

SUICÍDIO: UM CONVITE À REFLEXÃO SOBRE O TEMA!
SUICIDE: NA INVITATION FOR REFLECTION ON THE THEME!

Ênio Carlos Gomes*

Daniela Soares Rodrigues**

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o suicídio como o ato deliberado, intencional, de causar a morte de si mesmo, iniciado e executado intencionalmente por uma pessoa que tem nitidamente a noção de que deste pode seguir-se a morte, e cujo resultado inexorável é anelado. O suicídio é a segunda principal causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos. Este artigo tem como objetivo refletir sobre o suicídio e suas consequências. A metodologia usada neste trabalho foi pesquisa bibliográfica. Conforme Botega (2015), Bertolote (2012) e Souza (2018), os homens cometem mais suicídio, embora as mulheres façam mais tentativas, isso decorre do fato de que os métodos utilizados pelos primeiros costumam ser mais letais. Grande parte das pessoas que cometem suicídio possui algum transtorno mental, tais como: transtornos de humor, relacionados a substâncias, da personalidade. Os comportamentos suicidas são multifatoriais, multideterminados e transacionais e estão relacionados a fatores predisponentes, dentre os quais se pode citar, características genéticas ou genotípicas, condições precipitantes, que desencadeiam comportamentos que induzem ao suicídio. As principais causas de suicídio envolvem fatores sociodemográficos, transtornos mentais, fatores psicossociais e outros. Os principais fatores de proteção são personalidade e estilo cognitivo, estrutura familiar, fatores socioculturais e outros. Este trabalho apresenta medidas relativas à prevenção e posvenção e aspectos peculiares ao luto dos sobreviventes ao suicídio. Este artigo apresenta cinco extratos populacionais nos quais ocorrem o suicídio, idosos, ambiente acadêmico, crianças e adolescentes e população LGBTQIA+.

Palavras chave: Comportamento suicida. Posvenção. Prevenção. Suicídio.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) defines suicide as the deliberate act, intentional, to cause death of himself, intentionally initiated and executed by a person who clearly has the notion that death may follow from this, and whose inexorable results is longed for. Suicide is the second leading cause of death among young people aged 15 to 29. This article aims to reflect on suicide and its consequences. The methodology used in this work was bibliographic research. According to Botega (2015), Bertolote (2012) and Souza (2018), men commit more suicide, although women make more attempts, this is due the fact that the methods used by the former tend to be more lethal. Most of people who commit suicide have a mental disorder, such as: mood, substance-related, personality disorder. Suicidal behavior are multifactorial, multi-determined and transactional and are related to predisposing factors, among which one

* Graduando em Psicologia pela Faculdade de Iporá, GO.

** Orientador, Graduado em Psicologia pela Universidade Salgado de Oliveira- UNIVERSO, e Pós Graduado em Docência Universitária pela Faculdade de Iporá.

can cite, genetic or genotypic characteristics, precipitating conditions, that trigger suicide-inducing behavior. The main causes of suicide involve sociodemographic factors, mental disorder, psychosocial factors and others. The main protective factors are personality and cognitive style, family structure, sociocultural factors and others. This work presents measures related to prevention and postvention and peculiar aspects to the mourning of suicide survivors. This article present five populations groups in which suicide occurs, elderly people, academic environment, children and adolescents and LGBTQIA+ population.

Keywords: Suicide. Suicidal behavior. Prevention. Postvention.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por finalidade contribuir para o debate a respeito da problemática que envolve o suicídio, um assunto, que desde os primórdios da humanidade, é tratado como tabu e carregado de estigmas, constituindo um grave problema de saúde pública, nesse contexto a proposta desse trabalho é também promover a conscientização da sociedade sobre as questões que envolvem o suicídio.

De acordo com Bertolote (2012), a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o suicídio como o ato deliberado, intencional, de causar a morte de si mesmo, iniciado e executado intencionalmente por uma pessoa que tem nitidamente a noção de que deste pode seguir-se a morte, e cujo resultado inexorável é anelado.

Segundo Durkheim (2019, p. 14) “o suicídio é todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela saiba que produziria esse resultado”.

Este trabalho tem como objetivo fazer uma reflexão sobre o fenômeno do suicídio e suas consequências nos mais diversos âmbitos da sociedade.

O desenvolvimento deste trabalho apresenta inicialmente, um histórico do suicídio conforme o contexto religioso, político e cultural, com suas respectivas visões sobre o tema, considerando os aspectos sociais, morais e econômicos que permeiam a discussão sobre o autoextermínio.

Desde os primórdios em todas as culturas, o suicídio é um assunto tratado com reservas. O preconceito permeou a história da humanidade, passando pelas civilizações grega e romana, pelas idades média e moderna e chegou à pós-modernidade com poucas diferenças no enfrentamento da problemática pela sociedade, nesse sentido, o debate sobre o suicídio continua sendo evitado e tem enfrentado muitas resistências.

Conforme Botega (2015) a OMS define comportamento suicida como um fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional que se desenvolve por trajetórias complexas,

porém identificáveis. Os comportamentos suicidas segundo Bertolote (2012) estão inter-relacionados com fatores de risco: predisponentes e precipitantes, portanto, a identificação destes é importante no sentido da prevenção à prática do suicídio. Pinheiro (2018) assevera que a maior parte das ocorrências de suicídios são antecedidas por pedidos de ajuda, que podem ocorrer de forma verbal, por meio de ameaças ou pensamentos, daí a importância de falar sobre os comportamentos suicidas, permitindo, dessa maneira a identificação dos tais e uma melhor tomada de medidas preventivas.

Sobre a prevenção ao suicídio, de acordo com Botega (2015), o que se busca é a melhoria das condições de vida do ser humano e conseqüente diminuição dos fatores estressores que levam ao sofrimento extremo que resulta no suicídio. Prevenir o suicídio não é uma tarefa simples, exigindo esforços coordenados que devem levar em conta aspectos médicos, psicológicos, familiares, socioculturais, religiosos e econômicos.

A prevenção do suicídio e às tentativas, torna-se possível na medida em que os profissionais de saúde, pertencentes aos diversos níveis de atenção, estejam habilitados à identificar os sinais e sintomas e tenham habilidades para desenvolver esforços programados de prevenção.

A posvenção é o suporte prestado através da informação e acompanhamento à família e tem como objetivo a recuperação dos possíveis danos psicológicos decorrentes da perda do ente querido, e também prevenir comportamentos autodestrutivos que possam tornar-se fatores desencadeantes de suicídio.

De acordo com Fukumitsu (2019), de todas as perdas, as provocadas pelo suicídio, são as que mais provocam sofrimento, por ser brusca, pela violência do ato e pela inexistência de esclarecimento rápido.

A metodologia utilizada para a consecução deste trabalho foi de cunho bibliográfico e qualitativo, tendo sido para tanto, utilizados livros para a construção do referencial teórico que fundamenta o desenvolvimento da temática proposta.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Definição de suicídio

De acordo com Bertolote (2012), para a Organização Mundial de Saúde (OMS), “o suicídio é definido como o ato deliberado, intencional, de causar a morte de si mesmo, iniciado e executado intencionalmente por uma pessoa que tem nitidamente a noção de que deste pode seguir-se a morte, e cujo resultado inexorável é anelado”.

Conforme Bertolote (2012. pp. 21, 22)

Do ponto de vista fenomenológico, o suicídio é um processo que se inicia com considerações mais ou menos vagas sobre a morte e o morrer (ideação suicida), as quais podem adquirir consistência (persistente ou recorrente, flutuante), evoluir para a elaboração de um plano (plano suicida) e culminar num ato suicida, cujo desfecho pode ser fatal (suicídio) ou não (tentativa de suicídio).

Bertolote (2012), afirma ainda que o suicídio é o ato, pelo qual o indivíduo de maneira deliberada dá cabo da própria vida, independente de ser consequência de ímpeto ou planejamento, constituindo emergência primeira para o pessoal da saúde.

Segundo Durkheim (2019. p. 14), o suicídio é todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado.

Consoante Wenzel, Brown e Beck (2010) o suicídio é definido como a morte em decorrência de danos autoinfligidos, tendo como propósito o autoextermínio. Essa definição engloba três significativos ingredientes: 1- o indivíduo acha-se morto; 2- a causa da morte origina-se do seu comportamento; 3- o sujeito tinha a finalidade de provocar sua morte.

Ainda Wenzel, Brown e Beck (2010), apresentam a definição de tentativa de suicídio: comportamento não fatal, autoinfligido, potencialmente danoso, com qualquer intenção de morrer como seu resultado.

De acordo com Wenzel, Brown e Beck (2010) ideação suicida consiste em todas as ideias, representações, vozes ou outras percepções narradas pelo sujeito a respeito de dar fim a própria vida. Quanto a intenção suicida é representada pelo desejo de autoextermínio somada a intensão de executar essa vontade.

2.1. O suicídio em diferentes religiões e culturas

Para Botega (2015), referindo-se a antiguidade greco-romana, os gregos eram mais condescendentes em relação ao suicídio, adotando um comportamento moderado e nobre de espírito. Contudo não era tolerado o ato que aparentasse desrespeito aos deuses. Nesses casos, o cadáver não tinha direito às honras de uma sepultura regular, tinha a mão amputada e sepultada à parte.

Bertolote (2012), afirma que a prática do suicídio é conhecida desde as eras antiquíssimas, relatado em quase todas as doutrinas místicas relacionadas à gênese do mundo e em textos capitais de inúmeras religiões (como a Bíblia, o Alcorão e o Talmude).

Botega (2015, p. 31)

Em relação ao papel da religiosidade, devemos considerar duas dimensões principais a ela ligadas: a importância de um sistema de crenças e o estabelecimento de uma rede de apoio social, que carrega por sua vez forças de coesão e integração grupais. A fé pode proteger contra o suicídio, uma vez que proporciona um sistema estruturado de crenças e, em geral, advoga em prol da adoção de um comportamento que pode ser considerado benéfico em termos físicos e mentais. No entanto, muitas crenças e comportamentos influenciados pela religião e pela cultura aumentam o estigma em relação ao suicídio e pode desencorajar a procura por assistência médica.

De acordo com Botega (2015), no judaísmo, o quinto mandamento da lei mosaica proíbe matar, não especificando, no entanto, se essa proibição se estende à própria vida. Menciona vários episódios de suicídios heroicos relatados no Antigo Testamento (a morte de Sansão, narrada no livro de Juízes 17,23-31), esse tipo de mortes heroicas permanece nas guerras judaicas dos primeiros séculos DC (no ano de 73 DC, mais de mil judeus se mataram, em Massada, diante da iminência de serem mortos pelo exército romano). Todavia, assevera que o judaísmo condena, no Talmude, o suicídio, vedando aos mortos por esse motivo, as honras póstumas e ritos funerários, porém, assevera que o ato é um caminho admissível perante a eventualidade de alguns pecados. O costume judeu, ainda nos dias atuais, é sepultar os suicidas em separado dos mortos por outros motivos.

Botega (2015, pp. 32,33)

No protestantismo, Lutero entendia que quase sempre as pessoas se matam por causa do demônio, da mesma forma que um viajante é morto por um ladrão. Em contrapartida, acredita-se que a libertação da tutela da Igreja, a interpretação pessoal dos textos bíblicos, a aguda consciência da fraqueza humana, o livre arbítrio, a supressão da confissão, enfim, todas essas características da igreja protestante histórica, (luterana, presbiteriana, batista, episcopal) contribuíam para elevar o número de protestantes que se suicidam, quando comparados, proporcionalmente, a católicos.

