



A Produção do
Conhecimento
**nas Ciências
da Saúde 3**

**Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)**

Atena
Editora
Ano 2019

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

**A Produção do Conhecimento nas Ciências
da Saúde**
3

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P964 A produção do conhecimento nas ciências da saúde 3 [recurso eletrônico] / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (A Produção do Conhecimento nas Ciências da Saúde; v. 3)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-300-2

DOI 10.22533/at.ed.002190304

1. Abordagem interdisciplinar do conhecimento. 2. Saúde – Pesquisa – Brasil. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série.

CDD 610.7

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O terceiro volume da coleção “A Produção do Conhecimento nas Ciências da Saúde”, é fruto de atividades de pesquisa desenvolvidas em diversas regiões do Brasil. Composto por trinta e cinco capítulos enriquecedores altamente informativos.

Neste volume o leitor será capaz de obter informações categorizadas e apresentadas sob forma de trabalhos científicos na interface de estudos ligados à educação em saúde.

Os trabalhos aqui apresentados demonstram de forma ampla conceitos atuais relativos aos temas da saúde da família, cuidados paliativos, atenção primária, práticas integrativas, inovações em pesquisa médica, perfil de grupos de risco, promoção e educação em saúde dentre outros diversos temas que poderão contribuir com o público de graduação e pós graduação das áreas da saúde.

O conhecimento sobre saúde hoje, na contemporaneidade, é multifatorial, deste modo, entender o indivíduo na sua integralidade é importante, assim conhecimento embasado e contextualizado aos temas transversais são fundamentais.

O profissional da saúde atual precisa cada vez mais estar conectado com as evoluções e avanços tecnológicos. Descobertas e publicações de alto impacto são diárias e fazem com que o profissional se atualize e aprimore cada vez mais suas atividades ligadas à linha de atuação na saúde. Portanto a leitura íntegra e crítica de material bibliográfico substancial torna-se necessária.

A integração de cada capítulo permitirá ao leitor ampliar seus conhecimentos e observar diferentes metodologias de pesquisa e revisões relevantes para atualização dos seus conhecimentos.

Deste modo, o conteúdo de todos os volumes é significativo não apenas pela teoria bem fundamentada aliada à resultados promissores, mas também pela capacidade de professores, acadêmicos, pesquisadores, cientistas e da Atena Editora em produzir conhecimento em saúde nas condições ainda inconstantes do contexto brasileiro. Desejamos que este contexto possa ser transformado a cada dia, e o trabalho aqui presente pode ser um agente transformador por gerar conhecimento em uma área fundamental do desenvolvimento como a saúde.

Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
“EFEITOS DO SILÍCIO ORGÂNICO NO REJUVENESCIMENTO FACIAL EM PORTADORES DE DOENÇA DE ALZHEIMER”	
Cristiane Rissatto Jettar Lima Claudia Letícia Rodrigues Amadeu José Alexandre Curiacos de Almeida Leme Luciana Marcatto Fernandes Lhamas Ednéia Nunes Macedo Suélen Moura Zanquim Silva	
DOI 10.22533/at.ed.0021903041	
CAPÍTULO 2	10
A COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPES MÉDICAS E FAMILIARES EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS	
Silvana Vasque Nunes Natália Aparecida Santana Bitencourt Jéssica Aires da Silva Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.0021903042	
CAPÍTULO 3	23
ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	
Fabiana Ferreira Koopmans Caroline Medeiros Souza Freitas Carolina Lopes Fernanda Araújo de Lima Patrícia Ferraccioli Siqueira Lemos Lúcia Helena Garcia Penna	
DOI 10.22533/at.ed.0021903043	
CAPÍTULO 4	36
ANÁLISE DA FORÇA DA MUSCULATURA RESPIRATÓRIA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM TEIXEIRA DE FREITAS – BAHIA	
Darlei Pereira Moura Mallu Mendes e Silva Santos Jéssica Ramos Pereira Sérgio Gomes da Silva José Gustavo Padrão Tavares	
DOI 10.22533/at.ed.0021903044	
CAPÍTULO 5	42
ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRAL DO BRASIL	
Sabina Borges da Costa Renata Alessandra Evangelista Alexandre de Assis Bueno Rayrane Clarah Chaveiro Moraes Raissa Cristina Pereira Ivone Rodrigues Lima	
DOI 10.22533/at.ed.0021903045	

CAPÍTULO 6 54

APLICAÇÃO DO TESTE DE FIGURAS PARA DISCRIMINAÇÃO FONÊMICA EM CRIANÇAS DO PRIMEIRO ANO DE ESCOLAS PÚBLICAS

Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa
Mirna Rossi Barbosa-Medeiros
Marise Fagundes Silveira
Antônio Prates Caldeira

DOI 10.22533/at.ed.0021903046

CAPÍTULO 7 64

APRESENTAÇÃO INCOMUM DA SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT SEM PARALISIA DO NERVO FACIAL

Leonardo Nascimento de Sousa Batista
Willian da Silva Lopes
Caroline Braga Barroso
Fábio Pimenta de Melo
Karla Linhares Pinto

DOI 10.22533/at.ed.0021903047

CAPÍTULO 8 69

AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA TRANSVERSALIDADE DAS AÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Larissa de Oliveira Vieira
Josiane Moreira Germano
Ismar Eduardo Martins Filho
Adriana Alves Nery
Alba Benemérta Alves Vilela
Eduardo Nagib Boery

DOI 10.22533/at.ed.0021903048

CAPÍTULO 9 80

CARACTERIZAÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS JUDICIALIZADOS EM UM CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA NO SUL DO BRASIL

Lídia Gielow
Mônica Cristina Cambrussi

DOI 10.22533/at.ed.0021903049

CAPÍTULO 10 91

CUIDADOS PALIATIVOS: O CUIDAR DO SERVIÇO SOCIAL

Andrea Frossard
Jeane Alves da Silva
Aline Baptista
Rafaela Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.00219030410

