

**UEMS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO,
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

SILVANA ARANTES DA SILVA

**PREVENÇÃO DO SUICÍDIO DE ESTUDANTES LGBTI+: POLÍTICAS,
PRÁTICAS E AÇÕES EM REDE**

**PARANAÍBA/MS
2023**

**UEMS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO,
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

SILVANA ARANTES DA SILVA

**PREVENÇÃO DO SUICÍDIO DE ESTUDANTES LGBTI+: POLÍTICAS,
PRÁTICAS E AÇÕES EM REDE**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em educação, nível de mestrado, Área de Concentração em Educação, Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Paranaíba, como exigência parcial para obtenção do título de Mestra em Educação.

Linha de Pesquisa: Currículo, formação docente e diversidade

Orientador: Prof. Dr. Fernando Guimarães Oliveira da Silva

**PARANAÍBA/MS
2023**

Ficha catalográfica

S583p Silva, Silvana Arantes da

Prevenção do suicídio de estudantes LGBTI+: políticas, práticas e ações em rede/ Silvana Arantes da Silva. - - Paranaíba, MS: UEMS, 2023.
139p.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2023.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Guimarães Oliveira da Silva.

1. Suicídio. 2. Políticas públicas. 3. Educação escolar. 4. Educação não escolar. I. Título. II. Silva, Fernando Guimarães Oliveira.

CDD. 23. ed. - 362.896

Bibliotecária. Susy dos Santos Pereira CRB1º1783

SILVANA ARANTES DA SILVA

**PREVENÇÃO DO SUICÍDIO DE ESTUDANTES LGBTI+: POLÍTICAS,
PRÁTICAS E AÇÕES EM REDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestra em Educação. Área de concentração: Educação, Linguagem e Sociedade.

Aprovada em 21 de agosto de 2023.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando Guimarães Oliveira da Silva (orientador)
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

Profa. Dr. Marcos Roberto Viera Garcia
Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)

Prof. Dr. Carlos Eduardo França
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

Paranaíba/MS, 21 de agosto de 2023.

*A minha filha e companheira de todas as horas,
Pietra Luísa Arantes de Faria que assumiu
responsabilidades para eu concretizar esse
sonho.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me abençoar o tempo todo em minha caminhada, com saúde e determinação, me ajudando a concluir cada etapa e a suportar as abdições que foram necessárias para o cumprimento de cada disciplina e na construção da pesquisa.

À minha família, em especial à minha filha Pietra Luísa, por todo apoio e incentivo, me auxiliando sempre na busca pelo meu crescimento pessoal e intelectual.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Fernando Guimarães Oliveira da Silva, principalmente pela dedicação e prontidão em colaborar com a construção dessa pesquisa.

Aos meus amigos e amigas, por todo apoio ao longo do mestrado, com quem pude compartilhar minhas angústias e sempre tinham palavras de motivação para que eu acreditasse em meu potencial.

Aos professores do mestrado e colegas de turma, sempre dispostos a colaborar com a construção deste trabalho.

À Coordenadora, Maria Silvia Rosa Santana e secretárias do Programa: Divaina, Neuzeli, Neandra e Jaqueline, pela atenção e carinho.

À banca de qualificação, composta pelos professores Carlos Eduardo França e Marcos Roberto Vieira Garcia, por aceitar o convite e pelo tempo e apontamentos que enriqueceram essa pesquisa.

Aos profissionais das áreas de saúde, educação e assistência social entrevistados, por se disporem a participar desta pesquisa.

Em especial, à Prof.^a Célia Regina Silva, por ser minha eterna inspiração como profissional e pessoa.

Minha eterna gratidão a todos os que contribuíram para a concretização de mais uma conquista em minha vida profissional e pessoal.

LISTA DE SIGLAS

- ABP** – Associação Brasileira de Psiquiatria
- ALNS** – Autolesão não Suicida
- BNCC** – Base Nacional Comum Curricular
- CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSI** – Centro de Atenção Psicossocial (Crianças e Adolescentes).
- CAPS AD** – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
- CRAS** – Centro de Referência Social
- CREAS** - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- CNAS** – Conselho Nacional de Assistência Social
- CRP** – Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal
- CFM** - Conselho Federal de Medicina
- COPEDE** – Coordenadoria de Psicologia Educacional
- CONEP** – Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
- CNPQ** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CVV**- Centro de Valorização à Vida
- DNTS** – Doenças e Agravos Não Transmissíveis
- DATASUS** – Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde
- FIOCRUZ** – Fundação Oswaldo Cruz
- LDBEN** – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
- LGBTI+** - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans, Intersexuais e pluralidades
- NASF** – Núcleo de Apoio À Saúde da Família
- ONGS** – Organização da Sociedade Civil
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAEF** – Serviço Especializado a Família e Indivíduos em Situação de Ameaça ou Violação dos Direitos
- PCN** – Parâmetros Curriculares Nacionais
- PSF**– Programa de Saúde da Família
- PSE** – Programa Saúde na Escola
- PNPAS** – Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio
- SIM** – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUPED – Superintendência de Políticas Educacionais

SED/MS – Secretaria de Educação de Mato Grosso do Sul

SGD – Sistema de Garantia de Direitos

SCFV – Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

UBS – Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diferenças entre política pública e decisão política.....	39
Quadro 2 – Artigos com conteúdo preventivo em ações intersetoriais do comportamento suicida nas áreas da saúde, assistência social e educação.....	77
Quadro 3 – Caracterização dos/as gestores/as.....	81
Quadro 4 – Caracterização dos profissionais.....	81
Quadro 5 – Características dos sujeitos e das práticas.....	82

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1. Brasil: Perfil de Pessoas Vítimas de Violências, por Orientação Sexual, por Raça/Cor (2019).	67
Tabela 1. Distribuição das lesões autoprovocadas, segundo características sociodemográfica, Brasil 2019.	68

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. SUICÍDIO, DIVERSIDADES E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	20
1.1 Conceitos sobre o suicídio	20
1.2 Perspectivas sobre diferenças e diversidade	26
1.3 Precariedade, vidas precárias e vulnerabilidade	33
1.4 Perspectivas sobre políticas públicas	38
1.5 Definições sobre o trabalho em rede	39
2. POLÍTICAS E AÇÕES EDUCATIVAS EM ESCOLAS E ESPAÇOS NÃO ESCOLARES.....	43
2.1 Educação escolar e não escolar	43
2.3 A atuação do SUAS	57
2.4 A atuação das escolas	61
2.5. Suicídio, interseccionalidades e diversidades.....	67
3. METODOLOGIA.....	74
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	79
4.1 Levantamento teórico sobre prevenção ao suicídio.....	79
4.2 Informações dos/as colaboradores/as da pesquisa.....	83
4.3 Ações articuladas de prevenção ao suicídio em Paranaíba/MS	84
4.4 Relações do suicídio com o enfrentamento de violências nas áreas de saúde-educação-assistência social em Paranaíba-MS	85
4.4.1 SUAS: o CREAS	85
4.4.2 SUS: o CAPS.....	98
4.4.3 Escola	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
APÊNDICES	127

RESUMO

Esta dissertação tem fundamento em minha trajetória profissional relacionada com elementos e identificações em eventos de violência (*bullying*, homofobia, discriminação, preconceito e/ou outras formas de violência), os quais culminam nos altos índices de registro de suicídio no município que resido, Paranaíba/MS. Na interlocução entre esses eventos, encontro o fundamento que justifica a escolha por pesquisar as ações educativas formais (escola) e não formais (nas áreas de Saúde e de Assistência Social), as quais ocorreram de forma corresponsável, com vistas a prevenir o problema do suicídio. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019), no ano de 2016 foram registrados 13.467 casos de suicídio no Brasil. Em todos os países, o suicídio é tido como a segunda causa de morte entre adolescentes e jovens de 15 e 29 anos de idade, depois de acidentes de carro. A morte é um acontecimento gerador de diferentes sentimentos em diferentes épocas, dotados de simbologias e valores de uma dada sociedade. Assim, é de essencial importância que esteja presente nas discussões cotidianas, nas reflexões sociológicas, psicológicas e científicas, demonstrando as inquietudes dos seres humanos perante o findar de sua vida. O viés epistemológico utilizado é a pesquisa de base pós-crítica em educação, por acreditar que as questões das diversidades e das diferenças são temáticas caras para se entender o suicídio. A pesquisa teve aprovação de plataforma de apreciação ética – o Conselho de ética e pesquisas com seres humanos (CESH), da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). Como procedimentos de coleta de dados, utilizei da pesquisa bibliográfica descritiva, a pesquisa documental e a pesquisa aplicada. Neste último passo, apliquei questionários às gestoras das políticas intersetoriais de educação, saúde e assistência social. Após isso, os dados foram tabulados para conhecer as ações que ocorriam no formato de trabalho em rede ou institucionais. Além do questionário, apliquei entrevista com três profissionais, sendo um de cada área. A entrevista teve uma única questão, na qual os profissionais foram levados a caracterizar se na instituição que atuam houve situações que a prática de autolesão e o suicídio estivessem relacionados com a experiência de sofrimento oriundos de racismos, LGBTI+fobias e outras formas de violências. Como apontamento conclusivo, faz-se necessário que os profissionais das áreas de educação, saúde e assistência social busquem estratégias corresponsáveis frente à prevenção de situações de risco, as quais podem levar alunos (as) a desenvolverem comportamentos suicidas ou praticarem condutas autodestrutivas. Por acreditar que não é tão somente na escola que se constitui como um espaço privilegiado para essas discussões, tal discussão precisa envolver também outras áreas para prestar suporte nos casos de ações intersetoriais que dialoguem com as políticas educativas formais ou não formais para intervir na redução desses casos.

Palavras-chave: Suicídio. Políticas Públicas. Educação escolar. Educação não escolar.

INTRODUÇÃO

Quando não houver saída
Quando não houver mais solução
Ainda há de haver saída
Nenhuma ideia vale uma vida

Quando não houver esperança
Quando não restar nem ilusão
Ainda há de haver esperança
Em cada um de nós, algo de uma criança

Enquanto houver sol
Enquanto houver sol
Ainda haverá
Enquanto houver sol
Enquanto houver sol

Quando não houver caminho
Mesmo sem amor, sem direção
A sós ninguém está sozinho
É caminhando que se faz o caminho

Quando não houver desejo
Quando não restar nem mesmo dor
Ainda há de haver desejo
Em cada um de nós, aonde Deus colocou

Enquanto houver sol
Enquanto houver sol
Ainda haverá
Enquanto houver sol

[...] 3x
(Titãs, 2003)

Quando não houver saída, mais solução, mais esperança, não restar ilusão, não houver caminho, não houver desejo... ainda haverá. Início este estudo com estes trechos da música dos Titãs para pontuar que o meu desejo é de que seja possível ter um caminho, no qual se possa evitar o suicídio e os comportamentos autolesivos. Resolvi me aprofundar no campo científico das políticas públicas intersetoriais de saúde, educação e assistência social. Assim, meu objetivo é identificar as ações educativas voltadas para a prevenção de comportamentos suicidas. Para isso, delimita o escopo das intervenções em situações que envolvem a vivência da LGBTI+fobia e outras formas de violência, especialmente aquelas que afetam estudantes da educação básica, sobretudo os adolescentes, com idades entre 12 e 18 anos.

É caminhando que se faz o caminho e, assim parto de minha trajetória profissional relacionada com elementos identificados em eventos de violência como *bullying*, homofobia, discriminação, preconceito e/ou outras formas de violência que culminam nos altos índices de registro de suicídio em minha cidade, Paranaíba/MS.

Nesse sentido, o meu interesse pela temática foi despertado ao presenciar uma tentativa de suicídio por ingestão de remédios durante o horário do lanche, envolvendo uma adolescente da rede estadual. A partir dos eventos ocorridos em minha cidade, venho observando desde 2009 números expressivos de mortes por suicídio. A seguir, farei alguns breves relatos dessas memórias que influenciaram na elaboração da proposta desta pesquisa de mestrado em educação. Em janeiro de 2009, uma mulher de 36 anos foi a óbito por ingerir uma grande quantidade de medicamentos; fevereiro do mesmo ano, um jovem de 24 anos e, em março um homem de 49 anos, ambos colocaram fim em suas vidas utilizando como meio o enforcamento.

No mês de maio de 2009, um jovem de 17 anos foi encontrado em um barracão próximo a sua residência já sem vida. Poucos dias após, a morte de uma jovem foi divulgada por enforcamento e, no mesmo mês de maio de 2009, alguns dias após a notícia, é divulgado que uma criança de nove anos havia cometido suicídio e deixado uma carta onde dizia que estava indo ao encontro de sua prima, o que gerou comoção da população. Em seguida, ocorreu um movimento liderado por representantes da educação, religiosos e empresários de que quanto mais se falasse ou divulgasse mortes por suicídio no município mais jovens estariam vulneráveis a buscar meios para findar sua vida, como exemplo do caso da criança que tinha por descuido dos familiares presenciou a cena em que viu a prima ainda pendurada por um lençol amarrado no ventilador de teto e assim buscou o mesmo meio para findar sua vida.

Sempre me questioneei o porquê se propagam esse discurso de silenciamento sobre o suicídio tanto nos meios de comunicação quanto nos diversos seguimentos da sociedade, especialmente nas instituições, como o ambiente escolar, familiar e religioso? Isso é um problema de quem? Corroborando para esse movimento de tentar resolver essa pergunta orientadora do problema de estudo, o artigo, **Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da Mídia**, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), diz que ao falar e dar notoriedade a uma história de suicídio influenciaria diretamente no aumento de casos de morte pelo fenômeno da imitação. Isso confirma a ideia de que ocorria no município um fenômeno de imitação e que o alto índice de tentativa e de suicídio no município foi gerado pelo acesso à informação dos casos divulgados pela mídia falada, além de relatos entre familiares e comunidade.

E ainda, segundo as recomendações da OMS (2019), uma morte por suicídio pode acarretar um surto, o que também é conhecido como “efeito contágio”. Em outras palavras, o efeito contágio diz respeito a suicídios ou tentativas de suicídio no seio de um grupo ou de uma comunidade, em um período e em um espaço restrito, decorrentes de um primeiro evento (BRASIL, 2006).

Querendo entender se este silêncio é adequado e se ele realmente gera este efeito contágio, comecei a observar o que acontecia nos bastidores. Os noticiários de comunicação à época tinham um representante que liderava um movimento de fazer com que o município proibisse a divulgação nos meios de comunicação da causa da morte em suas matérias sobre falecimento de cidadãos do município, como também de discussões no âmbito da sociedade local sobre a temática.

Isso levou com que as mortes posteriores por suicídio passassem a ser escondidas ou noticiadas como morte a esclarecer. Mas enquanto moradora do município, a verdadeira causa é rapidamente propagada. No *site* do Jornal, *Tribuna online*, no dia 22 de julho de 2022, informou que um homem de 65 anos foi encontrado em um barracão local sem vida e a matéria trouxe como manchete a frase *morte a esclarecer*. Em agosto, tanto no Jornal Tribuna Online quanto na emissora de rádio Difusora AM, foi veiculada uma matéria sobre um homem de 34 anos que foi encontrado sem vida no córrego Ariranha. Isso ocorreu alguns dias após a família ter registrado um boletim junto à Delegacia Civil sobre o seu desaparecimento.

As minhas inquietações sobre a forma desumanizada com que as vítimas de tentativas e de suicídio, bem como seus familiares, eram estigmatizadas foram trazidas para as discussões na graduação em Ciências Sociais (2011-2015). Isso foi determinante para escolha do tema suicídio para esta pesquisa. Dessa forma, busquei por mais informações, procurando respostas para os altos índices e conhecendo quais são as práticas preventivas desenvolvidas.

O que mais chama atenção para questionar as políticas articuladas de prevenção ao suicídio é um olhar para as diferenças presentes na constituição dos sujeitos que praticam este ato. Leva a muitos questionamentos sobre o tema, sendo o que mais me descentra: será que pessoas negras cometem o suicídio em decorrência do racismo? Será que pessoas LGBTI+ cometem o suicídio por conta de violências em decorrência das diversidades de gênero e de sexualidades? Será que pessoas fora de um padrão estético cultuado pela sociedade capitalista cometem o suicídio por conta de gordofobia?

Os discursos moralizantes e estigmatizantes foram presenciados por mim na missa de sétimo dia do jovem de 24 anos, em que o líder religioso trouxe em seu sermão versículos bíblicos e suas interpretações sobre a condenação daqueles que colocam fim em sua vida e, assim, a proibição do luto por eles. Conforme Butler (2019 *apud* SILVA, 2021, p.15) bem exemplifica isso é um reflexo dos ensinamentos religiosos, “não matarás”, e a responsabilização pela vida do outro. Desse modo, a escolha por colocar fim em sua própria vida contraria esse ensinamento, a família do suicida é renegada o seu luto.

A autora reitera que as vidas diferentes, e aqui neste estudo a morte por suicídio, não são sentidas como perdidas porque antes não foram choradas. Elas não são enlutáveis e isso significa a proibição da sensação da perda ou de luto público (BUTLER, 2019). No entanto, não concluí minha pesquisa na graduação ao me deparar com alguns fatos que me fizeram desacreditar nas informações durante a coleta de dados que buscava junto aos órgãos competentes sobre as estatísticas de suicídio no município de Paranaíba/MS. Embora, de acordo com Cassorla (1984), que são falhas e subestimadas as estimativas, observei que o funcionário designado a me atender não considerou a pesquisa como científica, trazendo as informações em papéis de blocos de rascunho e, muitas vezes, com quantidades rasuradas dos casos registrados como morte por suicídio.

Mesmo por motivos e contratempos que fizeram que eu mudasse o tema do trabalho de conclusão do curso de Ciências Sociais, os dados divulgados pelo Ministério da Saúde e pela OMS mantiveram em mim a preocupação. Não apenas com alto índice de suicídio, mas também com o silenciamento e o discurso moralizante sobre esse fenômeno que, ao contrário, não fez reduzir as taxas de mortalidade por suicídio no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), nem aquelas apresentadas pelo Ministério da Saúde/Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período de 2011 a 2017.

No dia 11 de setembro de 2018, o psicólogo do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) da Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas/MS fez no *Site* da Prefeitura municipal, um alerta sobre o crescente número de suicídio e de tentativas de suicídio, registrados e notificados por aquele município, por meio do setor de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS) (TRÊS LAGOAS, 2018, s.p). E que segundo dados do Ministério da Saúde, o estado de Mato Grosso do Sul (MS) ocupava a época, o 3º lugar no *ranking* nacional de ocorrências de suicídio e, Três Lagoas está entre as quatro cidades do Estado com maior número de casos consumados. Sendo que Três Lagoas continua sendo a segunda cidade do MS com maior número de suicídio, ao passo que registrava 157 casos (TRÊS LAGOAS, 2018, s.p).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde destinou recursos especiais a serem usados na capacitação de pessoal, material educativo e ações específicas de mobilização nacional contra o avanço de casos de Suicídio nos municípios de Três Lagoas, Paranaíba, Dourados e Campo Grande pelo elevado números de casos. Os dados da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de MS sobre tentativas suicidas no ano de 2017 indicam que foram registradas 1734, sendo 26 no município de Paranaíba. Segundo os dados da SES (2018), foram 259 óbitos por suicídio no mesmo ano no estado.

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), no ano de 2018 disponibilizou pela primeira vez, a faixa etária dos registros de óbitos e tentativas de suicídio. Foram registradas no estado de MS 1968 tentativas de suicídio e 268 óbitos, sendo 26 desses em jovens entre 15 e 19 anos (BRASIL, 2018). No município de Paranaíba, foram registradas 7 tentativas (BRASIL, 2018). Em 2019, foram 263 casos de suicídio no estado (BRASIL, 2020).

Segundo o SIM (2021), no ano de 2020, Mato Grosso do Sul registrou 1.689 tentativas e 244 suicídios. De acordo com esses dados, dos 244 óbitos, 124 foram de pessoas entre 20 e 39 anos (SIM, 2021). Em 2021, segundo dados do SIM e da SES, o estado registrou 1.186 tentativas e 303 mortes por suicídio (BRASIL, 2022). Conforme reportagem veiculada no *site* RCN 67, no período de janeiro a setembro de 2022, o estado de Mato Grosso do Sul já registrou 173 mortes por suicídio. Até o dia 16 de setembro, foram 29 casos no município de Dourados e 7 no município de Três Lagoas (RCN67, 2022, s.p).

Como é notório, o suicídio é uma questão social urgente no nosso país e estado, o que justifica a necessidade de ampliação de políticas públicas educacionais em diferentes espaços para a ampliação das práticas de prevenção. Ao analisar os dados apresentados pelo Ministério da Saúde referentes ao nosso estado de MS, é oportuno afirmar que adolescentes e jovens estão vulneráveis ao suicídio, uma vez que estão formando suas personalidades em meio a pertencimentos, comparações e mudanças corporais que envolvem a identidade e a diferença. Surge assim, a necessidade de discutir esse tema e buscar estratégias de prevenção educativas nos espaços que eles frequentam.

Muitas vezes, o suicídio entre adolescentes (12 e 18 anos incompletos) e jovens (15 a 29 anos), é o resultado de pressões e dificuldades que passam dentro da escola ou da família. Nesse viés, a morte por suicídio não é um evento que ocorre desconexo das relações sociais, e sim representa a consequência de um processo social, econômico, político e psicológico. Nessa perspectiva, há várias teorias que propõem explicar a morte por suicídio apontando para os fatos sociais para explicar o porquê em determinadas épocas ou países o índice de suicídios é maior.

Socialmente, o suicídio sempre foi um problema desconhecido. É imprescindível a necessidade de dar maior visibilidade à questão do “suicídio entre adolescentes”, uma vez que as estatísticas mostram um aumento preocupante de adolescentes que recorrem a esse meio para pôr fim ao sofrimento vivido. Mostra-se interessante entender como são elaboradas e pensadas as estratégias do poder público para intervir educativamente nessas situações, com o objetivo de prevenir a sua ocorrência.

Para Vivian Borges e Blanca Werlang (2004), comportamentos autodestrutivos na adolescência são bastante numerosos, dentre alguns as autoras destacam: o abuso de álcool, medicamentos, drogas e esportes perigosos. Logo, percebe-se a necessidade de um trabalho de intervenção precoce, principalmente em relação à identificação dos fatores de riscos e das vulnerabilidades que predisõem ao suicídio.

Desse modo, é importante se atentar para o enfoque dado ao trabalho dentro das próprias escolas, nos serviços de saúde e na assistência social, aproveitando e otimizando as potencialidades de diálogo e suporte intelectual existentes no ambiente escolar (BORGES; WERLANG, 2004). Uma perspectiva preventiva a partir disso, poderia ser uma prevenção mais direta, na qual o treinamento de profissionais, a informação (conscientização) e a multiplicação de conhecimento do corpo docente, gestão das escolas e responsáveis familiares, tornam-se fundamentais, possibilitando a ampliação para intervenções mais pontuais e de identificação de comportamentos autodestrutivos e suicidas entre os discentes.

E juntamente com o governo, a Educação escolar (escola) e não escolar (assistência social e saúde) têm papel fundamental na criação e desenvolvimento das ações educativas que envolvam diferentes intervenções com o objetivo de diminuir os casos. Utilizam-se, para isso, reuniões, orientações/acompanhamento psicológico, psiquiatra, terapia ocupacional e palestras para mobilizar a população de adolescentes e as famílias, de modo geral, buscando alternativas para lidar com o comportamento autodestrutivo.

Nesse sentido, as políticas públicas com ações educativas intersetoriais que abrangem os setores da saúde, educação e assistência social são necessárias na construção de ações efetivas para o enfrentamento do suicídio. Diante desse fato e pelo alto índice de suicídio no município de Paranaíba/MS, a presente proposta de estudo sobre ações que dialoguem com as políticas educativas escolares ou não escolares para intervir na redução desses casos é relevante. O estudo portou-se nos termos da instrumentalidade ética, sendo que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em pesquisas com seres humanos (CESH), da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS).

Com o intuito de alcançar o objetivo geral desta pesquisa, a saber: pesquisar as ações educativas articuladas ou não por escolas, equipamentos de saúde e de assistência social que visam à prevenção ao suicídio no município de Paranaíba/MS, já, no que se refere aos específicos: 1) levantar junto ao banco de dados da CAPES pesquisas desenvolvidas sobre o tema suicídio e políticas públicas que busquem contribuir para a redução e prevenção, 2) identificar as ações educativas escolares e não escolares de prevenção ao suicídio desenvolvido no município de Paranaíba/MS, e logo após, 3) verificar junto aos profissionais das áreas de

educação, saúde e assistência social as estratégias corresponsáveis frente à prevenção de situações de risco e vulnerabilidades sociais decorrentes de LGBTI+fobia, racismo e outras formas de violência que podem desenvolver um comportamento suicida.

O presente estudo apresenta o seguinte percurso: o primeiro capítulo teve por objetivo um levantamento teórico e conceitual da temática, por meio de um levantamento bibliográfico da literatura de caráter exploratório em materiais publicados. Esse processo trouxe elementos para a compreensão conceitual e teórica do suicídio e da autolesão, abordando também as diferenças, diversidades, políticas públicas e o trabalho em rede para a prevenção ao suicídio.

O segundo capítulo, a partir de uma revisão bibliográfica, apresenta como a educação escolar e não escolar podem promover ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e as escolas da rede estadual de MS. O terceiro capítulo traz os caminhos epistemológicos numa vertente pós-estruturalista para a construção da metodologia, ao quais conduziram aos processos de coleta, interpretação e análise dos dados obtidos na entrevista/questionário, descrevendo os recursos teóricos e os métodos escolhidos para a discussão do tema proposto.

O quarto capítulo apresentou a análise e a interpretação dos dados a partir de questionário enviado e respondido pelas gestoras das três áreas SUS, SUAS e Coordenadoria Regional de Educação (CRE-10). Além disso, incluiu uma entrevista realizada com os(as) profissionais que atuam no SUS: Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); SUAS: a Psicologia do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e a Direção/Coordenação pedagógica de uma escola da rede estadual de ensino de MS.

A entrevista identificou situações das diferenças e das diversidades particulares das pessoas que podem refletir em comportamentos de autolesão e suicidas gerados por LGBTI+fobia, racismo, gordofobia, religiosidade, violência física, sexual e de gênero e de como essas três áreas desenvolvem suas ações de prevenção. Se há ações a partir de um trabalho de rede para a prevenção ao suicídio no município de Paranaíba/MS. Por fim, nas considerações finais, apresento apontamentos de um olhar interseccional, algumas inferências de dados sobre o alto índice de suicídio no município de Paranaíba/MS, para propor novas ponderações, serviços e políticas preocupadas com a prevenção do suicídio e do comportamento autolesivo em áreas que estão mais próximas das pessoas e seus grupos sociais.

Mas é claro que o sol
Vai voltar amanhã
Mais uma vez, eu sei
Escuridão já vi pior
De endoidecer gente sã
Espera que o sol já vem
Tem gente que está do mesmo lado que você
Mas deveria estar do lado de lá
Tem gente que machuca os outros
Tem gente que não sabe amar
Tem gente enganando a gente
Veja a nossa vida como está
Mas eu sei que um dia a gente aprende
Se você quiser alguém em quem confiar
Confie em si mesmo
Quem acredita sempre alcança
Mas é claro que o sol
Vai voltar amanhã
Mais uma vez, eu sei
Escuridão já vi pior
De endoidecer gente sã
Espera que o sol já vem
Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena
Acreditar no sonho que se tem
Ou que seus planos nunca vão dar certo
Ou que você nunca vai ser alguém
Tem gente que machuca os outros
Tem gente que não sabe amar
Mas eu sei que um dia a gente aprende
Se você quiser alguém em quem confiar
Confie em si mesmo
Quem acredita sempre alcança
Quem acredita sempre alcança
Quem acredita sempre alcança
Quem acredita sempre alcança
Quem acredita sempre alcança
Quem acredita sempre alcança
Quem acredita sempre alcança

Mais uma vez: Renato Russo, 1987.

1. SUICÍDIO, DIVERSIDADES E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

1.1 Conceitos sobre o suicídio

Será que é ideal se esquivar de conversas que levam a pensar sobre a morte? Por ser um assunto muito doloroso para as pessoas, é comum que elas optem por silenciar a discussão em diferentes espaços sociais, já que envolve acionar sentimentos de solidão, angústias e tristezas. Uma das tantas questões que levanto em relação ao tema do suicídio é que ele nos dá a condição de valorizar a vida como um evento intrínseco à existência. Em todas as experiências que tive ao tomar conhecimento de um suicídio, foi notória a utilização de estratégias para conter a informação e evitar o chamado "efeito contágio". A fim de entender a influência histórica e sociocultural do contágio, Esther Hwang (2018) entende que as ações de prevenção precisam ser feitas no meio sociocultural e não somente por parte das mídias. Hwang (2018, p. 19-20) entende que os meios de comunicação contribuem para colocar “gasolina em uma fogueira”, sendo este termo compreendido respectivamente como a gasolina sendo a mídia e a fogueira, o suicídio; uma metáfora que para a autora “[...] explica que a decisão de morte é pré-determinada pela pessoa e os meios de comunicação tendem a potencializar pensamentos suicidas, mas não são a causa”.

Na concepção de Kwang (2018, p. 22), o suicídio é um assunto silencioso, proibido e reprimido que revela interdição religiosa e cultura: mobiliza sentimentos contraditórios, confronta algumas das premissas do ser humano, pois o autor de sua própria morte caminha em direção contrária ao fluxo natural da existência – o viver. Na sociedade do espetáculo, a situação fica mais angustiante ainda, assim segundo a autora, uma vez que envolve pensar as crises da pós-modernidade, como por exemplo:

A falta de referências constantes e duráveis, a dificuldade de estabelecer uma identidade, o sentido fugaz, o individualismo, permeados pelo consumo de imagens. Essas transformações modificam o estilo de vida do homem, o modo como as pessoas se relacionam-se consigo, com o mundo e com os outros, acarretando a impessoalidade e a identificação do sujeito com o suicídio de outras pessoas (KWANG, 2018, p. 27).

Como é possível ver, o consumo de imagens na sociedade pós-moderna contribui para entender o efeito contágio mediado pelos meios de comunicação. Isso gera fascínio e atração, mas nunca pode ser considerado um evento que tem como fator para a sua ocorrência apenas a mídia, porque houve outras situações no decorrer dos processos relacionais e sociais da pessoa que explicam a sua morte por suicídio.

Emile Durkheim (2000), um ator clássico da literatura sociológica do século XIX, escreveu a obra **O suicídio: um estudo sociológico**, em 1982. Ele abordou a relação do suicídio com aspectos inerentes ao contexto macrossocial, dando amplitude ao tema quando propõe ultrapassar da questão da individualidade de assuntos que levaram a pessoa ao ato suicida.

Durkheim (2000, p.13) apontou a relação social interna e externa da pessoa com o suicídio e considera como: “ato de desespero de um homem que não faz mais questão de viver”. Esta afirmativa dispara muitas questões para se problematizar os porquês que leva uma pessoa a decidir voluntariamente por não viver mais, além de trazer questionamentos em busca de uns porquês, também é preciso pensar em estratégias de evitar que a vida não tenha condições de perder o seu sentido.

Durkheim (2000) faz conceituações sobre o suicídio e a tentativa, abordando o tema como um fato social e coercitivo a partir de influências externas. E, a partir de seus estudos, são apresentadas três categorias sociais para explicar o suicídio, sendo: 1) suicídio egoísta, que se aplica as pessoas que não estão devidamente integrados à sociedade e geralmente se encontram isolados dos grupos sociais (família, amigos, comunidade, qualquer grupo social); 2) a segunda categoria é o suicídio altruísta, que se aplica a pessoa que por possuir excessiva integração em um grupo comete o ato do suicídio tomado pela obediência e força coercitiva do coletivo e, por fim, a terceira categoria social de suicídio: o anômico, ocorre em ocasiões de anomia social, ou seja, quando há ausência de regras na sociedade, gerando o caos, fazendo com que a normalidade social não seja mantida. Como podemos observar em ocorrência de crise econômica, há uma completa desregulação das regras normais da sociedade, e/ou uma perda brusca de riquezas e poder.

Na compreensão de Roosevelt Cassorla (1984) em sua obra **O que é o Suicídio?**, o autor explica que, existem em todos nós instintos de vida e instintos de morte, os primeiros levam ao crescimento, desenvolvimento, reprodução, ampliação da vida, unindo a matéria viva em unidades maiores; já os instintos de morte, também presentes em todos os organismos vivos, lutam para fazê-los voltar a um estado de inércia. Como estamos expostos a diferentes pressões sociais pode ser que tais instintos vão se alterando em diferentes etapas da vida social.

Portanto, a busca da morte intencional possui diversos motivos. Assim, o ato do suicídio é uma agressão ao exterior que, secundariamente, por motivos diversos, se volta contra o ego. É um procedimento para satisfazer a agressão que o ambiente ocasiona, assim como um meio de recuperar o objeto libidinoso perdido. “Matando-se, consegue anular psicologicamente a perda do objeto e vinga-se do ambiente (provocando reações afetivas nos outros) que originou seu desespero” (BORGES; WERLANG, 2004, p. 20-21).

De acordo com Neury Botega (2015), as discussões sobre o fenômeno do suicídio sofrem a influência da religião e que as pessoas com comportamentos suicidas influenciados pela religião e pela cultura aumentam o estigma em relação ao suicídio e podem desencorajar a procura por assistência médica.

Com discursos moralizantes e de silenciamento que as discussões sobre a morte e, a morte por suicídio se torna um tema a ser evitado. Nessa perspectiva, Michel Foucault (2016) no curso **Em Defesa da Sociedade**, traz alguns apontamentos sobre as transformações históricas/políticas que acarretaram técnicas de assunção da vida pelo poder. O suicídio na biopolítica se insere na categoria de condutas que se quer evitar e, passa a ser uma manifestação de fragilidade do poder político em controlar a vida e evitar a morte.

Nessa perspectiva, a assunção da vida pelo poder (denominado biopoder) que se dá o controle sobre a vida, a morte, e, sobre o suicídio. Para Foucault (2016, p. 201):

[...] um dos fenômenos fundamentais do século XIX, é o que se poderia denominar a assunção da vida pelo poder: se vocês preferirem, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico ou, pelo menos, uma certa inclinação que conduz ao que se poderia chamar de estatização do biológico.

Assim, as regulamentações da biopolítica instituem normas de vida e de comportamentos aplicadas pelo poder disciplinar das instituições estatais. Nesse sentido, as preocupações de autorregulação de produtividade, no sentido de boa saúde se generalizam e tornam-se condutas socialmente naturalizadas e, assim mais que um direito à vida, se torna na biopolítica, um dever de todos(as). A medicina como dispositivo do poder disciplinar, focada nas normas da saúde adquire efeitos de verdade incontestáveis e o(a) médico(a) passa a ter caráter político no que se refere ao controle da vida da população. O(a) médico(a) atua tanto dentro do ambiente hospitalar, como socialmente e, seu discurso passa a ter efeito disciplinador, que torna as normas da saúde e a medicina um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores (FOUCAULT, 2016).

De acordo com Foucault (2016), foi no contexto da entrada da Idade Moderna que a vida do homem e os processos biológicos inerentes ao ser humano passaram a fazer parte do cálculo do poder. A vida, então, é absorvida pelo Estado, que, respondendo a uma necessidade premente de aumentar e fortalecer as suas forças produtivas (advento do capitalismo), passa a gerir politicamente a vida dos homens, controlando sua natalidade e mortalidade, bem como os espaços públicos de convivência e garantindo níveis aceitáveis de higiene.

Para o filósofo, a morte, no contexto do biopoder, passa a ser institucionalizada e disciplinarizada. Assim como a vida, a morte também passa a ser medicalizada, ocorrendo um movimento de desqualificação da morte. Em uma sociedade, na qual a vida e a boa saúde são imperativos inquestionáveis, a morte passa a ser relegada a um tema geralmente evitado.

Nesse contexto de medicalização da vida e desqualificação da morte, Lopes (2010) afirma, a partir de seus estudos, que no Brasil ocorreu uma apropriação médica do tratamento do tema suicídio a partir do século XIX, fortalecendo o discurso de que o suicídio é um tema médico e geralmente relacionado à patologia. Assim como Foucault (2016) descreve a lógica de normalização da sociedade, indicando práticas disciplinares de vida a serem condenadas, a morte passa a ser institucionalizada e evitada a qualquer custo pela normalização da medicalização da vida. Nesse sentido, podemos verificar a atuação biopolítica contemporânea.

Podemos verificar a atuação biopolítica contemporânea quando, em 2005, o Ministério da Saúde propôs a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Essa iniciativa resultou na criação de grupos de trabalho, diretrizes nacionais, seminários e no Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental, lançado em 2006. Todos esses esforços reforçam o discurso de que o tema suicídio é uma questão de saúde pública.

Marcos Garcia (2019) pontua em seus estudos sobre as políticas de prevenção ao suicídio que, embora haja dados que evidenciem a relação entre comportamentos suicidas e desigualdades econômicas, bem como discriminações ligadas ao gênero e à diversidade sexual, o discurso biomédico ganhou força a partir do final da década de 80 do século passado. Esse impulso foi dado em razão do surgimento dos antidepressivos de terceira geração, o que despertou o interesse das grandes empresas farmacêuticas em investir em campanhas de prevenção aos distúrbios mentais e suas consequências, especialmente o suicídio. Foi nesse momento que a indústria farmacêutica passou a investir maciçamente em campanhas de prevenção ao suicídio, associando-as à detecção e tratamento de distúrbios mentais.