Botega (2015), no Islamismo o Alcorão reprova notoriamente o suicídio e, conseqüentemente, nessa cultura o índice é baixo.

Botega (2015, p. 32) “no hinduísmo a força do kharma não é interrompida pelo suicídio – ela continuará no outro mundo, e causará um sofrimento ainda maior do que se a pessoa permanecesse viva”.

Bertolote (2012), o budismo tem como primeiro preceito a renúncia em tirar a vida, inclusive a própria, ao contrário de outros seguimentos religiosos, não censura o suicídio, porém o declara como um ato negativo, incompatível com a via da iluminação, objetivo do budismo.

Conforme Botega (2015) os cristãos evangélicos pentecostais brasileiros, a despeito posição seja de condenação ao suicídio, pouco se atêm à problemática.

Botega (2015, p. 33).

No Espiritismo kardecista, o suicida é a maior vítima de seu próprio engano. O suicídio é visto como a maior das infelicidades que se abatem sobre um espírito. Entre as religiões afro-brasileiras, há, no candomblé, uma pluralidade de deuses (orixás) desinteressados em censurar ou em punir os humanos por suas faltas ou fraquezas morais. A umbanda, com forte sincretismo religioso (catolicismo, kardecismo, hinduísmo e tradições africanas), a exemplo do candomblé, não possui uma posição definida em relação ao suicídio.

Segundo Minois (2018) desde os tempos imemoriais foi elaborado o pensamento grego sobre a questão essencial do suicídio filosófico. As diversas correntes filosóficas atribuíam ao indivíduo a liberdade para decidir com relação a sua vida. Segundo eles, a vida só tinha razão de ser mantida se fosse um bem, ou seja, se permanecesse consoante à razão e a dignidade humana, produzindo mais bem-estar do que dissabores. Considerando loucura sua preservação caso não fosse assim. Os cirenaicos caracterizavam-se pelo individualismo e pessimismo. Os cínicos apregoavam absoluto desdém pela vida caso ela não pudesse ser vivida racionalmente. Para os epicuristas, a sabedoria preconiza o suicídio com serenidade se a vida acudir-se insustentável. Também é recomendado pelos estoicos um suicídio cômico, caso a razão demonstre que seja essa a solução mais nobre para se adequarem ao sistema ao qual não conseguiam acompanhar o modo de conduta que planejavam. Os pitagóricos objetavam ao suicídio sob a alegação de duas justificativas fundamentais: como a alma ficou presa em um corpo depois do pecado original, ela tem de realizar sua expiação até o fim; a associação da alma e do corpo é regida por relações numéricas cuja harmonia o suicídio poderia romper.

Conforme Botega (2015), Sócrates embora repudiasse o suicídio, ao mesmo tempo fez a morte aparentar algo agradável ao beber a cicuta com prazer. Platão respaldava o suicídio nas conjunturas externas que se tornavam insuportáveis. Aristóteles, por sua vez, considerava o suicídio ofensa contra o Estado, uma atitude socialmente irresponsável. Já na cultura romana, a prática do suicídio não era considerada uma ofensa moral, nem tampouco matéria de ações legais. Para os romanos viver nobremente também significava morrer de maneira nobre e no tempo certo. Podia-se validar o suicídio por meio de uma escolha criteriosa, baseado nos valores que haviam norteado a vida. Entretanto, havia preocupação do Estado com a forma pela qual seria afetado, particularmente o Tesouro. Em decorrência disso, era proibido a soldados, escravos ou criminosos que se suicidassem.

Segundo Minois (2018), a sociedade romana era a mais partidária da prática do suicídio, dentre todas as civilizações ocidentais antigas. Porém, à semelhança da grega, não era unânime a concordância, entre os romanos, sobre esse assunto. Desde os primórdios, o povo romano se reparte entre a objeção ao ato e a contemplação por essa manifestação de autodeterminação do indivíduo, que lhe proporcionava fugir dos excessos cometidos pelos mais poderosos e da tirania governamental.

Minois (2018) menciona que a prática do suicídio era vedada aos escravos e soldados em Roma. Para os primeiros considerava-se um atentado contra a propriedade privada e, quanto ao segundo grupo, os soldados sobreviventes à tentativa de suicídio eram punidos. Para os homens livres, não havia proibição legal contra a prática do suicídio.

De acordo com Minois (2018), a partir do Século II dá-se início ao endurecimento da legislação romana em oposição ao suicídio, o império estava subpovoado e objetivando conter a evasão fiscal dos suspeitos que se matavam antes de serem indiciados, intensifica o controle do Estado sobre a permissão à morte livre.

Consoante Botega (2015), o Estado romano totalitário, sob Constantino, proíbe o indivíduo comum de tirar a própria vida. A vida dos colonos e dos escravos era propriedade do seu senhor. Aqueles que se suicidavam passaram a ser culpabilizados e, seus bens eram confiscados dos familiares.

Segundo Minois (2018) a partir de Santo Agostinho, a proibição plena do suicídio acaba sendo incluída ao arcabouço doutrinário alicerçador do pensamento cristão. Passa-se a aceitar apenas a autoridade moral das Escrituras, enriquecidas pela Tradição, os Patriarcas, os teólogos, os concílios e os papas. Acredita-se de bom grado na ciência da Antiguidade, mas não em sua moral, que passa à competência dos intelectuais e do direito canônico.

Conforme Botega (2015) para Agostinho, a vida era uma dádiva de Deus. Sendo um presente de Deus, ao desfazer-se dela, o indivíduo contrariava sua vontade, rejeitava o Criador. No entendimento de Santo Agostinho, ninguém tinha o direito de se entregar à morte sob o pretexto de escapar aos tormentos passageiros, sem incorrer no risco de mergulhar em complicações eternas. O suicídio passa a ser considerado pecado mortal. Através de sucessivos concílios a fundamentação doutrinária coercitiva contrária ao suicídio foi consolidada. O concílio de Arles, em 452, declarou que a prática era crime decorrente de cólera demoníaca. O Concílio de Braga, em 562, suspendeu o direito à missa e estabeleceu a proibição do cântico dos salmos no sepultamento dos suicidas.

O século XVII sinalizou um afastamento na maneira como se reputava o suicídio. As vedações consuetudinárias à morte voluntária passaram a ser confrontadas, passando o suicídio a ser considerado como dilema humano. No âmbito das ciências a perspectiva divina foi sendo substituída pela humana: do desperatio (ação de domônios) para a melancholia (depressão); da condenação (felo de se) para o reconhecimento da alienação mental.

De acordo com Botega, (2015), no século XVIII, São Tomás de Aquino, teólogo da igreja católica, inseriu em sua obra teológica, que o autoextermínio não permitia o arrependimento. Por isso, consistia no pior dos pecados. Aqueles que se suicidavam passaram, então, a serem classificados como os mártires de Satã.

Botega (2015, p. 20)

O suicídio por desperatio (estado inspirado pela ação do demônio) era considerado o pior de todos, em uma época em que a Igreja passou a exigir a prática da confissão individual dos pecados. Pecava-se contra Deus, por duvidar da sua misericórdia; pecava-se também contra a Igreja, por duvidar do seu poder intercessor. A legislação civil inspirou-se no direito canônico e acrescentou às penas religiosas as penas materiais. O suicida considerado responsável por seu ato (felo de se) tinha seus bens materiais confiscados pela Coroa, e seus familiares, privados da herança. Para as autoridades, um veredito de felo de se passou a ser um negócio lucrativo empregado em qualquer caso de morte suspeita.

Segundo Barbagli (2019) no ano de 1562, na Inglaterra, num veredito a respeito de um sujeito que suicidara, o tribunal enfatizou que a prática do suicídio consistia em um tríplice crime, contrário a natureza, opunha-se a Deus e uma afronta ao soberano, porque perdia este um súdito.

Ainda de acordo com Barbagli (2019), no ano de 1670, Luís XIV, determina o fim do princípio da extinção do crime com a morte do culpado para aqueles reputados como graves, estabelecendo para estes os devidos processos legais contra o defunto, visando servir de advertência para os demais, “a lesa majestade divina e humana, o suicídio, a rebelião violenta contra a justiça e o duelo”. (BARBAGLI, 2019, p. 157).

Ainda conforme Barbagli (2019, p. 157),

Justamente porque ofendiam a Deus e ao soberano, perturbavam a ordem religiosa e política, o suicídio, a heresia, a bruxaria e a blasfêmia estiveram entre os primeiros crimes a serem considerados públicos e, como tal, a serem punidos com penas públicas, com o procedimento chamado inquisitório, iniciado de ofício por um magistrado em nome do interesse geral, sem esperar a denúncia da vítima, de uma testemunha ou de outra pessoa qualquer.

Conforme Barbagli (2019), na metade do século XVII, iniciou-se a descriminação do suicídio, considerado crime *gravissimum*. Os juízes passam a ser mais tolerantes àqueles que tiravam sua própria vida, aumentando o número de sentenças de remissão.

Barbagli (2019) assevera que o processo de discriminação do homicídio de si próprio foi amparado pelo declínio da sociedade feudal e das ligações de absoluta subalternidade entre as pessoas, que anteriormente julgavam o suicídio como subtração ou violação de voto.

De acordo com Botega (2015), no século XIX, o advento da Revolução industrial trouxe profundas alterações na sociedade, estimulou o estudo dos métodos de modificação social. É nesse contexto que surge em 1897 a obra de Émile Durkheim: O suicídio. O livro provocou o deslocamento do foco relacionado ao suicídio: do sujeito, para a sociedade, da ética para as questões sociais.

Ainda segundo Barbagli (2019) em meados do século XIX os dados disponíveis, conduzem alguns estudiosos a demonstrar que a prática do suicídio era mais recorrente entre as classes mais abastadas e estava atrelada, diretamente, ao maior dispêndio de energia cerebral. Todavia, Durkheim culpabilizava a desagregação social.

Barbagli (2019), afirma que os índices mais elevados de suicídio entre as classes mais abastadas no século XIX e princípio do século XX, não era consequência da ausência de integração e de proteção social, mas sim devido ao fato de terem sido os pioneiros de ampla alteração cultural; tornaram-se os primeiros a se distanciarem do complexo de princípios, regras, crenças, conjuntos interpretativos que exerceram o domínio por séculos na Europa.

Barbagli (2019) afirma que as classes sociais mais abastadas foram as primeiras a entender que o suicídio não estava relacionado a causas sobrenaturais, nem à incapacidade de se opor a impulsos diabólicos, que a vida não era de Deus ou do monarca e, que a decisão de manter-se vivo ou não era cabia somente ao indivíduo.

Segundo Botega (2015) Durkheim considerava o suicídio como fato social. Para este autor, após a Revolução Industrial, a Família, o Estado e a Igreja deixaram de operar como promotores de agregação social e coisa nenhuma os substituíram.

Segundo Botega (2015, p. 23)

Na pós-modernidade, respaldada pelos aportes científicos, a responsabilidade pelo suicídio diluiu-se em um conjunto complexo de influências que consolidaram, desde o século XVII, o novo olhar sobre o indivíduo – antes pecador, agora vítima de sua fisiologia cerebral, da decepção amorosa, das misérias humanas, das calamidades sociais; vítima de uma organização política e econômica que conduz à perda de sentido e ao desespero, a uma vida desprovida de sentido, a mortes aparentemente sem razão.

Segundo Botega (2015), o Concílio Vaticano II, sob o papado de João XXIII, em 1961, mantém a condenação ao suicídio, excetuando os casos perpetrados na ocorrência de transtorno mental. No referido concílio foi estimulada a capacidade de entender e a caridade na apreciação das ocorrências de suicídio.