CAPÍTULO 11 109

DESENVOLVIMENTO DE BIONANOCOMPÓSITOS (POLÍMERO BIODEGRADÁVEL/HIDROXIAPATITA) PARA USO EM ENXERTOS ÓSSEOS

Tayná Martins Ramos
Kaline Melo de Souto Viana
Cíntia Maciel Mesquita

Amanda Melissa Damião Leite

Thalles Rafael Silva

DOI 10.22533/at.ed.00219030411

CAPÍTULO 12 126

EFEITO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA UNIJUÍ/FUMSSAR EM RELAÇÃO A PRODUTIVIDADE DO NASF DE SANTA ROSA

Renan Daniel Bueno Basso

Julia Da Rosa Tolazzi

Elisiane Bisognin

DOI 10.22533/at.ed.00219030412

CAPÍTULO 13 132

FERRAMENTAS E TÉCNICAS DE GERENCIAMENTO DE PROJETOS APLICADAS NA GESTÃO DA SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO NA INDÚSTRIA DA CONSTRUÇÃO CIVIL

Ana Lúcia Andrade Tomich Ottoni

Altamir Fernandes de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.00219030413

CAPÍTULO 14 150

FRAGILIDADE E RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS FREQUENTADORES DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA

Déborah da Silva Ramos

Thaís Santos Contenções

DOI 10.22533/at.ed.00219030414

CAPÍTULO 15 160

GERENCIAMENTO MEDICAMENTOSO DO RISCO DE QUEDA NA CLÍNICA ONCOLÓGICA DO HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS – DR WALDEMAR PENNA

Sândrea Ozane do Carmo Queiroz

Suellen Beatriz Alvarenga de Sousa

Daniel Vicente Jennings Aguiar

Kalysta de Oliveira Resende Borges

Thais Riker da Rocha

Anderson da Silva Oliveira

Juliana Petry

Luriane Melo de Aguiar Araújo

Anderson Silva Sousa

Gabriela Kalata Soares

Caroline Pantoja dos Reis

DOI 10.22533/at.ed.00219030415

CAPÍTULO 16 170

GRUPO DE PESQUISA E SUAS CONTRIBUIÇÕES NO QUE TANGE AS HEPATITES VIRAIS NA AMAZÔNIA: TRABALHANDO A PREVENÇÃO COM GESTANTES

Andréa Cecília Coelho Lira

Vitória Carvalho Cardoso

Márcia Andrea da Silva Nunes

Ezequias Paes Lopes
Eimar Neri de Oliveira Junior
Driene de Nazaré Silva Sampaio
Myrla Cristina Gomes Soares
Sabrina Monteiro de Souza
Samantha Sam Lobato de Oliveira
Silviane Helen Ribeiro da Silva

DOI 10.22533/at.ed.00219030416

CAPÍTULO 17 176

MICROAGULHAMENTO E A ASSOCIAÇÃO AO *DRUG DELIVERY* COMO RECURSO TERAPÊUTICO À CICATRIZES DE ACNE

Maria Letícia Ribeiro Lousada

DOI 10.22533/at.ed.00219030417

CAPÍTULO 18 188

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM DOCENTES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

Pedro Iago de Almeida Bernardes
Fabiana Maluf Rabacow

DOI 10.22533/at.ed.00219030418

CAPÍTULO 19 199

PERCEPÇÃO SOBRE SUPORTE E APOIO À SAÚDE DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI E EM OUTROS SETORES HOSPITALARES

Camila Zanesco
Diego de Lima Moreira e Silva
Melina Lopes Lima
Luciane Patrícia Andreoni Cabral
Danielle Bordin
Cristina Berger Fadel

DOI 10.22533/at.ed.00219030419

CAPÍTULO 20 210

PERFIL DO PACIENTE INFANTO-JUVENIL ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO DE PSICOLOGIA

Silvana Vasque Nunes
Jéssica Aires da Silva Oliveira
Hélida Silva Marques
Duzolina Adhara de Oliveira Barnabé Marques

DOI 10.22533/at.ed.00219030420

CAPÍTULO 21 220

PERFIL DOS RISCOS CARDIOVASCULARES EM MOTORISTAS PROFISSIONAIS DE TRANSPORTE DE CARGA QUE TRAFEGAM NA RODOVIA BR-116 NO TRECHO DE TEÓFILO OTONI – MG

Rodrigo de Carvalho Hott
Daniel de Azevedo Teixeira
Leslie Aparecida Vieira de Jesus Teixeira
Hélio Vinicius Valeriano Furtado
Leandro Almeida de Castro
Frederico Cerqueira Barbosa

Martha Honorato Eller

DOI 10.22533/at.ed.00219030421

CAPÍTULO 22 227

PERFIL NUTRICIONAL E HÁBITOS ALIMENTARES RELACIONADOS À
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM DIAMANTINA, MG

Paola Aparecida Alves Ferreira

Emerson Cotta Bodevan

Leida Calegário de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.00219030422

CAPÍTULO 23 242

PROBLEMAS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS (PRM'S) EVITADOS MEDIANTE
VALIDAÇÃO FARMACÊUTICA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA EM UM HOSPITAL
PÚBLICO DO OESTE DO PARÁ

Sândrea Ozane do Carmo Queiroz

Juliana Petry

Luriane Melo de Aguiar Araújo

Thais Riker da Rocha

Anderson da Silva Oliveira

Kalysta de Oliveira Resende Borges

Suellen Beatriz Alvarenga de Sousa

Daniel Vicente Jennings Aguiar

Anderson Silva Sousa

Fábio Augusto Meneses Sousa

Gabriela Kalata Soares

Caroline Pantoja dos Reis

DOI 10.22533/at.ed.00219030423

CAPÍTULO 24 252

PROJETO DE EXTENSÃO: GRUPO MENTORING: RESSIGNIFICANDO OS
DESCOMPASSOS ACADÊMICOS DURANTE O ENSINO MÉDICO

Jéssica Ferreira de Andrade

Michelle Rocha Parise

Adriana Assis Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.00219030424

CAPÍTULO 25 258

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE ACERCA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS

Danielle Feijó de Moura

Tamiris Alves Rocha

Dayane de Melo Barros

Marton Kaique de Andrade Cavalcante

Gisele Priscilla de Barros Alves Silva

José André Carneiro da Silva

Silvio Assis de Oliveira Ferreira

Isla Ariadny Amaral de Souza Gonzaga

Marllyn Marques da Silva

DOI 10.22533/at.ed.00219030425

CAPÍTULO 26 264

**PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA:
PERSPECTIVAS EDUCATIVAS DE MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS**

Juliana Nogueira Pontes Nobre
Paulo Filipe de Mello
Marcos Adriano da Cunha
Angelina do Carmo Lessa
Endi Lanza Galvão
Cláudia Mara Niquini

DOI 10.22533/at.ed.00219030426

CAPÍTULO 27 272

**PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES SOBRE O SUICÍDIO E SUAS
PERSPECTIVAS DE PREVENÇÃO**

Luciana de Carvalho Pieri
Maria Zaú

DOI 10.22533/at.ed.00219030427

CAPÍTULO 28 284

PUBLIC HEALTH MANAGEMENT: A PHYSIOTHERAPY PERSPECTIVE

Priscila Daniele de Oliveira Perrucini
Larissa Dragonetti Bertin
Stheace Kelly Fernandes Szezerbaty
Flavia Beltrão Pires
Ana Flávia Spadaccini Silva
Regina Célia Poli-Frederico

DOI 10.22533/at.ed.00219030428

CAPÍTULO 29 294

**RECRUTAS DA ALEGRIA: PROMOÇÃO DA SAÚDE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

Ana Luisa Canova Ogliari
Marilice Magroski Gomes da Costa
Thiago Lopes Silva
Gabriela do Rosário Paloski
Shirley Jensen Lima da Silva

DOI 10.22533/at.ed.00219030429

CAPÍTULO 30 300

**REVISÃO DE LITERATURA SOBRE O USO DA ARNICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE
CIRURGIAS**

Paula Oliveira Dutra
Antonio Carlos Victor Canettieri
Renata Amadei Nicolau

DOI 10.22533/at.ed.0021903045

CAPÍTULO 31 308

**RIBEIRINHOS DA AMAZÔNIA: BENEFÍCIOS ATRAVÉS DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO
EM SAÚDE**

Francisca Moreira Dantas
Carlos Eduardo Bezerra Monteiro

Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque
Priscilla Mendes Cordeiro
Thiago Dos Santos Maciel
Abel Santiago Muri Gama

DOI 10.22533/at.ed.00219030431

CAPÍTULO 32 313

SÍNTESE DE FILMES DE PHB (*Polihidroxiбутирато*) PARA APLICAÇÃO EM TRATAMENTO DE QUEIMADOS

Thalles Rafael Silva Rêgo
Amanda Melissa Damiano Leite
Kaline Melo de Souto Viana
Thaís Salamoni Bastos
Tayná Martins Ramos

DOI 10.22533/at.ed.00219030432

CAPÍTULO 33 322

SENSOR DE MUDANÇA DE DECÚBITO COMO FERRAMENTA PARA AUXILIO NA PREVENÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO

Adriana Medeiros Monteiro da Cruz
Aline Aparecida Ribeiro Fernandes
Lidinalva do Nascimento Barreiros
Márcio Antonio de Assis
Viviane Francisca dos Santos Prismic
Danilo Freitas Viana

DOI 10.22533/at.ed.00219030433

CAPÍTULO 34 335

SPINAL POSTURE OF CLASSICAL BALLET DANCERS: A SYSTEMATIC REVIEW

Jéssica Gaspar Rangel
Ricardo Borges Viana
Maria Sebastiana Silva
Claudio Andre Barbosa de Lira
Carlos Alexandre Vieira
Mário Hebling Campos

DOI 10.22533/at.ed.00219030434

CAPÍTULO 35 349

SUICÍDIOS NOTICIADOS EM JORNAIS ANTIGOS DA REGIÃO DE DIAMANTINA - MINAS GERAIS

Lenniara Pereira Mendes Santana
Lucas Carvalho Santana
Marivaldo Aparecido de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.00219030435

SOBRE O ORGANIZADOR..... 364

PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES SOBRE O SUICÍDIO E SUAS PERSPECTIVAS DE PREVENÇÃO

Luciana de Carvalho Pieri

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Programa de Pós-Graduação em Teoria
Psicanalítica
Rio de Janeiro

Maria Zaú

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Instituto de Psicologia
Rio de Janeiro

RESUMO: A OMS considera a questão do suicídio um fenômeno global. Dados do SIM, Sistema de Informação sobre Mortalidade criado pelo DATASUS, apontam que os índices de mortalidade por suicídio vêm crescendo a cada ano no Brasil, sendo considerado por esse órgão um problema de saúde pública que pode e deve ser prevenido. Na busca pela prevenção e diminuição das tentativas de suicídio, há levantamentos de dados epidemiológicos, elaboração de metas e construção de políticas públicas de saúde que visam alcançar tais finalidades. Dentre essas políticas, destaca-se a produção de cartilhas de recomendações aos profissionais da área da saúde, à imprensa e à população em geral diante de situações atravessadas pelo risco de suicídio; além da implantação de uma parceria entre o SUS e o CVV (Centro de Valorização da Vida). Diante disso, o presente trabalho pretende, através

de uma análise crítica, refletir acerca do tema do suicídio e o manejo em torno deste, tendo em vista três recortes: (a) as atuais diretrizes propostas pelas políticas públicas de saúde mental no Brasil e as estratégias educativas de prevenção expostas nos manuais produzidos pelo Ministério da Saúde em 2017; (b) uma retomada sobre as diferentes perspectivas e discursos produzidos sobre o suicídio em determinados períodos históricos; (c) uma alternativa de tratamento, orientada pela psicanálise, diante do sofrimento e da possibilidade do suicídio que se distancia de uma promessa de “harmonização psicológica”.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Prevenção; Ética; Psicanálise.