Ainda segundo Garcia (2019), a Campanha “Setembro Amarelo” iniciativa do Centro de Valorização da Vida (CVV), do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) que teve início em 2015, teve visibilidade nacional com as mensagens amplamente divulgadas nas redes sociais, não deixavam dúvidas da visão biomédica que embasa a campanha: “Suicídio é uma emergência médica”; “Fique atento às dicas no *site* e, caso apresente alguns destes sinais, procure o atendimento de um psiquiatra”; Lembre-se: 96% dos casos de óbitos por suicídio estão relacionados a transtornos psiquiátricos (ABP, 2018 *apud* GARCIA, 2019, p. 5).

Em 2014, a Cartilha “**Suicídio: informando para prevenir**” elaborada pela ABP e parte integrante do Setembro Amarelo, assume a proposta de identificação de fatores de risco como central na prevenção ao suicídio. Os fatores principais seriam as tentativas anteriores de suicídio e a presença de doenças mentais, várias das quais são catalogadas como predisponentes para sua ocorrência. Embora sejam mencionados fatores sociais associados, estes são claramente colocados em um lugar secundário na mesma cartilha.

Reforçando a primazia da visão biomédica sobre o suicídio, a matéria publicada na página do CFM, quando da criação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, diz:

Segundo a ABP, quase 100% dos casos de suicídio estavam relacionados a transtornos mentais. Em primeiro lugar está a depressão, seguida do transtorno bipolar e abuso de substâncias. Visando contribuir para a redução desses números alarmantes, a campanha Setembro Amarelo busca conscientizar a população acerca da importância da identificação e tratamento corretos das doenças mentais, o que traria um impacto direto na redução de mortes por suicídio. (CFM, 2019 *apud* GARCIA, 2019, p. 05).

Nos anos seguintes, a campanha cresceu em adesões e passou a contar com a participação da indústria farmacêutica em sua divulgação, embora os grandes laboratórios não a organizem oficialmente. Como é possível observar em uma nota compartilhada no perfil empresarial na rede *Facebook* do laboratório Daiicchi Sankyo Brasil, com forte presença no mercado de antidepressivos, na campanha de 2018:

O setembro amarelo existe para falar, esclarecer, considerar e estimular a prevenção sobre o suicídio. As doenças mentais podem ser o gancho para um desfecho tão triste; uma dessas doenças é a depressão bipolar, que mais causa mortes por suicídios no mundo. Por isso, lembre-se: depressão bipolar pode ser tratada! Se você ou alguém próximo tem sintomas de depressão ou de qualquer outro transtorno afetivo, busque auxílio médico! (DAIICHI SANKYO BRASIL, 2018 *apud* GARCIA, 2019, p. 06).

Em setembro 2018, a Associação Brasileira de Saúde Mental divulgou uma nota de repúdio, argumentando, dentre outras considerações, que a postagem reduz a complexidade do suicídio. Aproveitou para registrar a sua concepção de suicídio como um tema que possui inúmeros fatores envolvidos para além da dinâmica de questões biológicas.

Para Garcia (2019), a partir da promulgação da Política de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, implantada com a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada são de notificação compulsória e devem ser feitos pelos estabelecimentos públicos e privados de ensino aos Conselhos Tutelares. O presente dispositivo define como violência autoprovocada: “[...] – o suicídio consumado – a tentativa de suicídio – o ato de automutilação, com ou sem ideia de suicídio” (BRASIL, 2019).

Reconhece assim, a relevância da escola para um tratamento proativo com outras redes de apoio para prevenir situações que envolvam a violência autoprovocada. Segundo Garcia (2019), a referida lei reforça a visão biomédica de identificação dos supostos fatores psiquiátricos de risco, sem o questionamento das causas sociais atreladas à ideação suicida.

É válido considerar, nessa visão, as observações de Foucault (1987), o autor diz que a escola lança mão da vigilância, da sanção e do exame como estratégias para o adestramento dos corpos. À necessidade de visibilidade constante da pessoa para o controle de sua atividade, soma-se um processo de inserção de uma rede de punições, voltadas ao que é encarado como errado segundo o modelo disciplinar, sendo seu caráter essencialmente corretivo. Portanto, a notificação compulsória de casos de comportamentos de autolesão e tentativas de suicídio possibilita a instauração de procedimentos que reforçam o ideal de normalidade na escola e a categorização das crianças e jovens que fogem a este ideal como “anormais”, com as previsíveis consequências do processo de estigmatização para estes/estas.

Podemos fazer uma reflexão das políticas públicas de prevenção ao suicídio na atual conjuntura política e social do país a partir de Judith Butler (2015) em sua obra “**Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?**”, quando afirma que não há vida nem morte sem relação com um enquadramento e que os processos de humanização da vida são baseados nas formas como os corpos-existências são enquadrados dentro de normas. Essas formas normativas de enquadramento buscam assegurar validade no bojo de explicações tradicionais, com forte enfoque na religiosidade e no fundacionalismo biológico.

Corpos-existências mapeados como brancos, heterossexuais, classe média, religioso, católico, casado com o sexo oposto, com filhos etc., toda essa normatividade do corpo europeu representa o enquadramento normativo. Nessa perspectiva, molduras que vazam tal enquadramento experimentam o peso da desumanização, por isso requer entender como essas normas criadas operam no sistema de reconhecimento para tornar sujeitos mais fáceis e difíceis de serem reconhecidos. (BUTLER, 2015).

Para Berenchtein Netto (2013), a sociedade atual, busca prolongar a vida a qualquer custo, logo, percebe-se um impacto na concepção e percepção da morte por suicídio. Nesse sentido, as concepções sociais e a forma como a morte auto infligida é retratada podem desqualificar aqueles que tentaram suicídio, promovendo uma culpabilização e estigmatização da pessoa e de seus familiares.

Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena. Nessa perspectiva, Botega e Werlang (2006), pontuam que a prevenção ao suicídio não implica apenas no fato de evitar a morte, mas dar ênfase nas questões da vida, buscando compreender e ajudar nas questões individuais de

cada um. Nesse viés, apresento a seguir considerações sobre as diferenças e as diversidade como marcadores de vulnerabilidade e precariedade de vida.

1.2 Perspectivas sobre diferenças e diversidade

Para entender a relação suicídio e as vulnerabilidades vividas decorrentes das diferenças e diversidade, busco compreender o conceito de diferenças, por meio da análise sociológica da autora, Avtar Brah (2006), que propõe quatro possíveis conceituações para a diferença: como experiência, relação social, subjetividade e identidade. A autora trabalha com a concepção de “diferença” como categoria analítica, a partir da “análise de como as formas específicas de discursos sobre a diferença se constituem, são contestados, reproduzidos e (re)significados” (BRAH, 2006, p. 269).

Ainda sobre esse conceito, a autora traz a concepção de diferença como relação social, que por sua vez, remete à construção de identidades de grupos a partir de circunstâncias materiais e práticas culturais, bem como às condições de constituição e organização da diferença por meio de discursos econômicos, culturais, políticos e práticas institucionais. Essa perspectiva chama a atenção para a “articulação historicamente variável de micro e macro regimes de poder, dentro dos quais modos de diferenciação tais como gênero, classe ou racismo são instituídos em termos de formações estruturadas” (BRAH, 2006, p. 363).

Vera Candau (2005), afirma que reconhecer a diferença é questionar os conceitos homogêneos, estáveis e permanentes que excluem o diferente. Para isso, é preciso desconstruir, pluralizar, ressignificar, reinventar identidades e subjetividades, saberes, valores, convicções, horizonte de sentidos. Logo, somos obrigados a assumir o múltiplo, o plural, o diferente, o híbrido, na sociedade como um todo (CANDAU, 2005).

Entende-se sobre diversidade na perspectiva de Brah (2006), a partir do reconhecimento de que somos diferentes. E coaduna com esse entendimento, Anete Abramowicz (2006), que a diversidade pode significar variedade, diferença e multiplicidade. Sendo assim: “A diferença pode ser entendida como qualidade do que é diferente; o que distingue uma coisa de outra, a falta de igualdade ou de semelhança” (ABRAMOWICZ, 2006, p. 30). Nesse sentido, podemos afirmar que onde há diversidade existe diferença. E para estabelecer a existência de uma diversidade cultural no Brasil, não é suficiente para combater os preconceitos, os estereótipos e os estigmas que ainda marginalizam milhares de crianças, adolescentes, jovens e adultos na sociedade.

Nesse sentido, Guacira Louro (1997) destaca que as representações de quem somos e o que somos são produzidas e criadas por relações de poder, uma vez que a maneira como um grupo social se representa ou é representado, indica o quanto exerce poder e pode dizer quem é o “outro”, o considerado “diferente” do padrão. Para autora, a relação da diversidade e da diferença é um procedimento (des) construtivo das verdades estabelecidas socialmente, o que não elimina sua concepção hierárquica.

Nesse viés, Bento (2015) considera a pessoa diferente como um sujeito que aparece no discurso para ser vilipendiado e apagado. Esse processo social de apagamento ou eliminação pode ser uma prática que diz à pessoa diferente que aqui ela não tem vez para existir. Trata-se de práticas que podem trazer para a pessoa diferente, a sensação de ser abjeto cuja existência é impossível. Há corpos-existências facilmente representados e outros que não são vistos como humanos (BUTLER, 2019). Assim, há sujeitos que não são reconhecíveis como sujeitos e ‘há vidas que dificilmente - ou, melhor dizendo, nunca - serão reconhecidas como vidas’.

(BUTLER, 2015, p. 17).

De acordo com Silva (2022), no ambiente escolar podemos observar situações e procedimentos pedagógicos e curriculares vinculados a processos sociais relativos à produção de diferenças e distinções sociais, as quais interferem na formação e na produção social do desempenho escolar e na constituição das identidades pessoais. Ele interage e interfere em cada aspecto do conjunto de saberes e práticas que constituem o currículo.

Rogério Junqueira (2013) em sua obra “**Pedagogia do armário: a normatividade em ação** (2013)”, faz referência ao conjunto de práticas, relações de poder, classificações, construções de saberes, sujeitos e diferenças que o currículo constrói sob a lógica da heteronormatividade da sociedade. Segundo o autor, a escola é um espaço obstinado na produção, reprodução e atualização dos parâmetros da heteronormatividade – um conjunto de disposições nos discursos e valores da sociedade. Nesse sentido, a heteronormatividade está na ordem das coisas e no cerne das concepções curriculares; e a escola se mostra como instituição fortemente empenhada na reafirmação e na garantia do êxito dos processos de heterossexualização compulsória e de incorporação das normas de gênero, colocando sob vigilância os corpos de todos(as).

Junqueira (2009) afirma que o heterossexismo e a homofobia são manifestações de sexismo, não raro, associadas a diversos regimes e arsenais normativos normalizadores, uma vez que escola se estruturou a partir de pressupostos que reduzem, classificam e hierarquizam o outro, o diferente da norma por ser considerado estranho:

[...] quem não se sintoniza com os arsenais cujas referências eram (e são) centradas no adulto, masculino, branco, heterossexual, burguês e “saudável”. A escola tornou-se um espaço onde o “currículo faz rotineiramente circular preconceitos que colocam em movimento discriminações e outras formas de gestão das fronteiras da normalidade (JUNQUEIRA, 2013, p. 482).

Junqueira (2013, p. 486) ressalta que a educação escolar promove:

a vigilância das normas de gênero cumpre papel central na pedagogia do armário, constituída de dispositivos e práticas curriculares de controle, silenciamento, invisibilização, ocultação e não nomeação, que agem como forças heterorreguladoras de dominação simbólica, deslegitimação de corpos, saberes, práticas e identidades, subalternização, marginalização e exclusão.

Vale ressaltar que os corpos que se constroem diferentes das normas de gênero e de sexualidades estão no espaço escolar. E, numa sociedade que prima pelo espetáculo e midiaticização, pode-se dizer que há uma série de vulnerabilidades, as quais podem afetar a faixa etária, a qual mais consome as redes sociais. Sendo um local que prima pelo cumprimento de normas de gênero e de sexualidades, pensar a escola como um espaço de prevenção ao suicídio também se faz oportuno.

André Duarte (2017), diz que Foucault e Butler são importantes teóricos para repensar o campo político da sexualidade, pois este é um dos domínios onde se travam batalhas candentes da atualidade. O autor considera que essas teorias contribuem decisivamente para a formação de uma visão crítica sobre o campo da sexualidade, questionando os efeitos de naturalização das normas sociais hegemônicas, ao mesmo tempo em que ressaltam o potencial ético político dos movimentos de minorias que fizeram da sexualidade e do gênero seu foco de luta e de resistência.

Segundo Foucault (2000), nas sociedades ocidentais modernas as pessoas eram levadas a reconhecerem-se como sujeitos de uma sexualidade normatizada segundo as relações de poder e práticas de si. Assim, o sexo se tornou uma instância privilegiada para a determinação da verdade científica dos sujeitos e para sua classificação enquanto pertencentes à classe das anomalias ou da normalidade e define a produção de situações políticas de exceção.

Coaduna com Duarte (2017) ao dizer que as normas sociais relativas à sexualidade é campo continuamente sujeito à produção de exclusões, violências e novas formas de assujeitamento e oportuniza as:

constantes violências e discriminações de gênero e relativas à orientação sexual, frequentes tanto em casa como no trabalho, na escola e na rua, põem em xeque as condições de vida de certos sujeitos: mulheres, homossexuais, lésbicas, travestis e transexuais são mortos sem maiores consequências porque seus agressores, assim como as instituições jurídico-penais e boa parte da própria população, tendem a não

os reconhecer como totalmente humanos, de modo que suas mortes frequentemente deixam de ser investigadas e seus assassinos permanecem impunes (DUARTE, 2017, p.3).

Assim, à medida que as normas sociais relativas à sexualidade, compreendida a partir da filosofia bluteriana, trabalham de maneira reiterativa para marcar e atribuir significados ao corpo enquanto corpo sexualmente diferenciado ocorre à produção da materialidade corporal por meio de comportamentos e formas de ser normativamente mediados.

Butler (2000) explora a fundo a ideia de que a sexualidade, por ser objeto de normas, encontra-se sujeita a um regime de regulações sociais que agem continuamente sobre as ações dos sujeitos de maneira a produzi-los como sujeitos inteligíveis ou ininteligíveis. E, é na construção normativa do sujeito, que se definem as identidades sociais, étnico-raciais, de gênero, de orientação sexual, etc., as quais, por sua vez, atuam como marcadores sociais que fazem desses sujeitos seres inteligíveis e passíveis de reconhecimento ou repúdio.

Maria Vanessa Silva (2022) fez um levantamento sobre as mortes por suicídio da população de Lésbicas, *gays*, bissexuais e travestis-transsexuais, intersexuais e outras pluralidades (LGBTI+). Pesquisou uma lésbica e um *gay* que passaram pela tentativa de suicídio, atentando-se por meio de uma entrevista narrativa a resistência diária por permanecer existindo. Dentre as situações que levam a pensar o que mais afeta a população LGBTI+, Silva (2022, p. 56) aponta que há uma grande dificuldade de produzir dados:

[...] também denunciam a invisibilidade e a vulnerabilidade dessa população, tendo em vista o processo de exclusão social, a marginalização, discriminação e estigmatização que se concretiza no preconceito, na violência, nas tentativas de homicídio e na violação de direitos humanos. E tais variáveis podem tornar o suicídio como ameaça para a população LGBTI+”.

Estamos diante de temas que ainda demonstram bastante interdição: o suicídio e as diversidades de gênero e de sexualidades. Faz pensar na complexidade de pensar esses temas aglutinados, uma vez que ser demarcado pelas diferenças de gênero e de sexualidades com violência traz uma série de sofrimentos para essa população como a volta ao chamado armário como uma ação política da escola trazida nos estudos da pedagogia do armário de Junqueira (2009). A escola quando se omite/silencia em casos de violência LGBTI+fóbicas orientadas pela heteronormatividade, torna-se:

um elemento ativo e reprodutor de rejeições sociais contra aqueles/as que vivenciam essências femininas e masculinas divergentes que atentam contra a heteronormatividade, incitando a perseguição contra os transgêneros e o não reconhecimento dos *gays* e das lésbicas como homens e mulheres de fato. (SILVA, 2016, p. 199- 200).

Assim, quando refletimos sobre as diferenças que nos constituem sejam elas: de classe, de raça e etnia, de religião, de gênero, de sexualidade, por exemplo, direcionamos nosso pensamento a partir do que nos é imposto por meio da cultura e da sociedade. Outra questão interessante a se pontuar nas duas histórias das entrevistas-narrativas de suicídio trazidas por Silva (2022) é referente à como a história de uma pessoa LGBTI+ vai se construindo permeada de sofrimentos que expressam a negação de todos os cantos.

Refiro-me ao processo de constituição da identidade lésbica que conflui em diferentes locais da vida da participante da pesquisa de Silva (2002, p. 122-123):

Andorinha diz que desde criança sente medo, ouvia vozes e via assombrações, tinha medo que descobrissem quem era e que a batessem na rua. Quando estava com quatorze anos começou a se relacionar com uma menina e sentiu muita culpa. Ela sabia que era errado. Na igreja diziam o tempo todo que era pecado, que Deus abominava e que ela ia para o inferno. Ela ficava pedindo a Deus para tirar aquele sentimento dela, não podia gostar de meninas. Toda vez que ela ficava com uma menina se cortava, nos braços ou nas pernas, era uma forma de pagar o pecado e de aliviar a culpa. Mas um dia se sentiu culpada por estar se cortando, era como se estivesse ferindo a Deus de uma forma ou de outra (Diário de afetações, 01/02/2022).

A Experiência *gay* neste caso é retratada por Silva (2022, p. 139):

Teve um episódio na escola de onde eu estudava de dois meninos pegos se beijando no banheiro. Eu estudava numa escola adventista, então todas as professoras passaram a semana inteira falando o quanto aquilo era abominável. Aí eu comecei a fazer as primeiras barreiras, porque eu percebi que me identificava com eles, só que de repente eu era um vilão. Quando eu lembro da cena daqueles dois meninos na escola, sendo tirados do banheiro à força e todo mundo ojerizando os, uma multidão pronta pra bater neles... Aquilo me pegou muito, porque eu não queria aquilo pra mim, mesmo sabendo que era igual a eles. Então eu precisava mentir, ainda mais sendo uma escola adventista

As duas experiências trazidas por Silva (2022) demonstram que a família e o espaço educacional representam instituições que contribuem para o suicídio de pessoas LGBTI+. Ao invés de serem instituições que contribuam para o desenvolvimento humano, saudável e emancipador de pessoas com gênero e sexualidades diferentes, elas se tornam espaços de culpabilização, penalização e sofrimento.

Diante do fato de que a população LGBTI+ pouco ocupa os dados estatísticos de grandes centros de pesquisa, alguns movimentos sociais realizam tais levantamentos. Ao olhar para a pesquisa de Silva (2022), constata-se que o objetivo do suicídio não é a morte física, mas sim acabar com o sofrimento e apagar dores. A sua pesquisa conclui que não se sofre por ser LGBTI+, mas por viver em um mundo onde não se tem lugar, onde não se é lembrado, onde

não se é visto e ao se relacionar com as estruturas de poder, as relações desiguais gerenciam os seus sentimentos para o não viver.

No que se refere a entender o marcador étnico-racial nas pesquisas sobre o suicídio no Brasil, Paulo Navasconi (2018), em sua pesquisa de mestrado, levantou em 85 estudos a ausência desse recorte; em contrapartida, em relação aos estudos sobre o gênero e as sexualidades e o suicídio, há o tratamento de aspectos binaristas. Para o autor, o fato de as pesquisas não terem tantos dados sobre as mortes por suicídio de jovens negros LGBTI+ adere-se ao fato de que no nosso país, ainda persevera uma estrutura estratégica de poder colonial que hierarquiza vidas.

Entretanto, no decorrer das discussões, verifica-se que o marcador étnico-racial tende a se tornar invisível nas discussões ou não é o objetivo proposto pelos trabalhos. Nessa perspectiva, acredito que essa invisibilidade é produto de uma lógica intencional e consciente de um modo organizacional científico, isto é, a condição precária e social que a população negra ocupou historicamente e, ainda, ocupa constituiu, ideologicamente e ontologicamente, que essas vidas fossem enquadradas como vidas de menores importâncias e, conseqüentemente, estabeleceram e estabelecem condições para que essas vidas não sejam reconhecidas e apreendidas como vidas dignas de direitos e cuidados (NAVASCONI, 2018, p. 125).

Na concepção deste autor, há um privilégio epistêmico que distribui desigualmente as informações sobre os cuidados, saúde e interesse social e econômico. A promulgação dos Direitos Humanos busca promover a igualdade e a liberdade de expressão entre as pessoas, independentemente de ser mulher, homem, branco(a), negro(a), indígena, lésbica, *gay*, bissexual, travesti, transgênero, transexual, intersexo; de respeitar a singularidade e garantir o acesso a tais direitos manifestados em outros documentos legais.

A legislação prevê e assegura o direito de igualdade entre os seres humanos. Entretanto, a norma que está constituída e intrínseca é a que nos remete ao homem, branco, heterossexual, classe média urbana e cristão, os(as) demais estão marcados pela indiferença que a diferença gera: “Dessa forma, a mulher considerada segundo sexo e *gays*, lésbicas, travestis, transexuais e transgêneros são descritos, marcados como desviantes da norma heterossexual” (LOURO, 2000, p. 9).

A vida dos grupos de pessoas marcadas pela diferença, descritas por Louro (2009), pode ser caracterizada, na perspectiva de Butler (2004), como uma vida precária. Trata-se de uma existência que escapa da inteligibilidade do que é reconhecido como vida. É uma questão de não reconhecimento em relação ao Outro, cuja categoria de humanidade é subtraída por meio de variados dispositivos políticos. São vidas pelas quais não se pode realizar o luto; não têm

acesso a direitos e garantias; não têm espaço de representação em nossas comunidades políticas; vidas, enfim, que morrem e que não são choradas.

Para Butler (2000), o dispositivo da sexualidade e das práticas de governo biopolítico de corpos e psiquês, a sexualidade se constituiu como um campo de experiências saturado por injunções normativas que estabelecem a classificação e a discriminação cotidiana entre formas de vida que merecem proteção e incentivo e formas de vida que merecem descrédito e rejeição.

Duarte (2017) ressalta que a sexualidade se constituiu entre nós como domínio privilegiado, no qual se instalou a verdade do ser de cada um(a). Entende-se, portanto, que gênero e sexualidade tenham se constituído em um campo político de disputas altamente acirradas. Para além da defesa de quaisquer particularismos, trata-se aqui da defesa de formas de vida e de relações que desafiam as normas restritivas para avaliar as maneiras de vivenciar o corpo, o sexo e o gênero.

Cabe recordar que o sexo continua operando como dispositivo normativo de regulação e produção cotidiana de práticas e discursos. É com base nisso que se estabelece a cisão entre os corpos que importam e os corpos vilipendiados, dos quais são caracterizados entre as vidas dignas e as vidas indignas de consideração, respeito, direitos e luto.

Assim, quando nós protegemos um modelo de vida, nós faremos de tudo para que ela viva bem. Se pessoas negras, travestis-transgêneros-transsexuais, pessoas com deficiências, povos indígenas, mulheres e etc. não estão vivendo bem, pode-se dizer que elas não são reconhecidas como vidas que merecem responsabilização pública do estado para o bem viver. Nesse sentido, podemos refletir a partir da teoria filosófica butleriana, quais condições torna-se possível apreender uma vida como precária e em que condições isso se torna menos possível? De que maneira as normas e os enquadramentos operam para tornar certas vidas passíveis de serem reconhecidas como vidas e, por outro lado, tornam outras vidas mais difíceis de se reconhecer? Como a apreensão da precariedade coincide com maior índice de violência entre pessoas negras, indígenas, homossexuais, bissexuais, lésbicas, transsexuais e travestis?

E as perdas desses grupos de pessoas expostas ao perigo, vilipendiada, a autora traz uma reflexão sobre aos processos de humanização e desumanização e sobre a manipulação que diferentes vetores sociais fazem com o poder de decidir, quais vidas serão vistas como perdidas e quais serão massacradas com a precariedade e a vulnerabilidade. Diante disso, a análise filosófica bluteriana sobre a precariedade e a condição de vida precária expõe que determinados grupos da população estão submetidos devido à ausência de apoio das redes sociais e econômicas e ficam expostas, de forma diferenciada, à violência e à morte.

Nas palavras da autora:

Existem formas radicalmente diferentes nas quais a vulnerabilidade física humana é distribuída pelo planeta. Certas vidas serão altamente protegidas, e a revogação de suas reivindicações de santidade será suficiente para mobilizar as forças da guerra. Outras vidas não gozarão de um apoio tão imediato e furioso, e não serão sequer qualificadas como “vidas passíveis de luto” (BUTLER, 2004, p. 32)

Compreende-se a partir de uma análise filosófica foucaultiana e butleriana, que somente poderemos desarmar as estruturas sócionormativas que promovem a violência e a discriminação contra as minorias se promovermos novas lutas por equidade de direitos, bem como novas formas de vida e novas relações de amizade entre os(as) diferentes. Conforme pontua Duarte (2017), tão importante quanto reivindicar direitos é afirmar a positividade de outros modos de viver e manifestar pública e coletivamente novos modos de vida. Para isso, é de suma importância abordar as relações entre violência e poder estatal soberano, para o campo da sexualidade e das políticas sociais a fim de atender e defender os direitos das minorias.

Antes de prosseguir com a análise de quais políticas sociais e enquadramentos operam para tornar certas vidas passíveis de serem reconhecidas como vidas e, por outro lado, tornam outras vidas, e considerando as discussões, quais populações, as mortes são mais difíceis de reconhecer? Busco estabelecer uma distinção entre a precariedade, a vida precária e a vulnerabilidade e, assim compreendermos as responsabilidades que as políticas públicas tem na criação de estratégias para proporcionar condições com vistas a minimizar a precariedade aqueles que constantemente ficam expostos a situações de insegurança social e expostos à violência e à morte.

1.3 Precariedade, vidas precárias e vulnerabilidade

Navasconi (2018) pontua a importância de se pensar sobre os elementos que atravessam a realidade de certos corpos – no caso em estudo, a mortes por suicídio de pessoas não enquadradas em um padrão cisheteronormativo branco. Pessoas negras, LGBTI+ e todas aquelas que fogem do padrão estético do enquadramento da vida reconhecida e que tem todos os efeitos de preservação em funcionamento.

Junqueira (2018, p. 451) caracteriza que nos últimos anos estamos diante de uma ofensiva antigênero movimentada pela Igreja Católica em parceria com grandes empresários do capital mundial: “engajam-se setores e grupos interessados em promover uma agenda política moralmente regressiva, especialmente (mas não apenas) orientada a conter ou anular avanços e

transformações em relação a gênero, sexo e sexualidade, além de reafirmar disposições tradicionalistas, pontos doutrinários dogmáticos e princípios religiosos ‘não negociáveis’”.

Tem gente que machuca os outros, tem gente que não sabe amar, tem gente enganando a gente. Com a força com que estes eventos avançaram nos quatro anos do Governo do ex-Presidente, Jair Bolsonaro em nosso país, as discussões e as políticas de proteção à vida de pessoas negras, LGBTI+, indígenas etc. estiveram relegadas a um debate desnecessário e entendido como dotado de produção de privilégios. O campo das escolas esteve entre os mais atacados pelas redes antigênero com o discurso de protejam as suas crianças da ideologia de gênero: “[...] e parece ser onde eles têm encontrado mais facilidade para obstruir propostas inclusivas, antidiscriminatórias, voltadas a valorizar a laicidade, o pluralismo, a promover o reconhecimento da diferença e a garantir o caráter público e cidadão da formação escolar” (JUNQUEIRA, 2018, p. 453).

O autor caracteriza o conceito de ideologia de gênero como um sintagma que reafirma a rebiologização essencializadora dos corpos de acordo com a arbitrariedade de ordens morais que se expressa na família; matrimônio; maternidade; filiação; parentesco; sexo; sexualidade; heterossexualidade; identidade e diferença sexual de forma única:

[...] o sintagma “teoria/ideologia de gênero” e suas variações espalharam-se na forma de um poderoso slogan, inflamando a arena política em todos os continentes, catalisando, em vários contextos, manifestações virulentas contra aquilo que os movimentos antigênero acusam serem dispositivos de indiferenciação sexual, de aniquilação da família natural ou de ameaça à ordem simbólica.

Observa-se que o conceito levantado por estes grupos radicais de extrema direita em nada coaduna com a proposta dos estudos científicos no campo do gênero. Junqueira (2018) explica que não houve um debate aberto e as vias de diálogo sempre estiveram bastante dopadas de violências, extremismos e ataques nas redes sociais motivados por intenso pânico moral. Certamente, a propagação de informações falsas sobre a teoria de gênero traz alguns silenciamentos por parte do corpo docente, da comunidade escolar e de outras redes que atendem crianças e adolescentes. Isso permite que eventos que tratam as questões LGBTI+ como doenças tenham maior impacto que ações educativas preventivas que fortaleçam as pessoas de se enxergarem com mais orgulho.

Leva a importante tarefa científica de entender o suicídio perpassado por essas questões da diversidade na perspectiva filosófica da vida precária. É importante compreender por que alguns grupos de pessoas, segundo Albérico Neto e Reginaldo Santos (2021), vivem na esfera do irrepresentável, invisível, inabitável, enquanto outros gozam dos privilégios de terem representatividade jurídica, política e semiótica? Leva então a abordar a diferença dos conceitos

precariedade, vida precária e vulnerabilidade na perspectiva teórica butleriana em suas obras **Vida Precária: os poderes do luto e da violência** (2019) e **Quadros de Guerra: quando a vida é possível de luto?** (2015).

Butler (2019) diz que o reconhecimento dos sujeitos enquanto vidas que importam depende de certas condições, normas e categorias. Da mesma maneira, a precariedade da vida também implica as relações que a produzem. Assim, os corpos nunca podem ser plenamente protegidos, na medida em que estão permanentemente expostos às condições sociais e políticas, sob as quais a vida não deixa de ser precária.

Isso quer dizer que uma vida não se torna precária por si só, e sim que depende de outras vidas e de certas condições (sociais, econômicas, políticas) para torná-la vivível, impõe-nos a obrigação ética de proporcionar essas condições possibilitadoras, com vistas a minimizar a precariedade e sua alocação diferencial no tecido social. Em outras palavras, isso implica a garantia de direitos, como alimentação, educação, moradia, trabalho, saúde, entre outros, todavia “A precariedade implica viver socialmente, isto é, o fato de que a vida de alguém está sempre, de alguma forma, nas mãos do outro” (BUTLER, 2015, p. 14).

Butler (2015) procurou estabelecer uma distinção entre a precariedade, tomada como uma noção ontológica, e a condição precária, concebida como uma noção que pertence à esfera política. Entretanto, há uma diferença em afirmar que a vida é precária, no sentido de que sua existência não está garantida e, portanto, pode ser a qualquer momento eliminada ou perdida na condição de precariedade, “condição politicamente induzida na qual certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficiente e ficam expostas de forma diferenciada às violações, à violência e à morte” (BUTLER, 2015, p. 46).

Butler (2018, p. 80) ressalta que:

a precariedade só faz sentido quando somos capazes de identificar a dependência e a necessidade corporal; a fome e a necessidade de abrigo; a vulnerabilidade às agressões e à destruição; as formas de confiança social que nos permitem viver e prosperar; e as paixões ligadas à nossa persistência como questões claramente políticas. [...] a nossa precariedade depende em grande medida da organização das relações econômicas e sociais, da presença ou ausência de infraestruturas e de instituições sociais e políticas de apoio.

A partir do entendimento de Butler (2018), compreende-se que os termos que nós, enquanto seres humanos, construímos e propagamos socialmente, excluem algumas pessoas por não se encaixarem dentro desses parâmetros. Consequentemente, essas pessoas não recebem o *status* de ser humano, logo, são consideradas como vidas inviáveis, e sua importância

é negada. Isso, por sua vez, legitima as violências e punições dirigidas aos corpos de sexualidades consideradas desviantes.

Entende-se a partir de Butler (2019), que a vulnerabilidade faz parte de todos nós, de nossas vidas físicas. No entanto, há condições sociais e políticas como a guerra, que exploram ao máximo essa vulnerabilidade, que depende fundamentalmente das normas existentes de reconhecimento, isso porque a humanização ocorre de maneira diferente e por meio de normas variáveis de reconhecimento. Em outras palavras, os grupos de pessoas pertencentes aos negros, ao gênero feminino e àqueles que se identificam como LGBTI+ historicamente submetidos a opressões e violências, estão expostos a um risco maior à morte por suicídio.

É nesse sentido que identificam-se a violência e o suicídio, para as vidas negras, pobres, LGBTQI+, das periferias, como meios de aprofundar os enquadramentos, inclusive os identitários, no sentido do controle social, e não do reconhecimento ontológico da diferença, para que o Estado possa exercer o poder de quem deve viver e quem deve morrer. São esses sujeitos e seus corpos – tomados em sua interseccionalidade pela necropolítica ultraneoliberal – que não precisam ser protegidos, na medida em que não são enlutáveis.

Carvalho *et al.* (2019), apontam que a população LGBTI+ é mais exposta a ambientes discriminatórios, à violência, como o abuso físico e sexual quando comparados a pessoas não homossexuais, principalmente no ambiente escolar.

A Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT), no ano de 2016, promoveu uma pesquisa nacional virtual, por meio de questionário disponibilizado *on line*, realizada no Brasil com adolescentes e jovens LGBT sobre as experiências que viveram nas instituições educacionais relacionadas à sua orientação sexual e/ou identidade/expressão de gênero. Recebeu 1016 respostas de adolescentes entre 13 e 21 anos que se autoidentificaram como LGBT, com relatos de violências de todos os tipos. (ABGLT, 2016)

De acordo com ABGLT (2016), os dados sobre a orientação sexual de estudantes LGBT e o ambiente escolar, publicado em 2016, revelam que 73% dos jovens identificados como LGBT sofreram agressão verbal na escola por causa da sua orientação sexual. Ainda, segundo a pesquisa, são frequentes episódios que estudantes LGBT sofreram agressões verbais, direta ou indiretamente no ambiente educacional, especificamente por causa de características pessoais: orientação sexual, identidade de gênero, identidade/expressão de gênero e raça/etnia.

Em relação às agressões físicas, 26,6% relataram ter sofrido agressão física na instituição educacional por causa de sua orientação sexual, e 6% informaram que isso ocorreu “frequentemente” ou “quase sempre”. Em virtude da identidade/expressão de gênero, 24,6%

foram agredidos fisicamente e 5,7% vivenciavam essa agressão “frequentemente” ou “quase sempre” (ABGLT, 2016). Um olhar atento para estes dados sinaliza que é preciso pensar em ações efetivas que atuem na redução dos danos provocados pela LGBTI+fobia.

Conforme o relatório divulgado pelo Grupo *Gay* da Bahia (GGB) informa que 329 LGBT+ (lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais) tiveram morte violenta no Brasil, vítimas da homotransfobia, em 2019. Desse total foram 297 homicídios e 32 suicídios. Isso equivale a 1 morte a cada 26 horas (DE UNIVERSA, UOL, 2020).

Segundo Junqueira (2009), há um quadro preocupante de violência, ao qual estão submetidas milhares de jovens LGBTI+, muitos dos quais vivem em situações delicadas e vulneráveis de negação e autoculpabilização. E isso se faz com a participação ou omissão da família, comunidade escolar, sociedade e Estado.

A ABLGT estima a existência de mais de 20 milhões de bissexuais e homossexuais no Brasil, mais do que o sêxtuplo do estimado pela PNS/IBGE. Mesmo sendo parcela expressiva da população, os brasileiros LGBTI+ sofrem a estigmatização e a supressão de seus direitos e garantias. O GGB aponta que uma pessoa LGBTQIAP+ morre a cada 34 horas. Em específico quanto à população trans, o Brasil ocupa o primeiro lugar no *ranking* de países que mais matam transexuais e travestis.

Ver os dados apresentados pelos movimentos sociais organizados com desconfiança, faz creditar a ideia de que essas vidas estão reguladas para a morte. Coaduna com a fala de Robson Silva (2020) e os dados apresentados de que a população negra, as travestis e transexuais, as comunidades indígenas, pessoas em situação de rua etc. sofrem de forma acentuada em um cotidiano que não reconhece seus corpos como vivos, vidas consideradas dispensáveis.

Assim, é primordial acessar dados e informações sobre a população LGBTI+, negra e outros corpos que escapam das normatividades para a formulação de políticas públicas que tomem em consideração suas necessidades específicas, no caso da proposta deste estudo: pensar em políticas de prevenção ao suicídio a partir da precariedade desses corpos na cena social.

Nesse sentido, a busca pelas melhores e mais eficientes estratégias de prevenção ao suicídio por meio da visibilidade das reivindicações sociais e políticas sobre o direito à vida e a prosperidade, propõe-se na perspectiva de Butler (2015), uma nova ontologia corporal que implique repensar a precariedade, a vulnerabilidade, a dor e as reivindicações sobre a linguagem e o pertencimento social. Mas é claro que o sol vai voltar amanhã, e com este trecho da música de Renato Russo, é possível que pensemos a escola, a assistência social e a saúde como locais para o apoio das diversidades, mas para isso tem-se que olhar para as suas políticas

internas, pensando se elas contribuem para ampliar as reivindicações sociais e políticas sobre os direitos à preservação da vida.