2.2. Suicídio no Brasil

Segundo Bertolote (2012), as taxas de suicídio no Brasil, comparadas as médias mundiais são tidas como baixas. Conforme informações oficiais do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, 2008 – último ano em que há dados disponibilizados, a média global foi de 4,8 suicídios por 100 mil habitantes, 7,2 para homens e 2 para mulheres. O Brasil, considerando a população, está entre as 12 nações onde ocorrem mais óbitos por suicídio. Conforme dados do SIM, no ano de 2008, ocorreram 9.206 mortes.

Bertolote, (2012, p. 60).

Entretanto, esses números certamente não refletem toda a realidade, pois no Brasil, como em muitos outros países, há um sub-registro da mortalidade por suicídio, devido a diversas razões: religião, estigma, preconceito, implicações policiais e legais etc. De acordo com o IBGE, cerca de 15,6% dos óbitos que ocorrem no Brasil não são registrados e, dos que o são, 10% são registrados como causa externa de tipo ignorado, o que não deixa saber se foram por acidente, homicídio ou suicídio.

De acordo com Botega, (2015), o coeficiente médio de mortes por suicídio, no Brasil, no intervalo entre 2004 e 2010 foi de 5,7 (7,3 para homens e 1,9 para mulheres). Os índices de mortes por suicídio, na maioria dos países, são 3 a 4 vezes superiores entre homens. No Brasil, a proporção homem/mulher em matéria de suicídio, é de 3,8:1, ou seja, 79% dos suicídios empreendidos são de homens.

Conforme Bertolote, (2012), pela ordem de frequência, os modos mais utilizados para a prática do suicídio no Brasil são respectivamente: enforcamento, envenenamento e armas de fogo. Entre os homens o emprego de armas de fogo e o enforcamento são os mais comuns, enquanto que entre as mulheres o meio mais empregado é o envenenamento.

2.2. Comportamentos Suicidas

Conforme (BOTEGA 2015, p. 24), na década de 1960, a OMS define comportamento suicida como [...] “um fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis”. A partir de então e mais acentuadamente na década de 1990, passou-se a considerar o autoextermínio como um problema de saúde pública.

Bertolote (2012) considera difícil afirmar com exatidão as causas do suicídio, mesmo nos episódios em que a pessoa que se suicida deixa algum apontamento ou comunicado expondo as motivações de sua conduta extrema.

Bertolote (2012, pp. 67,68),

Menciona: Para tentar entender as circunstâncias, os motivos, as razões pelas quais alguém tira a própria vida, em último caso, qual é a “etiologia” do suicídio, deve-se esclarecer que, a diferença de uma doença infecciosa, que tem uma etiologia (ou agente etiológico) conhecida, o suicídio constitui o que se considera uma condição com multicausalidade, ou seja, mais de um fator – ou mesmo vários deles – contribui para sua ocorrência. Em linguagem técnica, diz-se que o suicídio é um comportamento multifatorial e multideterminado resultante de uma complexa teia de fatores de risco e de fatores protetores que interagem de uma forma que dificulta a identificação e a precisão do peso de cada um deles.

Conforme Bertolote (2012), conhecer com profundidade os motivos desencadeantes das condutas suicidas se evidencia de enorme significância para a prevenção.

2.3. Fatores de risco: predisponentes e precipitantes

Botega (2015) define grupo de risco como o conjunto de indivíduos que, apresentam certas particularidades, ou por acharem-se expostos a motivações inerentes (*fatores de risco*), tornam-se mais suscetíveis a desenvolver uma enfermidade ou circunstância clínica.

Bertolote (2012) declara que para compreender o funcionamento dos variados fatores e sua inter-relação, é válido distribuí-los “em fatores predisponentes e fatores precipitantes, que são conjuntamente, considerados como fatores de risco para o suicídio”. (BERTOLOTE, 2012, p. 68)

De acordo com Bertolote (2012), a partir do século XIX, o estudo visando conhecer as motivações precipitantes do suicídio tem despertado o interesse de cientistas e pesquisadores, o que gerou uma profícua literatura a respeito da temática. O resultado foi uma enorme listagem de fatores predisponentes, cobrindo as esferas biológica, psicológica, social e espiritual.

Ainda Bertolote (2012), menciona ser importante, tanto conceitualmente quanto na perspectiva prática, fazer a diferenciação dos aspectos predisponentes – geradores do campo em que suscita a prática suicida (tais como, certas características genéticas ou genóticas, determinadas características pessoais) – de condições precipitantes (tendo como exemplos, danos graves – emprego, status social, respeitabilidade – rompimentos de relações amorosas e afetivas ou eventos vexatórios), que desencadeiam comportamentos que induzem ao suicídio. Os primeiros são conhecidos como fatores distais, por atuarem antes da consumação do suicídio, os últimos são denominados proximais, em decorrência da proximidade temporal do ato suicida.

Bertolote (2012, pp. 71,72)

Uma lista (não exaustiva) dos fatores de risco para o suicídio inclui os seguintes tópicos: **fatores predisponentes (biológicos, idiográficos, distais)** – Genótipo,

história familiar, função serotoninérgica, reguladores neuroquímicos, características demográficas, fisiopatologia, transtornos mentais (inclusive uso/abuso de substâncias químicas), perfil de personalidade, história de abuso (físico, moral e sexual), doenças físicas graves e/ou incuráveis, doenças neurológicas, tentativas prévias de suicídio. **Fatores proximais** – Desesperança, intoxicação por substâncias psicoativas, impulsividade/agressividade, expectativas negativas, dor crônica intensa. **Fatores precipitantes** – Vergonha/humilhação pública, fácil acesso aos meios de suicídio, fracasso marcante, perdas importantes (físicas, afetivas, morais), piora irreversível de doença anterior/estado terminal.

Fatores de risco para o suicídio

Fatores sociodemográficos

- Sexo masculino.
- Adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos.
- Estados civis viúvo, divorciado e solteiro (principalmente entre homens).
- Orientação homossexual ou bissexual.
- Ateus, protestantes tradicionais > católicos, judeus.
- Grupos étnicos minoritários.

Transtornos mentais

- Depressão, transtorno bipolar, abuso/dependência de álcool e outras drogas, esquizofrenia, transtornos de personalidade (especialmente *borderline*).
- Comorbidade psiquiátrica (coocorrência de transtornos mentais).
- História familiar de doença mental.
- Falta de tratamento ativo e continuado em saúde mental.
- Ideação ou plano suicida.
- Tentativa de suicídio pregressa.
- História familiar de suicídio.

Fatores psicossociais

- Abuso físico ou sexual.
- Perda ou separação dos pais na infância.
- Instabilidade familiar.
- Ausência de apoio social.
- Isolamento social.
- Perda afetiva recente ou outro acontecimento estressante.
- Datas importantes (reações de aniversário).
- Desemprego.
- Aposentadoria.
- Violência doméstica.
- Desesperança, desamparo.
- Ansiedade intensa.
- Vergonha, humilhação (*bullying*).
- Baixa autoestima.
- Desesperança.
- Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade do humor, perfeccionismo.
- Rigidez cognitiva, pensamento dicotômico.
- Pouca flexibilidade para enfrentar adversidades.

Outros

- Acesso a meios letais (arma de fogo, venenos).
- Doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas e terminais.
- Estados confusionais orgânicos
- Falta de adesão ao tratamento, agravamento ou recorrência de doenças preexistentes.
- Relação terapêutica frágil ou instável

Fonte: Botega (2015, p. 87)

Conforme Pinheiro, (2018), na maior parte das ocorrências de suicídios, existe um componente que comunica e externaliza solicitações de auxílio. Podem ser apresentadas de

modo verbal, por intermédio de ameaças ou pensamentos, não oral, por meio destes manifestam-se genuínos tentames de autoextermínio. Estes comportamentos são continuamente dirigidos às pessoas exclusivas, visando comandar, manipular ou exteriorizar uma mensagem. Vários que experimentam comportamentos habituais de ameaça buscam gerar condutas ou emoções particularmente nas pessoas de seu círculo de convivência ou àquelas que buscam prejudicar ou causar sensações de culpa.

Segundo Pinheiro (2018, pp. 53,54),

Ninguém se mata para morrer, mas antes como forma desesperante de comunicar a dor. Considera cinco formas de comportamentos suicidários: -Desespero do abandono (separação sentida como queda no abismo); -Raiva narcísica (impulso para a morte); - Ruminação obsessiva (ninguém consegue entender ou ajudar); - Para destruir a dor (dor aguda que absorva toda a vida interior); - Para destruir as pessoas que a abandonaram (vingança).

De acordo com Pinheiro (2018), as variáveis do comportamento suicida compreendem: ideações, ameaças, tentativas e o suicídio.

Pinheiro (2018) menciona que o manual do Ministério da Saúde (MS) traz três particularidades psicológicas habituais em indivíduos com comportamento suicida, são elas: **1. Ambivalência:** apresenta vontade de viver e morrer concomitantemente. Existe premência de desembaraçar-se da dor e anseio por viver. Menciona-se que, diversos sujeitos sob risco de suicídio, não desejam morrer, mas sim procuram dar um basta no infortúnio com a existência. Se apoiado emocionalmente e a vontade de viver crescer, pode ocorrer a diminuição da ameaça de suicídio. **2. Impulsividade:** O autoextermínio resulta de uma atitude impulsiva. Assim como todo ímpeto, o para perpetrar o suicídio é momentâneo com duração de poucos minutos ou horas. É comumente desencadeado por acontecimentos danosos do cotidiano. Abrandando a instabilidade ajuda-se a reduzir a aspiração suicida. **3. Rigidez:** Os sujeitos suicidas possuem conceitos, afetos e comportamentos adstritos, continuamente inclinam-se para os pensamentos sobre o suicídio, são incapazes de compreender modos alternativos para distanciar-se do transtorno. Visto que dispõem inflexíveis e radicalmente.

Conforme Pinheiro (2018) a inflexibilidade cognitiva é que leva a pessoa a tornar-se incapaz de valer-se das ferramentas de coping (conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de stress e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais). “A associação de desesperança-rigidez cognitiva como a principal dificuldade em encontrar alternativas para a resolução de problemas”. (PINHEIRO, 2018, p. 55).

Segundo Pinheiro (2018), a hipótese das condutas suicidas, é uma combinação de sentimentos e motivos, abrangendo pensamentos e experimentações de vida, comportamentos e solução de contrariedades. Em ocasiões em que os comportamentos são estapafúrdios sobrevêm altíssimos graus de ansiedade e concepções desarrazoadas.

Pinheiro (2018) Refere-se à presença de uma conduta suicida em sujeitos com ideação suicida. Exemplos: 1. Sistema cognitivo: [a minha vida já deu o que tinha que dar]; 2. Sistema afetivo: [ninguém gosta de mim]; 3. Sistema motivacional: [Vai ser com essa corda].

Pinheiro (2018, pp. 56,57)

Descreve alguns significados possíveis quanto ao suicídio: **1. Voo**, a tentativa de escapar de uma solução dolorosa ou estressante. O ataque contra sua vida é percebido como a expressão de algo insuportável. **2. Luto**, quando a vida está ameaçada após a perda de um elemento importante da pessoa. **3. Punição**, quando a tentativa de suicídio é dirigida para expiar uma falha real ou imaginária. Aqui a pessoa se sente responsável por um ato negativo e deseja autopunir-se para mitigar a culpa. **4. O crime**, quando a pessoa ataca sua vida, mas você também quer levar outro para a morte. **5. Vingança**, isto é, quando a pessoa sente-se ameaçada, intencionalmente deseja provocar o remorso de outra pessoa ou para infligir desaprovação da comunidade. **6. O sacrifício**, onde a ação é tomada contra a vida para adquirir um valor ou um estado considerado superior; é morrer por uma causa. **7. O jogo**, quando a vida ameaça se provar para ele mesmo ou para os outros. Ocorre uma necessidade de se sentir pertencente a um grupo.