1 | INTRODUÇÃO

Deve-se levar em conta, primeiramente, o aumento do número de suicídios cometidos no Brasil, bem como a importância da ampliação de ações voltadas à promoção de saúde estabelecidas nas cartilhas e manuais de prevenção de órgãos nacionais e internacionais. Partindo desta premissa, este artigo pretende realizar um levantamento de alguns dados adquiridos através destas cartilhas para analisar o problema do suicídio através de um recorte histórico. Propomos problematizar o tema

com o intuito de suscitar algumas reflexões a respeito dos métodos de prevenção - considerando-os como ações legítimas e eficazes, mas colocando a seguinte pergunta: que campos teóricos sustentam o discurso da prevenção do suicídio na atualidade e que fundamentos históricos eles carregam?

No âmbito das políticas públicas torna-se indispensável atentarmos a certas diretrizes normativas que determinam os paradigmas de saúde e bem estar. Neste, inclui-se também o que orienta o plano de prevenção ao suicídio instituído pela OMS e readaptado ao Brasil. Paralelo a isso, pensamos em trazer uma perspectiva sobre o suicídio que tenda a suspender qualquer entendimento e direcionamento moralizante, compreendendo-o como um ato que está presente em todos os tempos históricos. Traremos, em seguida, de alguns autores da psicanálise como Freud e Lacan para considerarmos a importância da laicidade e da parcialidade na escuta e no direcionamento clínico pautado pela ética, assim como algumas dimensões significativas levantadas por George Minois e Fábio Henrique Lopes, historiadores que se debruçaram sobre a temática do suicídio. O recorte histórico nos será de grande importância, pois, a partir deste, conseguiremos ter um panorama da complexidade que o suicídio e o sujeito que o comete terão na história da humanidade, na medida em que o tema ora será visto como um grande problema social-econômico a ser interditado, ora como uma escolha que cabe a cada um em sua total liberdade. Ao aproximarmos-nos da leitura moderna e contemporânea sobre o tema, analisaremos como e em qual contexto o suicídio foi apropriado pela ciência médica, de onde a ideia de prevenção surgiu na história do Brasil e que heranças ela carrega.

2 | DESENVOLVIMENTO

2.1 Diretrizes de prevenção

Em 2017, foram elaborados pelo Ministério da Saúde e pela OMS, em parceria com o CVV (Centro de Valorização à Vida), diversos materiais informativos reforçando a importância das ações de prevenção do suicídio. Diante dessa leitura, percebemos que o direcionamento a ser tomado frente ao problema do suicídio tem como base a valorização da vida e a promoção de saúde. Estudos em torno do tema se guiam por pesquisas estatísticas e empíricas que avaliam as notificações de tentativas de suicídio e a investigação de óbitos. Eles têm o objetivo de disseminar informações, realizar a gestão e integralidade do cuidado em prol do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e a capacitação de seus profissionais. O acolhimento do usuário e uma escuta cuidadosa e sem preconceitos são elementos fundamentais para a qualificação da prática da prevenção em quase todas as cartilhas elaboradas que envolvem o problema do suicídio.

Crê-se, portanto, por meio da construção do “Plano Nacional de Prevenção do Suicídio” (2013) na predição do ato suicida como uma medida possível e, acima de

tudo, um objetivo a ser alcançado através de estratégias muito bem construídas que pretendem produzir informação, controle e vigilância dessa parcela da população. No arquivo que consta este plano, lê-se:

O suicídio é um fenômeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social. As estratégias de prevenção da ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas (tentativas de suicídio e suicídio consumado) implicam interações e sinergias multissetoriais, multiculturais e multiprofissionais, onde a vertente da saúde deverá funcionar como o núcleo central no planejamento, organização, operacionalização e avaliação, mas nunca de forma isolada. (DGS, 2013, p.5)

Para contemplar o objetivo proposto, os manuais localizam as causas, sinais de alerta e os fatores de risco que levariam ao suicídio. No “Manual dirigido a profissionais de saúde mental” (2006), por exemplo, fatores sociodemográficos, psicológicos, condições clínicas incapacitantes, transtornos mentais e o histórico de tentativas de suicídio são colocados como algumas dessas causas. Dada a relação entre as causas e os três níveis de risco de suicídio (baixo, moderado, alto), destacamos algumas dicas e estratégias de manejo, dentre elas: o tratamento multidisciplinar - medicamentoso e psicoterápico -, a importância do apoio emocional, uma escuta sem julgamentos e o enaltecimento dos aspectos positivos da vida da pessoa “em risco”. Como estratégia para identificar os momentos de maiores riscos, alguns sentimentos e aspectos psicológicos podem ser constatados, segundo a cartilha proposta aos profissionais de saúde mental. A pessoa em risco de suicídio apresenta, em seus aspectos psicológicos, três estados: o de ambivalência, impulsividade e rigidez/constricção. Estas condições se somam à quatro principais sentimentos de quem pensa em se matar: depressão, desesperança, desamparo e desespero (a qual chamam de “regra dos 4D”).

Em relação às estratégias de como *ajudar* pessoas em risco de suicídio, que apresentam falas carregadas de uma perda na razão de viver, os acolhimentos devem ser feitos de forma cuidadosa, com o tempo e lugar reservados para realizar o amparo através de uma escuta *efetiva*. Nesse sentido, a orientação de cuidado proposta se coloca com o objetivo de “preencher uma lacuna criada pela desconfiança, pelo desespero e pela perda de esperança e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor” (ibid, p.55). Levantamos a questão acerca do que seria o preenchimento de tais lacunas. Elas podem ser preenchidas de maneira definitiva? Se o suicídio atualmente é um ato localizado frequentemente como consequência, dentre outros fatores, de uma patologia, a questão sobre a possibilidade de cura de tal lacuna convoca certos questionamentos. Até que ponto é possível tamponar o insuportável de um discurso e a partir de que via isso seria feito?