No entanto, conforme aponta Machado (2012), os programas e ações com o objetivo de garantir os direitos civis, políticos e sociais para as pessoas LGBTQIA+ são marcados pela negação e, quando viabilizadas são tomadas como instrumento de controle do Estado. Diante das limitações estruturais da maioria das organizações LGBTQIA+, a intolerância e a violência dirigida para essa população se tornam cada vez mais alarmantes, conforme Avelar, Brito e Melo (2010).

Compreendida a construção da precariedade, da vida precária e a vulnerabilidade, no próximo item expõe-se como o Estado assume responsabilidades de promover e assegurar a elaboração de novas políticas públicas e o aperfeiçoamento de ações e programas já existentes na efetivação plena do direito de preservação da vida por meio de políticas e ações educativas que previnam o suicídio em diferentes áreas. Assim, cabe explorar perspectivas sobre as políticas públicas como é pretendido a seguir.

1.4 Perspectivas sobre políticas públicas

É importante compreender o conceito de políticas públicas para esta pesquisa, porque o desdobramento das ações educativas, tanto nas escolas quanto nos espaços não escolares, de prevenção ao suicídio depende de políticas integradoras em diferentes áreas. Para caracterizar o advento das políticas públicas, é interessante observar que elas foram concebidas na perspectiva da teoria liberal moderna com o objetivo de promover o bem-estar e a igualdade entre todas as pessoas em razão da cidadania.

Dessa forma, o Estado assume responsabilidades de promover e assegurar direitos sociais efetivos e teoricamente iguais para todas as pessoas. A única diferença é que essas pessoas possuem diferenças, tendo o Estado que se organizar para atender a todas as pessoas dentro das políticas de equidade. A construção de políticas públicas visa garantir direitos mediante ações governamentais que, obrigatoriamente, deveriam assegurar a todos(as) aos(às) cidadãos(ãs) o acesso, sem qualquer distinção.

Celina Souza (2006) realizou um estudo da arte sobre os conceitos e modelos de formulação de políticas públicas para observar como a bibliografia tratava o tema. Segundo a autora, enquanto área do conhecimento e disciplina acadêmica, as políticas públicas nascem nos EUA na contramão da forma como ela era tradicionalmente debatida na Europa, dando ênfase ao papel dos governos ao invés de se centrar somente nas ações do Estado.

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006, p. 26).

Maria das Graças Rua (2014), por sua vez, acredita que a política pública se diferencia da decisão política; na concepção da autora, pontuar tais diferenças torna-se imprescindível para compreender que: “[...] embora uma política pública implique decisão política, nem toda decisão política chega a constituir uma política pública”.

Quadro 1 – Diferenças entre política pública e decisão política

Política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas.	Decisão política corresponde a uma escolha dentre um conjunto de possíveis alternativas, conforme a hierarquia das preferências dos atores envolvidos, expressando – em maior ou menor grau – uma certa adequação entre os fins pretendidos e os meios disponíveis.
---	---

Fonte: Rua (2014, p. 17)

A pergunta a ser feita, a partir de tais conceitos, é que se baseando em dados estatísticos de mortes por suicídio será que os(as) gestores(as) realizam ações por meio de políticas integradas de prevenção? Por ter conceitos amplamente debatidos no interior da academia não significa que a velha forma de fazer política não exista: aquela em que as coisas só são feitas por meio de trocas realizadas nos bastidores que não temos acesso. Para entender tais questões, é interessante partir para outro conceito, o de Trabalho em Rede e suas relações entre diferentes áreas.

1.5 Definições sobre o trabalho em rede

Por acreditar que a questão do suicídio não é um problema apenas de uma área especializada da saúde pública, a mental, se faz necessário entender inicialmente o conceito de políticas públicas a partir da perspectiva da intersetorialidade e do trabalho articulado em rede. Há possibilidades mais efetivas de prevenção quando o assunto se torna pauta de diferentes redes que atendem pessoas e suas famílias pelos municípios que realizar ações isoladas.

Para Paulo Calmon e Arthur Costa (2013), o conceito de rede de políticas públicas é inovador, pois combina conhecimentos de diferentes áreas e se contrapõem à percepção tradicional de que o governo pode ser compreendido como uma entidade independente e, acima do restante da sociedade.

É imprescindível destacar que, entende-se o trabalho em rede como um modelo de organização dos serviços públicos a partir da proposta da articulação, conexão, vínculos e intervenção para além da atenção imediata e fragmentada tradicionalmente eleita como eixos orientadores da ação dos setores públicos. Tais ações propõem inovar por meio das práticas de articular e integrar os serviços, ações e profissionais de diferentes áreas.

Para Sonia Fleury (2005), o trabalho em redes promove mudanças metodológicas importantes na abordagem dos fenômenos administrativos, bem como na relação entre níveis governamentais e na relação entre Estado e sociedade, gerando a necessidade de trabalhar as políticas públicas de uma forma mais descentralizada.

Nesse sentido, Lilian Oliveira (2011) pontua que o termo rede sugere a ideia de articulação, conexão, e interdependência de serviços, e está intimamente ligada ao coletivo. E ainda, segundo a autora se faz necessário no trabalho em rede, fomentar uma política pública comprometida com a humanidade e para que isso aconteça, é necessário romper com o modelo tradicional e hierárquico de governar, é preciso dar um novo rumo às políticas públicas por meio de ações mais humanitárias, englobando todos os setores responsáveis pela administração pública.

Sob essa perspectiva, o trabalho em rede torna-se essencial na prevenção do suicídio, já que as estratégias e ações de prevenção do comportamento suicida não é pauta somente do governo e de profissionais de saúde, mas de toda a sociedade. Nesse sentido, as políticas públicas sociais como Saúde, Educação e Assistência Social têm um papel primordial na articulação da rede intersetorial conjuntamente com outros protagonistas sociais, pois concretizam os serviços básicos à população.

Foram lançadas várias portarias com ações de prevenção ao suicídio pelo Ministério da Saúde, em 22 de dezembro de 2005 foi publicada a Portaria 2.542 do Ministério da Saúde, a qual determinou a criação de um Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio no Brasil, sendo que o grupo tinha o prazo de sessenta dias, a contar da publicação da Portaria, para apresentar proposta para implantação da referida Estratégia (BRASIL, 2005).

Dessa forma, a Portaria reconhece a necessidade de organização de uma rede de atendimento integral aos pacientes com casos de tentativas de suicídio, com vistas à

minimização dos agravos decorrentes e de promoção de uma saúde integral, viabilizando a ampla recuperação desses(as) pacientes.

Já a Portaria de nº 1.876 de agosto de 2006, elaborou as Diretrizes Nacionais do Suicídio e o Manual que direciona a atuação dos profissionais em todas as faces do fenômeno. No ano de 2011, a Portaria nº 3.088 propõe a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para aqueles(as) indivíduos com doenças mentais ou em sofrimento, englobando pessoas com dificuldades resultantes do uso do uso de álcool e drogas (BRASIL, 2011a).

E pela Portaria nº 1.271 de junho de 2014 que delimita a chamada Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, danos e eventualidades da saúde pública nos serviços de saúde particular e público em toda extensão nacional. Assim, o suicídio e suas tentativas são classificados como agravos de notificação compulsória imediata em toda localidade nacional, apontando a precisão de mobilizar toda a rede de atenção e proteção para as devidas providências cabíveis para cada caso (BRASIL, 2018).

O ano de 2017, o Ministério da Saúde produziu o Boletim Epidemiológico intitulado **“Suicídio: Saber, agir e Prevenir”**, conscientizando os(as) profissionais da saúde sobre a necessidade do preenchimento adequado e padronizado da causa de tentativa de suicídio na Ficha de Notificação Individual, evidenciando as elevadas proporções de casos ignorados para as variáveis: escolaridade, presença de deficiência/transtorno e violência de repetição.

E, por meio da publicação da Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que instituí a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio no Brasil, estabelece que a notificação pelos estabelecimentos de ensino públicos e privados ao conselho tutelar dos casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada torna-se compulsória. Em dezembro de 2019, o senado aprovou o Projeto de Lei (PL) 6.389/2019, que transforma em crime o incentivo a crianças e adolescentes à automutilação, bem como prestar auxílio a quem pratica (BRASIL, 2019).

Para Machado (2020), as Redes de Proteção em Saúde são articuladas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e são compostas por Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são as portas de entrada da população para atendimento em saúde primária, onde são realizados triagens e encaminhamentos para as especialidades como cardiologia, pneumologia, neurologia, endocrinologia, entre outras especialidades, como também são feitas os encaminhamentos para o Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os CAPSi (Crianças e adolescentes), os CAPS AD (álcool e drogas), ou tratamentos de alta complexidade.

Nesse sentido, as Redes de Proteção em Suicídio contam com a proposta das Redes de Proteção em Saúde, porém, ampliam seu atendimento para instituições como Organizações da

Sociedade Civil (antigas ONGs), Igrejas, Centros Terapêuticos, Programas Federais, Estaduais e Municipais, Secretaria da Educação e entidades como Centro de Valorização à Vida (CVV). Como se vê, a relação em redes torna-se fatores imprescindíveis para o enfrentamento de situações que envolvam questões de saúde, educação e assistência social.

Prado (2019) ressalta que uma estratégia eficaz para a prevenção do suicídio envolve toda a comunidade e não apenas uma intervenção de profissionais de saúde mental. Assim, a escola, como parte importante da vida dos(as) estudantes, também pode ser o local onde ações de prevenção ao suicídio devem ser desenvolvidas sob o trabalho de rede, envolvendo diferentes profissionais das áreas de saúde, educação e assistência social. Compreendida a importância do trabalho em rede na intersecção SUS-Educação-SUAS, no próximo item expõe-se o espaço da Educação escolar e não escolar como potencialmente educativos.

Veja
Não diga que a canção está perdida
Tenha fé em Deus, tenha fé na vida
Tente outra vez
Beba (beba)
Pois a água viva ainda tá na fonte (tente outra vez)
Você tem dois pés para cruzar a ponte
Nada acabou, não, não, não, oh

Tente
Levante sua mão sedenta e recomece a andar
Não pense que a cabeça aguenta se você parar
Não, não, não, não, não, não
Há uma voz que canta, há uma voz que dança
Uma voz que gira (gira) bailando no ar

Queira (queira)
Basta ser sincero e desejar profundo
Você será capaz de sacudir o mundo
Vai, tente outra vez

Tente (tente)
E não diga que a vitória está perdida
Se é de batalhas que se vive a vida
Tente outra vez

Tente outra vez: Raul Seixas, 1975.

2. POLÍTICAS E AÇÕES EDUCATIVAS EM ESCOLAS E ESPAÇOS NÃO ESCOLARES

2.1 Educação escolar e não escolar

Não diga que a canção está perdida. Tenha fé na vida, tente outra vez! Em todo o espaço pode-se encontrar relações potencialmente educativas, seja em espaços afetivos da família e das amizades, seja em lugares institucionais. O que fica visível para tais espaços é a intencionalidade que advém deles. E se é de batalhas que se vive a vida, como bem afirma Raul

Seixas, não há roteiros predefinidos para se educar na família e na comunidade, mas nos espaços institucionais, sim. Para compreender como a variedade nos modos de ensino e aprendizagem se dá em nossa sociedade, é necessário entender que a educação é um conceito amplo e pode ser analisado a partir de três possibilidades de acordo com os espaços em que tais modos se consolidam: educação informal, escolar e não escolar.

Como apontam algumas autorias que se propõem a ler a realidade educacional sob o enfoque marxista, o capitalismo traz formas de entendermos a especialização do ato pedagógico em diferentes níveis, modalidades e formas de ofertar educação. É o que se propõe, Rene Silveira (1995) quando diz que com o advento do capitalismo surge a necessidade de um estudo formal e sistematizado, com currículo e normas a serem seguidas com espaços e local específico. A origem da escola, portanto está ligada à necessidade de desenvolver e consolidar a ordem capitalista.

Segundo os estudos de Moacir Gadotti (2005), a educação formal (entende-se escolarizada) apresenta objetivos e meios definidos num planejamento coadunado com propostas curriculares, políticas educacionais mais amplas e as necessidades sociais, ocorrendo no ambiente escolar. Nesse sentido, observa-se a relevância da educação escolar, sendo uma das condições necessárias para que as pessoas tenham acesso ao conjunto de serviços da sociedade.

Para Gadotti (2005, p.1) a educação escolar é:

Um direito de todo o ser humano como condição necessária para ele usufruir outros direitos constituídos numa sociedade democrática. Por isso, o direito à educação é reconhecido e consagrado na legislação de praticamente todos os países e, particularmente, pela Convenção dos Direitos da Infância e do Adolescente do Brasil. Negar o acesso a esse direito é negar o acesso aos direitos humanos fundamentais.

A educação escolar é regulada por leis e normas institucionais conforme observa-se na promulgação da Lei nº 9.394, de 1996 que estabelece a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN/96), em seu artigo 1º, na qual registra que a educação compreende os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais (BRASIL, 1996, art.1).

Diante disso, a educação escolar tem papel fundamental na criação e desenvolvimento de ações educativas, que envolvam diferentes intervenções que objetivam diminuir os casos, onde se utilizam por meio de reuniões, orientações/acompanhamento psicopedagógico e palestras para mobilizar a população de adolescentes e as famílias, de modo geral, buscando alternativas para lidar com o comportamento autodestrutivo. Assim, a escola também é um

espaço que pode contribuir para a identificação de comportamentos autodestrutivos e possíveis ao suicídio. Além disso, há inúmeras situações que ocorrem no âmbito das famílias das crianças e adolescentes que podem ser identificadas como potencial de atuação da rede que apoia a escola.

Para Edwin Schneidman (1994 *apud* BORGES; WERLANG, 2004) afirma que a educação é o item mais importante na diminuição dos altos índices de suicídio, o que demanda compreender as possibilidades de intervenção escolar.

Desse modo, é importantíssimo o enfoque dado ao trabalho das próprias escolas, aproveitando, otimizando as potencialidades de diálogo e suporte intelectual existentes no ambiente escolar (BORGES; WERLANG, 2004). Uma perspectiva preventiva a partir disso, abre-se espaço para ser uma prevenção mais direta, na qual o treinamento de profissionais, a informação (conscientização) e a multiplicação de conhecimento do corpo docente, gestão das escolas e responsáveis familiares, torna-se fundamental podendo-se ampliar para intervenções mais pontuais e de identificação de comportamentos suicidas entre o corpo discente.

Corroborando com o enfoque dado ao trabalho de prevenção e informação sobre o fenômeno do suicídio, os dados divulgados pela OMS: a predominância de notificações de autoagressão e tentativa de suicídio na faixa etária da adolescência (10-19 anos), juntamente com adultos jovens (20-39 anos), no Brasil, no período entre 2011 e 2016 (BRASIL, 2017). Nesse sentido, é pertinente trazer a distinção entre suicídio e autolesão, uma vez que ambos se enquadram no comportamento de violência autoinfligida, entretanto se distinguem na sua intencionalidade de morte e, em termos de prevalência. Nesse viés, a autolesão é um ato incluído no contexto da violência autoinfligida e que corresponde ao uso intencional de força física real ou de ameaça contra si próprio (OMS, 2014).

Giusti (2013) ressalta que a autolesão representa qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao corpo, sem intenção consciente de suicídio. Os tipos de violência autoinfligida são: tentativas de suicídio, suicídio, autoflagelação, autopunição e autolesão (BRASIL, 2016).

Nesse contexto, em abril de 2019, a Presidência da República sancionou a lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da automutilação e do suicídio, a ser implementada pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2019). Com o objetivo de regulamentar a referida lei, o decreto nº 10.225/2020, publicado em 05 de fevereiro de 2020 visou estabelecer normas referentes à notificação compulsória de violência autoprovocada, que se refere ao suicídio consumado, tentativa e prática de automutilação, com ou sem intenção suicida. Dessa forma, a notificação será obrigatória não

apenas para profissionais da saúde, mas também para responsáveis por instituições de ensino públicas ou privadas.

Segundo Gisleine de Freitas e José Botega (2002), a tentativa de suicídio representava, no início deste século, o segundo maior motivo de internação no SUS de adolescentes. Comportamento suicida, na concepção dos autores, é o termo utilizado para denominar as ações autoinfligidas que geram dano ao próprio sujeito e abarca desde a ideação suicida, a tentativa e até o próprio suicídio.

Em relação ao comportamento de autolesão entre adolescentes, Isabel Fortes e Mônica Macedo (2017) pontuam que ele se manifesta através de cortes no corpo, representando um meio de expressão do sofrimento. Geralmente, ocorre em locais pouco monitorados pelos pais. As autoras apontam também que alguns aspectos desse comportamento podem ter uma duração breve ou se estender pela vida adulta. Tais autoras ainda consideram que depoimentos de adolescentes que se automutilam revelam uma forma de expressão, diante da impossibilidade de colocar palavras na própria dor, em relação ao sofrimento, sem intenção de se matar. Nesse sentido, busca-se apaziguar a dor psíquica insuportável por meio da dor física.

Segundo Paloma Rodrigues (2018), a autolesão é a forma encontrada pelos jovens de tentar aliviar, mesmo que temporariamente, questões relacionadas a quadros depressivos e ansiosos. Assim, o ato de cortar-se compulsivamente “pode ser considerado como uma descarga da pulsão e de tensão através da dor” (RODRIGUES, 2018, p. 26).

Ainda segundo a autora, a autolesão é um comportamento motivado por sofrimento grave, com o qual alguém não consegue lidar de outra forma naquele momento. Segundo o Manual de comportamento de autolesão elaborado pela Coordenadoria de Psicologia Educacional (COPEDE) ligada à Superintendência de Políticas Educacionais (SUPED) da Secretaria Estadual de Educação de Mato Grosso do Sul (SED/MS), a autolesão é definida como

um ferimento ou lesão que um indivíduo faz a si mesmo. Dentro da vivência patológica, encontramos a autolesão dividida em três campos: Autolesão sem intenção suicida; autolesão com intenção suicida (tentativa de suicídio) e autolesão com características de outros transtornos psicológicos (SED/MS, 2019, p. 10).

Além disso, a autolesão não suicida (ALNS) é uma ação sem intenção consciente de suicídio, mas que pode gerar ferimentos graves. Esse comportamento está relacionado a mecanismos de enfrentamento de emoções, muitas vezes, é utilizado para diminuição de tensão ou alívio do sofrimento e, geralmente, está conexo com relacionamentos interpessoais negativos.

Entende-se por autolesão suicida (tentativa de suicídio), autoagressões que não consomem a morte, mas que com históricos de repetição podem levar ao desfecho fatal, configurando-se, portanto, fator de risco para o suicídio consumado. A autolesão com características de outros transtornos psicológicos está atrelada a algum sofrimento psíquico como Depressão, Esquizofrenia, Transtorno Bipolar (D'OLIVEIRA & BOTEGA, 2006).

Para Jaqueline Gonçalves (2016), a autolesão tem sido um dos grandes desafios enfrentados pelas escolas da atualidade e cada vez mais, desperta as atenções do debate acadêmico. Por vezes, o transtorno pode ser considerado como uma possível consequência das relações de gênero violentas, desiguais e excludentes que caracterizam o tecido social, bem como possuir relações com situações de racismos, LGBTI+fobias e outras questões que dizem respeito aos corpos que escapam dos padrões socialmente impostos.

Gonçalves (2016) diz que discutir sobre autolesão é pensar sobre as diferenças, as imposições sociais e sobre sentimentos, amizade, família, respeito, violência, medo, anorexia, bulimia, violência, homossexualidade, transexualidade, construção da masculinidade e da feminilidade, diferenças sociais, entre outros: “A autolesão é uma prática dita como possibilitadora de alívio das dores da alma, de sentimentos provocados por um conjunto de problemas – familiares, afetivos, etc.” (GONÇALVES, 2016, p.111).

Há que se reconhecer que a autolesão na adolescência é um relevante problema de saúde pública, mas se trata de eventos que podem ser identificados e prevenidos por diferentes instituições sociais. E ressaltam que a violência autoprovocada em adolescentes considerada como o resultado de complexas interações entre fatores genéticos, biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociais e culturais. Nesse contexto, o Manual de Orientações sobre o Comportamento de Autolesão elaborado pela COPED (SED/MS), a fim de instrumentalizar a equipe escolar sobre as demandas do cotidiano escolar relacionadas à autolesão, e subsidiar as ações pedagógicas de orientação aos pais ou responsáveis, professores(as) e estudantes.

Nessa mesma perspectiva, estudos realizados por Lima, França e Bento (2018) concluiu que os fatores de maior relevância na predisposição da ideação suicida e o suicídio são:

Os transtornos mentais como a depressão e ansiedade, seguidos de abuso sexual na infância, estresse, desigualdade social, preconceito e doenças crônicas, destacando também a falta de emprego que desencadeia uma baixa autoestima e desmotivação assim, influenciando em pensamentos negativos (LIMA; FRANÇA; BENTO, 2018, p. 162).

Como se vê, há inúmeros eventos que podem contribuir para a ideação suicida. Levando aos espaços públicos institucionais diferentes responsabilidades no tratamento da informação

com humanização a fim de ter uma ação preventiva mais focada em interpretar os aspectos sociais, culturais, familiares e etc. que levam à violência autoprovocada.

De acordo com Fuziwara e Favero (2011) é fundamental que a escola se torne um espaço protetivo, incluindo a percepção de que o abuso sexual está mais presente em nossa sociedade do que gostaríamos. Por isso, exige-se pensar a escola como espaço democratizante das relações, combatendo a perspectiva adultocêntrica. A escola como espaço de pertencimento deve ultrapassar seus muros, simbólico e efetivamente, levando à novas práticas na relação comunitária. Situações de abuso também criam dimensões de sofrimento intenso na vida de crianças e adolescentes que se não tratadas podem levar a situações de autolesão e suicídio.

Ainda segundo as autoras é necessário que no contexto dessa escola protetiva haja profissionais, que além de críticos, sejam criativos, capazes de propor e criar estratégias de intervenção diante da realidade tão mísera que caracteriza a violência sexual contra crianças e adolescentes. Essa postura se faz fundamental, porque, entre outras vantagens, acena para uma possibilidade de mudança na vida das pessoas vítimas dessa violência.

Portanto, as estratégias de identificação de violação de direitos de crianças e adolescentes no ambiente escolar e a prevenção do comportamento suicida por meio do trabalho em rede com ações educativas de prevenção e a capacitação e orientação de profissionais da rede intersetorial, como: psicólogos(as), enfermeiros(as), professores(as), educadores(as) sociais, assistentes sociais e psiquiatras para o atendimento dos casos de tentativa de suicídio e a prevenção do ato são deveres do estado e sua efetiva implementação é direito e dever de todos(as).

Vale ressaltar que a Lei nº 8.069 de 1990, a qual dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu art. 4º, ressalta como dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida e à saúde. Isso reforça a discussão desta pesquisa sobre a necessidade da intervenção em rede para ações educativas de prevenção ao suicídio.

Convém entender que essa perspectiva se desdobra na leitura de ações da educação não escolar para a prevenção do suicídio. Desse modo, para Maria da Glória Gohn (2006), o formato de educação não formal (entende-se não escolarizada) está voltado para o ser humano como um todo. Ademais, trata-se de uma ação de ensino e de aprendizagem voltado para locais não escolares, mas que podem ser complementares a ele ou serem formatados segundo propostas organizadas similares à organização do trabalho educacional das escolas.

A partir do conceito de Gohn (2006) sobre a educação não formal, acredita-se que os espaços das áreas da Saúde e de Assistência social também propõem intervenções focadas em

educar diferentes faixas etárias para os cuidados em saúde e a prevenção de situações de riscos e vulnerabilidades sociais. Em razão disso, a questão do suicídio pode ser um tema que permeia as ações realizadas por essas áreas, especialmente nos serviços que atendem à infância e à adolescência, fornecendo informação e formando as pessoas para lidarem com as suas emoções desde a mais tenra idade.

Ainda segundo Gohn (2006), compreende-se por educação informal o conhecimento que se adquire nas relações sociais, no processo de socialização, por exemplo, dentro da família, com amigos, clubes, igreja, comunidade e até mesmo os meios de comunicação em massa. Fica notória a relação de educação informal, formal e não formal especialmente porque para que as propostas do currículo escolar e de instituições façam sentido no processo formativo.

Nesse viés, independentemente do local institucionalizado, a faixa etária da adolescência possui questões para serem tratadas no contexto escolar e de instituições não escolares dadas às condições de vulnerabilidades que afetam essa fase da vida. Adolescentes convivem com inúmeras fragilidades que os afetam e demandam atenção das famílias e das instituições públicas posto que se trata de um momento em que eles(as) estão formando sua personalidade em meio a pertencimentos, comparações e mudanças corporais que envolvem a identidade e a diferença, surgindo a necessidade de discutir estratégias de prevenção ao suicídio.

Nesse sentido, a ação educativa realizada em lugares escolares e não escolares contribuem para a prevenção ao suicídio. Logo, o tema de suicídio pode ser discutido no ambiente da escola interdisciplinarmente, como por meio da educação em centros de atendimento aos usuários(as) da Saúde pública e de Assistência social que buscam compreender o que leva uma pessoa a contribuir com sua própria morte e assim buscar projetos de prevenção.

Portanto, como diz a música de Renato Russo, se é de batalhas que se vive a vida, assim a educação seja ela em qual modalidade, busca-se de acordo com sua especificidade possibilitar o acesso e o conhecimento da vida, de seus direitos e deveres e, assim, poderem usufruir de modo ético das informações. Portanto, a educação escolar e não escolar se diferem em sua modalidade, mas se complementam e se integram em suas ações que buscam atender à demanda da sociedade local. Diante disso, a prevenção ao comportamento suicida pode ser desenvolvida nesses ambientes, envolvendo a sociedade local. Isso leva a entender que as instituições escolares e não escolares podem utilizar suas ações para realizar campanhas de mobilização para a prevenção do suicídio.

2.2 A atuação do SUS

O SUS constitui um direito social de cidadania que traz como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos serviços de atenção e cuidado específicos dessa área. Nessa perspectiva, o SUS possui ações voltadas à promoção, a prevenção e a assistência à saúde conforme afirma o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a Lei de criação do SUS, a Lei n. 8.080/1990 (BRASIL, 1990 b), estabelece em seu artigo 12, a intersetorialidade na política pública de saúde:

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com o disposto no artigo 7º, a universalidade, a equidade, a descentralização e o comando único são princípios basilares do SUS. Ela expressa que no campo de atuação do SUS está incluída a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990, art. 6º, I, d.).

Nesse sentido, a integralidade da assistência é entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990, art. 7º, II).

O SUS é um exemplo de política pública que foi constituída a partir de uma agenda de reivindicações da população brasileira entre os anos de 1970 e 1980. O movimento de mobilização para a garantia em torno do direito ao acesso à saúde gratuita resultou na criação do SUS e consolidado na Constituição Federal. No entanto, as políticas públicas não se expressam somente no âmbito governamental e, sim sua formulação e implementação ocorrem também por meio de representantes da sociedade civil.

Considera-se relevante entender a história de consolidação do SUS como uma política pública para propor a relevância de serviços educativos para informar a população sobre os riscos e vulnerabilidades em saúde. Há diferentes linhas de intervenção no SUS que atuam com o enfoque do território, o que demanda ações de prevenção para o enfrentamento de questões de saúde da população.

Para José Bertolote (2004, p.4)

O suicídio é um problema complexo para o qual não existe uma única causa ou uma única razão. Ele resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. É difícil explicar porque algumas pessoas decidem cometer suicídio, por um determinado motivo. Contudo a maioria dos suicídios pode ser prevenida. Suicídio é agora uma grande questão de Saúde Pública em todos os países. Capacitar a equipe de atenção primária à saúde para identificar,

abordar, manejar e encaminhar a pessoa que está em sofrimento psíquico é um passo importante na prevenção do suicídio.

Segundo Bertolote (2004), as políticas públicas de prevenção ao suicídio possuem um histórico peculiar de conquistas e retrocessos em agendas políticas de diferentes países. As primeiras ações de prevenção pelo Estado foram criadas, em 1906, em Londres, com a criação do *Suicide Prevention* no Departamento de prevenção ao suicídio do Exército da Salvação. E no mesmo ano, em Nova York, com a criação da *National Save-A-Life League*. Em 1948, a cidade de Vienna institui a agenda de prevenção ao suicídio e no ano de 1956, em Berlim criou-se o serviço de prevenção ao suicídio (BERTOLOTE, 2004).

Por meio da Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, foi instituído o primeiro documento a tratar especificamente do suicídio no Brasil. Assim, as Diretrizes nacionais para prevenção do suicídio foram implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de governo por meio de ações organizadas entre Ministério da Saúde, Secretarias de Estado de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, instituições acadêmicas, organizações governamentais e não-governamentais, organizações da sociedade civil.

Conforme a Diretriz Nacional para a prevenção ao suicídio implementada em 2006 traz como objetivos: desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas (BRASIL, 2006c).

Outra meta que a Portaria nº 1.876 propôs foi a capacitação dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, visando promover sua educação permanente, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. Ainda no ano de 2006, como parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, o Ministério da Saúde lançou o Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental, cujo principal objetivo era a transmissão de informações básicas que possam orientar a detecção precoce de certas condições mentais associadas ao comportamento suicida, bem como o manejo inicial de pessoas que se encontrem sob risco suicida e medidas de prevenção.

O documento orienta as equipes de saúde a entenderem a dimensão deste problema, a sua importância como profissionais na prevenção de suicídio e, como identificar os fatores de risco, como ajudar os pacientes que se encontram em risco, como lidar com esses indivíduos, e quando e como encaminhá-los para as equipes de saúde mental.

Para Luiz Hetem (2010), o suicídio é um problema de saúde pública e a sua prevenção tem correlação com a identificação precoce de comportamentos autodestrutivos e de ideação suicida e o seu correto encaminhamento aos profissionais especializados. E a assistência prestada às pessoas que tentaram o suicídio é uma estratégia fundamental na prevenção do suicídio, pois elas constituem um grupo de maior risco para o suicídio.

Nessa perspectiva, foram desenvolvidos programas de atendimento integral à saúde do recém-nascido, da criança, da mulher, dos idosos, dos povos indígenas, das pessoas com deficiência e, em geral, de todos os cidadãos. Essa é a razão pela qual foram desenvolvidas ações de baixa, média e alta complexidade, com o intuito de aumentar o nível de atendimento e atender as demandas da população. Ações em saúde mental, no entanto, dependem da complexidade da atenção demandada pela pessoa, sendo que na atenção básica se desenvolve ações preventivas e na especial, um trabalho mais intensivo.

Instituiu-se a Rede de atenção psicossocial (RAPS), conforme portaria nº 3088/2011-MS/GM, de 23 de dezembro de 2011 para o atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e, com necessidades decorrentes do uso de drogas, no âmbito do SUS, ofertando diversos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Entre os serviços da RAPS temos os CAPS; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Unidades de Acolhimento (UA), Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e o CAPSi, que são destinados ao atendimento à infância e à adolescência, abrangendo a população acima de 150.000 habitantes e integrante da rede de apoio afetivo e social.

As ações desenvolvidas no CAPS abrangem desde as situações de crises, o acolhimento, a permanência diária no serviço, a substituição do hospital psiquiátrico até a construção de projetos de inclusão social, passando por intervenções na rede de serviços na comunidade, junto a setores de diversas naturezas clínicas, familiares, trabalho, moradia, direitos, lazer, cultura e outros. Oferecendo assim, um projeto terapêutico para cada usuário, a partir de suas necessidades e de seus familiares, indicando a frequência ao serviço e às atividades propostas.

O CAPS foi criado como método substitutivo de atenção à saúde mental nos campos das internações hospitalares psiquiátricas em relação aos atendimentos primários e secundários, prestando atendimento diário, gerenciamento de projetos terapêuticos em união com acompanhamentos clínicos com ações que não permitam deixar o paciente isolado de sua família e da comunidade. Para isso, exerce ações intersetoriais incluindo a educação, trabalho, esporte, cultura, lazer.

Assim, o CAPS promove a rede de serviços de saúde mental dando suporte e promovendo supervisão da atenção à saúde mental na rede básica, no Programa de Saúde da

Família (PSF), no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ele regula a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua respectiva área, coordena em união com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuam no seu território e promove a atualização da listagem de pacientes de seu território que fazem uso de medicamentos para a saúde mental.

De acordo com o manual dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental dos serviços de saúde, em especial às equipes dos CAPS, os estudos têm demonstrado que as pessoas que padecem de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou transtorno afetivo bipolar possuem maior risco para suicídio. Nesse sentido, este manual é um recurso a mais, dentre vários que estão sendo preparados, resultante de uma cooperação entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Sua principal finalidade é a transmissão de informações básicas que possam orientar a detecção precoce de certas condições mentais associadas ao comportamento suicida, bem como o manejo inicial de pessoas que se encontrem sob-risco suicida e medidas de prevenção (BRASIL,2006).

Além disso, os atendimentos ofertados nos projetos do CAPS são desde os individuais (prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação); atendimentos grupais (oficinas terapêuticas, oficinas geradoras de renda, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, etc.); atendimentos às famílias (atendimento nuclear, a grupo de familiares e visitas domiciliares), atividades de ensino; atividades de lazer, atividades comunitárias desenvolvidas em conjunto com associação de bairro e outros setores da comunidade (BRASIL, 2006).

A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de plano de ação de atenção voltados aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas; realiza conferências de saúde e ou saúde mental, fóruns temáticos regulares e promove a articulação com os demais serviços públicos prestados no território, em especial com os CRAS e CREAS, para encaminhamento de casos e situações que necessitam de proteção social básica e de média complexidade.

Uma pesquisa realizada pela FIOCRUZ (2014, s.p.) afirmou que por ser considerado um tema restrito, existem limitações para abordá-lo. Sendo assim, na tentativa de evitar mais casos, o Ministério da Saúde propôs, em 2005, a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, a qual cria grupos de trabalho, diretrizes nacionais, seminários, além do *Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental*, lançado em 2006. Entre as ações da ABP, um manual de imprensa esclarece a jornalistas sobre termos específicos e traz um panorama com dados e informações gerais que permitem uma compreensão mais adequada da

saúde mental; e outra publicação, o livreto *Comportamento suicida: conhecer para prevenir*, orienta profissionais da imprensa sobre como abordar o tema, preservando o direito à informação e contribuindo para a prevenção (BRASIL, 2006 a, p.3).

No entanto, Botega (2006) afirma que o Brasil só passou a pensar o suicídio como um problema de saúde pública em 2005 a partir da formação de um grupo de representantes do governo, de entidades da sociedade civil e de Universidades que organizaram, então, as Diretrizes Brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006 b).

De acordo o art. 2º da Portaria nº. 1.876/2006 suas diretrizes traz uma estratégia nacional que visam:

- 1- Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
- 2- Desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- 3- Organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- 4- Identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;
- 5- Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- 6- Contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;
- 7- Promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;
- 8- Promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2006 a).

Em junho de 2014, a Portaria nº 1271, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, torna as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata em todo território nacional (BRASIL, 2014).

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou a agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017-2020 (BRASIL, 2017). E por meio da Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017, fica instituído o Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, a OMS lançou também, em 2019, um projeto de prevenção chamado “Viver a Vida” (*LiveLife*), cuja meta é difundir de forma contínua conhecimentos que promovam a redução do suicídio. Isso inclui impedir o acesso a métodos letais e eliminar as publicações inadequadas sobre suicídio. Essas publicações, em vez de reduzirem o ato, estimulam o aparecimento de novos casos, como a divulgação nas mídias de mortes de celebridades por suicídio, fenômeno chamado de Efeito Werther. E a criação de ações dirigidas para melhoria das condições de atendimento em psiquiatria, para promoção do bem-estar físico e emocional da população e a garantia de serviços de atendimento de emergência que forneçam suporte médico-psiquiátrico e psicológico em situações de crise, principalmente aqueles com algum transtorno mental (BRASIL, 2019 b).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a saúde mental é um estado de bem-estar, no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. E, no dia 17 de junho de 2022, divulgou que no ano de 2019, quase um bilhão de pessoas – incluindo 14% dos adolescentes do mundo – viviam com um transtorno mental. O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade (OMS, 2022).

Ainda segundo o relatório, as pessoas com condições graves de saúde mental morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido às doenças físicas evitáveis. O abuso sexual infantil e o abuso por intimidação são importantes causas da depressão. Desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática estão entre as ameaças estruturais globais à saúde mental.

Assim, todos os 194 Estados Membros da OMS assinaram o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030, comprometendo-se com metas globais para transformar a saúde mental. Implementar ações concretas para melhorar os ambientes para a saúde mental, como intensificar a ação contra a violência por parte do parceiro, o abuso e a negligência de crianças e pessoas idosas; possibilitar a criação de cuidados para o desenvolvimento da primeira infância, disponibilizando apoio de subsistência para pessoas com problemas de saúde mental; introduzir programas de aprendizagem social e emocional enquanto combate o *bullying* nas escolas; mudar atitudes e fortalecer os direitos na atenção à saúde mental; aumentar o acesso a espaços verdes e proibir pesticidas perigosos associados a um quinto de todos os suicídios no mundo (OPAS/MS, 2022).