Para Pinheiro (2018) o indivíduo que perpetra o suicídio exterioriza não suportar mais viver e, sob outra perspectiva, que não suportava continuar aturando os outros. Revela também que continuar vivendo é mais aviltante do que morrer. Quanto à manifestação do comportamento suicida, nota-se que os entendimentos são variados, indivíduos em ameaça expressam de algum modo o que estão experienciando ou tencionando.

De acordo com Pinheiro, (2018) a ameaça de suicídio pode ser evidenciada de variadas maneiras, nomeadamente por sentimentos, pensamentos, comentários, comportamentos, músicas, cartas de despedida, que são capazes de exteriorizar: sofrimento, dor, pesar, desamparo, desesperança, autodesvalorização e tristeza.

Pinheiro (2018, p. 58)

Menciona algumas frases de alerta relacionadas pelo manual de prevenção ao suicídio, do Ministério da Saúde (MS), é importante estar-se atentos aos sinais de risco que podem se revelar em frases. Portanto, alguns comentários comuns podem estar associados a frases do tipo: “quero morrer...”; “prefiro estar morto...”; “sou um perdedor e um peso para os outros...”; “os outros vão ser mais felizes sem mim...”; “sou um fracassado...”; “nada dar certo...”; “não aguento mais viver...”; “não posso fazer mais nada...”; “estou cansado da vida...”; “ninguém me entende...”.

De acordo com Pinheiro (2018), a derradeira frase elencada é de maneira tal usual que costuma não ser levada a sério quando verbalizada.

Conforme Souza et al. (2018), a OMS apresenta dados significativos sobre a epidemiologia do suicídio, relativos ao ano de 2015. Foram registrados em todo o globo terrestre um total próximo de 800.000 óbitos por suicídio, sendo que 78% dos casos ocorreram em países menos desenvolvidos e nos dias atuais correspondem a 1,4% das mortes ocorridas em todo o mundo. Entre os anos de 2011 a 2015, foi a segunda maior causa de mortes de jovens de 15 a 29 anos. Conforme projeções da OMS, baseadas nas disposições atuais, para o ano de 2020, a previsão é de que ocorram 1,53 milhões de mortes por suicídio e 10 – 20 vezes mais tentativas no mundo todo. 1.920 sujeitos dão cabo à própria vida, diariamente, em todo o globo terrestre. Superando ao fim de cada ano, a somatória das mortes provocadas por acidentes de trânsito, guerras, conflitos civis e homicídios.

Ainda de acordo Souza et al. (2018) o Brasil ocupa a 67ª colocação mundial em números de suicídios. Sendo que a maioria dos casos é perpetrada por idosos do gênero masculino, entretanto, há um significativo aumento de episódios de suicídios entre adultos jovens na faixa etária compreendida entre 15 e 24 anos, nos últimos anos. Afirma também que, não obstante, o índice de mortes por suicídio tenha crescido 29,5% nos últimos 26 anos, as taxas nacionais de suicídio ainda são tidas como baixas.

(SOUZA ET. al. 2018 p. 77), apresentam uma ligação entre o suicídio e a depressão, na forma de questionamentos: “Como a depressão está associada ao suicídio? Quais as comorbidades mais relacionadas ao suicídio na depressão? Qual o tratamento mais indicado para a prevenção do suicídio associado à depressão?”.

Souza et al. (2018, p. 78)

A depressão é uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. Resulta de uma interação complexa de fatores psicológicos e sociais. As pessoas que passaram por eventos adversos da vida (desemprego, luto, trauma psicológico) têm maior probabilidade de apresentar o transtorno, o qual está associado com alta mortalidade, em boa parte contabilizada pelo suicídio. Pode surgir em qualquer idade, mas a probabilidade aumenta sensivelmente após a puberdade. Dentre alguns processos psíquicos, existe um forte indicador de comportamentos suicidas que são chamados 4D's: desesperança, desamparo, depressão e desespero.

Conforme Souza et al. (2018) dois terços dos indivíduos que comentem e/ou tentam o suicídio estão deprimidos, esses estão 20 vezes mais suscetíveis a tentar o suicídio do que a população em geral. Isso decorre da má qualidade de vida e, conseqüente sofrimento, provocados pelo estado depressivo.

Segundo Souza et al. (2018) Depressão, transtorno bipolar (TB) e risco de suicídio: O transtorno bipolar é o que em maior percentual, está relacionado com o comportamento suicida. O risco ocorre, sobretudo, nos incidentes depressivos ou na depressão com traços

mistos. Para estes autores, a combinação entre depressão e o uso de substâncias é considerada a terceira maior causa de suicídio. Entre todas as substâncias, o álcool é o que tem maior relação com a propensão ao suicídio. Assim como em indivíduos com outras questões psiquiátricas, nos sujeitos com TB, as motivações do comportamento suicida são múltiplas e obscuras. Em pacientes com apresentação de tentativas de suicídio que possuem transtornos psiquiátricos e no caso de pessoas com TB isso é uma conduta previsível. Nesse contexto, os pacientes com TB apresentam um risco de suicídio 60 vezes mais elevado do que outros indivíduos em geral.

Continuando Souza et al. (2018) menciona a relação: depressão, transtorno de personalidade borderline (TPB). Os autores dizem que pessoas portadoras de transtornos de personalidade estão mais expostas ao risco de suicídio. Os homens estão 12 vezes mais propensos, enquanto as mulheres encontram-se 20 vezes mais suscetíveis. As condições que contribuem para o risco de suicídio combinados ao transtorno de personalidade: estressores psicossociais (reveses no trabalho, desavença familiar, contratempos financeiros, impulsividade e abuso de substâncias).

Conforme Souza et al. 10% dos pacientes com TPB finalizam o suicídio e entre 37% a 73% destes, tentam contra a própria vida. Os sujeitos com TPB são caracterizados por fragilidade nas relações em seus contextos sócio familiares, em decorrência da instabilidade de humor e da procura de aceitação do eu em conexão com o outro, o que se apresenta, dessa forma, um fator de risco de suicídio.

Souza et al. (2018), o suicídio apresenta-se como um dos meios de óbitos mais recorrentes entre pacientes esquizofrênicos, expondo a predominância ao redor de 1,5% dos óbitos de pacientes com este transtorno.

Segundo Botega (2015, p. 88) “o suicídio é multideterminado por um conjunto de fatores de diferentes naturezas, externos e internos ao indivíduo, que se combinam de modo complexo e variável”.

2.4. Fatores de proteção contra o suicídio

De acordo com Botega (2015) há tempo tem se consolidado a literatura científica a respeito das causas de risco de autoextermínio, mais ampla do que a existente sobre os fatores de proteção contra o suicídio, mais difíceis de serem definidos, operacionalizados e medidos.

Fatores de proteção contra o suicídio

Personalidade e estilo cognitivo

- Flexibilidade cognitiva
- Disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes

- Disposição para buscar ajuda
- Abertura à experiência de outrem
- Habilidade para se comunicar
- Capacidade para fazer uma boa avaliação da realidade
- Habilidade para solucionar problemas da vida
- Estrutura familiar**
- Bom relacionamento interpessoal
- Senso de responsabilidade em relação à família
- Crianças pequenas na casa
- Pais atenciosos e conscientes
- Apoio em situações de necessidade
- Fatores socioculturais**
- Integração e bons relacionamentos em grupos sociais (colegas, amigos, vizinhos)
- Adesão a valores e normas socialmente compartilhados
- Prática religiosa e outras práticas coletivas (clubes esportivos, grupos culturais)
- Estar empregado
- Disponibilidade de serviços de saúde mental
- Outros**
- Gravidez, puerpério
- Boa qualidade de vida
- Regularidade do sono
- Boa relação terapêutica

Fonte: Baseado em Botega (2015, p. 89)

De acordo com Botega (2015, p. 90)

Os fatores que protegem contra o suicídio são, sem surpresa alguma, aqueles que conduzem a uma vida mais saudável e produtiva, com maior sensação de bem-estar. Fazem ou deveriam fazer parte do *normal* e, de modo geral, relacionam-se a habilidades cognitivas, à flexibilidade emocional e à integração social. Alguns desses fatores, como estar empregado, são o contrário de situações que podem predispor ao suicídio.

Bertolote (2012) menciona alguns aspectos psicológicos comprovados como agentes de proteção contra a concepção e a tentativa suicida, dos quais cita os seguintes, “a inteligência emocional, o senso de responsabilidade pela família e objeções morais e religiosas ao suicídio”. Bertolote (2012, p. 75).

De acordo com Bertolote (2012), a apreciação dos índices de mortandade em decorrência do suicídio em consonância com a religião professada, comprova a sua influência, ratifica a veracidade da importância das condições socioculturais em sua delimitação. Confirmando a linha de estudos originais de Durkheim, estendida para toda a humanidade, a conexão entre determinadas religiões e números de suicídios, nota-se que entre os países islâmicos as taxas foram menores, entre os países, declaradamente, ateus os índices são maiores. Entremeados nesses dois extremos encontram-se, em ordem decrescente, as nações hinduístas, as cristãs e os budistas, sendo que as taxas apresentadas nos países católicos são inferiores aos de religião protestante.

2.5. Prevenção ao suicídio

De acordo com Bertolote (2012), quando se trata de medicina pública, prevenção é entendida por qualquer providência que tenha por objetivo interromper a origem de uma enfermidade, antes que se alcance um sujeito, dessa maneira evitando seu acontecimento. Critérios preventivos baseiam-se exclusivamente das razões em evidência, significando que só é possível dialogar sobre prevenção propositada à medida que se tem conhecimento da etiologia de dada doença.

Bertolote (2012) traz a informação de que os primeiros esforços coordenados para a prevenção do suicídio foram empreendidos no princípio do século XX. O primeiro programa de prevenção do suicídio foi iniciado em 1906, em Londres pelo Exército da Salvação, neste mesmo ano deu início, em Nova Iorque, a Liga Nacional “Salve uma Vida”.

Conforme Bertolote (2012), as primeiras ações empreendidas com o objetivo da prevenção ao suicídio eram apoiadas por concepções religiosas, humanitárias e filantrópicas, não relativo à saúde, sequer científico. Eram iniciativas de agrupamentos da comunidade, não da estrutura de governo. Surgem, também, várias ações visando à prevenção do suicídio, sendo grande parte delas fundamentadas em conceitos clínicos, quase sempre sob perspectivas individuais que espelhavam diretrizes teóricas e ideológicas sequer com algum embasamento científico. Embora essas abordagens, do ponto de vista filantrópico e humanitário, sejam sobremaneira importantes. Não obstante, a contar do instante que avizinharam da saúde pública, mostraram suas vulnerabilidades metodológicas, quando correlacionadas àquelas com embasamentos científicos robustos e resultados mais congruentes.

Segundo Bertolote (2012), essa constatação impeliu suicidólogos, epidemiologistas e outros cientistas a contraditarem a validade dos programas de prevenção e sua cientificidade, quanto à sua eficácia e nexo custo-benefício.

Botega (2015, p. 248),

Referimo-nos, em geral, à prevenção do suicídio. No entanto, o que se busca é a melhoria das condições da existência humana e a diminuição dos estressores que levam a um sofrimento agudo que culmina em suicídio. A prevenção do suicídio não é uma tarefa simples, ela exige esforços coordenados que devem considerar aspectos médicos, psicológicos, familiares, socioculturais, religiosos e econômicos.