Ao tocar estas questões, chama-nos atenção a tentativa da criação de um protocolo que contenha um leque de perguntas e respostas a serem colocadas que localizem e quantifiquem o risco do suicídio; qual o perfil daqueles que se encontram nesse quadrante; quais medidas devem ser tomadas. Mas, de outro lado, a sociedade

necessita de uma regulamentação única que oriente as práticas de saúde pública, dentre elas, o acolhimento de pessoas que sofrem e pensam em suicídio. A formalização deste cuidado é inquestionável tendo em vista os paradigmas do SUS. Em contrapartida, é importante observar e, mais ainda, analisar os solos de práticas e discursos que possibilitaram essas diretrizes em saúde mental no Brasil e que heranças históricas elas carregam.

2.2 Recorte histórico

Propomos agora trabalhar a partir de um recorte teórico - dentre tantos outros possíveis - sobre a questão do suicídio em sua dimensão contingencial, histórica e parcial. Nossa escolha por tal recorte se deve à relevância em traçar as criações e desconstruções que acarretaram em múltiplas referências sobre a morte voluntária no mundo e, naturalmente, no Brasil. Isso significa, por esta perspectiva, dizer que esse terreno não foi tomado da mesma forma ao longo da história, mas sim produzido por determinados discursos de verdade que vigoravam em cada tempo histórico. É importante pensar na constituição do problema do suicídio até o ponto como ele é visto atualmente e suas formas plurais de problematização para, assim, averiguarmos os cenários envolvidos na formação dos campos de saberes que determinaram - e ainda determinam - as práticas de cuidado promovidas pelo mundo da saúde. Há uma mudança epistemológica considerável introduzida com a Modernidade em relação às ideias de indivíduo, saúde e doença, precisamente no que diz respeito à posição em que o saber médico é colocado perante a trama social. Veremos o quanto as características deste período atravessam as formas de encarar o problema do suicídio hoje em dia.

Na Antiguidade, a *morte voluntária* - como era chamado o suicídio até o século XVII - era uma possibilidade à vida e havia uma pluralidade de entendimentos, muitas vezes conflitantes e contraditórios, ao seu redor. Os epicuristas e os estóicos, por exemplo, aceitavam o suicídio pois acreditavam na liberdade de decidir sobre a vida e a morte. Os pitagóricos, em contrapartida, como um ato contra os direitos dos Deuses. A interdição de todo e qualquer tipo de suicídio e o posterior endurecimento da moral cristã a respeito do ato se estabeleceu apoiada pelo quinto mandamento (“não matarás”) por Santo Agostinho, um dos mais importantes teólogos e filósofos da história do cristianismo. Por influência platônica, Agostinho de Hipona acreditava que a vida era um dom sagrado de Deus e que, portanto, apenas Ele poderia dispor dela. Havia claramente um motivo econômico por trás da força deste impedimento realizado pelo Estado em parceria com a Igreja.

A interdição do suicídio se concretizou na história do ocidente e se intensificou ao longo da Idade Média bruscamente (MINOIS, 1998). Ela se deu no período de queda do Império Romano, século V, e de ascensão do cristianismo. Neste momento, o Estado sofria uma forte crise econômica e demográfica, o que culminou em um alto número

de tentativas e mortes por suicídio de camponeses explorados e infelizes com o intuito de se aproximar de Deus e, finalmente, ter uma vida melhor no Reino dos Céus. Por conta disto, houve uma acentuada falta de mão-de-obra e cidadãos para defender e lutar pelo Império. A Igreja, junto ao Estado, passaram então a criar medidas e leis para reverter esta grave situação:

(...) a Igreja empreende um esforço de revalorização do casamento, condenando os desvios que faziam da abstinência sexual uma obrigação para todos os cristãos e enalteciam exageradamente a virgindade. Todas as formas de contracepção e de aborto são proibidas, e em 374 uma lei do Império proíbe mesmo o infanticídio, mas também se luta contra o abandono de crianças. (*ibid*, p.41)

Para proteger e promover a vida humana e evitar que os camponeses, as quais suas vidas estavam sob poder dos seus senhores, se matassem, no ano de 452, cria-se uma lei que condena a morte voluntária dos escravos. Em 533, torna-se crime suspeitos que se matam antes de serem julgados e, então, vê-se que as autoridades religiosas e mesmo civis passam a combater o suicídio ao longo dos séculos seguintes tirando do homem o direito de escolher seu caminho em prol da conservação e do aumento da mão-de-obra num contexto em que as epidemias e as fomes ameaçavam a população:

(...) o arsenal repressivo e dissuasivo contra o suicídio entra progressivamente em vigor. A pressão da situação econômico-social e política se impõe à própria moral para fazer do suicídio um crime contra Deus, contra a Natureza, contra a sociedade. (*ibid*, p.42)

Entre os séculos V e X, a morte voluntária foi denunciada como um pecado e crime mortal, um impulso de autodestruição produzida por uma tentação diabólica, pelo desespero ou como uma atitude de loucura, o que significava negar aos suicidas os ritos religiosos e o enterro cristão - a que pecadores menores tinham direito - em nome dos princípios e da moral cristã (*ibid.*).

Veremos que com o advento da ciência no período moderno o suicídio se desloca de certos estigmas criados pela moral cristã para uma perspectiva patologizante. Serão formas distintas de compreensão e que darão outras imagens e referências em torno do tema do suicídio e a quem o pensa, tenta e/ou comete. Todavia, para além de uma descontinuidade histórica, procuraremos ressaltar algumas heranças que o imaginário cristão deixou para a ciência moderna em suas formas de ver e cuidar do problema.

A respeito do suicídio - uma vez apropriado pelo saber científico e tematizado hegemonicamente por profissionais da área da medicina - pontua o historiador Fábio Henrique Lopes:

(...) muitos médicos no século XIX afirmaram que os casos sem nenhuma explicação ou causa aparente teriam sido produzidos por algum desarranjo, distúrbio ou desequilíbrio mental, direcionando seus olhares às dimensões patológicas do fenômeno e era nessa esfera que a resposta deveria ser formulada. (LOPES, 2007,

Neste contexto o suicida passa a ser entendido como um sujeito alterado, não responsável pelos seus atos e escolhas. Um novo mundo conceitual, portanto - que se forma no final do século XIX e início do século XX - passa a ampliar o problema do suicídio através da produção de novos sentidos, imagens e referências que o aproximam, em sua grande maioria, à doença mental (*ibid.*). Isto porque na modernidade tem-se um giro que coloca o indivíduo, a saúde e o saber médico em outro lugar nas relações sociais.