Corroborando com esse debate, a Fiocruz (2013) por meio de seus estudos sobre suicídio em entrevista ao pesquisador Carlos Lins que em sua obra **Trocando seis por meia dúzia – Suicídio como emergência do Rio de Janeiro**, diz “entre as principais dificuldades

enfrentadas pelos profissionais de saúde no atendimento desses casos no Brasil estão a precariedade na formação em urgências psiquiátricas e em suicidologia. Assim, afirmam que “Precisamos admitir que o suicídio é uma questão que diz respeito a todos os profissionais de saúde. Todos nós devemos buscar capacitação profissional para lidar com isto” (FIOCRUZ, 2013, p.1)

Nesse sentido, percebe-se que ações de prevenção ao comportamento suicida no âmbito do SUS são marcadas por avanços e retrocessos como observa a Portaria nº. 3088/2011 que instituiu a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso do *crack*, álcool e outras drogas e excluiu do texto pessoas com comportamento suicida. Evidenciando que em seu texto foi excluído a obrigatoriedade de acompanhamento multidisciplinar aos/às pacientes que tentaram suicídio. Diante destes fatos, destaca-se a necessidade de ações de prevenção ao suicídio em ambientes locais em diferentes unidades de saúde independentemente do nível de complexidade por meio de ações de mobilização e acolhimento de pessoas com histórico de atendimento em questões de sofrimento mental.

Em busca de qualificar e ampliar o debate sobre a prevenção ao suicídio, no dia 28 de junho de 2021, o Ministério da Saúde, por meio da plataforma UniverSUS Brasil foi disponibilizado curso de prevenção ao Suicídio, voltados aos profissionais da área da Saúde, educadores da rede pública e privada de ensino, servidores dos Conselhos Tutelares, líderes religiosos, serviços militares e entidades beneficentes (BRASIL, 2021).

Com o intento de pensar a proposta de educação não escolar que ocupa as ações de prevenção ao suicídio em diferentes unidades da rede básica e especializada de saúde (SUS) é possível propor ações articuladas de prevenção que atuem tanto em ambientes da educação formal (escolas) quanto com o cuidado na identificação, encaminhamento e tratamento de situações relacionadas às tentativas de suicídio, autolesão e automutilação que afetam a fase da Adolescência. Segundo Hetem (2010), ao identificar precocemente os comportamentos autodestrutivos que possam ter como obstáculo mais grave o suicídio e encaminhar ao serviço de saúde especializado é o primeiro passo para a prevenção ao suicídio. Para Botega *et al* (2006, p. 216), por sua vez, os esforços de prevenção do comportamento suicida devem estar pautados: “No conhecimento dos fatores de risco, sendo fundamental que as ações se voltem ao que pode ser transformado, evitando aquilo que possa ser evitado e amenizando o que foge de qualquer possibilidade de intervenção”.

Assim, uma nova lei foi sancionada e instituiu, em todo território brasileiro, a “Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio” (PNPAS), através da Lei nº 13.819,

publicada no Diário Oficial da União no dia 26 de abril de 2019. Assim, o Brasil renova suas iniciativas em instituir uma política pública específica para prevenção do suicídio e uma ação não incluída nas Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio – manter, através do poder público, um serviço telefone para atendimento gratuito e sigiloso de pessoas em sofrimento psíquico (Art. 4º da Lei 13.819/2019).

A Lei 13.819/2019, propõe a participação da sociedade civil e de instituições privadas de saúde e educação na promoção da saúde mental para prevenção de automutilação e suicídio, construindo para a compreensão de que o suicídio precisa de ações conjuntas entre o governo e a sociedade. A partir desta lei a automutilação como expressão de sofrimento humano é objeto de ação e notificação compulsória pelos serviços de saúde e educação do país. Entretanto, é necessário observar que não foi mencionado investimento ou criação de um fundo econômico para subsidiar ações de prevenção na lei.

Em suma, esta Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio atribui novas tarefas aos trabalhadores do sistema educacional, precário e pouco valorizado pelo governador. Considere-se ainda que a obrigatoriedade de notificação compulsória por escolas e Conselho Tutelar, sem a devida formação para identificação, resultará em uma sobrecarga para os serviços de Saúde Mental abarrotados do SUS conforme pontua Carlos Stavizki Júnior e Marco Cadoná (2019).

Para as autorias, a relação do Estado brasileiro com a problemática de prevenção ao suicídio ainda é incipiente e limitada às campanhas de prevenção e ações isoladas nos estados e municípios. Requer que se pense em ações políticas articuladas e contínuas, as quais envolvam ações educativas em saúde fomentadas para formalizar ações com outros espaços, como as escolas e os serviços de atenção da assistência social e direitos humanos.

2.3 A atuação do SUAS

Na perspectiva sobre a rede assistencial de cuidados em saúde mental e a importância da integração das ações ofertadas a todos(as) os(as) usuários(as) (não apenas aqueles diagnosticados com transtornos psiquiátricos), acredito interessante entender as possibilidades que os serviços de assistência social podem trazer para tentar dialogar em rede por meio de ações de prevenção em diferentes serviços que esta política oferece à população. Portanto, como medida das políticas de prevenção à saúde mental, há sempre a orientação de que a equipe de saúde deve buscar criar rede com seu território, seja através das equipes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) seja nas unidades a ela vinculadas.

Nessa perspectiva, o SUS, o SUAS e a Educação são dispositivos essenciais de responsabilidades para a garantia de direitos e políticas sociais com ações que promovam a saúde mental e visem prevenir o suicídio. Consta no art. 6º da Constituição Federal de 1988, que são direitos sociais a educação, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados. Mas sabemos que isso é importante, mas não é o bastante quando as ações estatais por meio das políticas não são integradas e focadas em atender as demandas de forma articulada.

Com o objetivo de garantir a proteção social e os direitos relativos à renda, moradia, vínculos familiares, deficiência, violência foi implantado o SUAS pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), em 2005 e, no ano de 2011 pela Lei nº 12.435, passa a integrar o tripé da seguridade social, ao lado da Saúde e da Previdência Social.

O SUAS é uma política pública implantada no ano de 2005 com o objetivo de desenvolver ações intersetoriais na rede de proteção e controle social às pessoas, suas famílias e grupos em situação de vulnerabilidade social. Nesta área, a presença de profissionais do Serviço Social e da Psicologia é forte e ocupa uma relação de vínculo e afetividade profissionalizada com as pessoas atendidas pelas instituições existentes.

A Lei 12.435/2011 realiza conforme parâmetros do modelo do SUS, a tipificação de serviços de assistência social de acordo com a complexidade:

Art. 6º-A. A assistência social organiza-se pelos seguintes tipos de proteção:

I - proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;

II - proteção social especial: conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos.

Parágrafo único. A vigilância socioassistencial é um dos instrumentos das proteções da assistência social que identifica e previne as situações de risco e vulnerabilidade social e seus agravos no território.

Consoante ao exposto, as orientações do Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal CRP 01/DF, 2020 para um efetivo trabalho de prevenção ao suicídio os profissionais da Saúde devem envolver a articulação intersetorial através das equipes do SUAS por meio dos serviços disponíveis nos Centro de Referência Assistência Social (CRAS) e Centros de Referências Especializados de Assistência Social (CREAS).

As ações de assistência social, com a implantação do SUAS passaram a propor uma nova roupagem de atendimento social e possibilitando assim o acesso à rede de proteção social da assistência social (BRASIL, 2011). Enquanto no SUS, a porta de entrada são os PSF ou

UBS; no SUAS, existem os CRAS como principal serviço de proteção social básica, tem como objetivo a orientação e acompanhamento das famílias que estão no seu território. Um dos principais serviços ofertados pelos CRAS é o de Proteção Integral às Famílias (PAIF), todas as ações de acolhimento, benefícios sociais, programas e projetos estão neste programa.

Há outro equipamento responsável por atender um nível mais grave de vulnerabilidade social que envolve a violação de direitos, o CREAS. E definido pela Lei 12.435 em seu artigo 24 – b, o CREAS é responsável direto pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Família e ao Indivíduo (PAEFI), e responsável pelo apoio, orientação e acompanhamento à família e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (mulheres, crianças e adolescentes, público LGBT etc.), articulando os serviços socioassistenciais com diversas políticas públicas e com órgãos do sistema de garantia de direitos (SGD).

Na perspectiva sobre a rede de Assistência Social, a equipe do SUAS por meio do CRAS e CREAS também realizam ações de identificação de comportamento suicida e autolesivo tal como os ambientes escolares. Ao realizarem as suas ações de atenção às necessidades humanas básicas das famílias e de suas pessoas, os profissionais realizam ações que atuam na identificação bem como na prevenção por meio de atividades socioeducativas desde o cuidado e escuta qualificada ao comportamento suicida, além de nos momentos de crise, realizar o encaminhamento e contato com os multiprofissionais da rede de Saúde, objetivando intervenções articuladas.

Nesse sentido, a implantação dos CRAS e CREAS, os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) para diferentes públicos e os serviços de Acolhimento Institucional têm sido importantes para a realização de ações em rede por meio de serviços socioassistenciais no âmbito do SUAS para a prevenção e acompanhamento de vítimas de violência autoprovocada nos municípios brasileiros em busca da prevenção e posvenção ao suicídio.

Observamos que o SUAS tem importante papel na prevenção do suicídio ao atuar diretamente nas desigualdades sociais, identificando situações de vulnerabilidade e risco social. Por meio de um trabalho que articula a rede socioassistencial e demais políticas públicas para a superação destas situações (CAPACITASUAS/PE, 2018). Dentre as situações de vulnerabilidade social que têm relação com o suicídio, podem-se destacar conforme os documentos da área da educação:

Instabilidade política e econômica, que afetam crianças e adolescentes a partir da sua condição de pessoas em situação peculiar desenvolvimento; Desagregação e violência familiar (conflito de parentalidade, negligência afetiva, abuso sexual); Crianças e

adolescentes em situação de rua, abandono ou vítimas de abusos e maus tratos; Uso abusivo de álcool e/ ou de outras drogas; poucos laços familiares e sociais; Situações familiares de desemprego (SED/MS, 2019, p.24).

Todas as situações acima apresentadas representam situações de vulnerabilidades sociais que afetam as famílias e seus membros, sendo que as equipes de referências do SUAS desenvolvem ações para amenizar os reflexos das desigualdades sociais no âmbito da vida das pessoas atendidas. Para criar respostas para essas questões, há uma série de práticas socioeducativas, as quais ofertam espaços de escuta, redução de danos, orientações e apoio sociofamiliar que promovem pessoas e seus membros.

Dessa maneira, abordar a possibilidade de uso de atividade socioeducativas não escolares nas unidades do SUAS para prevenir ao suicídio, visa colocar em efetiva atuação a ideia de corresponsabilidade no trabalho intersetorial e, em rede, como bem propõe Eder Dantas (2019, p. 3) quando diz que é urgente pensar em mudanças estruturais para além da política de prevenção, “[...] que devem partir, especialmente, da valorização da vida humana em sua totalidade, que possam tornar o Brasil um local mais igualitário e em condições habitáveis para toda sua população”.

E, conforme recomenda o Guia Intersetorial de prevenção do comportamento suicida em crianças e adolescentes (SED/MS, 2019), os profissionais da educação ao identificar comportamento suicida em estudantes deverão comunicar à equipe técnica de referência para o serviço de atendimento. Recomendam-se também ações de promoção da vida e diálogos sobre o suicídio, por meio de rodas de conversas, oficinas e grupos de discussão sobre o tema, em conjunto com a rede de Saúde e Assistência Social.

A COPED colabora com as escolas na articulação intersetorial e interinstitucional, envolvendo os setores de saúde, Assistência Social, justiça e Segurança pública na Garantia de direitos estabelecidos, a fim de proporcionar aos estudantes permanência no processo de escolarização com suporte pedagógico e socioassistencial, nas questões que incidem no processo de ensino e aprendizagem e violação dos direitos.

A Prefeitura de Paranaíba/MS, por meio das Secretarias de Saúde, Assistência Social e Educação, realizam em conjunto com o Centro de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, nas escolas públicas, CRAS e CAPS, o Projeto Setembro Amarelo - Campanha de Valorização pela Vida e Prevenção ao Suicídio. Durante todo o mês de setembro são realizadas diversas ações educativas envolvendo diversos profissionais do NASF, CRAS, PSFs, com palestras socioeducativas, e também orientações nos PSFs em combate e prevenção ao suicídio.

Campanha que tem por objetivo a discussão sobre a prevenção ao suicídio e esclarecer à população sobre o quanto é indispensável o compromisso de todos.

Ao abordar a importância das instituições sociais vinculadas ao SUAS na prevenção ao suicídio, o tratamento dado é de corresponsabilidade e parceria na atuação. Não significa dizer que é referência de trabalho do SUAS a atuação específica e profissionalizada com o suicídio. Desse modo, sugere-se a construção de parcerias com o propósito de formar, orientar e reduzir situações de riscos e vulnerabilidades sociais, as quais tenham o suicídio como um problema no caso dos profissionais que atendem famílias nos territórios onde se inserem as unidades do SUAS.

2.4 A atuação das escolas

Levante sua mão sedenta e recomece. A escola é um local excelente para práticas de promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde. A LDBEN (1996) traz como um de seus fundamentos: a base da formação integral do/a aluno/a e, neste aspecto, o direito de educação interseccionado com a saúde e a cidadania, visando à cobertura plena de direitos fundamentais de crianças e adolescentes. Assim, o ano de 1997, o Ministério da Educação (MEC) estabeleceu os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), os quais contextualizam os Temas Transversais e como caráter relativo à saúde, como caráter de orientação incluso aos componentes curriculares em todos os anos da escolarização (BRASIL; 1997).

Nessa perspectiva, o Ministério da Educação e da Saúde instituiu no ano de 2007 pelo decreto presidencial nº 6. 286/2007, o Programa Saúde na Escola (PSE), visando à articulação e à integração permanente de educação e saúde e, assim, proporcionar melhorias na qualidade de vida da população em idade escolar (BRASIL, 2007).

Em 2018, o Ministério da Saúde propõe ações realizadas pelo PSE voltadas aos pontos de vulnerabilidade previamente apontados pelos estados e municípios e integralizados pelo grupo de trabalho intersetorial.

De acordo com dados da OMS (2019), o suicídio é a segunda principal causa de morte entre a população com idade entre 15 e 29 anos. Além disso, no período entre 2006 a 2017, foram identificadas 15.702 notificações de atendimento ao comportamento suicida entre adolescentes nos serviços de saúde. E, apesar de praticamente não haver estatísticas sobre o comportamento suicida em crianças no mundo, no período de 2006 a 2017 foram identificados 58 óbitos de crianças brasileiras decorrentes desta causa, com a maioria sendo do sexo masculino, de cor da pele branca e com nove anos de idade. Entre 2007 e 2016, as internações

devidas às tentativas de suicídio foram de 12.060 ocorrências com vítimas principalmente do sexo feminino (FIOCRUZ, 2021, p. 1).

Dentre os fatores que culminaram nas tentativas de suicídio estão: violências, problemas familiares, desentendimentos e rompimentos com namorados, abuso sexual, *bullying*, abuso de álcool e drogas, assalto, pressão escolar, obesidade e a interação em redes virtuais, como *Youtube e WhatsApp*, conforme aponta Joviana Avanci (2021) em pesquisa realizada com jovens com comportamentos suicidas em Porto Alegre (RS) e Dourados (MS) em 2021 para a revista Fiocruz com apoio do CNPq.

Como a população de maior notificação de comportamento autolesão com idade entre 15 e 29 anos, consideram-se assim que as intervenções e identificação realizadas pelos profissionais da educação é de suma importância para a prevenção, posvenção e diminuição do fenômeno do suicídio. Assim, o ambiente escolar se constitui como espaço privilegiado para que as pessoas possam falar, refletir e esclarecer suas dúvidas seus anseios sobre a vida e fatores que os levam a perderem o interesse em viver.

O(a) professor(a) consegue identificar situações que potencialmente vulnerabilizam crianças e adolescentes nas escolas. Situações que podem ser caracterizadas como passíveis de gerar sofrimento e angústia em seus(as) alunos(as). Marina Colares (2022), em sua tese de doutorado, apontou que o tema do suicídio começou a transcender a pauta de saúde pública e tem sido preocupação docente e da política educacional. Cita como exemplo, a inércia docente diante de eventos em que os(as) alunos(as) expressam diferentes atos de tentativas de suicídio:

A forma de autoagressão mais registrada no ambiente escolar se caracteriza pela prática de incisões nos braços, pernas ou outras partes do corpo, cunhada com o nome *cutting*. Incluem-se ainda nessa rubrica os murros e tapas no próprio rosto, os puxões de cabelos ou o bater com a cabeça na parede repetidamente, até o desfalecimento. Angustiadados e impotentes, profissionais das escolas onde essas práticas têm se verificado - ensino fundamental, ensino médio e instituições de ensino superior - clamam por auxílio de especialistas para compreender esse fenômeno e buscar intervenções favoráveis que ajudem a conter esses episódios (COLARES, 2022, p. 37).

Nesse sentido, se faz urgente pensar estratégias de contenção dos riscos de suicídio via sistema educacional. E não diga que a vitória está perdida. Os/as profissionais que compõem o PSE, em parceria com a secretaria de Educação, podem levar às escolas temas para a discussão em sala de aula com estudantes, professores e coordenadores, e no mês de setembro são realizadas rodas de conversa, debates e palestras nas escolas públicas discutindo sobre a Campanha de Conscientização sobre a Prevenção do Suicídio, com público de jovens e adolescentes.

A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) determina que a formação integral dos jovens ocorra por meio do desenvolvimento de competências e habilidades que contribuirão para a constituição de uma sociedade mais justa, igualitária, democrática e inclusiva. Elas aparecem de forma transversal e transdisciplinar ao currículo, pois seu objetivo é permear os componentes Curriculares (BRASIL, 2018).

E, segundo o levantamento internacional de Boas Práticas em Saúde Mental em 2021, realizado pela Vozes da Educação, com apoio da Fundação Leman, afirma que as competências socioemocionais se relacionam com a saúde mental, no entanto, elas não são as mesmas coisas. E que as Competências socioemocionais contribuem para a saúde mental e funcionam como um fator de proteção, auxiliando na prevenção do sofrimento psíquico e de comportamentos suicidas (VOZES DA EDUCAÇÃO, 2021).

Nessa perspectiva, é importante que a escola tenha sempre em vista que o sofrimento psíquico seja do/a estudante ou de seus profissionais da educação interferem no processo de ensino e aprendizagem. E, para atender seu caráter de cuidado e proteção de direitos, é fundamental que a questão de saúde mental esteja contemplada no Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola. Além disso, pesquisas nacionais e internacionais têm mostrado que essas ações possibilitam a redução do número de suicídios, principalmente a partir da conscientização dos jovens sobre o tema (BORGES, WERLANG e COPATTI, 2008; FICHER e VANSAN, 2008).

E com objetivo de regulamentar a Lei nº 13.819/2019, o Decreto 10.225, de 05 de fevereiro de 2020 institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamentando assim a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, estabelecendo normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. Além disso, o decreto estabelece as competências do comitê supramencionado:

I - Articular, planejar e propor estratégias de implementação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio com fundamento na cooperação e na colaboração entre órgãos e entidades da administração pública federal, estadual, distrital e municipal e organizações da sociedade civil; II - Monitorar a implementação e a execução da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio; III - propor ações de prevenção sobre a situação epidemiológica da automutilação e do suicídio; IV - Contribuir para o aprimoramento da informação e do conhecimento do fenômeno da automutilação, da tentativa e do suicídio consumado, incluídos as suas causas, os determinantes sociais e os fatores de risco associados; e V - Propor e disseminar, de forma integrada, campanhas de comunicação social para prevenção da automutilação e do suicídio em suas diferentes dimensões; e VI - elaborar o seu regimento interno (BRASIL, 2020).

No entanto, Garcia (2019) chama a atenção para as perspectivas medicalizantes e/ou moralizante que têm embasado as intervenções realizadas pelas campanhas Setembro Amarelo

e as Políticas Nacionais de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, estabelecendo normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. Para o autor devem ser objetos de crítica, por reduzirem o espaço escolar a um local de controle sobre os discentes e suas famílias, deixando de lado a possibilidade de denúncia e enfrentamento das diversas formas de opressão, as quais atravessam o cotidiano escolar e que são geradoras de sofrimento psíquico. Finalizando o artigo com subsídios para se pensar as possibilidades de iniciativas de promoção de saúde mental nestes espaços, baseados em uma abordagem centrada nos Direitos Humanos.

E no caso específico das escolas, Garcia (2019) alerta para o reducionismo citado no caso das abordagens preconizadas para a prevenção do suicídio e dos comportamentos de autolesão que envolvem vários riscos. Em primeiro lugar, corresponde à possibilidade de expansão do processo de medicalização da vida no contexto escolar, o que vem sendo denunciado por diversas pesquisas, na medida em que a prevenção passaria pela identificação dos distúrbios psiquiátricos de discentes, o que corresponde a um crescimento previsível de diagnósticos.

A educação em saúde, no espaço escolar, vai ao encontro do biopoder (poder sobre a vida/o biológico), Nádia Lima e Alice Rezende (2013) apontam a partir da teoria de Foucault (1994) que a constituição da sociedade normalizadora que se infiltra nas escolas como uma nova forma de poder, com efeitos segregativos sobre os sujeitos, cujos mecanismos de regulação e correção produzem, avaliam e classificam as “anomalias sociais”. No âmbito escolar, a vigilância constante sobre os corpos que se movimentam fora de seus “controles”, encaminhando os alunos para os serviços médicos em substituição aos antigos encaminhamentos feitos aos psicólogos e, desconsidera uma série de outros fatores, subjetivos e sociais, que podem ser responsáveis por sua produção.

Segundo as autoras o poder normativo que opera nas escolas desvia e desconfigura o que deveria ser o mais importante: a preocupação com a melhoria do ensino, a atenção especial que devemos ter com as relações no âmbito escolar e a garantia de preservação da integridade e dos direitos da criança e do adolescente, a qual é uma educação de qualidade, saúde, liberdade, respeito, dignidade e preservação da vida.

Para Rezende (2017) a escola passa a fazer parte da rede de apoio, com o objetivo de controlar o meio, o contexto, onde se produz uma nova verdade sobre a atuação escola. Ela se vale de inúmeros recursos para normalizar e uniformizar os alunos, a partir da rede de saber e poder tendo em vista que a biopolítica se tornou um fenômeno atuante em diversas frentes, não seria diferente no âmbito educacional.

Para Duarte (2017) o biopoder é, para Foucault, o poder que passou a se exercer sobre a vida, modificando a vida de toda uma população na sua coletividade e apoia em saberes: médicos, higiênicos, eugênicas, educativos, estatísticos, demográficos, etc., por meio dos quais se poderão estabelecer normas para qualificar, corrigir, controlar e normalizar a população.

Foi exatamente para desconstruir a visão biomédica na saúde e aprendizagem das crianças e dos/as adolescentes que no ano de 2014, o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional do Ministério Público elabora o documento de Atenção psicossocial às crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos para os profissionais que atuam no sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes, promotores de justiça, defensores públicos, juízes, gestores e profissionais de saúde, especialmente os da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), com a corresponsabilização pelo cuidado e a colaboração efetiva entre profissionais de diferentes serviços (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, a COPED ligada à SED/MS promove ações que têm por objetivo desenvolver um trabalho coletivo e integrado com as escolas da Rede Estadual de Ensino e os diversos setores internos da secretaria e das coordenadorias regionais de educação (CRE), promovendo a aprendizagem e o desenvolvimento das potencialidades dos/as estudantes com base na abordagem centrada nos Direitos Humanos.

Assim, com o objetivo de instrumentalizar a equipe escolar sobre as demandas do cotidiano escolar relacionadas à autolesão, as ações da Psicologia educacional na Rede Estadual de Ensino de MS estão voltadas para a promoção da reflexão sobre a realidade e o cotidiano da escola, por meio do diálogo entre os seus atores, bem como ao favorecimento das relações interpessoais entre os profissionais da educação básica, estudantes e suas famílias (SED/MS, 2019).

Conforme orientações elencadas no manual do comportamento de autolesão, os profissionais da educação devem:

- 1) Acolher e promover um ambiente de escuta para o(a) estudante.
- 2) Chamar o responsável para esclarecimentos, estabelecendo metas e prazos, bem como encaminhar para o Conselho Tutelar (escola) e Unidade Básica de Saúde - UBS (responsável).
- 3) Acompanhar o caso para verificar se os encaminhamentos estão sendo eficientes. Caso não, retomar o atendimento e verificar que parte do processo não está tendo efetividade.
- 4) Envolver os professores para discutir estratégias e metodologias para elaborar um plano de ação pedagógico (SED/MS, 2019, p.15).

E, com o objetivo de contribuir para a formação integral dos/as estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede

pública de ensino, o Programa Saúde na Escola (PSE), criado pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, promove ações que buscam a integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida dos/as estudantes.

Logo, para alcançar estes propósitos o PSE foi constituído por cinco componentes:

- a) Avaliação das Condições de Saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública;
- b) Promoção da Saúde e de atividades de Prevenção;
- c) Educação Permanente e Capacitação dos Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens;
- d) Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes;
- e) Monitoramento e Avaliação do Programa (BRASIL, 2011, s/p.).

Vai, tente outra vez. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade. Assim, dar visibilidade aos problemas e adversidades que colocam a saúde em risco e desenvolver estratégias para superar os problemas e adversidades identificados e vivenciados pela comunidade são propostas de ações em saúde no ambiente escolar. Dentre as ações realizadas estão avaliação clínica, avaliação nutricional, promoção da alimentação saudável, avaliação da saúde e higiene bucal, avaliação do calendário vacinal e avaliação psicossocial (BRASIL, 2011).

Levante sua mão sedenta e recomece a andar, a realizar o diagnóstico situacional dos eventos de violência (*bullying*, homofobia, discriminação, preconceito e/ou outras) que possam estar interferindo na saúde e aprendizagem das crianças e dos/as adolescentes, com repercussão na convivência familiar, na escola e na comunidade, e na violação de direitos. Deve-se considerar também a violência doméstica e sexual, a tentativa de suicídio e/outras, além dos acidentes no entorno e na escola. E não diga que a vitória está perdida, se é de batalhas que se vive a vida, tente outra vez.

Você será capaz de sacudir o mundo. Vai, tente outra vez. Para considerações de promoção, prevenção e atenção à saúde, muitas unidades escolares buscam por meio da elaboração de um projeto de convivência e mediação de conflitos com metodologia participativa (rodas de conversa, teatro, dinâmicas, narrativas – contadores de histórias e outras), envolvendo todos os atores da comunidade escolar nas ações do PSE.

Logo, as ações envolvidas no projeto de convivência devem ter como diretrizes:

- Transversalização, em todas as atividades de grupo, dos princípios de respeito mútuo, da solidariedade, da cooperação e da valorização da vida e do meio ambiente, das diferenças de gênero, geracionais, étnico-raciais, regionais, socioculturais, religiosa etc., promovendo o envolvimento e o protagonismo da criança e do adolescente na construção e execução de projetos na escola e comunidade.

- Criação de atividades que integrem e promovam vínculo afetivo entre os atores envolvidos, conjugando trabalho e prazer na realização das atividades escolares;
- Atenção permanente a comportamentos da criança e do adolescente que sejam sujeitos da vivência de situações de violências, negligências ou discriminação, como: lesões físicas, dificuldades de aprendizagem, isolamento, choros frequentes, irritação, entre outras;
- Fortalecimento da notificação da violência doméstica, sexual e outras violências, de acordo com que está estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA);
- Articulação das Redes de Educação, Atenção à Saúde, Proteção Social, Defesa e Responsabilização com os Conselhos Tutelares no enfrentamento às situações de violências, negligência e discriminação contra crianças, adolescentes e jovens;
- Qualificação permanente dos profissionais da saúde e da educação para a escuta qualificada, na perspectiva do acolhimento, da tolerância e respeito à diversidade e da solidariedade (BRASIL, 2011 b, p.44).

A partir das pesquisas realizadas sobre o PSE e a realização de ações voltadas ao tema suicídio, verifica-se que no mês de setembro, mês alusivo à prevenção ao suicídio, as escolas desenvolvem inúmeras atividades em parceria com os setores de saúde pública para informar sobre formas alternativas de lidar com o sofrimento, redução de danos e outros assuntos pertinentes estrategicamente identificados para evitar comportamentos de violência autoprovocada.

2.5. Suicídio, interseccionalidades e diversidades

A escola como qualquer espaço social é atravessada por ideias e processos, ou seja, é um local que reproduz discursos sobre práticas e saberes referentes à sexualidade, o gênero, relações raciais e outros demarcadores sociais das diferenças socialmente desiguais existentes além dos muros escolares. É relevante problematizar o que a escola está fazendo com os corpos e as corpos diferentes que ela também contribui para produzir?

Discursos de compensação de perdas têm sido o mais presente na vida de pessoas cujas vidas são construídas nas diferenças. Poderia apresentar um inventário de inúmeros discursos de sobrevivência no ambiente escolar por meio de memórias de racismos, LGBTI+fobias e outras formas de violência, mas o que mais assusta com a discussão é saber que o ambiente escolar pode ser um espaço de sofrimento e nulidade para algumas pessoas. Principalmente quando algumas questões identificadas não são foco de intervenção por meio de práticas pedagógicas ou atividades da rotina dos eventos escolares.

Faz-se interessante realizar alguns apontamentos sobre a relação escolas, diversidades e situações de vulnerabilidade na adolescência proporcionando, assim, contribuir para a discussão da responsabilidade, que as políticas educacionais tem na criação de estratégias de combate às vulnerabilidades existentes no interior da escola e podem conduzir a cenas de racismos, LGBTI+fobias e outras formas de violências decorrentes da não aceitação da diversidade.

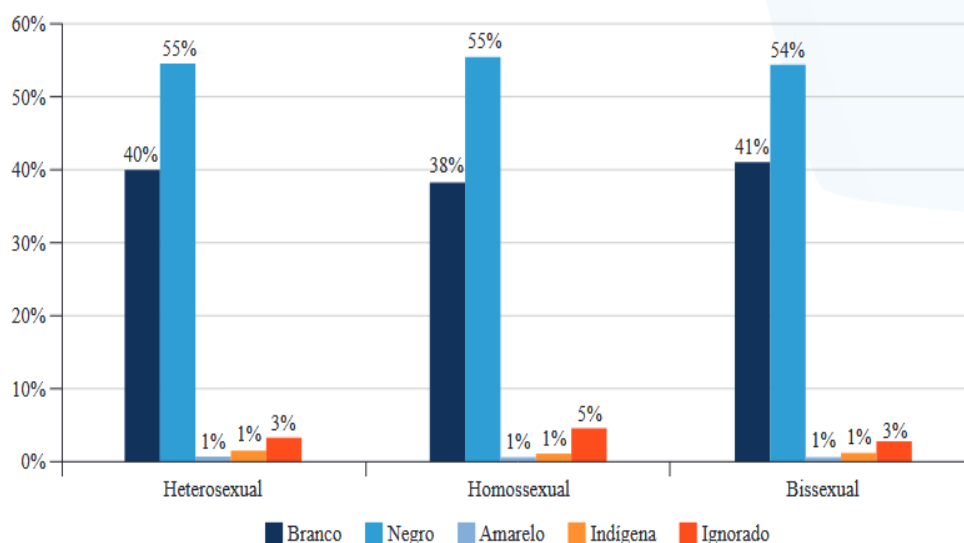
Louro (1997), na sua obra **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**, provocou a ciência e o corpo docente para que se pensasse a presença de corpos com identidades de gênero e de sexualidades diferentes no ambiente escolar. Naquele momento, a autora já se atentava para o fato de que o ambiente escolar era hostil para pessoas LGBTI+ e para as mulheres cisgêneros também.

Bento (2006), por sua vez, foi questionar as categorias gênero e sexualidades a partir da identidade de gênero de travestis e transexuais na relação com as escolas. No intervalo de quase dez anos completos, as pesquisas de Bento (2006) não encontraram um ambiente escolar menos transfóbico, mesmo diante de avanços em debates no âmbito do gênero. Muito pelo contrário, a autora postulou que: “As instituições sociais produzem e reproduzem as margens por meio de duas táticas simultâneas: pela exposição discursiva daqueles que estão fora das normas de gênero, por intermédio das reiterações prescritivas, dos insultos, e pelo ocultamento, pela invisibilização” (BENTO, 2006, p. 204).

Segundo Cerqueira *et al* (2021), as análises dos dados de violência do Sistema de informação de agravos por notificação (SINAN), realizadas nas seções de violência contra a população LGBTI+ e de violência contra pessoas com deficiência, foram centradas nos registros de violências cometidas por terceiros, excluindo-se assim os casos de agressão autoinfligida, ou seja, em que a vítima também foi registrada como uma das autoras da violência. Ainda se verifica, por meio do Atlas da violência, nos gráficos relativos à idade das vítimas LGBTI+, os quais demonstram que a juventude é o período de maior vulnerabilidade à violência.

Ainda segundo Cerqueira *et al* (2021), a falta de dados, e de intervenções estatais pela promoção de direitos LGBTI+, tende a aprofundar a vulnerabilidade de tal população à violência, especialmente de seu subgrupo mais vulnerável, constituído de pessoas jovens e negras LGBTI+. Como podemos verificar no gráfico 1 apresentado abaixo.

Gráfico 1. Perfil de Pessoas Vítimas de Violências, por Orientação Sexual, por Raça/Cor



Fonte: SINAN/MS Elaboração: Diest/Ipea, FBSP e IJSN.

Os dados apresentados acima retratam a falta de intervenções estatais pela promoção de direitos LGBTI+, gerando maior exposição desta população à vulnerabilidade principalmente na população constituída de pessoas jovens e negras LGBTI+. O Atlas da violência de 2019 registra que as notificações de violências autoprovocadas representam 124.709 lesões autoprovocadas no Brasil, e as mulheres foram a grande maioria das vítimas de lesões autoprovocadas, representando 71,3% do total de registros, como podemos abaixo:

Tabela 1. Distribuição das lesões autoprovocadas, segundo características sociodemográficas

	N.º	%
Sexo		
Masculino	35.709	28,6
Feminino	88.983	71,3
Faixa etária		
Menores de 14	12.314	9,8
15 a 19	29.065	23,3
20 a 39	57.746	46,3
40 a 59	21.484	17,2
60 e mais	3.691	3,0
Ignorado	409	0,3
Raça/Cor		
Branca	59.031	47,3
Negra	52.917	42,4
Amarela	927	0,7
Indígena	665	0,5
Ignorado	11.169	9,0

continua

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan, 2019).

Corroborar com os dados apresentados no gráfico acima, as considerações apontadas por Netto (2013, p.101), as quais apontam que o fenômeno do suicídio vem crescendo dentre o público de homossexuais, transgêneros, transexuais. Sabe-se, pois, que a maioria desses casos está relacionada ao preconceito, à homofobia, a não aceitação da família e, as mais diversas formas de violência, as quais são submetidas no cotidiano.

Os dados apresentados pelo Ministério da Saúde, entre os anos de 2016 e 2021, reafirmam ao apresentar o número de suicídios por adolescentes registrados durante o período de análise, o qual totalizou 6.588. Apresenta que as principais vítimas acometidas foram adolescentes entre 15 a 19 anos, totalizando 84,4% dos casos, do sexo masculino (67,9%), e em maior parte, pretos e pardos (56,1%). Ainda de acordo com o boletim epidemiológico, a análise da taxa de mortalidade registrada por atentados à própria vida demonstra que Roraima foi o estado com mais notificações (12,7 por 100 mil), seguido pelo Mato Grosso do Sul (10,7 por 100 mil) e Amazonas (7,6 por 100 mil).

Segundo dados apontados no Atlas da violência, o ano de 2019 teve 15 casos de suicídio mapeados, sendo destes 5 homens trans e 10 mulheres trans. No ano seguinte, 2020, dos 23 casos mapeados, 7 homens trans e 16 travestis/mulheres trans. No ano de 2021 dos 12 suicídios, 10 entre travestis/mulheres trans e 2 pessoas homens trans. No ano de 2022, foram catalogados

20 casos de suicídio, sendo 1 pessoa não binária, 6 casos entre homens trans e 13 casos entre travestis/mulheres trans.

Ainda de acordo com o Atlas da Violência 2019, a questão da violência contra a população LGBTI+ tem se agravado nos últimos anos, ao passo que há excesso de subnotificação que leva à invisibilidade desse problema sob o ponto de vista da produção oficial de dados e estatísticas, uma vez que o IBGE não faz qualquer pergunta nos seus *surveys* domiciliares sobre a orientação sexual. Por outro lado, as polícias (em geral), nos registros de violência, também não fazem qualquer classificação da vítima segundo a orientação sexual, assim como não existe tal característica nas declarações de óbito. O que torna uma tarefa árdua para as políticas públicas que venha a mitigar a violência contra a população LGBTI+.

Nesse sentido, em 2006, o Ministério da Educação apresentou situações de violência a que são submetidas pessoas LGBTI+ e, questões que enfatizam a relação entre sexismo e homofobia no ambiente escolar um dos seus mais decisivos momentos (BRASIL, 2006).

De acordo com a pesquisadora canadense, Debora Britzman (1996), o silenciamento de professores(as) que evitam trabalhar o tema da diversidade sexual e de gênero nas escolas são gerados por discursos de que se falarem sobre estarão encorajando práticas homossexuais. A autora reitera que faz parte desse mito a ansiedade de que qualquer pessoa que ofereça representações *gays* e lésbicas em termos simpáticos será provavelmente acusada ou de ser *gay* ou de promover uma sexualidade fora da lei. Em ambos os casos, o conhecimento e as pessoas são considerados perigosos, predatórios e contagiosos.