Botega (2015) faz referência a parâmetros que podem ser empregados em casos de tentames de suicídio, estes envolvem dois seguimentos de atuação: a capacitação de profissionais de saúde para avaliar e manejar o risco de suicídio e o acompanhamento de pacientes que tentaram o suicídio desde o momento em que são atendidos em um serviço de emergência médica.

Segundo Souza, et al. (2018) o fato de o suicídio ser rodeado por incompreensão, temor, discriminação, desconforto e julgamentos, provocando, por conseguinte, a recusa de expor o assunto. É reputado como um problema pessoal, dificultando bastante a sua compreensão como um problema que atinge a sociedade como um todo. Portanto, faz-se necessário empreender esforços para alterar esse entendimento objetivando o despertar e a estimulação da atuação de indivíduos pertencentes aos mais diversos extratos sociais na sua observação, prevenção e contenção.

Souza, et al. (2018) afirma que a prevenção ao suicídio e a tentativas é factível, na medida em que os profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção saibam identificar os sinais e sintomas e tenham habilidades para desenvolver esforços programados de prevenção. Não é fácil prevenir, não obstante seja plausível, pois para tanto são requeridas uma série de intervenções, que vão do desenvolvimento de ações que proporcionem melhoria na qualidade de vida, como também a realização de um tratamento eficaz de indivíduos em tentames de suicídio e o manejo ecossistêmico de fontes de risco. A adequada divulgação de conhecimento é componente fundamental para o êxito de planos de prevenção do suicídio.

Conforme Botega (2015) a contar da década de 1990, a OMS passa a contemplar o suicídio como problema de saúde pública, incentivando a implantação de projetos autóctones de prevenção do suicídio. Essas estratégias preventivas, para serem eficazes devem ser amplas e multissetoriais.

De acordo com Souza, et al. (2018), no ano de 1999, a OMS, num esforço para minorar as dificuldades com os índices de suicídio, instituiu o SUPRE (Suicide Prevention Program), programa de prevenção do suicídio, a nível mundial, elaborado para professores, grupos sociais, colaboradores de escolas, médicos, orientadores educacionais, assistentes sociais, enfermeiros e componentes da diretoria das instituições educacionais. Foram confeccionadas diretrizes para grupos sociais e profissionais em especial, de particular importância na prevenção do suicídio.

Dessa maneira, os referidos planos incluiriam orientações como: Botega (2015, p.248, 249).

Conscientização da população; divulgação responsável pela mídia; redução do acesso a meios letais; programas em escolas; detecção e tratamento da depressão e outros transtornos mentais; atenção a pessoas que abusam de álcool e outras drogas psicoativas; atenção a pessoas que sofrem de doenças que causam incapacidade e dor; acesso a serviços de saúde mental; avaliação e seguimento de casos de tentativas de suicídio; apoio emocional a familiares enlutados; intervenções psicossociais em crises; Políticas voltadas para a qualidade do trabalho e para situações de desemprego; treinamento de profissionais da saúde em prevenção do suicídio; manutenção de estatísticas atualizadas sobre suicídio; monitoramento da efetividade e das ações de prevenção idealizadas.

Botega (2015), afirma que até o ano 2000 no Brasil o suicídio não era considerado como um tema de saúde pública. Com início nos anos 2000, dá-se início ao debate sobre questões de violência e, com isso desponta a problemática do suicídio. Há um acréscimo na quantidade de livros, pesquisas e eventos científicos, relativos ao tema. A grande mídia passa a divulgar informações sobre o suicídio em matérias esclarecedoras e responsáveis. Para além das repercussões afetivas do suicídio, dá-se início ao debate sobre a significância dos números e a constante conexão do suicídio com distúrbios mentais. Concomitantemente aumentou a percepção sobre a conveniência de aprimorar o acolhimento circunstancial dos acometimentos de suicídio.

De acordo com Souza, et al.(2018), o estabelecimento, pelo Ministério da Saúde (MS), da Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, deu-se através da Portaria 2.542, fomentando a concretização de projetos com o objetivo de atender sujeitos com ideação suicida.

Botega (2015) continuando sua explanação sobre as medidas de implantação do plano nacional de prevenção ao suicídio menciona que no final do ano de 2005, há por parte do MS, o chamamento de um grupo de trabalho objetivando a elaboração de um plano nacional de prevenção do suicídio, esse colegiado contou com a participação de representantes governamentais, sociedade e de universidades.

Botega (2015, p. 253), faz referência ao documento oficial que dá início as políticas nacionais de prevenção ao suicídio.

Em 10 de agosto de 2006, a Portaria nº 1.876 instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, recomendando várias estratégias de prevenção, entre elas: Sensibilização da população a respeito de o suicídio ser um problema de saúde pública; estudo de seus determinantes e condicionantes; organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; coleta e análise de dados visando à disseminação de informações e à qualificação da gestão; educação permanente de profissionais da saúde em prevenção do suicídio, especialmente dos que atuam na atenção básica.

Botega (2015), afirma que o suicídio, dentro de sua multiplicidade, constitui realmente um problema de saúde pública. A população está mais consciente quanto ao desenvolvimento de políticas públicas eficazes no combate à violência, abrangendo nesse sentido a prevenção ao autoextermínio.

Souza, et al. (2018) fazem referência a Portaria nº 1.876, do MS, segundo estes autores, as orientações nacionais de prevenção a serem implementadas nas unidades federativas, observadas as esferas de atribuição de gestão, tem como finalidades: identificação

da preponderância dos determinantes e condicionantes do autoextermínio e tentativas, bem como dos fatores protetores; potencializar medidas de melhoria de qualidade de vida, acolhimento e restabelecimento de saúde, e prevenção de danos; estruturar a rede global de atenção para certificar o ingresso às distintas modalidades terapêuticas; estimular a sociedade a respeito da comoção do suicídio; impulsionar o continuado treinamento dos profissionais de saúde.

De acordo com Souza et al. (2018), as políticas públicas de prevenção ao suicídio, respaldadas no Sistema único de Saúde (SUS), ensejaram a publicação, em 6 de junho de 2014, da portaria nº 1.271/MS, que estabeleceu a obrigatoriedade da notificação, em caráter de urgência, das tentativas de suicídio, com o objetivo de facilitar a prevenção e o apontamento de dados estatísticos. Todavia, não obstante as exigências da notificação ainda existem obstáculos a serem transpostos, quanto à abrangência das notificações da parte das unidades de saúde.

Conforme Souza et al. (2018) O MS, apresentou o Manual de Prevenção de Suicídio: direcionado a equipes de profissionais de saúde mental, visando à identificação dos estados associados ao episódio do suicídio e efetuar ações preventivas.

Souza et al. (2018, p. 259).

Ele esclarece a importância do papel das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), informa sobre o manejo das psicopatologias associadas ao risco do suicídio, tais como: depressão, esquizofrenia, dependência de álcool ou drogas e transtornos de personalidade. Auxilia na abordagem adequada acerca de como ajudar pessoas em risco de suicídio com atendimento e encaminhamentos.

Souza et al. (2018) sobre a prevenção do suicídio, considerada a gravidade da problemática para a saúde pública, ela deve acontecer nos três níveis de atenção da saúde pública: primária, secundária e terciária.

De acordo com Souza et al. (2018, p. 261), na esfera da saúde pública, como medidas preventivas ao suicídio podem ser desenvolvidos planos visando:

Conscientização; questionamento de tabus à população, detecção e tratamento precoces de transtornos mentais, controle de meios letais como não acesso a armas de fogo, regulação do comércio de agrotóxicos como venda de chumbinho, arquitetura em locais públicos e qualificação dos profissionais de saúde em prevenção de suicídio.

No contexto da prevenção, Botega (2015) afirma não ser possível prevenir o suicídio, porém sim, os estados de tormento do ser humano suscetíveis de melhora. É possível fazer isso de vários modos. Além do paradigma consuetudinário das medidas protetivas nos níveis

primário, secundário e terciário, patenteou-se a conceituação de medidas especiais voltadas a alguns grupos populacionais, levando-se em conta seu estado de saúde e nível de risco para suicídio: **prevenção universal** – tem como público alvo a totalidade da população. Englobam o conjunto de medidas restritivas a métodos fatais (armas de fogo, pesticidas, medicamentos) e projetos arquitetônicos que inviabilizem a prática de suicídios. **Prevenção seletiva** – voltada para pessoas, que reconhecidamente, possuem maior propensão ao suicídio. Neste grupo estão as pessoas acometidas por determinados transtornos mentais e outros problemas de saúde. Nesse contexto estão inclusas as pessoas que possuem morbidades psiquiátricas. **Prevenção indicada** – indivíduos com elevadíssimo grau de risco suicida. Por exemplo, pessoas com episódio de tentativa de suicídio. Esses sujeitos, quando chegam a ser atendidos pelo serviço de saúde mental, apresentam baixo nível de adesão aos programas de tratamento.

Botega (2015, p. 266)

Espera-se que os serviços de saúde incorporem a prevenção de suicídio como um componente essencial e rotineiro no rol de suas funções. Para ficarmos apenas em dois exemplos, a depressão e o uso de bebidas alcoólicas com frequência levam ao suicídio. O reconhecimento desses transtornos é o primeiro passo para prevenir o suicídio, em especial quando existe uma comorbidade de depressão com o uso abusivo de substâncias psicoativas. Detecção precoce e manejo adequado dos transtornos mentais são elementos-chave nos programas de prevenção ao suicídio.

De acordo com Souza et. al. (2018), lamentavelmente, não há uma priorização do suicídio como uma questão de saúde pública. Permanecem o tabu e o estigma sobre o suicídio o que faz com que as pessoas que buscam auxílio não encontrem apoio. Para este autor, os suicídios podem ser evitados.

“O tabu e o preconceito em relação ao suicídio predominam e se destacam como maiores impeditivos para sua prevenção”. (FUKUMITSU, 2019, p. 59).

Mitos e realidade sobre o suicídio

Mito	Realidade
<ul style="list-style-type: none"> • Quem fala sobre suicídio nunca comete suicídio. • Falar sobre suicídio com um paciente pode provocar um comportamento suicida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os pacientes que cometeram suicídio em geral deram avisos ou sinais de sua intenção. Qualquer ameaça deve ser levada a sério. • Falar sobre suicídio em geral reduz a ansiedade ligada a esse tema, o que pode fazer que o paciente se sinta compreendido e aliviado.

Fonte: Bertolote (2012, p. 109)

2.6. Suicídio e gênero

Santos (2020), o número de suicídio de homens é maior do que entre as mulheres. Prevalece entre os homens a utilização de métodos com maior letalidade, tais como: armas de fogo, saltar de lugares altos, ao passo que as mulheres se utilizam de métodos menos violentos para tentar o suicídio. Todavia, a ocorrência de tentativas entre as mulheres é quatro vezes superior do que entre os homens. Entretanto a mortalidade de homens é três vezes mais do que as mulheres, nas tentativas perpetradas. A explicação para isso está no fato de os homens usarem métodos, potencialmente, mais violentos, e as mulheres utilizam meios menos agressivos, como por exemplo, venenos ou medicamentos.

De acordo com Santos (2020) a maior incidência de tentativas de suicídios está entre a idade de 20 a 29 anos para homens. Conquanto ocorra um considerável acréscimo entre as mulheres nessa faixa etária nas tentativas de suicídio.