No Brasil, o suicídio se tornou visível no campo do saber científico na primeira metade do século XIX, sobre o qual se articulava, em seu entorno, uma rede de saber médico. A medicina, neste período, conquista um lugar importante de intervenção social. Ela valorizava um caráter prevencionista e moralizante constituindo um sistema normativo de saúde. Sob esses pilares, o lugar do suicida se consolidou ao lado daqueles que ameaçavam os centros urbanos - como delinquentes, alcoolistas, prostitutas, desviantes - como mais um *desequilibrado, doente, desesperado, atordoado, irracional* (*ibid.*, p.22). Cristalizando-se no campo dos distúrbios e desordens mentais, o suicídio passa do pecado e crime a um fenômeno de referencial patológico.

Nesse período, havia grandes ações higienistas nos centros urbanos por conta das epidemias e era principalmente o psiquiatra e o médico que tinham o aval do Estado para intervir direta e indiretamente no corpo social para identificar e normatizar os possíveis riscos sociais. Por conta desse novo ordenamento urbano, indivíduos portadores da desordem eram segregados. O suicida era, por essa via, um desequilibrado mentalmente e anormal que deveria ser tratado e curado. A produção de saber na sociedade brasileira por meio da Medicina Social do século XIX acabava por disciplinar os corpos, controlá-los e vigiá-los, garantindo uma educação voltada aos hábitos de higiene e cuidado tanto no âmbito público quanto privado. Segundo Baptista *apud* Lopes (2000), a prática médica deixa de ter como objeto a doença para fabricar a saúde. A doença deixa de ser considerada por meio de uma perspectiva isolada e a medicina se ocupa então a:

(...) impedir o seu aparecimento e controlar a sua manifestação, e não mais a ação direta sobre a doença para restabelecer a saúde. O objeto da medicina começou a se deslocar, portanto, da doença para a saúde e o suicídio, uma vez sendo considerado uma doença, deveria, também, ser evitado, para gerar e garantir a vida. (Machado *apud* Lopes, 2007, p.40)

O médico, nessa via, encarna uma figura social que deve preservar a sociedade intervindo no âmbito do bem-estar físico e moral, supervisionando a saúde da população. A partir do século XX, o tema do suicídio ganha outros contornos. Isto se deve muito a Freud e Durkheim, que no campo psicanalítico e sociológico, respectivamente, puderam formular outras perspectivas a respeito da vida e da morte. A abertura de novos campos conceituais neste século leva em conta a parcialidade que os funda

como diferentes áreas de saber. Assim como a medicina, estruturada por um conjunto de conceitos que estabelecem uma determinada prática, a psicanálise, inicialmente, com Freud, também se constituirá nestes moldes, a partir de certas balizas e limites. Serão estas as condições necessárias para que esse campo possa operar.

2.3 Psicanálise como forma de tratamento

Em “A Questão da Análise Leiga: conversações com uma pessoa imparcial” (1926), Freud questiona e aponta a contradição presente na determinação de que a psicanálise só deveria ser conduzida por um profissional da área médica. Para isso, destaca a figura do leigo (não médico), de saber parcial. Esse não daria conta de tudo explicar e garantir, por meio da cura, a expulsão de todo e qualquer mal - algo que se buscava no mundo pré moderno, na religião, pela via da salvação divina. O mundo da ciência, condição a partir da qual surge a psicanálise, é caracterizado justamente pela parcialidade, objetividade e pelo conhecimento em detrimento da verdade. Uma vez em que Freud marca a necessidade de considerar a psicanálise uma teoria que não deveria estar limitada ao universo da medicina, tampouco aos médicos, ele ratifica a importância da figura do leigo.

A palavra “leigo”, como bem marcou Gomes e Melo (2017), vem do latim *laicus* o que, em sua leitura, mostra o compromisso de Freud (1926) com a laicidade, com um saber parcial; contrária ao lugar de uma verdade definitiva da Igreja. Em paralelo, o “leigo” era aquele que não pertencia ao clero, que não era iniciado nas verdades sagradas. Esta ideia nos permite pensar que, uma vez constituída no universo da ciência, a psicanálise era uma prática que não poderia mais sustentar-se no saber médico. O campo da medicina ainda carregaria uma herança salvacionista da doutrina cristã pré-moderna. Gomes e Melo (2017) abordam esse ponto, ao discorrerem que a ideia de salvação que norteava o mundo medieval não foi inteiramente abandonado. Esta assume, antes, uma outra configuração compatível com o universo da ciência. Na modernidade, a ideia de salvação - outrora de ordem metafísica religiosa - será apropriada pelo viés científico através do discurso da cura.

A partir das leituras feitas até aqui, entendemos a psicanálise como um tratamento clínico e, como tal, constituiu-se como um trabalho no sentido de uma melhora do sujeito em sofrimento, mas aponta seu rechaço à incorporação de preconceitos normativos e de ideias a priori a respeito do bem. Entendemos ser uma práxis que se distancia da lógica da salvação, da terapêutica e da medicina. Ainda mais, sua clínica pressupõe que só será possível um direcionamento e uma escuta - a partir da pesquisa científica - junto à abdicação da busca pelo comportamento ou discurso ditos “normais”. Esse ponto nos é de grande valor, tendo em vista a discussão feita até aqui acerca da historicidade na constituição dos olhares e dos discursos sobre o suicídio - ora visto como um pecado, ou crime; ora como consequência de um transtorno mental. Há de se considerar que sempre existiu um tecido normativo por trás do problema

do suicídio. Tal fato se apresenta nos discursos de bem estar produzidos pelo saber médico atualmente, que coloca aquele que o comete como “anormal”.