E, como ambiente escolar é uma extensão da sociedade, durante minhas práticas escolares presenciei comentários LGBTI+fóbicos e quando ocorre situações de homofobia e violências no ambiente escolar, a frase de que “isso não é problema nosso”. Fica evidente o despreparo de nós funcionárias(os) da educação para lidar com questões ligadas à diversidade sexual e homofobia. Sendo que, a maioria dos(as) profissionais não intervinha quando ocorriam comentários discriminatórios e, nesse sentido, compreendemos a partir de Junqueira (2016), que o ambiente escolar ao reproduzir e alimentar discriminações tende a comprometer o rendimento escolar dos estudantes discriminados.

Assim, fica evidente de como o ambiente escolar pode ocasionar espaços de violências contra a população LGBTI+ e de como a vulnerabilidade desse grupo podem desenvolver comportamentos suicidas. Corrobora com esse pensamento Gabriela Cardoso (2016, p.27), ao afirmar que:

Há uma clara relação entre adolescentes LGBTI, o suicídio e uma prevalência elevada de distúrbios do humor, abuso e/ou dependência de substâncias, rejeição familiar e vitimização, porém, mesmo após o controle destes fatores de risco, o risco acrescido de suicídio persiste. Para além do mais, adolescentes de grupos minorias sexuais possuem menor número de fatores de proteção de que adolescentes heterossexuais.

Conforme pontua a autora, pode-se dizer que as demandas dos sofrimentos, angustias e outras questões que levam adolescentes LGBTI+ a idealizarem o suicídio possuem vínculo com os demarcadores das diferenças de gênero, sexualidades e possíveis elementos da questão racial. Os problemas oriundos das dificuldades de aceitação e tolerância que geram tais sofrimentos na vida destes sujeitos. Podem ser tratados de forma interseccionada ou não para entender como estão expostos à ideação suicida e/ou comportamento autolesivo. Navasconi (2018, p. 90) diz que o suicídio demanda ser pensado como um fenômeno interseccional: “[...] é, também, reconhecer o fenômeno do suicídio enquanto uma questão de fato multifacetada e composta por diferentes marcadores da diferença, fatores e atravessamentos culturais, econômicos, biológicos, psicológicos etc.”.

Ter uma leitura interseccional do suicídio, segundo o autor, significa avançar para um olhar sobre as questões sociais, as quais impactam na constituição das subjetividades entendendo que todos possuem formas de experienciar as suas diferenças:

Kayla, Jown, Paulo Vitor, Ana, Elena, Bel, Pedro, João, dentre outras narrativas tiveram suas vidas consideradas enquanto vidas dignas? Tiveram suas particularidades, suas intersecções descritas, compreendidas e analisadas pela literatura especializada? Podemos afirmar que não. Esses corpos são a fissura, a lacuna que a literatura científica produziu, produz e continuará produzindo se não conceber que tais vidas são vidas dignas e, conseqüentemente, que merecem ser reconhecidas como narrativas com singularidades e particularidades (NAVASCONI, 2018, p. 181).

O nível de exposição ao suicídio que algumas pessoas passam decorre, então, da forma como experienciam vivências de aceitação, tolerância e satisfação pessoal nos diferentes locais. Muitas ações, dentro das políticas públicas, focam na prevenção ao suicídio a partir de um padrão de pessoa que não é LGBTI+, negra e que tenha sofrimentos gerados por conta de suas diferenças.

Eu não te escuto mais
Você não me leva a nada
Ei, medo!
Eu não te escuto mais
Você não me leva a nada

E se quiser saber
Pra onde eu vou
Pra onde tenha sol
É pra lá que eu vou

E se quiser saber
Pra onde eu vou
Pra onde tenha sol
É pra lá que eu vou

Ei, dor!
Eu não te escuto mais
Você não me leva a nada

Ei, medo!
Eu não te escuto mais
Você não me leva a nada

E se quiser saber
Pra onde eu vou
Pra onde tenha sol
É pra lá que eu vou
É pra lá que eu vou

E se quiser saber
Pra onde eu vou
Pra onde tenha sol
É pra lá que eu vou

Caminho do sol
Caminho do sol

E se quiser saber
Pra onde eu vou
Pra onde tenha sol
É pra lá que eu vou
(4x)

O sol: Jota Quest, 2005.

3. METODOLOGIA

O presente estudo realizou uma pesquisa qualitativa cujas bases epistemológicas tratadas referem-se às pesquisas pós-críticas em educação. Usei dos recursos da pesquisa bibliográfica para lidar com fontes bibliográficas e documentais por meio de gráficos e tabelas capazes de evidenciar a questão do alto índice de comportamento suicida no município de Paranaíba/MS. Nesse sentido, a proposta levou os(as) pesquisados(as) a pensarem sobre o que podem fazer para realizar ações de prevenção ao suicídio na adolescência LGBTI+.

Na abordagem epistemológica ao utilizar a proposta de Paraíso (2014) surge um novo enfoque na perspectiva pós-crítica em pesquisas em educação por meio de inovações no uso de recursos, métodos e abordagens teóricas que serão capazes de explicar a realidade educacional a partir dos sujeitos que estão inseridos no ambiente escolar.

Meyer e Paraíso (2014, p. 35), afirmam que enquanto pesquisadores(as) trabalhamos “com o que sentimos, vemos, tocamos, manuseamos e escutamos em nosso fazer investigativo”. Entendido os aspectos da abordagem, aponto os instrumentos de coleta e de análise e interpretação dos dados coletados dos(as) profissionais que protagonizaram a pesquisa.

Os procedimentos utilizados para a coleta de dados foram os seguintes: a pesquisa bibliográfica descritiva e exploratória, a pesquisa documental e a pesquisa aplicada. No momento do levantamento bibliográfico, utilizei do recurso do levantamento das pesquisas em educação conforme orienta Romanovski e Ens (2006), sendo um momento indispensável para a elaboração do cerne da pesquisa, orientando-se a partir de estudos já realizados em diferentes áreas sobre o estudo da prevenção ao suicídio nas escolas ou por meio de ações articuladas na rede de atenção. O levantamento foi feito no *Google Acadêmico* com a junção dos descritores suicídio e políticas de prevenção.

A pesquisa documental, por sua vez, envolveu o uso de documentos públicos: legislações referentes ao trabalho das áreas da educação, saúde e assistência referente ao suicídio por meio de orientações técnicas, normativas e práticas para o trabalho efetivo e articulado em rede sobre o assunto.

Antes de abordar os sujeitos, a pesquisa foi submetida à aprovação pelo Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade, O CESH: 1) autorização da pesquisa; 2) o projeto finalizado; 3) o Termo de consentimento e livre esclarecimento (TCLE). Os critérios de elegibilidade dos(as) participantes foram profissionais da educação que trabalham com estudantes de 14 a 18 anos. Já nas áreas da saúde e assistência social, os(as) profissionais que recebem para atendimento e orientação vítimas de tentativa de morte por suicídio e com

comportamentos autodestrutivos. Os critérios de exclusão da pesquisa foram aqueles(as) profissionais das referidas áreas que não trabalhem de forma direta com o público em situação de vulnerabilidade para o ato suicida.

Cabe ressaltar que esta pesquisa, como toda pesquisa que envolve seres humanos, envolve riscos tanto de cansaço ao responder o questionário, quanto emocionais, principalmente por terem presenciado situações de vulnerabilidades emocionais que culminavam em comportamentos autodestrutivos no ambiente escolar ou familiar.

Quanto aos riscos, ressalto que ao lidarem com as memórias de casos relacionados ao tema do suicídio pode ser que o(a) participante da pesquisa acione sofrimentos oriundos de práticas profissionais inefetivas em suas concepções. Diante de situações como essa, o(a) participante foi orientado a procurar um serviço de saúde mental do município, mas não foi o caso desta pesquisa. E, no que refere aos benefícios, entende-se que a pesquisa poderá auxiliar diferentes áreas e profissionais a pensarem em ações preventivas coligadas aos direitos humanos, às diferenças e às diversidades para gerenciar, executar e avaliar políticas educativas escolares/não escolares de prevenção ao suicídio no município de Paranaíba/MS e também a outros(as) profissionais/locais que a pesquisa conseguir fomentar.

Já para a pesquisa aplicada foram aplicados dois procedimentos, sendo: 1) questionários às gestoras das áreas de saúde e assistência social de âmbito municipal e a gestora da regional da rede estadual de ensino (CRE-10). O objetivo deste questionário foi o de buscar informações sobre as ações educativas articuladas pelas políticas públicas integradas ou institucionais, sendo cada unidade com ações internas e isoladas a fim de tecer as considerações sobre a relevância de um trabalho contínuo e fortalecido frente ao tema do suicídio.

Além disso, os questionários foram encaminhados via *e-mail* para apreciação do(a) participante da pesquisa para que pensem sobre a possibilidade de contribuir ou não para a pesquisa, uma vez que podem optar por desistir a qualquer momento. No caso de envio *online* do questionário e do retorno *online* também, foi encaminhado *e-mail* particular a cada um(a) dos(as) participantes, orientando que façam o mesmo, agindo de modo ético com as informações prestadas.

Toda a instrumentalidade da pesquisa que envolve o uso de *e-mails* para o envio de questionário foi realizada conforme as orientações da Carta Circular nº 1/2021- CONEP/SECNS/MS, onde prevê as orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, especialmente para evitar a disseminação da Covid-19. No que se refere ao armazenamento, os questionários ficarão armazenados em *e-mail* da

pesquisadora pelo prazo de cinco anos para assegurar o trato ético com as informações prestadas pelos(as) participantes.

Realizou-se também uma entrevista com cada profissional que atua nas três áreas, visando entender as relações do comportamento de autolesão e suicida com situações de racismos, LGBTI+fobias e outras formas de violências. Diante disso, contactou-se com os profissionais de cada área para sugerir a participação na pesquisa, sendo: 1) Educação: Direção de escola da rede estadual de ensino; Saúde: Coordenação do CAPS e Assistência Social: Psicologia do CREAS. Nesta entrevista curta, criou-se uma pergunta para que os(as) profissionais pudessem responder de forma aberta. A questão focou na experiência de trabalho que se atentou para observar a relação do suicídio com situações de racismos, LGBTI+fobia, e outras formas de violência, as quais envolvem as diferenças e as diversidades, questionando a relação do comportamento de autolesão e suicida com os sofrimentos gerados por Lgbti+fobia, racismo, gordofobia, religiosidade, violência física, sexual e de gênero.

No que se refere à análise de dados, Meyer e Paraíso (2014, p. 35), é válido retornar ao que as autoras afirmam que enquanto pesquisadores(as) trabalhamos “[...] com o que sentimos, vemos, tocamos, manuseamos e escutamos em nosso fazer investigativo”. A análise considerou criar pontos que pudessem orientar um olhar para como a gestão caracteriza as ações de prevenção e as ações em rede, criando um quadro para caracterizar tais ações. E, no que se refere à entrevista com os(as) profissionais, analisá-las separadamente, buscando abordar por meio da análise de discurso os pontos em que foi possível identificar nas narrativas das três áreas: 1) situações das diferenças e das diversidades particulares dos(as) adolescentes que podem refletir em comportamentos de autolesão e suicida; 2) as práticas de prevenção realizada por cada unidade.

Presentemente eu posso me
Considerar um sujeito de sorte
Porque apesar de muito moço
Me sinto são e salvo e forte

E tenho comigo pensado
Deus é brasileiro e anda do meu lado
E assim já não posso sofrer no ano passado

Tenho sangrado demais
Tenho chorado pra cachorro
Ano passado eu morri
Mas esse ano eu não morro (3x)

Eu sonho mais alto que drones
Combustível do meu tipo? A fome
Pra arregaçar como um ciclone
Pra que amanhã não seja só um ontem
Com um novo nome

O abutre ronda, ansioso pela queda
Findo mágoa, mano, eu sou mais que essa merda
Corpo, mente, alma, um, tipo Ayurveda
Estilo água eu corro no meio das pedra

Na trama, tudo os drama turvo, eu sou um dramaturgo
Conclama a se afastar da lama, enquanto inflama o mundo
Sem melodrama, eu busco grana, isso é hosana em curso
Capulanas, catanas, buscar nirvana é o recurso

É um mundo cão pra nós, perder não é opção, certo?
De onde o vento faz a curva, brota o papo reto
Num deixo quieto, num tem como deixar quieto
A meta é deixar sem chão quem riu de nós sem teto, vai

Tenho sangrado demais (demais)
Tenho chorado pra cachorro (aham)

Ano passado eu morri
Mas esse ano eu não morro (3x)

Figurinha premiada, brilho no escuro
Desde a quebrada avulso
De gorro, alto do morro e os camarada tudo
De peça no forro e os piores impulsos

Só eu e Deus sabe o que é não ter nada, ser expulso
Ponho linhas no mundo, mas já quis pôr no pulso
Sem o torro, nossa vida não vale a de um cachorro, triste
Hoje cedo não era um hit, era um pedido de socorro

Mano, rancor é igual tumor, envenena raiz
Onde a plateia só deseja ser feliz, saca?
Com uma presença aérea, onde a última tendência
É depressão com aparência de férias

Vovó diz: Odiar o diabo é mó' boi
Difícil é viver no inferno e vem à tona
Que o mesmo império canalha
Que não te leva a sério
Interfere pra te levar à lona
Então revide, diz
Tenho sangrado demais (demais)

Tenho chorado pra cachorro
Ano passado eu morri
Mas esse ano eu não morro (2x)

Permita que eu fale
Não as minhas cicatrizes
Elas são coadjuvantes
Não, melhor, figurantes
Que nem devia tá aqui

Permita que eu fale
Não as minhas cicatrizes
Tanta dor rouba nossa voz
Sabe o que resta de nós?
Alvos passeando por aí

Permita que eu fale
Não as minhas cicatrizes
Se isso é sobre vivência
Me resumir a sobrevivência
É roubar o pouco de bom que vivi

Por fim, permita que eu fale
Não as minhas cicatrizes
Achar que essas mazelas me definem
É o pior dos crimes
É dar o troféu pro nosso algoz e fazer nós sumir, aí

Tenho sangrado demais
Tenho chorado pra cachorro
Ano passado eu morri
Mas esse ano eu não morro (4x)

Amarelo: Emicida, 2019.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

4.1 Levantamento teórico sobre prevenção ao suicídio

Ponho linhas no mundo, mas já quis pôr no pulso. Como Emicida, coloco nas linhas desta pesquisa a partir do levantamento teórico, que consiste em uma pesquisa exploratória para proporcionar maior familiaridade com o objeto de pesquisa. Nesse sentido, o momento inicial de contato com o material teórico é permitido por meio da pesquisa exploratória. Ela contribui na coleta, análise e interpretação dos dados que de acordo com Antônio Gil (2010, p. 44):

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas.

Da mesma forma, Maria Cecília Minayo (2013, p.184), afirma que a pesquisa bibliográfica “pode ter vários níveis de aprofundamento, mas deve abranger, minimamente, os estudos clássicos sobre o objeto em questão e estudos mais atualizados sobre o assunto”.

Nesse sentido, realizou-se junto ao banco de dados do Centro Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), usando como palavras de filtro suicídio, prevenção, saúde, educação e assistência social, sendo levantados 432 artigos. Em seguida, delimitaram-se após análise os artigos que abordavam ações de prevenção ao comportamento suicida e de autolesão na intersecção entre as áreas de saúde, educação e assistência social que resultou em 09 artigos selecionados e apresentados no quadro abaixo:

Quadro 2 - Artigos com conteúdo preventivo em ações intersetoriais do comportamento suicida nas áreas da saúde, assistência social e educação.

Título	Autores	Ano
A Rede Social de indivíduo pós-tentativas de suicídio: O ecomapa como recurso	MACHADO, F. P.; SOARES, M. H.; MASTINE, J. S.	2014
Adolescência em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica	JUCÁ, V. dos S.; VORCARO, Â. M. R.	2018
Reforma Gerencial do Estado, Terceiro Setor e Voluntariado: Uma Análise das ações do Centro de Valorização da Vida (CVV) e da prevenção do suicídio no Brasil.	FOGAÇA, Vitor H. B.; PINTO, Marcia H. B.; SILVA, S. C.	2018
Juventude indígena e suicídio: Diálogos transdisciplinares, campos de possibilidades e superação de vulnerabilidades	SILVA, D. L. da; PALHA JR., Á P.; FEITOSA, M. Z. S.	2019
Sala de espera como espaço de promoção da saúde	DERVANOSKI, A; <i>et al</i>	2020
O Suicídio: Uma Reflexão sobre medidas preventivas	SILVA, C. M. da; NETO, V. C.	2020
Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: Caminhos para se enfrentar o suicídio	SANTOS, L. A.; KIND, L..	2020

Tecnologias em saúde mental junto a adolescentes – Guardiões da vida nas escolas	XAVIER, A. S.,	2021
Representações sociais do suicídio para adolescentes de uma escola pública de Curitiba, Paraná, Brasil	KRAVETZ, P. L., <i>et al</i>	2021

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

Após a leitura dos resumos dos artigos, foram selecionadas apenas 09 pesquisas, que foram considerados estudos relacionados à prevenção do suicídio em trabalho de rede. Considera-se de suma importância esta fase da pesquisa para o aprofundamento em estudos sobre o tema. Minayo (2013) diz que a pesquisa bibliográfica proporciona um aprofundamento sobre o objeto em questão. Corroborar com a escolha de buscar materiais publicados para a análise e reflexão sobre a temática de pesquisa.

No artigo de Machado, Soares e Mastine (2014), os autores realizaram uma pesquisa qualitativa, do tipo observação participante, realizada entre outubro de 2011 e fevereiro de 2012, na cidade de Londrina, PR. O objetivo foi caracterizar, por meio do ecomapa, a rede de apoio social de pessoas que tentaram suicídio. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, do tipo observação participante entre 2011 e 2012, em Londrina, Paraná, Brasil, com pacientes que tentaram suicídio por produtos químicos. A partir dos dados, criaram-se duas categorias: história de vida e apoio social no cotidiano dos sujeitos. Observou-se que os pacientes tentaram suicídio para solucionar seus problemas e o ecomapa apresentou-se como recurso útil para caracterizar sua rede de apoio social, a qual se apresentou fragilizada, possibilitando estratégias de prevenção de novas tentativas.

A partir do contexto de fragilidades no trabalho de prevenção intersetorial ao suicídio apresentados pelos autores e as discussões sobre o trabalho de prevenção e pósvenção com o público adolescente corrobora com a elaboração desse presente estudo, o qual busca trazer para o debate acadêmico a importância do trabalho em rede, com equipe multiprofissionais, para a prevenção e atendimento às pessoas vítimas do suicídio e de identificar como são desenvolvidas as ações de prevenção ao comportamento suicida no município de Paranaíba/MS.

No ano de 2018, foram encontrados 2 artigos que trazem análises do trabalho intersetorial na prevenção ao suicídio. O primeiro é dos autores, Jucá e Vorcaro (2018), os quais apresentam uma reflexão teórica sobre a experiência clínica com adolescentes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Os jovens chegaram ao CAPSi em função de automutilações, tentativas de suicídio, fugas e impulsividade expressa através da agressividade são encaminhados pela rede Educação. O segundo é Fogaça e Pinto (2018), no qual os autores apresentam como problema a análise do processo de prestação de serviços

públicos e de descentralização administrativa promovida pelo Estado brasileiro a partir da década de 1990, com ênfase às figuras do terceiro setor que passaram a trabalhar com a questão da prevenção ao suicídio no país. Nesse aspecto, tem como objetivo geral apresentar um panorama histórico do surgimento dos serviços de prevenção social da morte autoprovocada, com destaque para o Centro de Valorização da Vida (CVV).

No ano de 2019, houve a publicação de um texto de Palha Júnior, Silva e Feitosa (2019), os quais relatam as experiências de atuação em três políticas públicas (educação, saúde e assistência social) a partir de encontros dialogados entre as autoras e o autor, cujo ponto em comum, são os jovens indígenas e as práticas profissionais do saber Psicologia, com o objetivo de encontrar respostas e orientações ao questionamento: como oferecer um serviço que dialogue com a realidade dessas comunidades? E também caminhos: necessidade de respeito às especificidades culturais dessas populações; E como buscar a defesa para garantia de seus direitos sociais através do fortalecimento das iniciativas coletivas em cada comunidade e estratégias de atuação que sejam potencializadoras de autonomia e libertação. Nesse sentido, Aragão (2018, p.14), aponta que:

[...] a população indígena é a mais vulnerável ao suicídio, sendo a taxa de suicídio no ano de 2014 de 21,8 para cada 100 mil indígenas, uma incidência quatro vezes maior do que o restante da população nesse mesmo ano. A explicação para esse fenômeno pode estar relacionada com a desvalorização progressiva da cultura indígena e a supervalorização de um estilo de vida tecnológico, reduzindo as chances de inserção ocupacional dessas pessoas.

O que podemos observar no diálogo de Aragão (2018) e nos dados de 2017, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) do relatório intitulado “Violência contra os povos indígenas no Brasil” – são dados trazem informações que afirmam e apontam que a incidência dos suicídios entre jovens do sexo masculino e que há situações específicas onde as ocorrências de violência autoinfligida tiveram a existência de diferentes formas de violência (física, psicológica, sexual, institucional) infligidas a tais populações. Junte-se a isto a espoliação patrimonial, dominação política, discriminação social e cultural e o não reconhecimento dos seus territórios (CIMI, 2018).

De acordo com Braga *et al* (2021), ocorreram 782 óbitos por lesões autoprovocadas entre os anos de 2000 a 2016, o que pode estar relacionado à dificuldade no processo de integração à sociedade ocidental, bem como às questões de vulnerabilidade social às quais estão submetidos.

Nesse sentido, com a perspectiva filosófica butleriana propõe-se trazer reflexões sobre os processos de humanização da vida são baseados nas formas como os corpos-existências são

mapeados como brancos, heterossexuais, classe média, religioso católica, casado com o sexo oposto, com filhos etc. Assim, pessoas ou grupos que vazam tal enquadramento experimentam o peso da desumanização e, no caso do suicídio, abordado por diversos autores e, dados apresentados pelo Atlas da violência estão entre população com maior número de vítimas de violências e morte por suicídio.

Nesse viés que foi construída a presente dissertação, a partir da análise da relação suicídio, as vulnerabilidades vividas decorrentes das diferenças e diversidade para sofrimentos geradores do suicídio. Ancoradas em Butler (2015), o qual propõe que pesquisas como esta busquem dar visibilidade à necessidade de políticas sociais, e, como propõe Butler (2015), a partir de uma nova ontologia corporal, a qual implique repensar a precariedade, a vulnerabilidade, a dor e as reivindicações sobre a linguagem e o pertencimento social dos grupos marginalizados, buscamos dar visibilidade as reivindicações sociais e políticas sobre o direito à vida e a prosperidade.

No ano de 2020, foram selecionados três artigos envolvendo articulação intersetorial na prevenção ao suicídio. O artigo de Dervanoski *et al* (2020), relata a experiência de um grupo do PET-Saúde em abordagens de sala de espera como mecanismo de promoção de saúde, sob ótica da interprofissionalidade que envolveram profissionais, docentes e acadêmicos dos cursos de graduação em Educação Física, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Nutrição e Farmácia. As atividades foram desenvolvidas por um grupo do PET-Saúde na UBS do bairro Saic, município de Chapecó-SC. As abordagens em sala de espera foram desenvolvidas no ano de 2019, relacionadas às campanhas “Setembro Amarelo”, em prevenção ao suicídio, e “Outubro Rosa”, na prevenção ao câncer de mama.

O segundo artigo selecionado no ano de 2020 foi o de Silva e Neto (2020), no qual os autores trazem algumas questões relacionadas ao suicídio, sobretudo, com relação aos métodos preventivos. E, abordado o disposto pela OMS, que reconheceu o suicídio como sendo uma prioridade de saúde pública. Em decorrência, publicou em 2014 o primeiro Relatório Mundial de Suicídio da OMS: **Prevenção do suicídio**: um imperativo global, cujo objetivo seria aumentar a conscientização sobre a importância da saúde pública para as tentativas de suicídio e suicídio, fazendo da prevenção ao suicídio uma alta prioridade na agenda global em termos de saúde pública com uma abordagem multissetorial de saúde pública. Corroborando com a importância do trabalho em rede com ações intersetoriais apresentados na construção desta dissertação.

No terceiro artigo analisado, Santos e Kind (2020), realizaram uma revisão narrativa da literatura sobre suicídio, integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde, buscando

articular esses termos à prevenção do suicídio e ao tratamento de pessoas com comportamento suicida. A análise crítica partiu de literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas. Assim a autora pontua que a prevenção do suicídio, a intersetorialidade deve ser enfatizada. Logo, deverá envolver desde ações preventivas nas escolas, as quais forneçam práticas educativas de desenvolvimento de habilidades sociais e lutas contra comportamentos preconceituosos, como o *bullying*. Além disso, tais ações devem ocorrer também em hospitais, com a capacitação de profissionais que recebem sujeitos para tratamento após tentativa de suicídio, passando, sobretudo, pela atenção básica à saúde, com identificação e cuidado de pessoas com fatores de risco para o suicídio e com continuidade do tratamento ao indivíduo e familiares para além da situação de crise.

4.2 Informações dos(as) colaboradores(as) da pesquisa

A pesquisa aplicada ocorreu em dois momentos, sendo um questionário com as gestoras das áreas de educação, saúde e assistência social e, em outro momento considerou buscar informações com os profissionais que atuam em, ao menos, um local responsável por ações voltadas para a prevenção do suicídio.

A caracterização abaixo envolve as gestoras:

QUADRO 3 – Caracterização das gestoras

Cargo	Gênero e Sexualidade	Tempo de trabalho	Formação	Quantidade de instituições
Coordenadora de Regional de Educação	Feminino Heterossexual	5 anos	Letras e Pedagogia	Responsável por supervisionar 17 escolas distribuídas em 6 municípios da região leste sul-mato-grossense
Secretaria de Saúde	Feminino Heterossexual	15 anos	Enfermagem	Não divulgou a quantidade de equipamentos da saúde
Secretaria de Assistência Social	Feminino Heterossexual	3 anos	Pedagogia	18 equipamentos/serviços de proteção social básica, especial de média e alta complexidade

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Apesar de a Secretaria de saúde não responder no questionário, a quantidade de unidades públicas existentes no município nesta área, uma pesquisa realizada no *site* da Prefeitura indicou a existência de 16 órgãos: Estratégias de Saúde da Famílias (ESF), Clínicas de especialidades e Laboratórios municipais (PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍBA, 2023). Em relação à caracterização dos(as) participantes da entrevista, temos:

QUADRO 4 – Caracterização dos profissionais

Área	Cargo	Caracterização do local da unidade
Educação – Escola Pública da rede estadual de ensino	Direção da escola	Escola localizada em região centralizada, caracterizada como um local de extrema vulnerabilidade social
Assistência Social - CREAS	Psicologia	
Saúde – CAPS	Coordenação da unidade	Local de extrema vulnerabilidade social

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

4.3 Ações articuladas de prevenção ao suicídio em Paranaíba/MS

Abaixo segue um quadro que caracteriza as participantes e suas concepções sobre o trabalho em rede durante as ações de prevenção ao suicídio.

Quadro 5 – Características dos sujeitos e das práticas

área	Ações de prevenção	Ações em redes
Educação	São realizados projetos, rodas de conversa, espaços de acolhimento, palestras e atividades que promovam expressões de sentimentos e também escuta ativa.	As escolas sempre que precisam contam com o apoio dos profissionais especialistas da rede como o CAPS e outros setores da rede municipal que contam com profissionais de saúde mental e também material de apoio como panfletos.
Saúde	Campanha do Setembro Amarelo	Sociedade em geral e parcerias.
Assistência Social	O SUAS não realiza ações de prevenção ao suicídio, participa em parceria com a rede de saúde mental da campanha de prevenção no mês setembro, denominado “setembro amarelo”. O acompanhamento das famílias e das vítimas é realizado pela equipe do CAPS.	Caso a demanda chegue aos equipamentos socioassistenciais, a atuação do SUAS nessa situação, na perspectiva de orientar a família sobre os direitos dos indivíduos e realizar encaminhamentos para a rede de saúde mental.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

No quadro 5, é possível observar o conteúdo das ações nas áreas de educação e assistência social ao passo que a saúde fez apontamentos mais gerais. Diante disso, alguns pontos chamam a atenção diante da atenção ofertada pelas instituições no que se refere à prevenção do comportamento suicida. Pontuei alguns, tais como: 1) a escola enquanto um local que nunca atua sozinha, indicando que precisa do apoio da rede de serviços e 2) a busca por encontrar responsabilidades e atribuições para que uma área assuma a responsabilidade e coloque as outras como apoiadoras.

Por fim, permita que eu fale não as minhas cicatrizes, mas de uma leitura crítica da escola, dos equipamentos de saúde e de assistência social enquanto um espaço de promoção, proteção e proatividade frente aos casos de comportamentos suicidas supostamente identificados e, se ocorrem ações preventivas e de pós-venção, que envolva também outras áreas, para prestar suporte nos casos de ações intersetoriais, que dialoguem com as políticas educativas formais ou não formais para intervir na redução desses casos. Como se vê, a responsabilidade pelas ações centra-se na área da saúde. Avançamos para as entrevistas que serão aplicadas a estes sujeitos para identificar as questões voltadas para uma leitura interseccional das diferenças e das diversidades e como tais assuntos refletem nos comportamentos suicidas.

Deste modo, entende-se a ausência de uma ação compartilhada que tenha como protagonistas as três áreas analisadas por representar uma ausência de inefetividade em relação à prevenção ao suicídio. Sob essa perspectiva, o trabalho em rede torna-se essencial na prevenção do suicídio, já que as estratégias e ações de prevenção do comportamento suicida não é pauta somente do governo e de profissionais de saúde, como de toda a sociedade.

4.4 Relações do suicídio com o enfrentamento de violências nas áreas de saúde-educação-assistência social em Paranaíba-MS

4.4.1 SUAS: o CREAS

O CREAS é uma unidade pública, a qual oferta os serviços específicos para a família e pessoas que sofrem algum tipo de violação de seu direito (BRASIL, 2011), atendendo situações de risco pessoal e social em decorrência de abandono, maus tratos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, dentre outras. (BRASIL, 2005).

A proteção social especial comporta níveis de complexidade, de acordo com as situações/demandas apresentadas por indivíduos e famílias. Assim, este tipo de proteção se organiza por dois níveis de complexidade: média e alta. Na média complexidade, os serviços devem oferecer atendimentos às famílias e aos indivíduos cujos direitos foram violados, mas com vínculos familiares e comunitários mantidos, o que requer acompanhamento especializado e sistemático por uma equipe de profissionais. Na alta complexidade, a proteção especial envolve serviços que devem garantir proteção integral (alimentação, higienização, trabalho protegido, moradia) para indivíduos e famílias sem referência ou em situação de ameaça (BRASIL, 2005).

O CREAS atua com pessoas que vivenciam situações de violência decorrentes de racismos, LGBTI+fobias e outras questões, sendo que o público de adolescentes que convivem com violência sexual, bullying, medidas socioeducativas em meio aberto fazem parte das atividades deste equipamento na área de assistência social. A entrevista com uma profissional do CREAS visou entender se na dinâmica do trabalho social de proteção que realiza, desenvolveram ações focadas na prevenção ao suicídio em situações que envolveram o enfrentamento da violação de direitos.

A entrevista à Psicologia do CREAS ocorreu em abril de 2023. Ela iniciou a fala com os serviços ofertados pela unidade que atua na linha da proteção especializada junto ao município de Paranaíba/MS.

Sou profissional de Psicologia do CREAS, atendo na Assistência Social, então nosso foco não é o atendimento ao comportamento suicida e o comportamento autolesivo por ser uma demanda mais característico do serviço da saúde, mas pela demanda de atendimento que temos, por vezes esse tipo de demanda aparece (PSICOLOGIA DO CREAS, 2023)¹.

Neste primeiro momento, a Psicologia vai realizando um exercício para caracterizar as atribuições a fim de definir o que é especificidade do trabalho do CREAS, indicando que é uma unidade que não tem atribuição privativa no tratamento de situações do suicídio, mas que se coloca parceira no âmbito da intersetorialidade.

Nessa perspectiva, Antônia Oliveira e Francisco Sousa (2020), apresenta o SUAS como uma articulação importante por meio de um serviço que preconiza conhecer os indivíduos e suas necessidades. Por serem serviços presentes na vivência dos usuários, pode identificar o risco de suicídio e encaminhar para os serviços competentes. E, atuam junto à equipes multiprofissionais de saúde mental, pautadas na promoção, cuidado e acesso às estratégias, com atenção aos fatores de risco e vulnerabilidades dos usuários dos serviços dentro da rede.

Em busca de verificar se nos atendimentos psicossociais do CREAS há 1) situações das diferenças e das diversidades particulares das pessoas que podem refletir em comportamentos de autolesão e suicida gerados por LGBTI+fobia, racismo, gordofobia, religiosidade, violência física, sexual e de gênero, a Psicologia reiterou que nos atendimentos relacionados aos sofrimentos descritos observou-se:

Em relação à lebofobia, homofobia, bifobia, transfobia, eu acredito que esse tipo de demanda chega muito pouco no serviço da Assistência Social, a gente acredita que não é porque ela não exista, ela existe, e existe por formação

¹ As falas das colaborações da pesquisa foram envolvidas por bordas para diferenciar das citações diretas do texto.

social mais patriarcal que nossa sociedade tem. Então, as famílias enxergam com um olhar mais negativo ou comprometido o fato de seus filhos, sobrinhos, netos terem sua sexualidade voltada a outras formas de expressar, mas chega muito pouco. E decorrente dessa demanda, eu não me lembro de ter atendido, mas por outras demandas aparecem (PSICOLOGIA DO CREAS, 2023).

Bruna Benevides (2019 *apud* SILVA, 2019, p.1) Secretária de articulação política da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) e membro da Rede Nacional de Operadores de Segurança Pública LGBTI+ (Renosp-LGBTI+), em entrevista à Gênero e Número, destaca que “Mais do que alcançar leis e proteção, nossa maior luta, como pessoas trans, é fazer com que as pessoas entendam que somos pessoas”.

Conforme podemos verificar na fala da Psicologia do CREAS e nos apontamentos feitos nos estudos de Isaias Oliveira Júnior e Eliane Maio (2014), que os desdobramentos da LGBTfobia consistem em resultados tão letais quanto à própria violência autoprovocada, já que suas ações têm como princípio afetar a valorização pessoal, a autoconfiança e a confiança no outro. O suicídio, segundo a OMS (2014), está entre as 10 maiores causas de morte do mundo, sendo a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. Em relação ao suicídio, os homens se matam de três a quatro vezes mais do que as mulheres e, de forma inversamente proporcional, as mulheres fazem de três a quatro vezes mais tentativas de suicídio do que os homens.

A Psicologia do CREAS trouxe em sua fala casos identificados em seus atendimentos de pessoas vítimas de violência sexual, e a questão de a sexualidade relacionada ao sofrimento por familiares não aceitarem sua opção sexual, principalmente entre adolescentes do sexo feminino. Ela ressalta, que:

as vezes você está atendendo uma vítima de violência sexual, e ela fala que isso é uma questão importante pra ela, e que ela tem se identificado com essa forma de sexualidade ou tem sentido alguma coisa por uma pessoa do mesmo gênero, mas, esse não é o assunto central, mesmo assim a gente conversa. Mas não observei em meus atendimentos que isso tem relação direta com a questão de uma ideação suicida ou autolesão. Acho que é um elemento que contribui, mas como causa principal não observei. Mas acredito que ele contribua com outros fatores para aumentar o sofrimento. E isso aparece como fonte de aumento de sofrimento porque a família não aceita, porque a família não consegue ouvir os adolescentes, principalmente as meninas que fazem um tratamento muito forte e alguns meninos e, isso tem uma consequência na vida das pessoas. Mas não sei até que ponto a Assistência Social tem possibilidade de estar relacionando ao comportamento autolesivo e até porque essa demanda a gente atende, mas não vem com muita frequência, a gente tem o costume de atender outras formas de demandas (PSICOLOGIA DO CREAS, 2023).

Coaduna com a fala da Psicologia, os Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), que mostram que a concentração de lesão autoprovocada ficou dentro da faixa etária de 10 a 39

anos, representando 74,4% dos casos entre as mulheres. A maioria delas, 89,4%, residia na zona urbana, e os casos se concentraram nas regiões Sudeste (51,2%) e Sul (25,0%); a presença de deficiência/transtorno foi identificada em 25,5% desses casos. Entre os homens, também se concentrou na faixa etária de 10 a 39 anos, representando 70,1% dos casos. A presença de deficiência/transtorno foi identificada em 20,0% deles; 86,2% residiam na zona urbana, e os casos se concentraram nas regiões Sudeste (49,6%) e Sul (26,2%) (BRASIL, 2017).

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA (Organização dos Estados Americanos) tem recebido informações sobre a vulnerabilidade da população LGBT a atos de violência sexual ou familiar e constatou que, entre janeiro de 2013 e 31 de março de 2014, seu Registro de Violência contabilizou pelo menos o assassinato de 594 pessoas LGBT, ou percebidas assim, e 176 vítimas de ataques graves, embora não letais. Desse total, 55 foram contra mulheres lésbicas, ou percebidas como tais. (OEA, 2014)

Segundo a OEA, mulheres lésbicas ou identificadas desta forma foram vítimas de “estupro corretivo”, ou estupro para puni-las, com a intenção de “mudar” sua orientação sexual; de espancamentos coletivos por causa de manifestação pública de afeto; de ataques com ácidos; e de entrega forçada a centros que se oferecem para “converter” sua orientação sexual.