2.7. Suicídio na terceira idade

Segundo Souza et al. (2018, p. 156)

O envelhecimento faz parte do processo natural de senescência do ser humano. O declínio das funções sociais, físicas ou cognitivas, comuns à velhice não são sinônimos de doença ou incapacidade e sim, de adaptação às possibilidades de constante autorregulação nessas funções.

Conforme Souza, et al. (2018) o suicídio é visto de modos diferentes, em culturas diversas, entre os esquimós os idosos são encorajados a suicidar. Em tribos africanas, como por exemplo, os Hotentotes há a valorização dos idosos lúcidos, todavia, são desprezados os que perdem a lucidez. Na Terra do Fogo a cultura Yahgans respeita os idosos como depositários do conhecimento, participam do conselho dos idosos. Entre os Zandas, comunidade do Sudão, atribui-se aos idosos poderes mágicos, à semelhança das tribos Navajo, nos Estados Unidos da América. Os chineses valorizam os idosos, segundo um conceito filosófico chinês, o homem pode, a partir dos 60 anos, conseguir libertar-se de seu corpo e se tornar santo.

De acordo com Souza et al. (2018) a maior incidência de suicídios no geral, está na faixa etária de 70 ou mais anos (8,9/100 mil hab.) e entre indígenas (6,8,/100 mil hab.) com maior predomínio entre os homens. Além destes aspectos foram constatados índices mais elevados de suicídio de solteiros, viúvos ou divorciados; os suicídios nesta população foram cometidos, majoritariamente, por enforcamento.

Segundo Souza et al. (2018) o uso de métodos potencialmente mais letais é um importante fator de risco de suicídios em idosos. Diferentemente de outras fases do

desenvolvimento humano, pois o jovem pode refletir a respeito do suicídio por ímpeto, raiva e mágoa, o idoso não vivencia esse dilema, sua tomada de decisão é racional.

Para Souza, et al. (2018, p. 159) à medida que,

é comum que idosos tenham mais doenças e o corpo mais frágil, que diminuem as chances, de sobreviver a uma tentativa. Os idosos geralmente expressam menos seus sentimentos e tendem a viver isoladamente, fatores que dificultam desde a prevenção até o socorro em uma tentativa de suicídio.

Souza, et al. (2018), afirma que além dos aspectos descritos acima, o fomento à saúde mental é mais voltado para a população adulta e jovem do que à idosa. O autor afirma que as ações de promoção de saúde mental para idosos precisariam ser voltadas para a identificação dos que encontram em risco e na realização de prevenção. A atenção primária é fundamental na identificação do risco de suicídio na população idosa. No entanto, atualmente não existem na rede de atenção primária, profissionais capacitados para atender a demanda dessa população específica. “Cerca de dois terços dos idosos que se suicidam tiveram uma consulta na semana anterior, o que reforça a necessidade de treinamento das equipes que atuam no cuidado primário” (SOUZA, et al. 2018, pp. 159, 160). Conhecer os aspectos próprios do processo de desenvolvimento na velhice é fundamental para avaliar os fatores de risco e protetivos dessa população.

De acordo com Souza, et al. (2018), a presença de um transtorno mental na terceira idade aumenta o risco de suicídio. Cerca de 71% a 97% dos idosos que comentem suicídio apresentaram algum transtorno mental e foi constatado que 24% desses tinham uma enfermidade mental e 33% evidenciaram cansaço emocional.

Souza, et al. (2018, p. 161)

Dentre os transtornos mentais mais encontrados nos casos de suicídio temos especialmente a depressão. Os sintomas depressivos mais relacionados ao risco de suicídio são: anedonia, perda de esperança, pessimismo, falta de reatividade a eventos positivos, perda de autoestima, um sentimento constante de fracasso e inutilidade, irritabilidade, comprometimento cognitivo significativo.

Segundo Souza, et al. (2018) na velhice é comum a ocorrência de perda por luto ou rompimento de relações com familiares, importantes fontes de apoio, que são habituais para idosos, que acabam por contribuir para o aumento do suicídio dessa população. A maior parte dos idosos que se suicidam vivem sós, abandonados pela família ou por decisão própria. “Viúvos e divorciados se tornam um público comum entre aqueles que comentem suicídio, sendo o risco elevado durante o ano seguinte à morte do cônjuge”. (SOUZA ET. AL. 2018, p. 164). Idosos que vão, com seu consentimento, para casas de repouso estão menos expostos ao risco de suicídio. As limitações físicas relacionadas ao temor de serem um peso, as

discordâncias entre a família e o sentimento de insistência de objetivo na vida, são importantes fatores que cooperam para o suicídio na terceira idade.

Para Souza, et al. (2018) promover um envelhecimento sadio envolve a conquista de bem-estar para o idoso, com a facilitação do acesso aos serviços que possibilitem melhor aceitação das singularidades do envelhecer. As enfermidades mentais e físicas peculiares à terceira idade são identificáveis e podem ser tratadas. Prevenir essas patologias faz-se necessário porque à medida que cresce a população idosa, há também um crescimento na ocorrência de enfermidades crônicas.

2.8. Suicídio no ambiente acadêmico

De acordo com Souza, et al. (2018, pp. 215,216)

O contexto acadêmico é constituído por transformações significativas para o jovem ingressante na universidade. Diante de mudanças na própria transição da adolescência para a vida jovem adulta, de ordem pessoal, social, acadêmica, o indivíduo se percebe diante do desconhecido. A pressão pelo bom desempenho, o tempo gasto na universidade, a responsabilidade para dar conta de suas obrigações podem dificultar a adaptação do jovem ao contexto acadêmico, tornando-o suscetível a crises existenciais e transtornos de saúde mental, que podem em casos extremos desencadear ideação suicida.

Para Souza, et al. (2018), as possíveis razões de ideação suicida em acadêmicos são: desalento, precipitação, nervosismo, consciência do corpo, obstáculos de diálogo e estruturação de relações volúveis. Fatores socioeconômicos, condições socioeconômicas, orientação sexual, ocorrência de episódios de suicídios de familiares ou amigos, ingestão de álcool, e outras drogas psicoativas, depressão.

Souza, et al. (2018) menciona que num total de 105 mil jovens universitários foi constatado que 3,7% apresentaram episódios de ideação suicida num período de 12 meses e 1,5% no decorrer de um período de duas semanas. No que diz respeito às tentativas, num período de 12 meses, ocorreram 840, nas duas últimas semanas 315 e nos últimos dias 210. Estudo realizado com 637 universitários do nordeste trouxe como resultado para tentativa de suicídio 48 alunos e para apresentação de ideação suicida 334.

Segundo Souza, et al. (2018) fatores genéticos e ambientais compõem a variada inter-relação que caracterizam os comportamentos suicidas. Somados a estes estão os problemas mentais, muitos dos quais surgem na fase adulta jovem do desenvolvimento do sujeito, a combinação estressores/exigências acadêmicas pode contribuir para intensificação dos sintomas depressivos e ansiosos. A combinação destes produz maior propensão à ocorrência de pensamento suicida. 67% dos acadêmicos com ideação suicida evidenciam traços de depressão.

Conforme Souza, et al. (2018) os bons relacionamentos interpessoais, aliados à satisfação com o curso optado e o engajamento com atividades religiosas, constituem fatores de proteção ao suicídio no contexto acadêmico. Além destes acrescenta-se, um bom vínculo com indivíduos importantes da instituição para melhor sentimento de satisfação com a vida, visto que o apoio recebido produz sensação de pertencimento e integração.

Souza, et al. (2018) ainda falando sobre a religiosidade, assegura que a prática de ações que manifestem crenças como oração, meditação cooperam para maior compreensão e estabilidade das sensações, gerando contentamento e, conseqüentemente, tolhendo os pensamentos suicidas. É fundamental conhecer as causas de risco de suicídio, pois desse modo será possível a tomada de medidas preventivas, promovendo melhor qualidade de vida no contexto acadêmico, da sociedade e da saúde em geral.

Souza, et al. (2018, p. 220, 221)

É possível promover um espaço de sensibilização e discussões com profissionais e estudantes do meio acadêmico, bem como, aprofundar conceitos acerca do suicídio, alertar para a necessidade de avaliar a gravidade de intenção suicida, salientar fatores preditores do comportamento suicida, sistematizar os modelos de intervenção terapêutica e discutir os recursos comunitários existentes. É necessário que a instituição realize seu próprio planejamento de intervenção na prevenção do suicídio, com ênfase na garantia do acesso à saúde mental com qualidade nos serviços.

2.9. Suicídio na infância e adolescência

De acordo com Souza, et al. (2018) As crianças são caracterizadas pela inabilidade na solução de reveses, fator que pode contribuir para o risco de suicídio, diante de situações estressoras que necessitam de métodos de enfrentamento.

Segundo Souza et al. (2018), estudo científico empreendido de 2000 a 2009, em 101 nações, apontaram que 14,7% dos óbitos por suicídios na idade de 10 a 14 anos, 74% deu-se por enforcamento e 13% pelo uso de arma de fogo. Foram registrados, no Brasil, 43 suicídios de crianças na idade de 0 e 9 anos, entre 2000 e 2008. Estes autores afirmam que é preciso levar a sério a possibilidade do suicídio infantil e que é vital ir além da concepção de que a criança é cognitivamente incapaz para praticar o suicídio, qualquer assunto se relacione ao interesse pela morte ou suicídio deve ser averiguado, bem como quaisquer alterações comportamentais ou declarações orais.

Conforme Souza, et al. (2018) é na adolescência que se apresenta os maiores índices de comportamento suicida.

Consoante Souza et al. (2018) A impulsividade, comportamento presente na infância e na adolescência somada à presença de transtornos mentais, dificuldade em relacionar-se e falta de apoio, constituem importante fatores de risco de suicídio.

2.10. Suicídio na população LGBTQIA+

Conforme Santos (2020) a população não heterossexual era conhecida por Gays, Lésbicas e Simpatizantes (GLS), que mantinha fora grande parte das alternativas sexuais, invisíveis para a sociedade. Após isso passou a ser utilizada a sigla GLBT, na qual: G= gays; L= lésbicas; B= bissexuais e T= transexuais. Essa mudança revelou a inevitabilidade de trazer à baila novos indivíduos que permaneciam ignorados pela sociedade. Nos dias atuais a sigla para referir a essa população é LGBTQIA+ (L= lésbicas; G= gays; B= bissexuais; T= transexuais, travestis, transgêneros e outros; Q= queer – pessoas que não se identificam com padrões binários de gênero; I= intersexuais; A= assexual – pessoas que não têm atração emocional ou prazer sexual com outras; += inclui todas as possibilidades de sexualidade, orientação, gênero e identidade que existem).

De acordo com Sousa et al. (2018) discutir as temáticas, suicídio e população LGBTQI+, considerados como tabu numa sociedade calcada na conceituação heteronormativa e conservadora é desafiador. A discussão sobre orientação sexual e suicídio é questão de saúde pública, tendo em vista que superam as normas sociais vigentes. Portanto entender o universo real consiste em desenvolver perspectivas para ações preventivas e promover a saúde da população LGBTQI+.

Souza et al. (2018, p. 175)

Negar o sofrimento psíquico da população LGBTQI+ é fechar-se para a realidade cruel de inúmeros casos de suicídios, provocados pelas mais diversas formas de violência em todo o mundo. A LGBTQifobia não mata apenas através da violência física e psicológica, mas também por rejeição da família, descaso do Estado e impedir o acesso à saúde.

Conforme Souza, et al. (2018) citando dados levantados pelo Grupo Gay da Bahia (GGB), em 2017 ocorreram 58 suicídios de indivíduos da população LGBTQI+, sujeita a maior discriminação, têm 8,4 vezes mais propensão a cometer suicídio, sendo que gays, bissexuais e lésbicas têm 5 vezes mais. Nesse contexto, relacionar o tema sexualidade fora do padrão heterossexual com o suicídio, estimula o debate sobre a saúde mental dessa população.