A ambiguidade e a divisão próprias ao discurso que constitui o sujeito da psicanálise aparecem de forma radical quando se trata do ato de tirar a própria vida. Nesse sentido, surge um embaraço na tentativa de uma conciliação entre os ideais de saúde almejados pelo campo médico, de cura, salvação e bem estar, e a contradição inerente ao ato suicida. Este revela algo que perturba os ideais de manutenção da vida, que buscam na prevenção uma espécie de tratamento da perturbação que, no mundo da medicina, o suicida evoca. Tal ato torna-se uma possibilidade abominável e insuportável que contraria todos estes princípios de salvação e de promoção de saúde que, por sua vez, encaram o problema por meio de estratégias de evitação, predição e eliminação.

Diante deste percurso teórico, entendemos que o tema do suicídio foi abordado por diferentes campos. Porém, vimos que o saber médico foi predominante se levarmos em conta suas heranças - principalmente morais - na construção de estratégias de cuidado e prevenção. Tais heranças não devem ser desconsideradas. As últimas décadas contaram com reformas e lutas fundamentais no âmbito da saúde mental que ampliaram de maneira interdisciplinar as perspectivas de cuidado e de ações acerca do problema do suicídio. Torna-se imprescindível, portanto, a descentralização de saber da figura médica para que outros espaços sejam incluídos igualmente para pensar o suicídio não moralmente, mas de forma ética.

Jacques Lacan, em 1960, época de seu sétimo seminário - intitulado “A ética da psicanálise” - questiona a que serviço a psicanálise se submete e que tratamento ela propõe. Assim como Freud (1926) em ‘Análise Leiga’, a questão da moral aqui se apresenta a partir da proposta de suspensão da busca de uma normalização psicológica. Lacan se pergunta: “a perspectiva teórica e prática de nossa ação deve reduzir-se ao ideal de uma harmonização psicológica?” (LACAN, 2008, p.354). Este questionamento de alguma forma nos norteia para pensar em que sentido devemos tratar o problema do suicídio e sua prevenção. Ao longo do seminário supracitado, Lacan trabalha o que direciona um tratamento orientado pela psicanálise, pontuando o problema atrelado à procura e aspiração de fazer o bem. O psicanalista propõe que os analistas devem saber a todo instante que relação eles têm com o desejo de fazer bem, o desejo de curar, pontuando a problemática que envolve a noção e a finalidade do bem. A questão do bem, colocada muitas vezes ao longo deste seminário, pode ser pensada no âmbito da pedagogia, das terapêuticas, da segurança mas, também, das políticas públicas de saúde, por exemplo.

Lacan (*ibid.*), no início de sua lição de 11 de maio de 1960, intitulada “A função do bem”, pontua de forma radical que, em relação à prática dos analistas, poderia se designar um “não-desejo de curar”. Tal expressão teria um sentido de “alerta contra as vias vulgares do bem”, “contra a falcatrua de querer-o-bem-do-sujeito”. Lacan coloca em paralelo a isso a tentação de desviar a questão do bem atrás de uma

suposta implicação de um “bem natural”, de uma “revelação de seu desejo”. Encarar como um bem natural significa não levar em consideração as dimensões históricas e contingentes que marcam o discurso e que constituem o que é próprio do sujeito e do desejo para a psicanálise.

O que se coloca enquanto demanda numa análise é a demanda de felicidade (Lacan, 2008). Esta, segundo o psicanalista, tornou-se uma questão política, na qual, sem a satisfação geral, não é possível a satisfação de ninguém. Podemos pensar, a partir disso, a dimensão coletiva em que se coloca essa satisfação, pautada por um discurso de um bem comum - tal “bem”, segundo Lacan, diria respeito ao que se opera de troca entre os homens e que não leva em conta o desejo. A dimensão do sujeito, para a psicanálise, estaria então retirada ao se responder de maneira direta a essa demanda de felicidade - enquanto bem comum e coletivo. Seguindo esta ideia, a questão do bem levanta uma muralha poderosa na via do desejo. Através do repúdio radical a um certo ideal do bem a experiência analítica, pela via do desejo, pode operar. (Lacan, 2008)

Nessa via, a psicanálise vai lidar com o impasse de propor um tratamento que responda a uma demanda de melhora em relação a um sofrimento, sem buscar responder ou se comprometer com um projeto coletivo e generalizado de felicidade ou de bem comum. Assim, responderá a esse impasse por outra via, que não a via da moral: “promover na ordenação da análise a normalização psicológica inclui o que podemos chamar de moralização racionalizante.” (*ibid.*, p.354). Portanto, Lacan critica a questão de que a prática e teoria analíticas deveriam ser reduzidas a um ideal de “harmonização psicológica”; de que, buscando uma felicidade sem sombras, seria o caso de reduzir totalmente a contradição imanente à condição do homem no laço social. Tal contradição, como abordado anteriormente, aparece de forma notória no fenômeno do suicídio. Mais do que isso:

(...) será sustentável reduzir o sucesso da análise a uma posição de conforto individual vinculada a essa função, certamente fundada e legítima, que podemos chamar de serviço dos bens? - bens privados, bens de família, bens da casa, outros bens que igualmente nos solicitam, bens do ofício, da profissão, da Cidade. (*ibid.*, p.355)

Fica evidente a posição em que se coloca aqui o discurso analítico, que nada tem a ver com a resposta ao serviço dos bens. Tais bens se estruturam historicamente, amarrados por grupos sociais numa rede normativa. Assim, “constituir-se como garantia de que o sujeito possa de qualquer maneira encontrar seu bem, mesmo que na análise, é uma espécie de trapaça”. (*ibid.*, p.355) Cabe a pergunta em relação às ações movidas pelas boas intenções, pelo bom motivo: busca-se o bem de quem?

A ética da psicanálise trata de um retorno ao sentido da ação, buscando analisar a relação da experiência com o desejo. A tensão do desejo se situa na ruptura, na divisão, na ambivalência inerente ao sujeito. Coloca-se a pergunta: “agiste conforme

o desejo que te habita?” (*ibid.*, 367). Ela não pode ser colocada senão no contexto analítico, assim afirma Lacan. Em outros campos, não é do desejo que se trata.