Nesse viés, Vitória da Silva (2019), jornalista e vice-presidente da Associação Gênero e número, revista online, publicou em seu site a reportagem intitulada “**No Brasil, 6 mulheres lésbicas são estupradas por dia**”, no dia 22 de agosto de 2019. Trazendo dados sobre a violência contra a população LGBT+. Segundo a reportagem a violência à pessoas desse grupo tem muitas faces, e uma delas é a violência sexual, incluindo o crime de estupro. Nesse tipo de violência, as mulheres lésbicas são as mais atingidas entre LGBT+. Em média, 6 lésbicas foram estupradas por dia em 2017, em um total de 2.379 casos registrados, segundo levantamento exclusivo da Gênero e Número a partir de dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan, parte do Ministério da Saúde) via Lei de Acesso à Informação. Em 61% dos casos notificados, a vítima foi estuprada mais de uma vez (Silva, 2019, s/p).

Ainda segundo Silva (2019), dentro de casa e no meio familiar que as mulheres lésbicas são violentadas. Em 61% dos casos, a agressão ocorreu na residência, enquanto 20% aconteceram em vias públicas e 13% em “outros locais”. E, em 2017, 58% das vítimas eram negras, seguida de brancas (35%), indígenas e amarelas (1%).

Paula Damasceno (2019), pesquisadora da área de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em entrevista à Revista Gênero e Número, contextualiza que o diferencial desse tipo de estupro para outros casos é que a motivação é baseada na inconformidade do autor sobre a sexualidade das vítimas. Por isso, é uma combinação do

machismo com a LGBTfobia. O agressor considera a sexualidade da vítima em uma transgressão à regra moral, biológica e social.

A reportagem também trouxe considerações de Virgínia Figueredo, integrante da Liga Brasileira de Lésbicas (LBL), sobre as ideias da suposta “cura gay”, terapia de reversão sexual e estupro corretivo como uma das maiores violências, e de que são tratadas como loucas, aberração e que lhes são impostas a heteronormatividade compulsória”. Um exemplo da narrativa da suposta “cura gay” e de avanço do conservadorismo, foi a candidatura em uma chapa ao Conselho Federal de Psicologia (CFP), da psicóloga, Rozângela Alves Justino, uma das autoras da ação que liberou a “cura gay” no país em 2017, e que foi punida, em 2009, por realizar terapia de ‘reversão sexual’ (SILVA,2019).

Byanca Marchiori, mulher trans e presidente da Associação de Travestis e Transexuais do estado do Tocantins (Atrato), fundada em 2017, em entrevista à Revista Gênero e Número, fala sobre o caráter local conservador, transfóbico e intolerante que contribui para este alto índice de violência. “O estado é omissivo, não oferece nenhum programa para a população trans. Dependemos muito das poucas iniciativas municipais, para acompanhamento e apoio à essa população” (Silva, 2019).

Corroborando com os dados apresentados pela Psicologia do CREAS de que o maior número de atendimentos é de meninas, os estudos de Silva e Siqueira (2017) que apontam a ocorrência de comportamentos autolesivos variam significativamente em função do gênero, surgindo com maior prevalência nos participantes do sexo feminino.

Brito *et al.*, (2021), sobre autoagressão, observou a expressiva quantidade de ações de autolesão com objetos perfurocortantes entre adolescentes e jovens, com maioria do sexo feminino, nas regiões Nordeste e Sudeste a partir de dados obtidos junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no ano de 2020.

Podemos notar que há inúmeras situações que podem se relacionar com a prática do comportamento suicida. Nesse sentido, o suicídio pode afetar qualquer pessoa. No entanto, são mais vulneráveis à morte por suicídio: homens, pessoas com pouca escolaridade, idosos, adultos, população indígena e adolescentes e jovens negros.

Diante das considerações sobre os atendimentos realizados pelo CREAS, a Psicologia percebe entre os sofrimentos causadores de depressão e comportamento suicida, o racismo, em sua maioria meninas que sofrem pela imposição de um padrão de beleza eurocêntrico, assim a entrevista, pondera que:

Agora em relação ao racismo, eu acho que o mais comum que a gente observa no atendimento das meninas negras. É que impacta muito a autoestima delas, por vezes, por não se enquadrarem em determinado padrão de beleza imposto pela sociedade e por estar destoando de algo que é visto como bonito, como o cabelo liso, a menina loira, por mais que tenha mudado, ainda é muito forte como estigma de padrão de beleza e afetam essas meninas tanto em sua autoestima e levam a violência de autolesão (PSICOLOGIA DO CREAS, 2023).

Corroborando com as observações trazidas pela Psicologia o Dossiê de Assassinatos e Violência contra Travestis e Transexuais no Brasil, levantamento anual de agressões e homicídios de pessoas trans do ANTRA. Em 2018, segundo o documento, houve 163 assassinatos de pessoas trans, sendo que em 82% dos casos as vítimas foram identificadas como pessoas pretas e pardas. Devido à inexistência de dados oficiais sobre os assassinatos de travestis e transexuais no Brasil, a pesquisa é realizada a partir dos casos divulgados pela imprensa e de relatos de grupos afiliados à organização.

Segundo Benevides (2019), uma das organizadoras do Dossiê, certos marcadores sociais mostram que essas violências se intensificam mais entre alguns grupos: “Se olharmos o contexto social, observamos que pessoas negras e periféricas são mais expostas a esse processo de vulnerabilização”. (SILVA, 2019, p. 1)

Segundo o último Atlas da Violência (2019), no Brasil houve mais de 65 mil mortes por homicídio no ano de 2017, sendo esse o maior índice já computado até hoje. Do total de vítimas, cerca de 55% eram jovens de 15 a 29 anos e, dessas vítimas, cerca de 75,5% eram de pessoas negras. Foi feita uma proporção pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2019), o qual revela o seguinte dado: para cada pessoa não negra assassinada, foram mortas cerca de 2,7 pessoas negras. Segundo o Fórum, entre os anos 2007 a 2017 enquanto a taxa de homicídios de indivíduos não negros aumentou 3,3%, a de homicídios de pessoas negras cresceu 33,1% (FBSP, 2019).

Com base nas estatísticas e estudos apresentados, pode-se concluir que o suicídio é um tipo de violência em que a cor negra se evidencia. Nesse sentido, as discussões sobre esses aspectos sociais além de trazer à reflexão, confirma a necessidade de problematizar o debate sobre o racismo estrutural e outras questões referentes à vulnerabilidade das minorias à violência e ao comportamento suicida.

Destaca-se também, a partir de estudos de Giusti (2019), e os dados mencionados entre 2007 a 2017 para a variável escolaridade. O autor pontua que a falta de acesso à escola ou a evasão escolar são considerados fatores de vulnerabilidade social para a população negra.

Nesse viés, Alarcão (2020), aponta a baixa escolaridade como sendo um fator de risco para o suicídio. Sabe-se que a evasão escolar ou a baixa escolarização se vinculam, em muitos casos, à exposição do racismo.

[...] o racismo causa impactos danosos que afetam significativamente os níveis psicológicos e psicossociais de qualquer pessoa (...). Os impactos do racismo geram efeitos que incidem diretamente no comportamento das pessoas negras que normalmente estão associados à humilhação racial e à negação de si, que podem levar a diversas consequências inclusive às práticas de suicídio (BRASIL, 2018, p.56)

Em consonância com as informações levantadas, pode-se verificar que sofrimentos como discriminação relacionada à aparência naqueles que fogem do padrão heteronormativo, magro, branco e alto. Ou seja, a não aceitação do outro com as pessoas que fogem desse padrão provoca isolamento, depressão e ansiedade e conforme pontua Gonçalves (2016), são desencadeadores da automutilação, podendo ocasionar o suicídio.

E, de acordo o OMS (2018), um dos grupos vulneráveis mais afetados pelo suicídio são pessoas jovens e, sobretudo a população negra, devido principalmente ao preconceito e à discriminação racial e ao racismo institucional. Muitas vezes, as queixas raciais podem ser subestimadas ou individualizadas, tratadas como algo pontual, de pouca importância e, ainda, culpabilizando aquele que sofre o preconceito.

A partir dos dados apresentados pela OMS (2018) e estudos apresentados por Brito (2019) sobre o racismo estrutural, entende-se que:

Uma sociedade estruturada no racismo como a brasileira inflige sofrimentos insuportáveis para a população negra e, equivocadamente, impõe o suicídio para essa população na medida que faz acreditar que é a única alternativa para cessar as dores sociais e existenciais geradas pelo racismo. (...) Os adolescentes e jovens negros têm suicidado mais porque têm sido mais expostos a violências e violações de direitos que geram dores insuportáveis. Ao mesmo tempo, estes adolescentes e jovens têm tido menos acesso a direitos, oportunidades e perspectivas (BRITO, 2019, p. 2).

De acordo com Navasconi (2018), a autolesão não pode ser observada como tentativas de suicídio, mas respostas às violências cotidianas que devem ser contextualizadas de acordo com as especificidades sociais, de raça e de gênero que atravessam a população LGBTQ+.

Assim, quando pais e/ou responsáveis projetam seus valores e religiosidade para a vida de seus filhos/as resultam em situações de violências tanto físicas e psicológicas quando estes/estas não agem segundo as normas e práticas religiosas instituídas pela família e “a dor psicológica é o ingrediente básico para o suicídio” (SHNEIDMAN, 1996 *apud* ARAGÃO NETO, 2015, p.19). Em relação aos sofrimentos gerados aos usuários dos atendimentos do CREAS, pela intolerância religiosa, a entrevistada pondera que:

Em relação a religião, me parece um link mais ou menos parecido, primeiramente tem o confronto familiar , quando o adolescente resolve não seguir a mesma religião que a família está seguindo ou por escolher seguir uma religião diferente , então vai ter um confronto familiar, e quando a família é muito rígida, muito tradicional, segue coisas da religião à risca pode trazer um sentimento de impotência e tem por consequência essa questão da autolesão e de forma mais específica de um comportamento suicida. Em relação ao comportamento autolesivo relacionado a isso também não me lembro de ter atendido. (PSICOLOGIA DO CREAS, 2023).

A violência doméstica com relação à religiosidade são as mulheres, crianças e adolescentes quem mais sofrem, pois relaciona-se à exigência religiosa de que elas vivam de acordo com que o pai ou companheiro determine como prática religiosa aos membros da família. Podemos verificar que a sociedade, a exemplo da vida privada das famílias brasileiras, apresentou no primeiro semestre do ano de 2021, 679 denúncias de intolerância religiosa e desrespeito àqueles/as que não têm crença, segundo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Entretanto, muitos casos não são relatados ou subnotificados. E, o que mais observa é o preconceito e a intolerância às práticas religiosas de origem africana. Discriminações e intolerâncias atreladas ainda ao racismo, visto que são fenômenos ligados à formulação colonial, a separação e a valoração racial negativa da população negra e indígena desde a chegada dos portugueses, já que, nas primeiras missões, havia a clara intenção de converter os índios e os escravos ao catolicismo.

De acordo com Martinho (2016), os maus tratos físicos advêm de qualquer ação intencional, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou adolescente, seja ela de forma isolada ou repetida, a qual possa provocar qualquer tipo de dano físico. Maus-tratos como negligência, abuso físico, emocional e/ou sexual e violência doméstica são graves fatores de risco para comportamentos de autoagressão em adolescentes. Logo, um ambiente hostil e conflituoso contribui significativamente para a baixa autoestima e para o sofrimento psicológico. Em relação à violência física por maus tratos, a Psicologia observa que:

E o que mais tem se observado nos atendimentos da Assistência Social, é a autolesão como forma de expressão frente às violências, seja pela violência física por maus-tratos. Então crianças e adolescentes que apanham muito em casa por que são solicitadas a elas posturas domésticas, como: arrumar a casa e cuidar dos irmãos mais novos. (PSICOLOGIA DO CREAS, 2023).

Em relação à observação da Psicologia do CREAS sobre a maior expressão em seus atendimentos seja às vítimas de violência doméstica corrobora com sua fala os estudos

apresentados no artigo de Cíntia Correia *et al* (2019), intitulado **Violência na infância e adolescência: história oral de mulheres que tentaram suicídio**, que traz depoimentos, entre os meses de junho e dezembro de 2010, com 588 universitários/as, dos quais 10% daqueles com história de violência doméstica manifestaram sintomas depressivos associados ao comportamento suicida.

As falas trazidas no artigo remetem à história de agressão física perpetrada pelos pais, sendo rememoradas, inclusive, vivências de espancamentos. E, expressam a memória de uma infância permeada pela ausência de afetividade e violação do direito ao lazer, sendo-lhe imputadas obrigações próprias dos adultos, que corrobora com as informações trazidas pela entrevista, a Psicologia do CREAS. Podemos observar os sofrimentos gerados pela violência intrafamiliar na fala de duas narrativas trazidas por participantes da pesquisa de Correia *et al* (2019, p.3).

Minha mãe não conseguia ser amorosa comigo. [...] não existia o carinho e o abraço entre a gente. Se já não existia sintonia entre mim e minha mãe, piorou depois da depressão e da tentativa de suicídio. (Azaléia)

Desde os onze anos que eu não tenho direito a nenhum tipo de lazer. Sempre tive muitas responsabilidades. [...] vivi para criar meus irmãos. Eu quem cuidava de tudo em casa. (Flor-de-lis)

Compreendida que a situação de violência, deve haver uma intervenção de qualquer pessoa que conheça do fato, conforme preconiza o Artigo 13 do ECA, que “os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

Na sexta-feira, 10 de setembro de 2021, Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, no site da Fiocruz é divulgada a pesquisa **Violência autoprovocada na infância e na adolescência**, o estudo revela que a residência foi o local mais frequente dessas ocorrências (88,5% de 10-14 anos; 89,9% de 15-19 anos), e o meio mais utilizado foi envenenamento/intoxicação (76,6% e 78%, respectivamente nas idades de 10-14 e 15-19). Quanto às internações decorrentes das tentativas em adolescentes, houve 12.060 registros entre 2007-2016, com predominância do sexo feminino (58,1%) e maior ocorrência na Região Sudeste (2,7 e 7,0 notificações/100 mil habitantes, nos grupos de 10-14 e 15-19 anos, respectivamente). O levantamento, o qual contou com apoio do CNPq, teve como objetivo investigar o tema do suicídio e da tentativa de suicídio entre crianças e adolescentes no país. O estudo parte da análise de dados de Sistemas de Informação de Saúde e entrevistas em profundidade com 18 adolescentes com comportamento suicida das cidades de Porto Alegre e Dourados (MS), identificados por meio da indicação de

profissionais de serviços de saúde de referência do local ou pelas delegacias de polícia das cidades. (FIOCRUZ,2021).

A coordenadora da pesquisa, Joviana Avanci, do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde (Ensp/Fiocruz), adverte que é recorrente a constatação de que as motivações para as tentativas entram em um contexto de vida já marcado por grande mal estar emocional, desafetos, insatisfações e vulnerabilidades. “Violências e problemas na família, desentendimentos e rompimentos com namorados, abuso sexual, bullying, abuso álcool e drogas, assalto, pressão escolar, obesidade e a interação em redes sociais virtuais, como Youtube, WhatsApp e comunidades especializadas foram expostas” (FIOCRUZ,2021, p.1)

Para Josiana Avanci (2021), o suicídio, as tentativas, ideações, enfim, todo espectro do comportamento suicida apresenta estatísticas muito preocupantes, principalmente em algumas faixas etárias. E alerta que o suicídio consumado na adolescência e na vida adulta é uma das principais indicações da necessidade de prevenção desse comportamento na primeira década da vida. Em relação à violência sexual, a Psicologia, observa que:

E na violência sexual e estupro de vulnerável, observa-se uma dificuldade de organizar os sentimentos depois dessa violência e gera um conjunto de sinais associado a comportamento autolesivo, ideação suicida, brigas na escola, introversão, perda de amizade, depressão, perda da rotina do sono, isolamento social e afastamento dos familiares e vários sinais que ajudam os profissionais de forma geral a perceberem que tem algo errado com aquele/aquela adolescente. Nesse período pós-pandêmico a ocorreram um aumento na identificação de casos de abuso sexual por não terem acesso a pessoas que poderiam identificar e ajudar, assim ao retornarem para as escolas, para convivência com outras pessoas e palestras relataram que sofreram violências (PSICOLOGIA DO CREAS, 2023).

Segundo dados coletados para G1 por Vieira, Pinhoni e Matarazzo (2020), durante a pandemia devido ao Covid-19, as denúncias e notificações de violência contra crianças e adolescentes caíram cerca de doze por cento. Ainda segundo as autoras, entre março e junho de 2020, foram registradas vinte e seis mil e quatrocentas denúncias, o segundo menor valor histórico desde 2011. Contudo, popularmente, percebe-se um aumento dos casos de violência; e para tanto, a hipótese discutida é que o fechamento das escolas e a diminuição do contato social dificultou o acesso de crianças e adolescentes aos profissionais que realizassem as denúncias, o que significa que este valor provavelmente não condiz com a realidade.

As crianças e os adolescentes foram afastados das escolas, dos amigos e dos familiares, permanecendo reclusos em casa, muitas vezes expostos à violência familiar, ao estresse dos pais ou de cuidadores decorrente de perdas financeiras, uso abusivo de álcool ou de outras

drogas e falta de suporte assistencial de saúde e econômico. A partir do que foi exposto na entrevista observa-se que a violência praticada contra crianças e adolescentes podem levá-los a uma série de problemas psicossociais e cognitivos, como ansiedade, depressão, alucinação, baixo desempenho escolar, agressividade e tentativas de suicídio (BRASIL, 2009).

Apesar da diminuição das notificações de violência em 2020, período atravessado pela chegada da pandemia mundial da COVID-19, estima-se que os casos de violência tenham, na verdade, aumentado de forma alarmante; especialmente a violência doméstica e contra crianças e adolescentes, como apontam diversos estudiosos e verificado na fala da entrevistada, a Psicologia do CREAS, de que do afastamento social e da diminuição do acesso aos serviços públicos, escolas, trabalho, igrejas a redução do contato com a rede de apoio.

A violência contra crianças e adolescentes pode ocorrer, seja no ambiente familiar, nas escolas, nas ruas, podendo ser manifestada de diferentes formas e, uma delas é a gordofobia. Nesse sentido, a Psicologia relata que:

A gordofobia vai no mesmo sentido de gerar baixo autoestima e pode levar as formas de violência como a autolesão e por vezes de outras formas de violência, como dietas muito restritas e níveis de exercícios físicos que o corpo não suporta. E muitas vezes impactam com um comportamento de autolesão. (PSICOLOGIA DO CREAS, 2023).

Nesse viés, os estudos de Valdelice Souza (2021), durante sua pesquisa de Mestrado, realizada na rede municipal do Mato Grosso do Sul, no ano de 2018, observou que as manifestações gordofóbicas ocorrem, principalmente, nas aulas de Educação Física, que exigem mobilidade e agilidade. Gordos são estereotipados como incapazes e raramente escolhidos pelos colegas nas atividades coletivas, além de serem diariamente constrangidos e ofendidos. De acordo com a pesquisadora trazer esse tema para o dia a dia da sala de aula é fundamental, assim como promover hábitos alimentares mais saudáveis e prática de exercícios também, porém para todos, e não só para os alunos gordos.

Entretanto, os ambientes escolares brasileiros mostram outra realidade, como podemos observar no *site* do G1, no dia 29 de setembro de 2022, a matéria escrita por Nathalia Castro, Eliane Maria e Elza Gimenez, em que dizia: “**Jovem é vítima de homofobia, racismo e gordofobia em escola particular do Rio: ‘Lésbica, preta, gorda’**”. De acordo com a matéria, uma adolescente de 12 anos foi vítima de ataques homofóbicos, racistas e gordofóbicos, em uma rede social, por colegas de uma escola particular da Barra da Tijuca, na Zona Oeste do Rio. Caso foi registrado na Delegacia de Crimes Raciais e Delitos de Intolerância como injúria por preconceito.

As mensagens chamam a estudante de "gorda, lésbica, pobre e bolsista". Foram publicadas nas redes sociais e depois deletadas. Ainda segundo a reportagem, a jovem vive com a mãe e a madrasta, que era professora da escola Eleva, mas foi suspensa após o episódio e, agora em setembro, demitida da unidade. Procurada pela TV Globo, a escola disse que se solidariza com a aluna e repudia qualquer tipo de racismo e outras formas de discriminação. E reforça que:

A respeito do caso de racismo, homofobia e gordofobia, tão logo soube da situação, que não ocorreu dentro do campus, aplicou medidas disciplinares, pedagógicas e formativas aos alunos e, desde então, está tomando ações acolhedoras para os envolvidos e suas famílias, legitimando, assim, o compromisso de orientar e gerenciar, com a devida importância e cuidado, questões que lhes afastem de um convívio acolhedor e humanizado na escola (Escola em resposta à Globo, 2022, p.1).

Sobre desligamento da professora, casada com a mãe da aluna que sofreu racismo, homofobia e gordofobia, a escola reitera que não foi consequência do acontecido. Para a reportagem, a mãe disse da adolescente, disse:

Tirando minha esposa da escola automaticamente minha filha sai da escola. E aconteceram outros casos de racismo na escola, não foram poucos e as pessoas se calaram, eu não vou me calar. Eu já sofri bastante e ver minha filha sofrer dói muito (MÃE da vítima em resposta à Globo, 2022, p.1).

Embora a reportagem mostre o ambiente escolar como um dos locais de violências de racismo, homofobia, gordofobia e outras formas, escola pode desempenhar uma importante aliada no enfrentamento à gordofobia, homofobia, racismo e outras formas de violência.

Para entender as práticas de prevenção realizada pelo CREAS, na fala da entrevistada algumas ações educativas com a equipe intersetorial em busca de colaborar com a prevenção e identificação de violência foi questionada se a equipe desenvolve ações a partir de um trabalho de rede para a prevenção ao suicídio no município de Paranaíba/MS. Sobre essa questão, a Psicologia ressaltou que:

A equipe do CREAS pensou, para além das ações que são realizadas, em organizar grupos de estudo, palestras e ações que visem a prevenção ao comportamento suicida devido a demanda, mas que é difícil sair do papel, limitando as palestras em instituições de educação formal e não-formal abordando temas como abuso e exploração sexual e comportamento suicida em parceria com a saúde, educação conselho tutelar e outros órgãos e, quando identificados casos de violência autoprovocada e ideação suicida são encaminhados a área da saúde, não por negar atendimento, mas sim para que seja realizado um trabalho em equipe com parceria de outras áreas corresponsáveis (PSICOLOGIA DO CREAS, 2023).

A complexidade das violências contra crianças e adolescentes relatadas pela profissional do CREAS exige um estudo multidimensional por meio da compreensão dos aspectos sócio-históricos, dos contextos culturais, das normativas legais e de estratégias políticas para o enfrentamento da demanda. Assim, de acordo com o ECA, os CREAS são serviços responsáveis por proporcionar um atendimento especializado às crianças e adolescentes em situação de violência, por meio da atuação de uma equipe multiprofissional. Esses serviços integram o Sistema Único de Assistência Social, e atuam na articulação da proteção social de média complexidade, por intermédio do apoio especializado e contínuo aos indivíduos e famílias que têm seus direitos violados, atuando diretamente na promoção de orientações que possam servir de subsídio para a prevenção e enfrentamento das violências existentes.

De acordo com Oliveira *et al.* (2006), a rede de proteção representa a atuação integrada das instituições que atuam no atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias, tais como escolas, unidades básicas de saúde, programas em turno inverso à escola, entre outros. Nesse sentido, a Psicologia ressalta que há o uso de estratégias, as quais envolvam palestras nas instituições escolares e não escolares. Outrossim, pode-se notar o uso de práticas educativas no contexto do CREAS para mobilizar as pessoas sobre os cuidados em saúde mental, contribuindo, assim, para prevenir situações de ideação suicida. No entanto, essas ações ainda não envolvem as especificidades do público que eles atendem. Referi-me a entender os processos sociais que levam à ideação suicida nos casos de pessoas LGBTI+, negras e outras que vivenciam violências decorrentes de suas diferenças.

Nesse sentido, o CREAS constitui-se em um serviço especializado que deve buscar a restauração dos direitos das crianças e dos adolescentes, violados pela violência por meio de um atendimento contextualizado inserido em uma rede articulada e íntegra. Considera-se fundamental fazer valer a doutrina da proteção integral da criança e do adolescente preconizada pelo ECA (BRASIL, 1990), por meio da defesa, responsabilização e, principalmente, da oferta e garantia de serviços especializados, com profissionais suficientes conforme a demanda e, capacitados para a intervenção e enfrentamento da problemática. Somente assim, a prevenção, a identificação e o enfrentamento das situações de violência contra crianças e adolescentes poderão ser realizados.

É importante ressaltar que as orientações técnicas para o trabalho do CREAS indicam diretrizes para o trabalho socioeducativo, as quais visam prevenir com que situações vulneradoras voltem a ocorrer novamente na vida da pessoa por meio de atividades grupais, individuais ou em parceria com outros setores. Demanda, então, um trabalho integrado e em

rede a fim de identificar as possíveis relações da violência autoprovocada e a ideação suicida com a especificidade da violação de direitos.

Além disso, é essencial uma ação articulada para conseguir alcançar efetividade nas ações implantadas e direcionadas às pessoas e suas famílias. Sendo assim, o SUAS se consolida como uma ação compartilhada como uma política, a qual assegura acesso às pessoas e suas famílias a diferentes direitos sociais; no caso da questão do suicídio de pessoas cujos demarcadores sociais das diferenças as colocam de forma desigual em relação às políticas públicas. Assim, esta área também pode contribuir para propor ações com outros equipamentos que visam reduzir os riscos que atingem pessoas LGBTI+, negras, mulheres, adolescentes, crianças, idosos e todos aqueles que precisam de atendimento de acordo com suas especificidades.

Nessa perspectiva, considerando a fala da entrevistada, observou-se que a atuação da equipe do CREAS, enquanto importante serviço que compõe a rede de proteção, tem o potencial de abranger e articular os diversos profissionais e setores locais e regionais, na perspectiva de favorecer o atendimento integralizado nas situações de violência, bem como desenvolver um olhar multiprofissional, com ações intersetoriais, as quais melhorem as condições de vida das vítimas, contribuindo na elaboração de políticas públicas que viabilizem a garantia dos direitos constitucionais das populações vulneráveis.

4.4.2 SUS: o CAPS

A fim de compreender o trabalho desenvolvido no CAPS no município de Paranaíba/MS, compreendo necessário contextualizar como o CAPS foi instituído como um serviço de saúde mental aberto e comunitário. Entende-se a partir de Marlon Pontes (2014), que em 1978 a partir de um movimento feito por trabalhadores da saúde mental, que denunciaram maus tratos e irregularidades ocorridas nas instituições psiquiátricas, ocorreu a chamada Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, após as reivindicações ocorridas pela Reforma Psiquiátrica, cria-se o serviço de saúde mental aberto e comunitário com equipe multiprofissional. O Ministério da Saúde lança a Portaria nº 336, a qual regulamenta o funcionamento e define as modalidades dos CAPS, que são:

CAPS I e CAPS II: são para CAPS para atendimento diário de adultos em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias por semana, atendendo a população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPSi: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtorno mental decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. (BRASIL, 2004, p. 22)

Nos atendimentos do CAPS oferecem cuidados clínicos, de reabilitação psicossocial e sociofamiliar, apoio terapêutico, incentivando a busca pela autonomia, fortalecendo o exercício de cidadania e inclusão social dos usuários e de seus familiares. Nesse sentido, conta com os seguintes recursos físicos: “[...] consultórios para atividades individuais (consultas, terapias, entrevistas), sala para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários e área externa para oficinas e recreação e esportes” (Brasil, 2004, p. 12).

Na perspectiva do SUS e o serviço ofertado no CAPS de Paranaíba/MS, foi eleita para a coleta de dados a Coordenação do CAPS. Ela diz que o CAPS tem como proposta aos seus usuários o atendimento e acompanhamento médico e psicológico, além de propor serviços que façam parte de um projeto terapêutico para o tratamento intensivo, por exemplo: participar de oficinas de arte, grupos terapêuticos e atividades esportivas, preparando-os para desenvolverem habilidades que possam além de ajudá-los a lidarem com seus sofrimentos que contribuam também em sua renda familiar. Assim, a Coordenação informou sobre as ações desenvolvidas, que são:

A unidade do CAPS no município de Paranaíba/MS, na modalidade 1, existe desde 2001 e atende todas as faixas etárias, sendo o público-alvo de álcool, drogas e transtornos mentais (severos e persistentes), como esquizofrenia, depressão seguidas ou não de ideação suicida e tentativas de suicídio. O CAPS possui uma equipe multidisciplinar com 2 médicos, 2 enfermeiros, 1 técnico em enfermagem, 1 assistente social, 2 psicólogos, 1 farmacêutica, 1 terapeuta ocupacional, 5 artesões, e uma educadora física e o pessoal do administrativo e limpeza. Assim que chega, a demanda é passada pelo acolhimento da equipe para avaliar se é caso ambulatorio ou do atendimento multidisciplinar ofertado pelo caps. As oficinas terapêuticas são coordenadas por profissionais de nível superior com o objetivo de propiciar maior vínculo e assim poder conhece-los e identificar suas necessidades porque muitas vezes os atendimentos no ambulatorio e psicológico são rápidos e os pacientes passam maior parte do tempo nas oficinas terapêuticas que ajudam a gerar confiança e desabafo. Nos atendimentos com a equipe que são determinados como será a participação nos grupos e oficinas terapêuticas. Se será semanal ou 2 vezes por semana e sua duração. O atendimento é ofertado das 7h00 às 16h00 com café da manhã, almoço e lanche da tarde” (COORDENAÇÃO DO CAPS, 2023).

Em busca de verificar se nos atendimentos psicossociais do CAPS há 1) situações das diferenças e das diversidades particulares das pessoas que podem refletir em comportamentos

de autolesão e suicida gerados por LGBTI+fobia, racismo, gordofobia, religiosidade, violência física, sexual e de gênero, a coordenação ressalta que:

Temos atendimentos direcionados a pacientes que apresentam sofrimentos gerados pela não aceitação da família de sua escolha sexual, principalmente entre adolescentes que ficam envergonhados/as ou frustrados/as ao assumirem sua escolha perante aos amigos, família e sociedade. Mas, não temos números para quantificar quantos são atendidos e esse número quem poderá informar são os psicólogos (COORDENAÇÃO DO CAPS, 2023).

O que é possível identificar com o questionamento feito sobre a relação da ideação suicida com questões relacionadas aos demarcadores sociais das diferenças é que o serviço de saúde mental pode não ter dados sobre a importância de se discutir ações específicas para questões que envolvem a prevenção para a população que sofre com LGBTI+fobias, racismos, gordofobias e etc. As instituições, em muitos casos, podem não ter estratégias de produção de dados estatísticos que consigam ofertar informações para que as gestões das políticas realizem ações efetivas com o objetivo de reduzir o suicídio para a população que vive situações de vulnerabilidades decorrentes de violências estruturais.

Lucas Santos (2022) em sua dissertação de mestrado **Gênero, sexualidade e sofrimento psíquico**: tensões entre heteronormatividade e saúde mental no discurso dos profissionais do CAPS II de Vitória da Conquista - BA. traz discussões sobre a saúde e direitos LGBT que ganham visibilidade a partir dos anos 1980, quando o Ministério da Saúde decide adotar estratégias para o enfrentamento do HIV/AIDS em conjunto com organizações da sociedade civil e demais movimentos sociais com vistas à defesa dos direitos da população LGBT. É possível observar, no entanto, que a noção de saúde da população LGBT se circunscreveu inicialmente à questão do HIV/AIDS, como se a única questão de saúde desse grupo se pautasse no perigo do contágio por infecções sexualmente transmissíveis.

Sousa (2017), argumenta que o estigma direcionado às pessoas trans cria obstáculos cotidianos no que diz respeito ao seu acesso aos serviços de saúde. Os desdobramentos do estigma na vida pública de pessoas trans podem gerar inúmeros efeitos não apenas psicológicos, mas também de moradia, emprego e renda, por se presentificar de diversas formas nas relações sociais. Nesse sentido que foi desenvolvida a pesquisa, pois a escolha do CAPS II consiste na busca de identificar se houve ações propostas quanto à formação dos profissionais deste serviço quanto às temáticas de gênero e sexualidade.

Segundo Santos (2022), os participantes escolhidos foram os profissionais do CAPS II de Vitória da Conquista - Ba, na tentativa de compreender como ocorrem os atendimentos

direcionados à população LGBT por parte dos profissionais de saúde mental, bem como o entendimento sobre as questões de gênero e sexualidade.

Durante a entrevista os profissionais relataram não ter qualquer formação sobre as questões de gênero e sexualidade, principalmente em sua interlocução com a saúde, o que se apresentou durante as entrevistas e a intervenção profissional. Assim, os relatos eram de que esse tema nunca foi abordado, discutido, refletido; ele simplesmente não existiu. Durante as entrevistas e a intervenção com os profissionais, muito se falou sobre os modos como a experiência LGBT era subjetivada na família, no trabalho, em diversas relações sociais.

Percebe-se, nesse discurso, a correlação entre a negação familiar e a experiência do sofrimento, que surge na superfície do corpo a partir da automutilação, bem como em outras ocorrências como o humor deprimido, o isolamento, a ideação suicida e a tentativa de suicídio.

Isso se coaduna à perspectiva da Análise dos relatos trazidos pela coordenação do CAPS, que ressalta que:

Também temos muitos adolescentes atendidos por autolesão (braços e pernas), seja por depressão ou violência doméstica e/ou sexual que sofreram por parte dos pais ou pela não aceitação da opção sexual escolhida pelo adolescente e, esses adolescentes são encaminhados pelas escolas tanto municipais quanto estaduais. Temos atendimento também de muitos adolescentes da Casa de Acolhimento que foram acolhidos uma grande maioria pelos pais serem usuários de drogas e outra grande maioria por abusos sexuais, e outros por sofrerem violência doméstica. Recentemente, chegou o encaminhamento de 4 irmãos de 6, 17, 17 e 18 anos de idade que sofreram abusos sexuais e violência doméstica por parte do pai biológico e a mãe já cumpriu a pena por também ser vítima e o pai ainda se encontra respondendo a pena em regime fechado (COORDENAÇÃO DO CAPS, 2023).

A relação entre maus-tratos na infância e problemas de saúde mental a longo prazo já está bem estabelecida, como explica Erika Gallo (2016), autora da tese desenvolvida sob orientação do professor Joseph Murray. Segundo Gallo (2016), crianças que sofrem abuso emocional ou estão expostas à violência doméstica têm mais risco de desenvolver transtornos depressivos na juventude e idade adulta. O estudo fornece evidências de que o abuso emocional e a violência doméstica na infância estão particularmente associados ao desenvolvimento da depressão, especialmente em meninas, mais do que o abuso físico, o abuso sexual, ou outros tipos de maus-tratos.

Os resultados desta pesquisa de Doutorado apontam prevalência de 6,8% de depressão entre os jovens aos 18 anos, com taxas mais elevadas entre as mulheres (10%) do que entre os homens (3,3%). Evidências científicas apontam que mulheres e homens reagem de forma

diferente a eventos adversos. As mulheres estão mais propensas a internalizar sintomas, com quadros de depressão, entre outros transtornos mentais, enquanto homens têm tendência a externalizar reações, com comportamento agressivo e outros problemas de conduta. Logo, o CAPS é um dos serviços para os quais as vítimas de violência são encaminhadas para assistência e acompanhamento psicológico.

Compreende-se a partir de estudiosos que os fenômenos de violência são complexos e multifatoriais, exigindo-se, portanto, a integração entre diferentes setores governamentais, não governamentais, sociais e familiar para seu enfrentamento, mitigação, atendimento às vítimas e responsabilização dos autores. Logo, é essencial uma rede de atenção estruturada e articulada com vistas a intervenções de forma cooperativa e interdependente.

Ribeiro (2018) pontua que a articulação da Atenção Primária à Saúde com os serviços de Atenção Psicossocial também tem papel fundamental na prevenção do suicídio. Estudos do Ministério da Saúde (MS,2017), apontam que as equipes de Atenção Primária à Saúde podem dar os encaminhamentos que forem necessários e solicitar acompanhamento domiciliar com suporte dos Agentes Comunitários de Saúde, quando necessário.

As ações de prevenção realizadas por cada unidade, como foi evidenciado na fala da entrevistada, envolvem algumas ações educativas com a equipe intersetorial em busca de colaborar com a prevenção e identificação de violência. A equipe desenvolve ações a partir de um trabalho em rede para a prevenção ao suicídio no município de Paranaíba/MS.

Compreende-se a partir da entrevista realizada que muitas ações de enfrentamento às violências e ao comportamento suicida são realizadas pela equipe multiprofissional do CAPS do município de Paranaíba/MS, em especial no trabalho de rede realizado entre os Programas de Saúde da Família (PSF), Escolas tanto municipais como estaduais. Que corrobora com a perspectiva de Benevides *et al.*, (2010) sobre a importância do atendimento e ações que potencializam as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e a melhoria quanto aos modos de vida individual e coletivo.

Para Ribeiro (2018), vale lembrar que é imprescindível a sensibilização e capacitação dos profissionais para atuarem na identificação e acompanhamento das pessoas em risco ou que tentaram suicídio, e também suas famílias. Assim, é necessário definir estratégias de acompanhamento dos casos, e de suporte aos profissionais, tanto para a notificação quanto para a atenção em rede (BRASIL, 2016).