2.9.1. Saúde mental na população LGBTQIA+

Santos (2020, p. 24)

Na população homossexual foi constatado que uma prevalência maior de transtornos depressivos com risco de suicídio. Também foi verificada a prevalência de

transtornos mentais em sujeitos homossexuais, especialmente adolescentes. Além disso, abusos sexuais, depressão e baixa autoestima podem configurar fatores precipitantes ao comportamento suicida.

De acordo com Santos (2020), uma pesquisa feita por Ceará e Dalgalarrodo revelou em indivíduos homossexuais, os transtornos: depressivo maior e transtorno de ansiedade generalizada (TAG).

Segundo Santos (2020) o comportamento homofóbico que tem origem no interior da comunidade LGBTQIA+, é produto de um sistema educacional voltado para a heteronormatividade, como padrão correto à ser adotado. Não reconhecendo outros modelos possíveis para traçar um paralelo, dessa maneira esse paradigma é reputado como verdadeiro por certos indivíduos.

Conforme Santos (2020) indivíduos LGBTQIA+ por não se enquadrarem nos padrões da sociedade heteronormativa, sofrem discriminação e, isso constitui importante fator desencadeante de ideação suicida ou do ato propriamente dito.

Segundo Santos (2020) a imposição de rótulos difamatórios, a segregação e a agressão física concorrem para o surgimento de pensamento suicida. As diversas formas de violências físicas e psicológicas sofridas contribuem para o agravamento dos problemas emocionais, físicos, elevação do estresse mental e uso abusivo de substâncias como meio de fuga do sofrimento. Somada a isso, a violência psicológica contribui para agravar os sintomas depressivos. A hostilidade proveniente do ambiente social constitui-se na maior causa da manifestação de ideação suicida em indivíduos homossexuais, outro fator importante, particularmente em sujeitos adolescentes que decidem assumir sua condição homossexual, é a falta de apoio da família.

(SANTOS, 2020, p. 5) “A fragilidade desta população vai ser construída desde a rejeição da família, homofobia no ambiente escolar, passando pela não inserção no mercado de trabalho e acessibilidade a serviços públicos em geral”.

Conforme Santos (2020) estudos realizados sobre os aspectos psicossociais da homofobia têm levado em conta a dimensão total relativa ao assunto. Nesse contexto afirma que a psicologia brasileira tem contribuído sobremaneira para aumentar a compreensão sobre o universo mental LGBTQIA+.

Segundo Santos (2020) a ocorrência de ideação suicida na população LGBTQIA+ é mais frequente que em outras. Conforme o Grupo Gay da Bahia, no ano de 2019, em seu Relatório Anual de óbitos LGBTQIA+, aconteceram cerca de 100 suicídios de indivíduos

desse extrato social. A maioria destes suicídios foi de gays e transexuais, esta população é mais atingida pela homofobia e transfobia nesta ordem.

Segundo Botega (2015, p. 91)

De modo geral, os estudos mostram maior prevalência de comportamento suicida em indivíduos homossexuais e bissexuais, principalmente entre adolescentes e adultos jovens. Vários fatores combinam-se nessas condições: atitudes, estigma e discriminação sociais; estresse ao revelar a condição a amigos e familiares; inconformidade com o gênero; agressão contra homossexuais. Entre os indivíduos homossexuais, mais homens tentam o suicídio.

2.10. Posvenção

Segundo Souza, et al. (2018) a Posvenção é o suporte prestado por intermédio da informação, e acompanhamento à família e tem como objetivo recuperar os eventuais danos psicológicos advindos da perda do ente querido, e também prevenir comportamentos autodestrutivos, que podem vir a tornarem-se fatores desencadeantes de suicídios.

Botega (2015) assevera que o serviço de Posvenção é importante para evitar a morbidade psicológica nos sobreviventes. O autor afirma que esse serviço é considerado um modo de prevenção de suicídio. Nesse sentido, cita a participação em grupos de autoajuda, como importante instrumento de suporte emocional para familiares e amigos, enlutados.

Conforme Botega (2015) geralmente, a sociedade não espera que aconteça a morte por suicídio, entendida, sempre, como uma violência impactante. A veracidade do feneçimento, gradativamente alcançará o cotidiano dos sujeitos envolvidos no processo de luto decorrente, acompanhada por sensações que, geralmente, variam de abatimento e nostalgia à exasperação, ambiguidade e recusa. Geralmente, o autoextermínio não é um modo admissível de morrer. Por vezes oculta-se o motivo da morte nesse caso, e em outras ocasiões são reprimidas sensações dolorosas. O cotidiano de quem sofre a perda de um familiar ou pessoa próxima é marcado pelo silêncio e retraimento.

De acordo com Botega (2015), posteriormente ao impacto inicial, surgem sentimentos de responsabilidade. A concepção generalizada de que cabe aos pais a responsabilidade pelas atitudes de seus descendentes provoca sensações de pesar e culpa. Podendo induzi-los a elevada porção de culpabilidade, aos incômodos éticos e emotivos. “Ao mesmo tempo o suicídio nos impõe a rejeição e o abandono por parte do falecido. Isso costuma misturar e confundir raiva com tristeza e, conseqüentemente, mais culpa”. (BOTEGA, 2015, p. 227).

Segundo Botega (2015) o choque é a reação diante de um suicídio. Sendo que na maioria dos casos, não são percebidos os sinais de risco. Essa situação pode conduzir as pessoas a desacreditarem no suicídio e a buscar outra interpretação para o óbito.

Botega (2015) no que diz respeito à culpa, relata que normalmente, é acompanhada de contínua reflexão e autocensura: “Como não notei?”, “E se...?”. O sentimento de culpa apresenta-se maior nas situações em que, havendo justificativa ou não, alguém da família sente que entre o falecido e ele, existia incompatibilidades não resolvidas.

De acordo com Botega (2015) há um misto de sentimentos que envolvem familiares de pessoas que cometem o suicídio: desamparo desolação e de hiato que não são fáceis de lidar. Conforme o autor a manifestação desses sentimentos, geralmente pode ser marcada pelos seguintes questionamentos. “*Será que ele não pensou em mim, em nossos filhos...?*” e “*O senhor não acha que houve muito egoísmo da parte dele...?*”. Com estes questionamentos procuram encontrar explicação para o ato suicida.

Consoante Botega (2015, p. 230)

A morte por suicídio precisa ser integrada, significativamente, à ideia que fazíamos da pessoa e da nossa condição humana. Pode haver a erupção de uma crise de valores, com questionamento existencial, descrença e confusão em relação a concepções religiosas prévias. Para algumas pessoas, questionar-se solitariamente sobre o porquê de um suicídio passa a ser uma constante angustiante; a resposta definitiva pode nunca ser encontrada.

Conforme Botega (2015) outro sentimento que pode assolar os familiares é a agitação, que tem origem na incapacidade de elaborar as sensações de perda e desolação, sendo assim, buscam através da realização de tarefas conseguirem dominar o mundo exterior. Esses sujeitos tendem a ser ansiosos, empenham-se à exaustão às suas atividades profissionais ou aos afazeres domésticos. Podem empreender a busca por indícios para responsabilizar alguém pelo suicídio. A agitação é uma maneira de fugir da elaboração das recordações dolorosas, pois, mantém o sujeito ocupado.

De acordo com Botega (2015), o suicídio é uma tragédia silenciosa. Poucas pessoas se sentem à vontade para discorrer sobre o acontecimento, por isso se mantêm em silêncio, Os que sobrevivem à tragédia buscam permanecer distantes do convívio social e a ignorar a ajuda, porventura, oferecida. A nódoa social e o constrangimento conduzem à solidão do sofrimento sobre o assunto.

Para Botega (2015, p. 226)

Ainda que o suicídio resulte do ato solitário de um indivíduo, ele não ocorre de forma isolada. Ele insere-se em um espaço interinstitucional, em que se encontram

os amigos, a família, a escola, o local de trabalho, o grupo religioso e outras associações. Para cada suicídio, estima-se que entre 5 e 10 pessoas sejam profundamente afetadas. As reações, embora distintas entre os indivíduos, têm características em comum com situações de perda, e são moldadas pelas representações sociais e pelas atitudes da comunidade em relação ao suicídio.

2.11. Falando sobre o luto.

Segundo Souza et al. (2018) é interessante ressaltar que o luto decorrente do suicídio tem peculiaridades, comparado ao resultante de outra causa de óbito. “Tais dessemelhanças entre os lutos acima citados ocorrem principalmente por se acreditar que as sensações são exacerbadas pela morte violenta e porque o enlutado recebe o legado cujo sofrimento é inegável”. (MATOS E SOUZA ET AL. 2018, p. 189).

Souza et al. (2018) apresenta sete características do luto por suicídio: 1- A repercussão causada pelo anúncio, considerando que o ato compreende geralmente uma conjunção de violência e trauma. O choque apresenta o tamanho da perda de alguém por quem se tem afeto. Os sobreviventes podem enxergar o suicídio como chocante, trazendo ao mesmo tempo para esses a consciência de sua finitude. 2- Inúmeras perguntas que não foram solucionadas e por isso são capazes de voltar a qualquer momento, trazendo sofrimento ao sobrevivente, tornando-o prisioneiro no pensamento. Levando-o a procurar explicações lógicas. 3- Distanciamento representado por um torpor ou sentimento de vivenciar um pesadelo, encarar a realidade pode ser doloroso e como fuga pode ocorrer um afastamento. 4- Pode ser manifestado por meio das redes sociais com a apresentação de condolências – comparecer ao velório e sepultamento costuma não acontecer. Deixando, desse modo, os sobreviventes com a sensação de abandono por parte de familiares e amigos que são a fonte de apoio principal, particularmente, quando estes não proporcionam apoio afetivo. 5- A culpa. Os sobreviventes sentem vergonha de procurar auxílio à medida que a culpa seja relacionada ao sentimento de que supostamente, atitudes careceriam terem sido executadas ou externalizadas. 6- O luto como uma experiência individual, não certo, alternando com a maturidade, condição emocional, aptidão para enfrentar as decepções e relação com o sujeito. 7- Há um tabu ligado à morte, particularmente, ao suicídio. Os sobreviventes têm acrescentados à culpa, desalento, reprovação, opróbrio e cólera, são penalizados por não encontrar explicações para o ato e pelo julgamento da sociedade. 8- A busca de sentido. A elaboração do luto pelos sobreviventes dar-se-á quando conseguirem canalizar o sofrimento decorrente deste, achando sentido para a ausência, proporcionando uma mudança em alguma coisa que seja significativa e produtiva, possibilitando uma maneira de prosseguir vivendo.

Souza, et al. (2018, p. 192)

Não se pode estabelecer um tempo exato para duração do luto, ele pode ser vivenciado a cada novo período da vida, como, às vezes, em uma data simbólica, tais como aniversários, comemorações de fim de ano, demonstrando que o luto não segue uma linearidade, variando de acordo com cada sujeito.

(FUKUMITSU 2019, p. 35) “Por terem de se encarregar do próprio luto, retomar à vida e cuidar de outras pessoas ao redor os indivíduos enlutados vivenciam uma sobrecarga intensa de emoções, o que acentua o sofrimento psíquico”.