A psicanálise surge como uma opção de discurso que trabalhará o impasse que buscamos formular até aqui. Impasse com o qual se deparam os profissionais de saúde diante do suicídio; que diz respeito a se colocar num campo eminentemente normativo e ter que responder a partir de uma direção de tratamento dado por um rigor, evitando a reprodução de uma prática normatizante que se impõe a todo instante. Mas então nos perguntamos: é possível evitar este lugar? de que maneira podemos tratar todo o embaraço que o problema do suicídio evoca em um universo pautado pela promoção da felicidade, do bem, ou de uma cura? Ao ser conivente com este universo, não estaríamos nós, agindo prontamente a serviço dos bens? Acreditamos em acolher o embaraço e todo o fracasso que a temática do suicídio evoca e insiste tomando-o através de um olhar que aposte em um direcionamento de trabalho ético, deslocando-o o máximo possível de uma perspectiva normativa, ou seja, moral.

3 | CONCLUSÃO

Ao longo de todo o percurso que realizamos até aqui, torna-se mais nítida a relevância em acentuarmos as particularidades que cada período histórico doou para o fenômeno do suicídio. Suas formas de vida que, em sua grande maioria, condenavam o suicídio interditando-o, foram essenciais para que pudéssemos compreender a complexidade que o tema suscitou e ainda suscita na sociedade. Decidir morrer ainda é um tabu, mas o mais interessante é poder ter um panorama de que o ato de pensar, planejar ou se matar se modificaram ao longo da história do ocidente e hoje aparecem-nos como um grande problema de saúde em escala mundial. Preferimos colocá-lo como um *problema* na medida em que têm-se planos nacionais e internacionais promovidos pela OMS e pelo Ministério da Saúde para evitá-lo. O suicida deixa de ser um pecador ou um criminoso, mas, na esfera da doença mental, ainda se põe claramente como um sujeito mal visto e que produz estranheza. A sociedade atual é marcada pela possibilidade de que o suicida deve ser tratado e, melhor, curado.

Haja vista a historicidade e a parcialidade que perpassa aquilo que é próprio do tecido normativo, cremos que não podemos tomar como natural nenhum bem que diga respeito aos homens. Assim, a dicotomia saúde e doença coloca-se como um impasse, bem como questões acerca da felicidade, bem estar e da prevenção do suicídio tomado por uma perspectiva moral - que toma a vida como algo natural e divino e que, portanto, feriria o instinto natural de preservação da vida.

Trata-se de um desafio, visto que os profissionais da saúde, atravessados por preceitos básicos concernentes a esse campo, devem seguir determinadas diretrizes a respeito do bem. Nesse sentido, acreditamos que o suicídio só pode ser tomado como um *problema* uma vez produzido pelo discurso onde os ideais de promoção de

saúde existem e se fortalecem. Em paralelo a isso, propomos pensar que o tratamento com um sujeito que tenta, fantasia ou planeja o suicídio deve ser feito a partir de um trabalho que sustente a angústia que se apresenta em um relato e, a partir deste afeto, no lugar de tamponá-lo ou mesmo abolí-lo, realizar um trabalho através do discurso que ele mesmo produz ao falar sobre isto.

Tomar como discurso não é, no entanto, pensar no ato de suicidar-se ou de pensar sobre isto como tendo menos consequências na realidade, muito pelo contrário: é pensar no sujeito como efeito de discurso produzido em análise. O que é dito pode a todo momento ser recolocado, associado e encadeado de uma certa maneira de modo a produzir algo novo. Isso produz uma nova realidade como efeito do tratamento analítico. Desta maneira, a psicanálise é um tratamento que se dá não pela via normativa, mas sim, do desejo - que se produz a cada ato analítico.

De que maneira podemos pensar em prevenção do suicídio tendo em vista que o sujeito para a psicanálise é um efeito de discurso a ser produzido em análise e que, portanto, não é antecipável e generalizável? Em termos de políticas públicas de saúde é imprescindível pensar em ações e estratégias possíveis para se lidar com a prevenção do suicídio. Ainda assim, como dissemos até aqui, não esquecendo a herança histórica que determina as formas de cuidado que aí se fazem. Por fim, pensando nos limites que constituem cada campo, a psicanálise se coloca como uma possibilidade de tratamento que, diante desse problema, ao levar em consideração impossibilidade de preencher certas lacunas, esbarra no embaraço de prevenir. Todavia, é um campo que, ao lado do que se propõem as cartilhas, produz um lugar para escutar uma demanda de sofrimento a fim de acolher e realizar um trabalho em parceria, ao que entendemos aí como um ato de prevenção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2006. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em:

DGS (Direção-Geral de Saúde). **Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017)**. 2013. Disponível em: <https://docplayer.com.br/12006270-Programa-nacional-saude-mental-plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-2013-2017.html>. Acesso em:

FREUD, S. **A questão da análise leiga**, p.205-293. *ESB*. Rio de Janeiro: Imago, v.XX, 1976.

GOMES, A. J.; MELO, A. C. V. **Terapia e Psicanálise: da Herança do sagrado à pesquisa científica**. In: SANTOS, T. C.; MALCHER, F. (Org.) *Psicanálise do século XXI: ideologias políticas, subjetividade, laços sociais e intervenções psicanalíticas*. Rio de Janeiro: CRV. 2018

LACAN, J. **O Seminário, Livro 7: a ética da psicanálise** (1959/60). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LOPES, F.H. **Suicídio & saber médico: estratégias históricas de domínio, controle e intervenção**

no Brasil do século XIX. Rio de Janeiro: Ateliê. 2007.

MINOIS, G. **História do Suicídio**. Lisboa: Editorial Teorema, 1998.

SOBRE O ORGANIZADOR

Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia. Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática. Também possui seu segundo Pós doutoramento pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com Análise Global da Genômica Funcional e aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Palestrante internacional nas áreas de inovações em saúde com experiência nas áreas de Microbiologia, Micologia Médica, Biotecnologia aplicada a Genômica, Engenharia Genética e Proteômica, Bioinformática Funcional, Biologia Molecular, Genética de microrganismos. É Sócio fundador da “Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde” (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Como pesquisador, ligado ao Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG), o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-300-2



9 788572 473002