4.4.3 Escola

A escola possui um compromisso social com a promoção da defesa de crianças e adolescentes contra situações de violação de direitos. Como parte de um espaço de promoção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes, os/as profissionais que lá atuam precisam assumir responsabilidades sobre o tema do suicídio, as quais envolvem as dimensões de identificação, encaminhamento e articulação em rede para o tratamento adequado dos casos de comportamento suicida.

Ademais, a entrevista teve como objetivo de identificar as estratégias de combate às vulnerabilidades existentes no interior da escola que podem conduzir às cenas de racismos, LGBTI+fobias e outras formas de violências decorrentes da não aceitação da diversidade. Foi convidado para participar da entrevista, a coordenação pedagógica de uma Escola da rede estadual de ensino de MS.

A coordenação ressalta que a escola está situada em um bairro de classe média, no entanto, uma parcela significativa dos (as) estudantes é oriunda (as) de bairros circunvizinhos com população de baixa renda, onde as famílias sofrem consequências das injustiças socioeconômicas. E sobre a situação econômica dos responsáveis dos estudantes observa-se que grande parcela sobrevive apenas de serviços informais e/ou com auxílio de políticas assistencialistas por meio de Bolsa Família e Vale Renda. E outra parcela dos estudantes são da área rural do município (SED/MS, 2020).

Em busca de verificar se no ambiente escolar da instituição selecionada há 1) situações das diferenças e das diversidades particulares das pessoas que podem refletir em comportamentos suicida, a coordenação pondera que:

A escola adote ações e estratégias que aborde diversos assuntos ligados a sexualidade, a questão da autolesão e suicídio que muitas vezes são correlatas e, também aos maus tratos provenientes dos próprios tutores dos estudantes. Assim, a escola, como toda escola de autoria, desenvolve um serviço chamado tutoria, onde cada professor tem de 3 a 5 alunos que são por eles acompanhados, numa espécie de apadrinhamento. É observado o desenvolvimento e notas desses alunos e alguns momentos são chamados para uma conversa e são anotadas em uma ficha para que se registre as situações observadas durante a tutoria, e essa ficha é de acesso restrito. Temos também o apoio do CRE-10 com o trabalho da psicóloga que observa e atende professores e estudantes e caso seja identificado durante a tutoria a necessidade de encaminhar, mas nunca houve necessidade de um encaminhamento. Há o acompanhamento de estagiários do curso de psicologia da UFMS de Paranaíba, e o desenvolvimento do Programa SNOE, que o estado fornece e que tem todo contato direto com direção em relação a faltas e/ou em relação a questões psicológicas. É desenvolvido também por um psicólogo, pai e representante da APM, um acompanhamento por meio de um projeto desenvolvido como “amigo da escola”, em busca de fazer com que os alunos se concentrem e se conscientizem e, antes de iniciá-lo é elaborado a

proposta e submetido ao CRE-10 e após aprovação é criado um cronograma e seu desenvolvimento é acompanhado por uma coordenadora pedagógica (COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA, 2023).

Diante das considerações sobre as ações desenvolvidas, percebe-se que a função da escola vai além de transmitir conteúdos pedagógicos, mas um ambiente privilegiado para o cuidado integral do/a estudante por meio de seu projeto de Tutoria e envolvimento com atividades acadêmicas que por meio de seus projetos e estágios supervisionados buscam contribuir com uma educação de qualidade.

Atualmente, a escola é percebida como um espaço de educação para a formação humana e social. E, segundo Sampaio (2017), a escola tem papel importante ao promover ações de promoção da qualidade de vida e prevenção aos riscos de suicídio. De acordo com estudiosos e o Manual para professores e educadores elaborado pela OMS (2000) em relação à prevenção, a escola, deve envolver todos os atores da comunidade escolar. É importante compreender o/a discente no contexto geral que o circunda, considerando todos os acontecimentos que podem influenciar negativamente na sua saúde e, conseqüentemente, no seu desempenho escolar.

Foi observado a partir dos relatos elencados na entrevista a necessidade do olhar atento – não só do professor, mas de toda a equipe escolar – pode identificar sinais de alerta de sofrimentos que podem desencadear comportamento de autolesão e iniciar um trabalho intersetorial de prevenção e acolhimento de alunos e alunas que sobreviveram ou estão em vias de ideação suicida.

Fica explícito nas contribuições trazidas pelo trabalho que a escola realizada frente aos casos identifica que há preocupação por parte dela para uma atuação corresponsável e proativa nos casos que envolvem a prevenção do suicídio.

Por ser uma escola de inclusão por excelência, temos toda uma característica, um cacoete para identificar esse comportamento e quando percebemos o uso de roupas de manga comprida, o aluno é chamado para uma conversa e se verificado que logo após não ocorreu mais, não se toca mais no assunto por orientação da psicóloga para não tocar na ferida até porque não cabe a nós julgar. Então, quando um ou outro fala que fulano fala em suicídio e, é aquele falar muito esporádico “ah já pensei ...”, porque nessa idade também tem a questão de mover-se em grupo. Então, se um ou outro começa a cortar-se, outros também querem como uma forma de chamar a atenção. A gente tem que ficar atento a isso, e se ocorre uma ou duas vezes e depois para, é coisa de grupo, e não se toca mais no assunto, deixa guardadinho. Então, casos de comportamento suicida, “quero me matar”, não foi verificado nesse ano. Mas, casos depressivos, depressão é atônica. (COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA, 2023).

É identificar aqui a questão do efeito contágio, que muitos acreditam que seja mais importante do que tratar a situação, a qual levou à ideia suicida. Há o uso de situações específicas do imaginário social sobre a adolescência que impedem, em muitos casos, ações mais eficazes. Muitos profissionais acreditam que a automutilação pode ser vinculada a uma forma de chamar a atenção. Isso é muito crítico e pode tratar sem tanta importância os sinais da violência autoprovocada.

Isso pode ser uma das justificativas, a qual impede que os dados de suicídio de pessoas LGBTI+, negras e outras pessoas violadas por suas diferenças deixam de ser dados de morte e passam a se tornar políticas de prevenção ao suicídio dessas vidas. Por tratar o assunto voltado para a adolescência sem relevância que muitos casos de morte autoprovocada é resultante de muitos anos de sofrimento que, às vezes, vem sendo demarcada de eventos que têm a infância como o início das LGBTI+fobias, racismos e outras violências não tratadas como um problema.

Segundo Gonçalves (2016), as marcas da automutilação podem representar a expressão de uma cultura, religião, sentimento de pertença a um grupo, pedido de ajuda ou não. Para os cristãos, através do sofrimento do corpo, se alcança a santificação. Ainda segundo a autora, o ato de se lesionar para pertencer a um grupo é comum entre adolescentes, em sua maioria meninas. Já nos meninos, este ato pode representar virilidade e coragem.

Corroborando com os apontamentos da coordenação, o texto trazido pela OMS (2000) sobre **O efeito contagioso do suicídio** – suicídio em cadeia – deve ser levado em conta nesses casos; a escola deve abordar o tema de forma responsável, trabalhando o tema em toda a comunidade pedagógica. No entanto, conforme nos chama a atenção, Aneliana Prado (2019), observa que a autolesão não é coisa da idade e tão pouco para chamar atenção, e que professores/as podem entender os sinais de alerta como risco e não como “coisa da idade”. Nesse sentido, as escolas podem contribuir para o enfrentamento de problemas e de criar estratégias para trabalhar as habilidades socioemocionais entre alunos e alunas, como também estimular a cooperação entre alunos e professores para uma escuta atenta.

E, segundo Rodrigues (2018), o uso de casacos de frio, mesmo em dias quentes, tem como objetivo justamente de cobrir partes do corpo que possuem as marcas da autolesão, e assim dificultar o olhar do outro. É importante destacar que a escola é um importante local de aparecimento de casos de automutilação, sabendo que os/as adolescentes passam a maior parte do dia nestas instituições. Segundo os relatos de adolescentes sobre o que levaram ao comportamento de autoagressão em pesquisa realizada por Gonçalves (2016, p. 68): “Eles e elas apontam a automutilação como um modo, coisa, jeito, método que adolescentes fazem para

passar, colocar para fora, escapar, refugiar e esquecer – a mágoa, a raiva, a solidão, a ansiedade, a depressão, o momento difícil”.

Nessa perspectiva, a coordenação foi questionada se 2) há registros de comportamento suicida decorrentes de sofrimentos gerados por homofobia, lebosfobia, transfobia, racismo, violência doméstica ou sexual identificado entre alunos e alunas desta instituição escolar. Prontamente, informou que:

não saberíamos precisar qual foi a causa, mas já falei, não teve coisa assim, mas um pontinho, alguém que falo, mas nada que tenha sido preciso socorrer. Observamos que era um “ventinho” e guardamos em uma caixinha, mas sabemos que um abismo leva a outro abismo e que a autolesão pode levar ao suicídio. Na questão da homossexualidade não observamos isso e sim a agressividade para se defender. Aqui temos um grande número de alunos de pais encarcerados e não o faz pensar em suicídio, mas a agressividade é observada entre eles. Também observamos, muita vulnerabilidade social, o tratamento com diferença, alunos que não recebem o mínimo e vem para a escola para comer, não porque não tenha, mas por ser cultural. E quando tivemos um caso aqui de autolesão acionamos o conselho tutelar, mas havia certa limitação de respostas por parte da pessoa, e a pessoa se trancou e o CRE-10 ficou sem muito o que fazer e sabemos que é medo de enfrentar os algozes, e a gente entende, e é muito complicado” (COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA, 2023).

A coordenação cita uma série de eventos que podem caracterizar como potencialmente angustiantes e causadores de sofrimento em algumas crianças e adolescentes. O fato de o corpo docente não creditar que as questões de vulnerabilidades sociais, sexualidades e diferenças seja um problema; não significa que seja a mesma interpretação que um(a) adolescente tenha. Além disso, há processos interativos dentro da escola que saltam aos olhos do corpo docente, como uma piadinha, uma violência ou como o bullying que recentemente passou a ser visto como um problema. É preciso a altera para o vínculo de situações de ideação suicida com violências LGBTI+ e do racismo.

A partir das informações, pode-se questionar como a escola lida com questões relacionadas à discriminação relacionada à aparência naqueles que fogem do padrão magro, branco e alto. A não aceitação do outro com as pessoas que fogem desse padrão provoca isolamento, depressão e ansiedade (um dos desencadeadores da automutilação), podendo ocasionar o suicídio (GONÇALVES, 2016).

Portanto, além da identificação da autolesão e ideação suicida, a escola deve trazer em suas práticas pedagógicas temas como gênero, sexualidade, violências, homofobia, transfobia, pois discutir sobre o suicídio é pensar sobre as diferenças, os sentimentos e sofrimentos

impostos por uma sociedade capitalista, sexista, heteronormativa e que produz padrões de beleza branca, cabelos lisos, corpos magros enraizados em seus discursos.

Embora, muitos gestores se silenciem perante os dados estatísticos que apontam para um crescimento alarmante da autolesão e do suicídio, segundo Andrea Quesada (2020), no texto **Orientações para educadores e profissionais da saúde** - abordar adequadamente os temas de automutilação e suicídio é uma importante estratégia de prevenção.

A autolesão é uma forma de violência e, podendo decorrer de outros tipos de violências, esse comportamento pode afetar o desenvolvimento de adolescentes e provocar outras formas de agressividade, gerar um grande desequilíbrio e insegurança na sociedade (MS, 2019).

Nós tivemos alunos que detectamos maus-tratos, mas não foi esse ano, a professora após identificou e mostrou, era uma menina, fizemos um cerco muito grande, bem feito, chamei o diretor só quem está aqui, inclusive chamei a secretária, pois era uma menina e ela tinha apanhado muito, e encaminhamos para o Conselho Tutelar e o Conselho a levou. Ela estava sofrendo violência física e ela ficou na Casa Abrigo por um ano e agora ela está voltou e aparentemente não tem tido nenhum problema, a gente sabe que ela era complicadinha e a ida para o abrigo meio que assustou ela, “tipo é melhor...”. você sabe o adulto sempre é culpado, porque ele é o adulto, assim temos que ter um cuidado muito, paciência com crianças acaba tendo um estilo até mesmo para se defender. (COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA, 2023).

Podemos relacionar a partir de uma análise foucaultiana apresentada por Rodrigues (2018) de como é visto o caso da aluna identifica como vítima de violência doméstica. Observa-se a propagação dos discursos que naturalizam a violência contra a mulher aos mecanismos de objetivação e de subjetivação que funciona como processos de construção da identidade da pessoa em objeto dócil e útil. Para Barros e Freitas (2015), a violência doméstica contra crianças e adolescentes é um problema cotidiano na sociedade e se configura como um fenômeno social e histórico que é por vezes tomado, de forma equivocada, como uma punição justa e merecida de crianças e adolescentes, se instaurando na família como uma ação justificável e apoiada na intenção de um processo educativo e disciplinar. E, nas palavras de Silva (2008), a violência física é justificada como medida disciplinar contra crianças, e diversas situações de abuso e espancamentos não são denunciadas por conta da cultura que reforça tais práticas.

Para Faleiros (2001), a violência física expressa uma idealização da obediência, da autoridade de mandar o outro fazer. A percepção de Hannah Arendt (1985 *apud* FALEIROS, 2001) a violência se dá pela “falta de poder legítimo”, ou seja, ela é autoritária e se impõe sob indivíduos de forma agressiva e não legítima.

Sobre a culpabilização da mulher ao sofrer violência doméstica, Cardoso e Vieira (2019, p. 72) salientam que:

[...] para além da violência sofrida, a mulher é desmoralizada socialmente, o que reitera não só sua posição submissa nas relações sociais como também seu papel como propriedade do homem, reforçando a ideologia androcêntrica da estrutura social corrente.

Para Farias (2019, p. 62), a atribuição de culpa à vítima está inserida em uma dimensão moral, sendo representada por fatores que envolvem crenças e valores pessoais:

[...] admitindo-se que houve uma transgressão moral, em outras palavras, a culpabilização ocorre quando se acredita, baseado em valores e crenças pessoais, que a vítima deveria ter agido de outro modo. Assim, o nível de culpa atribuído leva em consideração as desculpas ou justificativas dadas para o evento, sendo atribuídos níveis maiores de culpa quando as justificativas não são aceitas pelos observadores.

Em relação ao comportamento suicida relacionado com violências, Correia *et al.* (2019) descobriram que mulheres que realizaram tentativas de suicídio, foram, em sua maioria, marcadas pela violência intrafamiliar em sua infância e adolescência. Tais experiências violentas se categorizam como: rejeição e depreciação por parte dos pais, falta de afetividade e desqualificação do sofrimento. Além da violência psicológica exercida pelos pais, como a negligência, humilhação, e privação do lazer, a violência sexual, praticada por familiares e violência física, também estiveram alinhados com o comportamento suicida.

Diante dos relatos apresentados pelos/as entrevistadas/os e pelo alto índice de suicídio no município pesquisado e da inexistência de ações de prevenção com estratégias corresponsáveis junto às áreas de Saúde, Educação e Assistência Social e demais órgãos de Proteção e Garantia de Direitos frente às situações de violação de direitos e vulnerabilidades passíveis de gerar sofrimento e podendo refletir em comportamento suicida e de autolesão. Percebe-se que os investimentos de Políticas Públicas para atenção ao suicídio são pontuais como se pode observar nas campanhas realizadas no mês de setembro; com essa pesquisa, aponta-se a necessidade de dar voz ao tema e continuamente abordá-lo com um enfoque profissionalizado, articulado e preventivo.

Eu sei que tudo vai ficar bem
E as minhas lágrimas vão secar
Eu sei que tudo vai ficar bem
E essas feridas vão se curar
O que me impede de sorrir
É tudo que eu já perdi
Eu fechei os olhos e pedi
Para quando abrir a dor não estar aqui, mas
Sei que não é fácil assim
Mas vou aprender no fim
Minhas mãos se unem para que
Tirem do meu peito o que há de ruim
E vou dizendo tudo vai ficar bem
E as minhas lágrimas vão secar
Tudo vai ficar bem
E essas feridas vão se curar
Eu sei que tudo vai ficar bem
Tudo vai ficar bem
O que me impede de sorrir
É tudo que eu já perdi
Eu fechei os olhos e pedi
Para quando abrir a dor não estar aqui, mas
Sei que não é fácil assim
Mas vou aprender no fim
Minhas mãos se unem para que
Tirem do meu peito o que há de ruim
E vou dizendo tudo vai ficar bem
E as minhas lágrimas vão secar
Tudo vai ficar bem
E essas feridas vão se curar
Se recebo dor
Te devolvo amor
Se recebo dor
Te devolvo amor
E quanto mais dor recebo
Mais percebo que sou indestrutível

Indestrutível: Pablo Vittar, 2017.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o intuito de pesquisar as ações educativas articuladas ou não por escolas, equipamentos de saúde e de assistência social que visam a prevenção ao suicídio no município, iniciei a pesquisa acreditando como nos diz a letra da música dos Titãs de que quando não houver saída, mais solução, mais esperança, não restar ilusão, não houver caminho, não houver desejo... ainda haverá diálogos no campo científico de temas que ainda demonstram invisibilidade, estigmatização e outras formas de preconceitos em relação à articulação do tema suicídio com as demandas das diversidades de gênero e sexualidades, questões raciais e étnicas, culturais, de tipo físico ideal e outras que interseccionadas ou não podem ser motivo para comportamentos suicidas. Especialmente nas faixas etárias da adolescência que é um momento de forte presença de comparações e fortalecimento da identidade social.

Vale lembrar que essa pesquisa foi construída durante o governo de Jair Messias Bolsonaro que em seus pronunciamentos e opiniões excludentes e discriminatórias, intensificou o silenciamento das questões de gênero e as pautas relacionadas à população LGBTQI+ e os direitos humanos de pessoas pertencentes a grupos de indígenas, ciganos, moradores (as) de comunidades e outros grupos marginalizados e estigmatizados historicamente. Estes foram desconsiderados das políticas públicas, vilipendiados e apagados durante o governo em diferentes pastas e ministérios. Situação que foi se desdobrando nas esferas estaduais e municipais.

Período em que a Ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Damarens da Silva, relacionou o alto índice de suicídio ao fim da família tradicional e acreditava que pessoas ciganas, indígenas, pessoas idosas, mulheres vítimas de violência, seringueiros etc. são culturas que não são passíveis de serem preservadas porque não se enquadram no modelo pró-vida e pró-família predominante em sua concepção. Esta senhora ocupou um espaço público e fez política contra a vida de pessoas diferentes, atacando as diversidades e, com isso, autorizando a legitimação de mortes LGBTI+.

Minhas inquietações sobre a forma desumanizada que as vítimas de tentativas de suicídio e seus familiares eram estigmatizados foram determinantes para escolha do tema suicídio para esta pesquisa. Assim, buscar por mais informações, encontrar respostas para os altos índices e de conhecer quais são as práticas preventivas desenvolvidas orientaram a ação em pesquisa para poder encontrar formas potenciais de trabalho educativo em diferentes áreas e com ações compartilhadas para potencializar a prevenção, ampliar as linhas de cuidado.

Para a reflexão da negação do luto da morte por suicídio e do silenciamento das questões e sofrimentos gerados por homofobia, lesbofobia, transfobia, racismo, sexismo busquei por meio da análise filosófica butleriana o porquê haver o luto requer o reconhecimento de uma vida. As vidas no enfoque desta pesquisa - as mortes por suicídio de pessoas negras, LGBTI+, periféricas, ciganas, indígenas não são reconhecidas como dignas de luto e comoção pública quando argumentos conservadores são acionados para dizer que discutir questões das diversidades é tratar com privilégios ou um “mimimi”. As perdas por violência ou suicídio das pessoas LGBTI+ é um exemplo da negação do luto público, vidas que sequer são choradas ou comovem outras pessoas que não familiares e amigos(as). E, há que se pasmar que, muitos casos de pessoas LGBTI+ que se suicidam, a família teve papel significativo na geração de sofrimento por conta das rejeições.

Em busca de respostas sobre como são afetados familiares, amigos e vítimas do suicídio com os discursos moralizantes e de silenciamento em relação à morte por suicídio, trouxe as reflexões filosóficas de Foucault a partir de suas considerações sobre a vida e a morte na biopolítica com seus dispositivos disciplinares responsáveis pela manutenção da ordem no âmbito de vigilância e controle da vida e morte da população.

E, querendo entender se este silêncio é adequado e se ele realmente gera este efeito contágio, iniciei o levantamento teórico sobre a prevenção ao suicídio e para entender a relação suicídio e as vulnerabilidades vividas decorrentes das diferenças e diversidade, prossegui com uma leitura crítica da escola, dos equipamentos de saúde e de assistência social enquanto um espaço de promoção, proteção e proatividade frente aos casos de autolesão e comportamento suicida supostamente identificados e se ocorrem ações preventivas e de pós-venção que envolva também outras áreas para prestar suporte nos casos de ações intersetoriais que dialoguem com as políticas educativas formais ou não formais para intervir na redução desses casos.

Assim, durante o percurso de construção desta pesquisa, busquei lançar um olhar interseccional sobre as questões sociais, as quais constituem a subjetividade das pessoas que tiveram sofrimentos gerados pela Lgbti+fobia, racismo, gordofobia, violência sexual infantil e na adolescência e outras formas de violência que apresentam comportamento suicida e a autolesão e, para responder as minhas indagações que perpassavam a questão do alto índice de comportamento da autolesão e suicida, mas o silenciamento gerado sobre essa temática, não só no meio de comunicação em Paranaíba, mas nas discussões no âmbito da família, religião, da educação, de que ocorria no município um fenômeno de imitação e que o alto índice de tentativa e de suicídio foi gerado pelo acesso à informação dos casos divulgados pela mídia falada e relatos entre familiares e comunidade.

Seguindo o caminho para identificar se ocorrem estratégias corresponsáveis frente à prevenção de situações de risco e vulnerabilidades sociais decorrentes de racismo, Lgbti+fobia, e outras formas de violência, entrevistei três profissionais, os quais atuam nas três áreas (Educação, Saúde e Assistência Social). Após análise das entrevistas verifiquei a fragilidade no atendimento a situações das diferenças e das diversidades particulares das pessoas LGBTI+, a ausência de: A) notificação, B) organização interna de dados para subsidiar ações focadas na prevenção, C) estratégias a partir de ação compartilhada com outros equipamentos que visam reduzir os riscos que atingem pessoas LGBTI+, negras, mulheres, adolescentes, crianças, idosos(as) e todos(as) aqueles(as) que precisam de atendimento de acordo com suas especificidades. Situação que reflete na maximização das situações de vulnerabilidade em saúde que contribuem para os atos autolesivos e suicidas. Levando a crer na relevância de se proporcionar condições com vistas a minimizar a precariedade àqueles(as) que constantemente ficam expostos(as) a situações de insegurança social, à violência e à morte.

Constatarei a inexistência de ações contínuas de prevenção ao suicídio e do trabalho intersetorial que atuem nas questões ligadas às diferenças e às diversidades como estratégia de prevenção ao suicídio. Além disso, observei que as ações de prevenção a situações que podem levar crianças e adolescentes a desenvolver um comportamento autodestrutivo e suicida são pontuais durante o mês de setembro, ficando sob responsabilidade de referência – o CAPS.

Assim, observa-se que a prevenção ao suicídio ainda é incipiente e limitada às campanhas de prevenção e ações isoladas no município pesquisado e que tem a área da saúde como a principal agente de organização, promoção e realização das propostas da semana. Essa situação pode contribuir para a sobrecarga dos serviços de saúde mental, o CAPS do município, porque infla a demanda, impedindo ações mais voltadas a públicos específicos.

Dessa forma, por acreditar que é na busca de compreender e ajudar nas questões individuais de cada um, nas questões da vida que deve preconizar as ações de prevenção ao suicídio. E que a questão do suicídio não é um problema apenas de uma área especializada da saúde pública, a mental, sendo que, as estratégias e ações de prevenção do comportamento suicida não é pauta somente do governo e de profissionais de saúde, como de toda a sociedade.

Mas há que se ressaltar que na área da saúde, as ações de prevenção do suicídio não foram circunscritas pelos(as) atores(as) pesquisados(as) como ações a serem desenvolvidas também no âmbito da atenção básica da saúde. As Estratégias de Saúde das Famílias (ESF) estão mais próximas das pessoas e suas famílias, o que podem contribuir na identificação precoce de casos de suicídio bem como desenvolver ações contínuas de cuidado por meio de grupos e outras estratégias de atenção específicas dessa atuação. No que se refere a pensar as práticas

educativas na linha da educação não formal, o espaço das ESF representam potencial para desenvolver tais ações.

Se recebo dor, te devolvo amor, te devolvo discussões, reflexões e diversos estudos, os quais ressaltam que as políticas públicas sociais como Saúde, Educação e Assistência Social têm um papel primordial na articulação da rede intersetorial conjuntamente com outros(as) atores(as) sociais para melhores e mais eficientes estratégias de prevenção ao suicídio por meio da visibilidade das reivindicações sociais e políticas sobre o direito à vida e à prosperidade, mas para isso teremos que olhar para as suas políticas internas, pensando se elas contribuem para ampliar as reivindicações sociais e políticas sobre os direitos à proteção.

Observou-se também a carência no município da capacitação e de orientação de profissionais da rede intersetorial, como: psicólogos(as), enfermeiros(as), professores(as), educadores(as) sociais, assistentes sociais e psiquiatras para o atendimento dos casos de tentativa de suicídio e a prevenção do ato, que a saber é dever do estado e sua efetiva implementação é direito e dever de todos(as). Tal ação pode contribuir para a reprodução de discursos religiosos e moralistas que culpabilizam a pessoa suicida pelo ato, desconsiderando um diálogo científico sobre os aspectos sociais do capitalismo, das diversidades e outras questões que influenciam no ato.

No caso específico das escolas, a fala da coordenação pedagógica relacionada aos estudos realizados por Garcia (2019), alerta para o reducionismo citado no caso das abordagens preconizadas para a prevenção do suicídio à possibilidade de expansão do processo de medicalização da vida no contexto escolar, na medida em que a prevenção passaria pela identificação dos distúrbios psiquiátricos dos(as) alunos(as), o que corresponde a um crescimento previsível de diagnósticos.

Como também, a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019 que estabelece a notificação compulsória de casos de comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio, sem o questionamento das causas sociais atreladas à ideação suicida, reduz o espaço escolar a um local de controle sobre de crianças, adolescentes e suas famílias, deixando de lado a possibilidade de enfrentamento das diversas formas de opressão que atravessam o cotidiano escolar e que são geradoras de sofrimento psíquico.

Como o ambiente escolar é uma extensão da sociedade, durante minhas práticas escolares presenciei comentários LGBTI+fóbicos e quando ocorre situações de homofobia e violências no ambiente escolar, a frase de que “isso não é problema nosso” torna-se o *slogan* para desresponsabilizar a ação escolar e pedagógica dessa preocupação. Fica evidente o despreparo de nós, funcionárias (os) da educação, para lidar com questões ligadas à diversidade

sexual e homofobia. Sendo que a maioria dos(as) profissionais não intervinha quando ocorria comentários discriminatórios e, nesse sentido compreendo a partir de Junqueira (2016), que o ambiente escolar ao reproduzir e alimentar discriminações tendem a comprometer o rendimento escolar dos(as) estudantes discriminados.

Nessa perspectiva, verifiquei conforme pontuou diversos autores(as) trazidos(as) nas discussões de que é essencial a escola realizar um diagnóstico situacional dos eventos de violência (*bullying*, homofobia, discriminação, preconceito e/ou outras) que possam estar interferindo na saúde mental e na aprendizagem das crianças e dos(as) adolescentes, com repercussão na convivência familiar, na escola e na comunidade, e na violação de direitos. Deve-se considerar também a violência doméstica e sexual, a tentativa de suicídio e/outras, além dos acidentes no entorno e na escola a partir da articulação das Redes de Educação, Atenção à Saúde, Proteção Social, Defesa e Responsabilização com os Conselhos Tutelares no enfrentamento às situações de violências, negligência e discriminação contra crianças, adolescentes e jovens. Também a qualificação permanente dos profissionais da saúde e da educação para a escuta qualificada, na perspectiva do acolhimento, da tolerância e respeito à diversidade e da solidariedade (BRASIL, 2011 b, SED/MS,2019).

E coaduno com as palavras de Gonçalves (2016), ao afirmar que discutir sobre suicídio e a automutilação é pensar sobre as diferenças, as imposições e também sobre sentimentos, amizade, família, respeito, violência, medo. A carência de políticas públicas sociais que garantam efetividade no acesso à saúde, educação, emprego, lazer e atendimento em todos os serviços públicos com formação continuada de funcionários(as) para atendimento e o desenvolvimento de ações efetivas para a população LGBTI+ em suas especificidades e na garantia dos direitos fundamentais.

Assim, conforme o trecho da música: **O Sol**, de Jota Quest que diz ...Se quiser saber pra onde eu vou? Para onde tenha sol.... onde ocorram discussões, reflexões científicas de gênero, diversidade e suicídio para assim dar visibilidade as populações marginalizadas, vilipendiadas, silenciadas e que possamos levar para as pautas a formulação e implementação de políticas a partir de suas reivindicações sociais e políticas, mas, uma política pública pautada nos direitos humanos e comprometida com a humanidade.

O suicídio de pessoas LGBTI+, negras, gordas, violentadas sexualmente e outras pessoas representam a necessidade de se pensar políticas públicas específicas de prevenção ao suicídio. Visando dar *quorum* para tal discussão, as músicas trazidas no início de cada capítulo oportunizaram materializar a poética da vida pensada para este trabalho. Onde as pessoas possam encontrar apoio para prevenir os riscos que ampliam o desejo de morte autoprovocada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABGLT. **Pesquisa Nacional sobre o Ambiente Educacional no Brasil 2015: as experiências de adolescentes e jovens lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em nossos ambientes educacionais.** Curitiba: ABGLT, 2016. Disponível em: <http://www.grupodignidade.org.br/wp-content/uploads/2016/03/IAE-Brasil-Web-3-1.pdf>. Acesso em: 14 jun.2023.

ABRAMOWICZ, Anete. **Trabalhando a diferença na educação infantil.** São Paulo: Moderna, 2006.

ARAÚJO, Neto, A., & Clecio dos Santos, R. (2022). Os sentidos da precariedade na obra vida precária de judith butler. **Pólemos** – Revista De Estudantes De Filosofia Da Universidade De Brasília, 10 (21), 243–263.

AVANCI, Jovina. **Neste 10 de setembro, analisa o perfil do comportamento suicida entre jovens.** Avanci, Coordenadora de pesquisa do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/ Fiocruz) analisa o perfil do comportamento suicida entre jovens. Fiocruz, Rio de Janeiro, 10 set. 2021. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-perfil-do-comportamento-suicida-entre-jovens>>. Acesso em: 04 jul. 2022.

BARROS, Amailson Sandro de ; FREITAS, Maria de Fátima Quintal de. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: consequências e estratégias de prevenção com pais agressores. **Pensando fam. [online]**. 2015, vol.19, n.2, pp. 102-114. ISSN 1679-494X.

BENEVIDES, D.S. et al. O cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas de trabalhadores de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.32, p.127-38, jan./mar. 2010.

BENEVIDES, Bruna; NOGUEIRA, Sayonara. **Boletim nº 01/2021 assassinatos contra travestis e transexuais em 2021.** Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2021/05/boletim-001-2021.pdf>. Acesso em 12 jun. 2021.

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual.** Rio de Janeiro, Garamond, 2006.

BENTO, Berenice. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. **Revista de estudos feministas**, Florianópolis, v. 19, n. 2, ago.2011. p. 549-559. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/DMNhhmpzNbKWgH8zbgQhLQks/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 mar. 2023.

BERENCHTEIN NETTO, N. Suicídio: uma questão de Saúde Pública e um desafio para a Psicologia Clínica - Capítulo I. In: Conselho Federal de Psicologia. (Org.). **Suicídio e os desafios para a Psicologia.** 1ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013, v. 1, p. 15-24.

BERTOLOTE, J.M; FLEISCHMANN, A. Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In: Orgs WERLANG, Blanca Guevara; BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

BERTOLETE, Jose M. **O Suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp. 2012.

BORGES, Vivian Roxo; WERLANG, Blanca Suzana Guevara Borges. Suicídio na adolescência. **Rev. Perspectiva**, Erechim, v.28, n.102, p.3-200, junho/2004.

BOTEGA, N, J. et al. **Prevenção do comportamento suicida**. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. 2006.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BUTLER, Judith. **Quadros de Guerra: quando a vida é possível de luto?** Trad. Sérgio Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

BUTLER, Judith. “Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do ‘sexo’”. In: LOURO, Guacira L. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Trad. de Tomaz Tadeu da Silva. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p. 151-172.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

BUTLER, Judith. **Quadros de Guerra: quando a vida é possível de luto?** Trad. Sérgio Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

BUTLER, Judith. **Vida precária: os poderes do luto e da violência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

BRAGA, Cláudia Maria Rosa et al. Suicídio na população indígena e não indígena: uma contribuição para a gestão em saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GggZ5vDkQpVY5HfVgXnb6kv/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: 02/03/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de set.1990 a. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=L8080&text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 20 jul. 2022.

_____. **Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 13 de julho de 1990 b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 25 jul. 2022.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, LDB. 9394/1996**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 14 jul. 2022.

_____. Ministério da Educação, (1997). **Parâmetros Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental**. Brasília, MEC/SEF. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/programa-saude-da-escola/195-secretarias-112877938/seb-educacao-basica-2007048997/12598-publicacoes-sp-265002211> Acesso em: 14 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria e Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: [S.N.], 2006 a. 76p.

_____. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, Brasília, 14 ago. 2006 b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 04 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz**. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs. Brasília-DF.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a Passo PSE – Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passos_a_passo_programa_saude_escola.pdf. Acesso em: 24 jul. 2022.

_____. **Decreto 10.225/2020. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10225.htm. Acesso em: 18 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil Estados 2018: uma análise de situação de saúde segundo o perfil de mortalidade dos estados brasileiros e do Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**, 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 15 jun. 2022. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico. n. 24. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Saúde na Escola (PSE)**. Brasília, 25 de abril de 2017 Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pse>. Acesso em: 23 Mar. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 28 jun. 2021. **Assunto: Ministério da Saúde abre inscrições para curso sobre prevenção ao suicídio**. A qualificação é gratuita e tem como objetivo promover acesso à informação e qualificar profissionais, principalmente na abordagem a adolescentes entre 11 e 18 anos. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-abre-inscricoes-para-curso-sobre-prevencao-ao-suicidio>. Acesso em: 16 jul. 2022.

_____. **Decreto 10.225/2020**. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10225.htm. Acesso em: 18 jul. 2022.

_____. Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal. **Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação** / Organizado pela Comissão Especial de Psicologia na Saúde do CRP 01/DF --.Brasília: CRP, 2020. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes_atuacao_profissional.pdf . Acesso em: 09 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool ou outras substâncias, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011 Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_re>>. Acesso em: 04 jul 2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos ou privados em todo território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, 2014. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

_____. **Base Nacional Comum Curricular. (BNCC)**. Brasília: Ministério da Educação, 2018. http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_versaofinal_site.pdf / Acesso em: 09 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **LEI Nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília, 2019. Disponível em: <<<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>>>. Acesso em: 24 jul 2022.

BRITZMAN, Deborah. **O que é esta coisa chamada amor: identidade homossexual, educação e currículo**. Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 71-96, jan/jun 1996.

CALMON, Paulo; COSTA, Arthur Trindade Maranhão. Redes e Governança das políticas públicas. **Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**, n.1, jul.2013,p.1-29.

CANDAU, Maria Vera. Sociedade multicultural e educação: tensões e desafios. In CANDAU, Maria Vera (org.). **Cultura(s) e educação: entre o crítico e pós-crítico**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

CARDOSO, Isabela Cristina Barros; VIEIRA, Viviane. O discurso de títulos de notícias sobre violência sexual: a mídia on-line e a culpabilização da vítima de estupro. **ID&A - Revista Eletrônica de Estudos Integrados em Discurso e Argumentação**, Ilhéus, n. 7, p. 69-85, dez. 2014. Disponível em: <http://periodicos.uesc.br/index.php/eidea/article/view/486>. Acesso em: 11 abr. 2023.

CARDOSO, G. T. **Comportamentos autolesivos e ideação suicida nos jovens**. (Trabalho final do 6º ano médico com vista à atribuição do grau de mestre clínica geral) no âmbito do ciclo de estudos de Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra,2016. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10316/35146>> Acesso em 29 jun. 2023.

CARVALHO, Angelita Alves de; Barreto, Rafael Chaves Vasconcelos. A invisibilidade das pessoas LGBTQIA+ nas bases de dados: novas possibilidades na Pesquisa Nacional de Saúde 2019?. **Ciênc. Saúde Colet.** (Impr.); 26(9): 4059-4064, set. 2021.

CASSORLA, Roosevelt M. S. **O que é suicídio**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2020**. Brasília: Ipea; FBSP, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>. Acesso em: 10 jun. 2023.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2019**. Brasília: Ipea; FBSP, 2019. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1988.

COLARES, Marina da Cunha Pinto, 1981- **Novos sintomas e atos de autoagressão**. Belo Horizonte. 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/49767/1/TESE%20REVISADA.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

DANTAS, E. S. O. Prevenção do suicídio no Brasil: Como estamos? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. (Rio J.); 29(3): e290303, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/TkRBSMjGrKFQ6xYpktb9J4P/> Acesso em: 10 set. 2022.