De acordo com Fukumitsu (2019) geralmente enlutados necessitam enfrentar uma variedade de sensações, que tornam difícil sua rotina. O sobrevivente é tomado por sensações e concepções que transformam o cenário posterior ao autoextermínio num caos, seu cotidiano é invadido por incertezas, a respeito do que sucedia com o sujeito que se matou – “culpa, raiva, mágoa, medo, indignação, revolta, vergonha, entre outras reações provocadas pela auto-aniquilação de quem se ama”. (FUKUMITSU, 2019, p. 37).

Segundo Fukumitsu (2019), vivenciar o abalo do autoextermínio é evidenciar as sequelas que permanecerão depois do falecimento do ente querido. Mesmo com o transcorrer do tempo, a dor as reminiscências perpetuam o sofrimento, devido à impossibilidade de olvidar o instante que o cotidiano do sobrevivente mudou completamente. Nesse contexto, surge para o indivíduo enlutado a demanda para se manter vivo, não obstante o sentimento de estar morto iniciando desse modo à contradição entre a vida e a morte.

Conforme Fukumitsu (2019) surgem, para os enlutados, pensamentos sobre a brevidade e transitoriedade da existência. Destarte, o conflito entre viver e morrer retrata a peculiaridade resultante do autoextermínio, assim como cada sujeito subsistirá ao ininterrupto esforço para encontrar causas ou motivos ao seu modo.

Consoante Fukumitsu (2019, p. 42) a procura por respostas é caracterizada por questionamentos:

Por que isso aconteceu comigo? Por que ele se foi desse jeito? Como será aprender a viver sem ter a pessoa amada por perto? Será mesmo que existem explicações? O suicídio significa desprendimento dos vínculos e das coisas materiais daquele que se matou? Foi um ato de desamor? Foi um ato de desespero? O suicídio foi causado por uma doença? Será que algum dia chegarei a uma resposta que ninguém descobriu ainda? Quanto menos respostas o enlutado encontra, maior é o ciclo interminável de perguntas.

De acordo com Fukumitsu (2019), de todas as perdas, as provocadas pelo suicídio, são as que mais provocam sofrimento, por ser brusca, pela violência do ato e pela inexistência de esclarecimento rápido.

Segundo Fukumitsu (2019, p. 46, 47)

As principais especificidades do processo de luto diante do suicídio estão associadas ao choque da situação traumática. Esta provoca nos enlutados sobreviventes sentimentos de falta de hospitalidade, estranheza com a diversidade de sentimentos, tais como culpa, choque, autoacusação, raiva, busca por lembranças, vergonha, isolamento, rejeição, falta de sentido e necessidade de explicações, configurando as mais importantes sequelas da vivência da morte por suicídio.

Consoante Fukumitsu (2019) o estigma transforma a trajetória do enlutado em movimento extenuante devido o preconceito. Diversos indivíduos enlutados pelo suicídio, citam agravos originados do juízo de outrem, da ausência de privacidade e pelo desrespeito.

De acordo com Fukumitsu (2019) há relatos de enlutados que tiveram suas privacidades devassadas, desconsideradas por terem de encontrar respostas que não tinham; a inexistência de respostas leva-os a se isolarem de tudo que recordasse o ato suicida. Nesse contexto, são destacados três particularidades do luto por autoextermínio: Isolamento, solidão e silêncio.

Fukumitsu (2019, p. 68)

Um dos principais focos da posvenção é o acolhimento da diversidade sentimentos e pensamentos que o suicídio do ente querido pode desencadear, entre os quais: culpa, ódio, mágoa, medo, indignação, revolta, vergonha, sentimento de abandono e de impotência.

Segundo Fukumitsu (2019) É natural que o sobrevivente sinta-se culpado. Consequentemente é errado falar: Não sinta culpa.

Conforme Fukumitsu (2019, p. 70)

O antídoto para a culpa é o fortalecimento das ações do aqui-agora. Agimos como é possível no momento em que a situação acontece. Não conseguimos antecipar como agiremos e, por isso, precisamos compreender que nossas ações são respostas que acontecem em um tempo e em um espaço nos quais temos prontidão e maturidade.

Consoante Fukumitsu (2019), o medo da repetição do suicídio é outro aspecto que deve ser objeto de intervenção na posvenção. Salienta que, diante do surgimento desse sentimento, é preciso ressignificar a compreensão que o enlutado tem sobre o suicídio, desse modo é possível modificar modelos autodestrutivos e condutas desequilibradas na família e encontrar modos de enfrentar a situação.

2.12. Tratamento de pacientes suicidas, segundo a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

2.12.1 A fase inicial do tratamento

De acordo com Wenzel, Brown e Beck (2010) o procedimento terapêutico para pacientes suicidas é fundamentado nos princípios: a) é imprescindível o desenvolvimento de

competências intelectuais, comportamentais e emocionais para enfrentar as circunstâncias; b) fracassam na aplicação das habilidades obtidas anteriormente; c) fracassam em aplicar os meios à disposição no decurso das crises suicidas.

Conforme Wenzel, Brown e Beck (2010), o tratamento inicial tem como objetivos primários os seguintes passos: a) obtenção de métodos adaptativos de coping; b) identificação dos motivos para viver e promoção de esperança; c) aprimorar competências para solucionar problemas; d) ampliar a interação do paciente com suas redes comunitárias de sustentação; e) expandir a concordância dos pacientes com os tratamentos médicos, psiquiátricos, de cuidados dependentes e de atenção social que estejam recebendo paralelamente.

2.12.2. A fase intermediária do tratamento

Segundo Wenzel, Brown e Beck (2010), as sessões de TCC, na fase intermediária do tratamento para indivíduos suicidas devem observar os seguintes tópicos: 1- avaliar o risco de suicídio; 2- avaliar o consumo de álcool e substâncias psicoativas; 3- avaliar a harmonia com outros serviços; rever a estratégia de proteção.

2.12.3. A fase avançada do tratamento

De acordo com Wenzel, Brown e Beck (2010), esta fase tem como objetivo a avaliação do aprendizado dos pacientes e se conseguem utilizar as capacidades que podem auxiliá-los a eliminar as crises autodestrutivas. Para tanto, os profissionais de saúde podem valer-se de quatro atividades principais: 1- sumarizar e alicerçar habilidades aprendidas na fase anterior do tratamento; 2- Por em prática as competências por meio de exercícios de criação dirigida; 3- rever a progressão rumo aos propósitos do tratamento; programar a continuidade do tratamento, fazer o encaminhamento para outro procedimento terapêutico ou aprontar para o encerramento do tratamento.

3. METODOLOGIA

A presente pesquisa teve como cunho o método bibliográfico e qualitativo, sendo esta de natureza bibliográfica, para tanto, foram utilizados livros e e-books que já foram publicados. O método bibliográfico é a base inicial para a efetiva construção da pesquisa, pois, através dele obteve-se a fundamentação teórica para o desenvolvimento do tema proposto neste trabalho.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o desenvolvimento deste trabalho, buscou-se conhecer as representações que cercam o tema desde os primórdios da humanidade. É fato que o assunto sempre foi permeado por tabus, estigmas e preconceitos. Nesta pesquisa pretendeu-se apresentar o assunto em seus variados aspectos, trazendo no corpo deste trabalho informações científicas sobre as nuances que envolvem a prática do suicídio (comportamentos suicidas – fatores de risco predisponentes e precipitantes, fatores de proteção, prevenção, posvenção e características peculiares do luto dos sobreviventes ao suicídio), bem como informações superficiais sobre os componentes do tratamento de pacientes com comportamento suicida de acordo com a abordagem cógico-comportamental. Embora reconhecendo a dificuldade que se tem para lidar com o tema, procurou-se apresentá-lo de forma objetiva.

Nesse sentido conhecer de forma sucinta, a história nas mais diferentes culturas e religiões no decorrer das eras da história da humanidade, a partir dos registros históricos iniciais, é fundamental para compreender a maneira que o tema é tratado desde a Antiguidade até os dias atuais e, nesse sentido, trabalhar para que a sociedade possa ser conscientizada e compreenda a gravidade e a realidade do suicídio, um gravíssimo problema de saúde pública que merece a atenção de todos.

Com esse propósito, contribuir com a conscientização da sociedade, julgou-se importante trazer a temática deste trabalho para o contexto acadêmico, pois é nesse que se encontram as mentes pensantes, os formadores de opinião, os que buscam a luz da ciência compreender os problemas de saúde mental que envolvem os comportamentos suicidas, e assim, dentro de uma visão desprovida de preconceitos, contribuir com os agentes públicos na implementação de ações efetivas para que se possa mitigar os danos causados pela prática do suicídio.

O enfrentamento do problema suicídio, só será possível por intermédio de um debate franco e objetivo sobre o tema, que vise romper com os tabus e estigmas que o envolvem. Trazer a temática para a academia, poderá proporcionar contribuições que forneçam subsídios para o Estado implementar de políticas públicas e para a prevenção do suicídio, fornecendo informações para os agentes de saúde pública e a sociedade, que possam somar esforços no enfrentamento desse grave problema de saúde pública. A redução dos números de suicídio só será possível pela conscientização da sociedade em geral. É preciso haver uma mudança no modo de lidar com o problema do suicídio, que guardadas as diferenças contextuais e históricas, pouco mudou, se comparadas as questões que o envolvem desde a antiguidade até os dias atuais.

No decorrer do desenvolvimento desse trabalho foi realizada uma criteriosa pesquisa bibliográfica, através da qual se pode perceber a enorme resistência que há em tratar do assunto objeto da pesquisa e, também da premente necessidade que há de se enfrentar a realidade do suicídio e, dessa maneira, contribuir para a disseminação responsável de informações que possam minimizar os problemas decorrentes. Fato que só será possível de ser alcançado por meio do enfrentamento da dolorosa realidade que atinge as famílias impactadas pelo ato suicida. O enfrentamento da questão é possível através de campanhas para possibilitar a identificação de comportamentos suicidas, fatores de risco e precipitantes, da prevenção por meio da divulgação massiva dos programas de saúde, da capacitação das equipes multiprofissionais da rede pública de saúde, da conscientização.

A identificação dos comportamentos suicidas só será possível se houver um enfrentamento sem preconceitos das questões que envolvem a prática, para isto, neste trabalho apresentam-se informações importantes que poderão contribuir para a prevenção da prática. Também se visa desconstruir os aspectos que envolvem tabus e estigmas que sofrem as famílias que passam pelo traumático drama que rodeia o suicídio.

REFERÊNCIAS

- BARGAGLI, Marzio. O suicídio no Ocidente e no Oriente. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2019.
- BERTOLOTE, José Manoel. Suicídio e sua prevenção. São Paulo: Editora Unesp, 2012.
- BOTEGA, José Neuri. A Crise Suicida. Porto Alegre: Editora Artmed, 2015.
- DURKHEIM, Émile. O suicídio. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2019.
- FUKUMITSU, Karina Okajima. Sobreviventes enlutados por suicídio: cuidados e intervenções. São Paulo: Summus, 2019.
- MINOIS, George. A história do suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária. São Paulo: Editora Unesp, 2018.
- PINHEIRO, Wilzacler Rosa e Silva. Comportamento Suicida e o acolhimento de suas expressões. São Paulo: Editora All Print, 2018.
- SANTOS, José Alberto Gonçalves dos. O Suicídio e sua Prevenção na População LGBTQIA+. Porto Alegre: Amazon ebook, 2020.

SOUZA, Fábio Gomes de Matos e; Veríssimo de Oliveira, Maria Ivoneide; Rebouças, Erick Fraga; Bisol, Luísa Weber. Prevenção ao Suicídio temas relevantes. Fortaleza: Editora Premium, 2018.

WENZEL, Amy; BROWN, Gregory K.; BECK, Aaron T. Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas. Porto Alegre: Artmed, 2010.