o mundo, realizando a prevenção de novos suicídios.

Referências

- Correa, O.R. O legado familiar: a tecelagem grupal da transmissão psíquica. Rio de Janeiro, Contracapa, 2000.
- Roudinesco, E. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.
- Soares, G.A.D. As vítimas ocultas da violência na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006
- Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio. Portaria nº 1.876 do Ministério da Saúde, 14 de agosto de 2006. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area925
- Suicide Prevention in Europe - The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies World Health Organization – 2002
- Freud, S. Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. Rio de Janeiro, Imago, vol XI (1910) 1976
- Freud, S. Luto e Melancolia. Rio de Janeiro, Imago, vol XIV (1917) 1976
- Après le suicide d'un proche. Disponível em: <http://www.preventionsuicide.be/texte/dewil.htm> Acesso em: nov. 2006.
- Winnicott, D. W. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro, Imago, 1967.
- Winnicott, D. W. Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro, Imago, 2000
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J.. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: Nov. 2006.

- CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. Cadernos de Saúde Pública, jul./ago. 2001, vol. 17, n° 4.
- COBB, S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, p. 300-314.
- DURKHEIM, E. O Suicídio – um estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- GASPARI, V. P. P.; BOTEGA, N. J. Rede de apoio social e tentativa de suicídio. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 233-240, 2002.
- MINAYO, M. C. de S. A auto-violência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. In Cadernos de Saúde Pública, abr./jun. 1998, vol. 14, n° 2.

Anexo



Boletim de atendimento

No diário_____

Data contato

___/___/___

DADOS DO CONTACTANTE: Telefones de contato:_____

Nome_____	Idade_____	Sexo____	Cor____
Endereço_____			
Bairro_____	município_____	estado_____	
Ocupação_____ () em atividade () aposentado () desempregado () licença			
Meio de contato () telefone () email () outro_____			
Como soube do projeto: () jornal () revista () rádio () internet () prof. de saúde () out			

email_____

DADOS DO SUICIDA:

Nome_____	situação conjugal: união est./casado; solt; viúvo; separ/divorc.			
Idade_____	sexo_____	município_____	estado_____	ocupação:_____
Data óbito ___/___/___	hora _____	local: (res) (trab) (via pública) out_____	método_____	

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO INDIVÍDUO:

Fazia tratamento psiquiátrico? () sim () não CID-10_____ tratamento regular? () sim () não

História de tentativa(s) prévia(s)? () sim qtas? ___ () não;

Tinha comunicado a intenção de se suicidar? () sim () não; Deixou bilhetes, cartas, etc? () sim () não

Era usuário de drogas ilícitas? () sim () não () ign;

Tinha padrão de consumo de álcool abusivo? () sim () não () ign

Sofria de doença grave ou dolorosa? () sim () não; História de violência doméstica? () sim () não () ign;

Residia em comunidade c/ risco aumentado de violência (tráfico, etc.)? () sim () não () ign;

Houve perda importante por morte, separação, etc. antes do suicídio? () sim () não ()

ign;

Houve perda de emprego antes do suicídio? () sim () não () ign;

Houve ruptura da rede social por migração? () sim () não () ign;

Eventos significativos (pos. ou neg.) antes do suicídio:
_____ () não () ign;

Havia história de tentativa ou de suicídio na família? () sim () não () ign;

Membro da família com doença grave ou terminal? () sim () não () ign;

Membro da família ou da rede é dependente de álcool ou droga? () sim () não () ign;

Membro da família com transtorno psiquiátrico? () sim () não () ign;

CONDUTA: () ATENDIMENTO NO PROJETO; () ORIENTAÇÃO TELEFÔNICA
() OUT _____

ENCAMINHAMENTO: _____

TÉCNICO: _____

1.DATA ATEND/ MONIT ___/___/___: SITUAÇÃO _____ 2.DATA
ATEND/ MONIT ___/___/___: SITUAÇÃO _____
3.DATA ATEND/ MONIT ___/___/___: SITUAÇÃO _____ 4.DATA
ATEND/ MONIT ___/___/___: SITUAÇÃO _____
5.DATA ATEND/ MONIT ___/___/___: SITUAÇÃO _____ 6.DATA
ATEND/ MONIT ___/___/___: SITUAÇÃO _____
7.DATA ATEND/ MONIT ___/___/___: SITUAÇÃO _____ 8.DATA
ATEND/ MONIT ___/___/___: SITUAÇÃO _____
9.DATA ATEND/ MONIT ___/___/___: SITUAÇÃO _____ 10.DATA
ATEND/ MONIT ___/___/___: SITUAÇÃO _____
11.DATA ATEND/ MONIT ___/___/___: SITUAÇÃO _____ 12.DATA
ATEND/ MONIT ___/___/___: SITUAÇÃO _____

Saída: _____

Orientação: _____

**HISTÓRIA / EVOLUÇÃO DO CONTACTANTE: COMO CITAR ESTE
MATERIAL:**

COMO CITAR O TRABALHO:

FERRARA, A., ACOLHIMENTO PSICOTERÁPICO A SOBREVIVENTES. PROJETO COM VIVER, MINISTÉRIO DA SAÚDE/OPAS, 2006. **Disponível em** <https://www.abeps.org.br/biblioteca>