DATASUS. **Repositório de Dados**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/datasus>>. Acesso em: 05 out.2022.

DE UNIVERSA. Brasil registra 329 mortes de pessoas LGBT+ em 2019, uma a cada 26 horas. **UOL**, São Paulo, 23 abr. 2020.

Disponível:<<https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2020/04/23/brasil-registra-329-mortes-de-lgbt-em-2019-diz-pesquisa.htm>> Acesso: 27 nov. 2022.

DUARTE, A. Rerer Foucault à luz de Butler: Repensar a Biopolítica e o Dispositivo da Sexualidade. Article in **DoisPontos**. Curitiba, São Carlos, volume 14, número 1, p. 253-264, abril de 2017. DOI: 10.5380/dp.v14i1.56552.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez. 2001.p.83-95.

FARIAS, Mariana Gonçalves. **Culpabilização de mulheres vítimas de estupro: subtipos femininos e variáveis correlatas**. 2019. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/41556>. Acesso em: 11 abr. 2023.

FLEURY, Sônia. Redes de Políticas: Novos desafios para a gestão pública. **Revista Administração em Diálogo**, vol. 7, núm. 1, 2005, pp. 77-89 Disponível em:<https://www.redalyc.org/pdf/5346/534654434006.pdf> Acesso em: 10 mar.2022.

FREITAS, G. V. S. D., & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Revista da Associação Médica Brasileira** 48(3): 245-249.

FORTES, I. & Kother, M. (2017). Automutilação na adolescência - rasuras na experiência de alteridade. **Psicogente**, 20(38), 353-367. <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2556>

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 15ª ed, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. Tradução de Maria Ermantina de Almeida Prado Galvão. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

FUZIWARA, Aurea Satomi; FÁVERO, Eunice Terezinha. A violência sexual e os direitos da criança e do adolescente. In.: AZAMBUJA, Maria Regina Fay de; FERREIRA, Maria Helena Mariante ... [et al]. **Violência sexual contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GADOTTI, Moacir. A questão da educação formal/não-formal. **Seminário Direito à educação: solução para todos os problemas ou problema sem solução?** Institut International Des Droits De L'enfant (Ide), Suíça, 2005. Disponível em: <http://www.ceap.br/material/MAT26052010212813.pdf>. Acesso em 28 agos. 2022.

GALLO, Erika Alejandra Giraldo. **Efeitos da vitimização violenta à saúde mental durante a adolescência: estudo de corte de nascimentos de 1993**, Pelotas .RS. Joseph Murray.

Coorientador: Christian Loret De Mola Zanatti. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.2016.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GGB - GRUPO, GAY DA BAHIA. **Mortes violentas de LGBT+ no Brasil**. Relatório Disponível: <https://homofobiamata.files.wordpress.com/2019/01/relatorio-2018-1.pdf>, 2018. Acesso em: 1 de setembro de 2022.

GGB - GRUPO, GAY DA BAHIA. **Pessoas LGBT Mortas no Brasil: Relatório 2019**. <https://grupogaydabahia.com.br/assassinatos/>. Acesso em 20 setembro de 2022.

GOHN, Maria da Glória. Educação não formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. **Ensaio aval.** Pol. Púb. Educ., Rio de Janeiro, v. 14, n. 50, p. 27-38, jan/mar. 2006.

GONÇALVES, J.N.; **Vocês Acham Que Me Corto Por Diversão? Adolescentes e a Prática Da Automutilação**. 2016. 138 f. Uberlândia, 2016. Dissertação (mestrado do Programa de Pós-graduação em Educação).

GONÇALVES, Alice Calixto et al. **A violência LGBTQIA+ no Brasil. Clínica de Políticas de Diversidade da FGV**. Direito SP, 2020.

HETEM, L.A.; **Prevenção do suicídio**. Debates: psiquiatria hoje. Rio de Janeiro, n. 1, p. 17-18, jan/fev. 2010.

HWANG, Esther. **Suicídio por contágio e a comunicação midiática**. São Paulo, 2018. 175 f. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

JOVEM É VÍTIMA DE RACISMO E GORDOFOBIA EM ESCOLA PARTICULAR DO RIO DE JANEIRO. In: **G1. GLOBO**, 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2022/09/29/jovem-e-vitima-de-homofobia-racismo-e-gordofobia-em-escola-particular-do-rio-lesbica-preta-gorda.ghtml>. Acesso em: 20 jun.2023.

JUNQUEIRA, R. D. Heteronormatividade e homofobia. In: JUNQUEIRA, R. D. (Org.). **Diversidade sexual na educação**. Brasília: MEC, Unesco, 2009. p. 85-93.

JUNQUEIRA, Rogério Diniz. Pedagogia do Armário: uma conjugação entre heteronormatividade, cotidiano e currículo Escolar. In: NEVES, André Luiz Machado das; CALEGARE, Fernanda Priscilla Pereira; SILVA, Iolete Ribeiro (Orgs.), **Escola, sexualidade e gênero: perspectivas críticas**. Manaus, UEA Edições, 2016.

KYRILLOS, Gabriella. Uma análise crítica sobre os antecedentes da interseccionalidade. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1., 2020. p. 1-12. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ref/a/zbRMRDkHJtkTsRzPzWTH4Zj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 mar. 2023.

LEVANTAMENTO internacional de boas práticas de saúde mental nas escolas: um olhar para oito países. **VOZES DA EDUCAÇÃO**. Novembro, 2021. 122 . Disponível em: <https://vozesdaeducacao.com.br/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-Internacional-de-Boas-Praticas-de-Saude-Mental-Escolar.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2022.

LIMA, J. M. S. F.; FRANÇA, J. K. R.; BENTO, T. M. A. Fatores predisponentes que levam jovens adultos à ideação suicida. E ao suicídio no Brasil. *Enfermagem. Cadernos de graduação Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, Alagoas. v. 5. n. 1. p. 153-166. novembro. 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/download/5804/3089/17554>. Acesso em: 09 mar. 2023.

LOPES, F. H. **Suicídio & Saber Médico: estratégias históricas de domínio, controle e intervenção no Brasil do século XIX**. Rio de Janeiro: Apicuri. 2010.

LOPES, Paola N.; OLIVEIRA, Bruna C. de; SILVA, Valquíria R. da. **Manual da rede de atendimento: Orientação para as Escolas Estaduais de Mato Grosso do Sul**. 2. Ed. SED: Campo Grande, 2019.

LOURO. Guacira. L. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis: Vozes 1997.

LOURO, Guacira Lopes. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2000.

MARTINS, Adriana. Neste 01 de janeiro, Suicídio deve ser tratado como questão de saúde pública, alertam pesquisadores. Martins, Coordenadora do Grupo de Pesquisa de Prevenção do Suicídio (PesqueSui/Icict/Fiocruz) realiza estudos sobre suicídio e ideação suicida, o uso de emergências psiquiátricas pela população e métodos de educação em massa sobre saúde mental. **FIOCRUZ**. Rio de Janeiro, 27 de jan. 2014. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/suic%3%ADdio-deve-ser-tratado-como-quest%3%A3o-de-sa%3%BAde-p%3%BAblica-alertam-pesquisadores>. Acesso em: 14 jul. 2022.

MATO GROSSO DO SUL. **Manual Rede de Atendimento- Orientação para as Escolas Estaduais de Mato Grosso do Sul**. [Recurso eletrônico] / Organizadores, Paola Nogueira Lopes, Bruna Camila de Oliveira, Valquíria Rédua da Silva. 2. Ed. --. Campo Grande, MS: Secretaria de Estado de Educação do Mato Grosso do Sul – SED/MS, 2019.

MATO GROSSO DO SUL. **Projeto Político Pedagógico**. [Recurso eletrônico] / --. Campo Grande, MS: Secretaria de Estado de Educação do Mato Grosso do Sul – SED/MS, 2020. Disponível em: <http://www.sistemas.sed.ms.gov.br/PortalSistemas/PPP>. Acesso em: 10 jun. 2023.

MEYER, Dagmar Esterman; PARAÍSO, Marlucy Alves. **Metodologias de pesquisas pós-críticas ou sobre como fazemos nossas investigações**. In: MEYER, Dagmar Esterman; PARAÍSO, Marlucy Alves (Orgs.). *Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação*. 2. ed. Belo Horizonte: Mazza, 2014. p. 17-24.

MINAYO, M.C.S. (2013). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** (13ª Ed). São Paulo, SP: Editora Hucitec.

NAVASCONI, Paulo. **Vida, adoecimento e suicídio: racismo na produção do conhecimento sobre jovens negros/ as LGTBTTIs**. Paulo Vitor Palma Navasconi. Maringá, 2018

OLIVEIRA, Antônia Leticia Ximenes De. SOUSA, Francisco Danúbio Timbó De. Saúde Mental: Um artigo de revisão sobre a Saúde Mental no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 05, Ed. 05, Vol. 11, pp. 198-212. Maio de 2020. ISSN: 2448-0959. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/saude-mental-no-brasil>. Acesso em: 6 jun. 2022.

OLIVEIRA, L. S. de. TRABALHO EM REDE: Ações articuladas para a educação. **Colóquio Internacional de Educação**. [S. l.], v. 1, n. 1, 2011. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/coloquiointernacional/article/view/1230>. Acesso em: 6 jun. 2022.

OLIVEIRA, Whintney P. S; OLIVEIRA, Monica S.; GONÇALVES, Francisca T. D. **Diálogos sobre abuso sexual para a escola, família e comunidade**. CRV: Curitiba, 2019.

OLIVEIRA, M.L.M. et al. Atenção a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência: Redes de Atenção – A Experiência de Goiânia. In: LIMA C.A. (Coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

OLIVEIRA, Marcio de; SILVA, Fernando G. O. da ; MAIO, Eliane R. . Violência sexual contra crianças e adolescentes: a escola como canal de proteção e denúncia. **Perspectivas**. Florianópolis, v. 38, p. 1-23, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/65526/45238>>. Acesso em: 08 dez. 2022.

OLIVEIRA JÚNIOR, Isaias Batista de. MAIO, Eliane Rose. Homofobia e (re) produção da(s) diferença(s): ações conjugadas no plural no contexto escolar. **Momento**, v. 23, n. 2, p. 73-94, jul./dez. 2014.

OLIVEIRA, A. L. E. X.; SOUZA, F. T. D. Saúde Mental: Um artigo de revisão sobre a Saúde Mental no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 11, n. 5, p. 198-212, 2020.

OPENDATASUS. **Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM**. 2023. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sim-2020-2021>. Acesso em: 07 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Informe Mundial de Saúde Mental: transformar a saúde mental para todos. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/oms-divulga-informe-mundial-de-saude-mental-transformar-a-saude-mental-para-todos/#nav>. Acesso em: 01 set. 2023.

PAHO. **Organização Pan-Americana de Saúde**. 2018. Folha informativa atualizada em agosto de 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839. Acesso em: 24 jul. 2022.

PAHO. **Organização Pan-Americana de Saúde**. 2023. Folha informativa atualizada em setembro de 2023. Disponível em: Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio 2023 - OPAS/OMS Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org). Acesso em: 10/09/2023.

PARAISO, Marlucy Alves. Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In: MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann; PARAISO, Marlucy Alves. (org) **Metodologias de pesquisas pós-crítica em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2014.

PONTES, Marlon Brando Alves. **Serviço Social na saúde mental: o desafio das ações socioeducativas na reabilitação psicossocial e as provocações para o empoderamento das pessoas com transtorno mental**. (Monografia em Serviço Social) Faculdade Santo Agostinho. Curso de Serviço Social. 2014.

PRADO, Aneliana da Silva. **Vamos falar sobre suicídio? A prevenção no ambiente escolar** /Aneliana da Silva Prado; orientador, Leandro Rafael Pinto. – Curitiba: Instituto Federal do Paraná, 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAÍBA, 2023. SAÚDE, 2023. Disponível em: <https://www.paranaiba.ms.gov.br/portal/saude/>. Acesso em: 05 set. 2023.

QUESADA, Andrea Amaro. **Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: orientações para educadores e profissionais da saúde** / Andrea Amaro Quesada, Carlos Guilherme da Silva Figueiredo, Antônio Geraldo da Silva, Renata Nayara da Silva Figueiredo, Karine da Silva Figueiredo e Isabella Sallum Guimarães; ilustrações: Rafael Limaverde. – Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_prevencao_automutilacao_suicidio_orientacoes_educadores_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 12 jun. 2023.

RIBEIRO, Breno Lucas de Carvalho; Pacheco Marília. Ambientes Hostis: os Impactos do Coronavírus na Saúde Mental da População LGBT+. In: **População LGBTI+, vulnerabilidades e pandemia da Covid-19** / organização de Antônio Deusivam de Oliveira; prefácio de Valdenízia Bento Peixoto. Campinas: Saberes e práticas, 2020.

RODRIGUES, P. P. **Gritos silenciosos: quando as impossibilidades de simbolização de conflitos retornam ao corpo - automutilação na adolescência**. Belo Horizonte, 2018. Monografia (Especialista em Saúde do Adolescente). UFMG, 2018.

RANGEL, L. et al. Conselho Indigenista Missionário - CIMI. (2018). Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2017. Brasília, DF.

ROMANOWSKI, J. P.; ENS, R. T. **As pesquisas denominadas do tipo “Estado da Arte”. Diálogos Educacionais**. v. 6, n. 6, p. 37–50, 2006.. pdf .Disponível em:

<https://pt.scribd.com/document/318502476/ROMANOWSKI-J-P-ENS-R-T-As-pesquisas-denominadas-do-tipo-Estado-da-Arte-Dialogos-Educacionais-v-6-n-6-p-37-50-2006-pdf#.acesso> em 12 jun. 2023.

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas**. 3. ed. rev. atua. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014. Disponível em: <https://acervo.cead.ufv.br/conteudo/pdf/Apostila%20-%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20Maria%20das%20Gra%C3%A7as%20Rua%202009.pdf?dl=0>. Acesso em: 10 abr. 2023.

SANTOS, Lucas Caires. **Gênero, sexualidade e sofrimento psíquico: tensões entre heteronormatividade e saúde mental no discurso dos profissionais do CAPS II de Vitória da Conquista - BA**. Vitória da Conquista, 2022. 85 f.: il. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/36758/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20VF%20Lucas%20Caires.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2023.

SANTOS, Camilla Stefani Saboia dos. Crimes de estupro. Culpabilização da mulher vítima. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 22, n. 5081, 30 maio 2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/57810>. Acesso em: 10 abr. 2023.

SAÚDE DE TRÊS LAGOAS ALERTA PARA CRESCENTE NÚMERO DE SUICÍDIOS. **Três Lagoas: mais desenvolvimento para todos**. 2018. Disponível em: <https://www.treslagoas.ms.gov.br/saude-de-tres-lagoas-alerta-para-o-crescente-numero-de-suicidios/>. Acesso em: 15 set. 2022.

SILVA, Vitória Régia da. No Brasil, 6 mulheres lésbicas são estupradas por dia. 2019. **Elaborada pela Organização Gênero e Número**. Disponível em: <http://www.generonumero.media/no-brasil-6-mulheres-lesbicas-sao-estupradas-por-dia/>. Acesso em: 26 nov. 2022.

SILVA, M.F.A.; SIQUEIRA, A.C. O perfil de adolescentes com comportamentos de autolesão identificados nas escolas estaduais em Rolim de Moura – RO. **Revista FAROL**. Rolim de Moura - RO, v.3, p. 6-20,2017. Disponível em: <http://www.revistafarol.com.br/index.php/farol/article/view/38>. Acesso 17 abr. 2023.

SILVA, Debora Linhares; JÚNIOR, Álvaro Pinto Palha; FEITOSA, Maria Zelfa Souza. Juventude indígena e suicídio: diálogos transdisciplinares, campos de possibilidades e superação de vulnerabilidades. **Revista Psicologia Política**, v. 19, n. 46, p. 556569, 2019. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7422817>. Acesso em: 26/03/2023.

SILVA, F. G. O. da . Educação contra os quadros de guerra. **REVISTA FAEEDA**, v. 30, p. 204-222, 2021.

SILVEIRA, R. J. T. O professor e a transformação da realidade. **Nuances. Revista do Curso de Pedagogia**. Presidente Prudente – UNESP, vol. 1, No 1, 1995, p. 21-30

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: Uma Revisão da Literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, v. 8, n.16, p. 20-45, 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 set. 2022.

SOUZA, Valdelice Cruz da Silva. **Os sentimentos e as representações sociais sobre gordofobia entre pré-adolescentes no contexto escolar de Sidrolândia / MS.** Campo Grande, MS, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/bitstream/123456789/4359/1/VALDELICE%20CRUZ.pdf> Acesso em: 26/05/2023.

STAVIZKI JUNIOR, Carlos. **Repertórios de ação coletiva e políticas públicas: uma análise a partir da construção da política de prevenção ao suicídio no município de Santa Cruz do Sul (RS).** 2021. 249 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional)- UNISC, Santa Cruz do Sul.

TRÊS LAGOAS registra 7 suicídios em 2022. **RCN67**, 2022. Disponível em: <https://www.rcn67.com.br/jpnews/tres-lagoas/tres-lagoas-registra-sete-suicidios-em-2022/168050/>. Acesso em: 10/09/2022.

VIEIRA GARCIA, M. R. Políticas de Prevenção ao Suicídio no Brasil e seu impacto sobre as escolas. **Práxis Educacional**, [S. l.], v. 15, n. 36, p. 43-60, 2019.

WASHINGTON, D.C., 2014. Um panorama da violência contra as pessoas LGBTI na América: um registro que documenta atos de violência entre 1º de janeiro de 2013 e 31 de março de 2014. **OEA: mais direitos para mais pessoas**. N. 153/14. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/prensa/notas/2014/153A.asp>. Acesso em: 01 set. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A –AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL – ASSISTÊNCIA SOCIAL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE PARANAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

PGEDU·UEMS

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Nós, Prof. Esp. Silvana Arantes da Silva e Prof. Dr. Fernando Galmarini Oliveira da Silva, pesquisadores responsáveis, pela pesquisa intitulada **"POLÍTICAS EDUCATIVAS FORMAIS E NÃO FORMAIS DE PREVENÇÃO AO SUÍCIDIO EM AÇÕES INTERSETORIAIS DA REDE SAÚDE-EDUCAÇÃO-ASSISTÊNCIA SOCIAL EM PARANAÍBA/MS"**, desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação *Servício Social em Educação*, da Unidade Universitária de Paranaíba, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS, solicitamos a Ilma. Sra. Prof. Celina Pereira dos Santos, Secretária de Assistência Social de Paranaíba/MS, autorização para realizar uma coleta de dados desta pesquisa sobre os serviços de proteção social básica e especial do SUAS especialmente aquelas referenciadas à Secretaria de Assistência Social do município de Paranaíba/MS.

A pesquisa tem como pesquisadora principal a Prof.ª Esp. Silvana Arantes da Silva, que será a responsável direta pela coleta dos dados e informações, por meio de realização de questionário junto a gestor/a responsável pela referida secretaria.

O questionário consiste em breves perguntas abertas e fechadas e terá como objetivo identificar no município de Paranaíba/MS ações educativas formais e não formais que visam à prevenção ao suicídio. Os questionários serão aplicados nas dependências da Secretaria de Assistência Social com os protocolos exigidos. Caso ainda estejam em tempo de pendência e, não sendo possível a forma presencial, serão aplicados da forma on-line. Os dados obtidos serão analisados com vistas à construção da dissertação de mestrado da pesquisadora em referência.

A identificação dos/vas participantes e da instituição de assistência social serão devidamente preservadas, obviamente, por aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa da UEMS e conforme a Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Desde já, agradecemos e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Paranaíba/MS, de Novembro de 2021.

Autorizo

Não autorizo

22/11/21



Prof.ª Celina Pereira dos Santos
Secretaria de Assistência Social de Paranaíba/MS

APÊNDICE B –AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL – EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE PARANAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

PGEDU-UEMS

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Nos, Prof. Esp. Silvana Arantes da Silva e, Prof. Dr. Fernando Galmarini Oliveira da Silva, pesquisadores responsáveis, pela pesquisa intitulada “POLÍTICAS EDUCATIVAS FORMAIS E NÃO FORMAIS DE PREVENÇÃO AO SUÍCIDIO EM AÇÕES INTERSETORIAIS DA REDE SAÚDE-EDUCAÇÃO-ASSISTÊNCIA SOCIAL EM PARANAÍBA/MS”, desenvolvida no programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação, da Unidade Universitária de Paranaíba, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS, solicitamos ao Ilmo. Sr. Prof. Maria Aparecida Eufrásio da Silva, Coordenadora Regional de E. Estadual de Paranaíba/MS, autorização para realizar uma coleta de dados desta pesquisa do município de Paranaíba/MS.

A pesquisa terá como pesquisador principal a Profª. Esp. Silvana Arantes da Silva, que será a responsável direta pela coleta dos dados e informações, por meio de realização de questionário junto a Coordenadoria Regional Educação - CRE-10 do município de Paranaíba/MS.

O questionário consiste em breves perguntas e terá como objetivo identificar no município de Paranaíba/MS ações educativas formais e não formais que visam à prevenção ao suicídio.

Os questionários serão aplicados nas dependências das escolas com os protocolos exigidos. Caso ainda estejamos em tempo de pandemia e, não sendo possível a forma presencial, serão aplicados de forma on-line. Os dados obtidos serão analisados com vistas à construção da dissertação de mestrado do pesquisador em referência.

A identificação dos participantes e da instituição escolar será devidamente preservada, eticamente, por aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa da UEMS e conforme a Resolução Nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Desde já, agradecemos e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Paranaíba/MS, de dezembro de 2021.

Autorizo

Não autorizo

08/12/21



Maria Aparecida Eufrásio da Silva
Coordenadora Regional de Educação
Res. nº SED n. 117, de 21/01/2017
CRE-10 Paranaíba - MS

APÊNDICE C –AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL – SAÚDE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE PARANAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

PGEDU-UEMS

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Nós, Prof. Esp. Silvana Arantes da Silva e, Prof. Dr. Fernando Galmarini Oliveira da Silva, pesquisadores responsáveis, pela pesquisa intitulada “POLÍTICAS EDUCATIVAS FORMAIS E NÃO FORMAIS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO EM AÇÕES INTERSETORIAIS DA REDE SAÚDE-EDUCAÇÃO-ASSISTÊNCIA SOCIAL EM PARANAÍBA/MS”, desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação, da Unidade Universitária de Paranaíba, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS, solicitamos a Ilma. Sra. Enfermeira Franciani Mariana Forni, Secretária de Saúde de Paranaíba/MS, autorização para realizar uma coleta de dados desta pesquisa,

A pesquisa tem como pesquisadora principal a Prof. Esp. Silvana Arantes da Silva, que será a responsável direta pela coleta dos dados e informações, por meio de realização de questionário junto a gestão responsável pela referida secretaria.

O questionário consiste em breves perguntas e terá como objetivo identificar no município de Paranaíba/MS ações educativas formais e não formais que visam a prevenção ao suicídio. Os questionários serão aplicados nas dependências desta secretaria com os protocolos exigidos. Caso ainda estejam em tempo de pandemia e, não sendo possível a forma presencial, serão aplicados de forma on-line. Os dados obtidos serão analisados com vistas à construção da dissertação de mestrado do pesquisador em referência.

A identificação dos participantes e da instituição saúde será devidamente preservada, eticamente, por aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa da UEMS e conforme a Resolução Nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Deste jll, agradecemos e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Paranaíba/MS, de novembro de 2021.

Autorizo

Não autorizo

22/11/21



Franciani Mariana Forni
Secretaria de Saúde de Paranaíba/MS

APÊNDICE D – FOLHA DE ROSTO

Projeto Força Acadêmica MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: POLÍTICAS EDUCATIVAS FORMAIS E NÃO FORMAIS DE PREVENÇÃO AO SUÍCIDO EM AÇÕES INTERSETORIAIS DA REDE SAÚDE-EDUCAÇÃO-ASSISTÊNCIA SOCIAL EM PARANAGUÁ/MS			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 8			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Educação			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: SELVANA ARANTES DA SILVA			
6. CPF: 845.070.841-72	7. Endereço (Rua, n.º): Rua Sônia Santo Antônio casa PARANAGUÁ MATO GROSSO DO SUL TRINDADO		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 87867.722121	10. Outro Telefone:	11. E-mail: silvanarantespsfvia@hemat.br
<p>Termo de Compromisso: Deixo que carteggio e cumprir os registros de Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sob as condições ou não, de acordo as reconhecíveis pela comunidade científica do projeto acima. Tento ciência que esse termo está anexado ao projeto devidamente assinado por todos os responsáveis e faz parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>16</u> / <u>11</u> / <u>2021</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL	13. CNPJ: 00.091.362/9080-00	14. Unidade/Objeto:	
15. Telefone: 506 7429-2838	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Deixo que carteggio e cumprir os registros de Resolução CNS 466/12 e suas complementares e como esta instituição tem condições para a desreservarização desta pesquisa, autoriza sua execução.</p>			
Responsável: <u>Maria Clélia Rosa Santos</u>		<u>333 840 638-69</u>	
Cargo/Função: <u>Coordenadora - PGE DU</u>			
Data: <u>24</u> / <u>03</u> / <u>2022</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.		 Prof. Dra. Maria Clélia Rosa Santos Coordenadora de Projetos e de Atividades em Saúde - PGE - Jussara	

APÊNDICE E – TERMO DE ARMAZENAMENTO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE PARANAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO



TERMO DE ARMAZENAMENTO PARA PROCEDIMENTOS EM PESQUISAS COM QUALQUER ETAPA EM AMBIENTE VIRTUAL

Eu, Silvana Arantes da Silva, brasileira, solteira, professora e mestranda pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS-Unidade de Paranaíba), portador do RG n.: 1000452 SSP/MS e do CPF n.: 845.819.641-72, residente e domiciliada na Rua Dona Bríndis, n.: 655, Bairro Santo Antônio, Paranaíba/MS, CEP: 79.500-000, E-mail: silvanarantesda Silva@hotmail.com, Celular: (67) 98172-3121, **COMPROMETO-ME** a armazenar os dados adquiridos por meio de questionário semiestruturado realizados presencialmente, mas os quais serão armazenados na **modalidade online**, ficando esses dados disponíveis em pasta compartilhada no drive de e-mail institucional da UEMS, pelo período de 05 (cinco) anos.

A pesquisa será supervisionada pelo Prof. Dr. Fernando Guimarães Oliveira da Silva, e está provisoriamente intitulada "POLÍTICAS EDUCATIVAS FORMAIS E NÃO FORMAIS DE PREVENÇÃO AO SUÍCIDIO EM AÇÕES INTERSETORIAIS DA REDE SAÚDE-EDUCAÇÃO-ASSISTÊNCIA SOCIAL EM PARANAÍBA/MS", desenvolvida no programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação, da Unidade Universitária de Paranaíba, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS Unidade de Paranaíba.

A pesquisa tem como pesquisador principal o Prof. Esp. Silvana Arantes da Silva, que será a responsável direta pela coleta dos dados e informações, por meio de aplicação de questionário junto ao Secretário de Saúde, a Secretária de Assistência Social e a Coordenadora Geral do CRE-10.

- 1) O questionário consiste em breves perguntas e terá como objetivo identificar e analisar como é abordado o tema da prevenção ao suicídio do em ações educativas formais e não formais desenvolvidas pela população que tais órgãos atendem no município de Paranaíba-MS.

Os questionários serão aplicados nas dependências da Coordenadoria Regional de Educação de Paranaíba/MS – CRE – 10 e nas dependências das secretarias de saúde e Assistência Social e com os protocolos exigidos. Caso ainda estejam em tempo de pandemia e, não sendo possível a forma presencial, serão aplicados de forma on-line. Os dados obtidos serão analisados com vistas a construção da dissertação de mestrado da pesquisadora em referência.

A identificação dos participantes e das instituições Saúde-Assistência Social e Educação serão devidamente preservadas, unicamente, por aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa da UEMS e conforme a Resolução N°. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Ademais, o armazenamento de dados cumpriu o disposto na Carta Circular nº 1/2021-
CONEP/SECNS/MS (Brasília, 03 de março de 2021), exigida pelo Ministério da Saúde; Secretaria-
Executiva do Conselho Nacional de Saúde e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Desde já, agradecemos e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Paranaíba/MS, 13 de maio de 2022.



Assinatura do(a) orientado(a)



Assinatura do(a) Orientador(a)

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO – SAÚDE

QUESTIONÁRIO

Caro(a) Secretário(a) de Saúde, você foi convidado a participar da pesquisa realizada junto ao Programa de pós-graduação em Educação, UEMS da Unidade de Paranaíba/MS, provisoriamente intitulada, **Políticas educativas formais e não-Formais de prevenção ao suicídio em ações intersetoriais da rede de saúde-educação-assistência social em Paranaíba/MS**, supervisionado pelo professor Dr. Fernando Guimarães Oliveira da Silva. Saiba que a qualquer momento, você pode decidir por não continuar com a pesquisa sem que isso traga ônus a você. Esperamos poder contar com sua colaboração.

I- Informações Pessoais

- 1- Gênero: () Masculino () Feminino () Não binário Outro, especifique:
- 2- Sexualidade: (heterossexual () Homossexual () Homossexual () Bissexual
Outra. especifique:
- 3- Religião:
- 4- Idade:
- 5- Estado civil:
- 6- Raça/etnia: () preto () pardo () branco () amarelo () indígena

II- Profissão

- 7- Formação:
- 8- Área de lotação, cargo e atuação profissional:
- 9- Quanto tempo de atuação na da saúde?
- 10- Deste tempo de atuação profissional, quanto tempo está como Secretário de Saúde?

III- Caracterize abaixo a quantidade de equipamentos ligados ao SUS de Paranaíba/MS de acordo com o nível de proteção:

- 1) Atenção básica da saúde:
- 2) Atenção especialidades:
- 3) Atendimento 24horas:

IV-Aspectos qualitativos

- 1- Há um banco de registro das tentativas de suicídio no município que podem auxiliar no processo de elaboração de políticas de educação em saúde? Se sim, é de ampla divulgação? Se não, como as intervenções são realizadas?
- 2- Há um banco de registros de morte por suicídio que pode auxiliar na elaboração de estratégias de intervenção em educação em saúde. Se sim, como isso é feito? Se não por quê?
- 3- Há um banco de registro com informações específicas das características identitárias destes sujeitos para auxiliar no processo de planejamento das políticas públicas de intervenção em saúde?
- 4- Existe alguma Política Pública com ações educativas de acompanhamento e prevenção ao Suicídio no município de Paranaíba/MS? Se sim, caracterize? Se não, porque não é relevante?
- 5- As ações de identificação e prevenção de comportamento suicida desenvolvido pela secretaria de saúde são contínuas ou em momentos específicos? Justifique a sua resposta.
- 6- Essas ações educativas de prevenção ao suicídio são direcionadas a grupos específicos (pessoas com comportamento autodestrutivo e/ou vítimas de tentativas de suicídio) ou se dão de modo coletivo (sociedade em geral)?
- 7- As ações de prevenção do suicídio no município de Paranaíba/MS são exclusivas da área de Saúde ou mantém parceria com outras áreas do governo?
- 8- Existe algum tipo de incentivo (Federal, Estadual, Municipal) para o desenvolvimento de Políticas educativas de prevenção ao suicídio em Paranaíba/MS de forma contínua?
- 9- As ações educativas de prevenção ao suicídio ocorrem em todas as complexidades de atenção da saúde ou são desenvolvidas por alguma especialidade? Justificativa a sua resposta.
- 10 - Você considera que seja de responsabilidade exclusiva da área da saúde as ações de prevenção ao suicídio?

APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO – ASSISTÊNCIA SOCIAL

QUESTIONÁRIO

Caro(a) Secretário (a) de Assistência Social de Paranaíba/MS, você foi convidado a participar da pesquisa realizada junto ao Programa de pós-graduação em Educação, UEMS da Unidade de Paranaíba/MS, provisoriamente intitulada, **Políticas educativas formais e não-Formais de prevenção ao suicídio em ações intersetoriais da rede de saúde-educação-assistência social em Paranaíba/MS**, supervisionado pelo professor Dr. Fernando Guimarães Oliveira da Silva. Saiba que a qualquer momento, você pode decidir por não continuar com a pesquisa sem que isso traga ônus a você. Esperamos poder contar com sua colaboração.

I- Informações Pessoais

- 1- Gênero: () Masculino () Feminino () Não binário Outro, especifique:
- 2- Sexualidade: (heterossexual () Homossexual () Homossexual () Bissexual
Outra. Especifique:
- 3- Religião:
- 4- Idade:
- 5- Estado civil:
- 6- Raça/etnia: () preto () pardo () branco () amarelo () indígena

II- Profissão

- 1-Formação:
- 2-Área de lotação, cargo e atuação profissional:
- 3-Quanto tempo de atuação na da assistência social?
- 4-Deste tempo de atuação profissional, quanto tempo está como Secretário(a) de Assistência Social?

III-Characterize abaixo a quantidade de equipamentos de proteção social ligados ao SUAS de Paranaíba/MS de acordo com o nível de proteção:

1) Proteção social básica:

Serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças:

Serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para adolescentes:

Serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para pessoas idosas:

Outros:

2) Proteção social especializada de média complexidade:

3) Proteção social de alta complexidade:

IV - Aspectos qualitativos

1-Nos equipamentos de assistência social existem registros de usuários e suas famílias com comportamento suicidas? Explique como o SUAS realiza as intervenções nessa situação.

2-Pode nos falar um pouco sobre as ações de prevenção do suicídio e ações de acompanhamento das vítimas de tentativas de suicídio e comportamentos autodestrutivo na rede Assistência Social?

3-As ações de identificação e prevenção de comportamento suicida desenvolvido pela rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, CAPS e Centro de Fortalecimento de Vínculos) são contínuas ou em momentos específicos?

4-Há algum tipo de incentivo (Federal, Estadual, Municipal) para o desenvolvimento de Políticas de prevenção ao suicídio em Paranaíba/MS de forma continua envolvendo articulação com outras áreas, como saúde e educação? Como isso ocorre?

5-Você acredita que o SUAS tem responsabilidade de atuação com o suicídio? Justificativa a sua resposta.

6-Há processos formativos para a equipe do SUAS para atuar na questão social ligada ao suicídio? Justifique a sua resposta.

APÊNDICE H – QUESTIONÁRIO – EDUCAÇÃO

QUESTIONÁRIO

Caro(a) Coordenador (a) Coordenadoria Regional de Educação de Paranaíba/MS – CRE 10, você foi convidado a participar da pesquisa realizada junto ao Programa de pós-graduação em Educação, UEMS da Unidade de Paranaíba/MS, provisoriamente intitulada, **Políticas educativas formais e não-Formais de prevenção ao suicídio em ações intersetoriais da rede de saúde-educação-assistência social em Paranaíba/MS**, supervisionado pelo professor Dr. Fernando Guimarães Oliveira da Silva. Saiba que a qualquer momento, você pode decidir por não continuar com a pesquisa sem que isso traga ônus a você. Esperamos poder contar com sua colaboração.

I- Informações Pessoais

- 1- Gênero: () Masculino () Feminino () Não binário Outro, especifique:
- 2- Sexualidade: (heterossexual () Homossexual () Homossexual () Bissexual ()
Outra. especifique:
- 3- Religião:
- 4- Idade:
- 5- Estado civil: CASADA
- 6- Raça/etnia: () preto () pardo () branco () amarelo () indígena

II-Characterize abaixo a quantidade de escolas supervisionadas por esta CRE-10, de acordo com os municípios:

III - Profissão

- 1-Formação:
- 2-Área de lotação, cargo e atuação profissional:
- 3-Quanto tempo de atuação na coordenadoria de educação?
- 4-Deste tempo de atuação profissional, quanto tempo está como Coordenador/Supervisor?

III – Aspectos qualitativos

- 1- Fale um pouco sobre a Coordenadoria Regional de Educação de Paranaíba/MS – CRE 10, sua função.
- 2- As escolas ligadas a CRE-10 têm conhecimento sobre os comportamentos suicidas dos/das alunos/as? Explique a resposta
- 3- Há momentos em que professores/as atuam com a temática do suicídio em suas aulas? Explique a resposta.
- 4- Existem ações institucionais das escolas que fomentam a prevenção ao suicídio? Explique a resposta.
- 5- As escolas criam parcerias com outras instituições da rede de serviços para atuar na prevenção ao suicídio ou a comportamento autodestrutivos? Explique a resposta.
- 6- Há algum tipo de incentivo (Federal, Estadual, Municipal) para o desenvolvimento de Políticas educativas de prevenção ao suicídio em Paranaíba/MS de forma continua envolvendo outras áreas, como saúde e assistência social?
- 7- Ocorrem cursos de formação e capacitação dos profissionais da educação para identificar e encaminhar os discentes com comportamentos autodestrutivos aos profissionais qualificados para a prevenção do suicídio?
- 8- Você considera que a educação tem responsabilidade na elaboração de ações educativas focadas na prevenção ao suicídio? Justifique a sua resposta.

APÊNDICE I – ENTREVISTA

Há 1) situações das diferenças e das diversidades particulares das pessoas que podem refletir em comportamentos autolesivo e suicídio gerados por LGBTI+fobia, racismo, gordofobia, religiosidade, violência física, sexual e de gênero?

Se 2) há registros de comportamento autolesivo e suicida decorrentes de sofrimentos gerados por homofobia, lebofobia, transfobia, racismo, violência doméstica ou sexual identificado entre as pessoas atendidas na área da saúde, educação e assistência social?