

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO**

**SUICÍDIO - UMA REFLEXÃO DISCURSIVA E AS POSSIBILIDADES DE
AÇÕES PREVENTIVAS A PARTIR DOS FATORES DE RISCO**

**ITAJAÍ, SC
2010**

LUIZ ANTONIO PENTEADO SETTI

**SUICÍDIO - UMA REFLEXÃO DISCURSIVA E AS POSSIBILIDADES DE AÇÕES
PREVENTIVAS A PARTIR DOS FATORES DE RISCO**

Dissertação apresentada como requisito parcial ao título de Mestre no Programa de Pós-Graduação Stricto sensu em Saúde - Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Orientadora: Profa. Dra. Yolanda Flores e Silva

**ITAJAÍ, SC
2010**

O que mais me surpreende na humanidade é o homem.

Ele vive como se nunca fosse morrer, e morre como se nunca tivesse vivido!

Perde a saúde para ganhar dinheiro e depois gasta o dinheiro para tentar recuperar a saúde!

DALAI LAMA

LUIZ ANTONIO PENTEADO SETTI

SETTI, L. A. P. **Suicídio: uma reflexão discursiva e as possibilidades de ações preventivas a partir dos fatores de riscos.** Dissertação, 2010, 101f. (Mestrado) Programa de Pós – Graduação *Stricto sensu* em Saúde / Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho. Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2010.

Linha de Pesquisa: A Família em seu Ciclo Vital

BANCA EXAMINADORA:

Yolanda Flores e Silva
[Orientadora - Docente MPSF - UNIVALI]

Eliany Nazaré Oliveira
[Examinador – Docente – UVA / UFC]

Maria Glória Dittrich
[Examinadora – Docente MPSF – UNIVALI]

RESUMO

SETTI, L. A. P. **Suicídio: uma reflexão discursiva e as possibilidades de ações preventivas a partir dos fatores de riscos.** Dissertação, 2010. 101f. (Mestrado) Programa de Pós – Graduação Stricto sensu em Saúde / Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho. Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2010.

O suicídio constitui uma importante questão de saúde pública mundial, representando 1,5% do custo total das doenças para a sociedade. Estimativas apontam que para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas sérias que exigem atenção médica e para cada tentativa registrada, existem quatro não conhecidas e, para cada suicídio há, em média, cinco ou seis pessoas próximas que sofrem conseqüências diversas. Considerando esta problemática nosso **objetivo geral** foi o de verificar em documentos e bibliografias sobre o suicídio em estudos realizados principalmente no Brasil quais as discussões existentes sobre o fenômeno, formas de prevenção e tratamento, a fim de discutirmos formas de intervenção preventiva às situações iminentes de suicídio a partir da identificação dos fatores de riscos entre pessoas atendidas pelos serviços públicos e privados de saúde. O caminho metodológico adotado teve como ancoragem a abordagem qualitativa, exploratória de natureza documental e bibliográfica com as seguintes etapas: a identificação de artigos, dissertações e teses sobre o tema em bibliotecas e bancos de dados eletrônicos e a análise destes textos com o uso das ferramentas da análise de conteúdo. Ao final conseguimos apresentar uma discussão sobre o suicídio com uma revisão que envolveu pesquisas de distintas áreas e momentos históricos contextuais. Ao final cremos ter apresentado não apenas uma revisão histórica, mas, também os riscos potenciais ao suicídio, a complexidade da atuação dos profissionais de saúde e a necessidade de procurarmos caminhos possíveis para que se elaborem planos e protocolos de ação – intervenção para a prevenção do suicídio, a partir da identificação dos fatores de riscos mais comuns à realidade do fenômeno no Brasil e no mundo.

Palavras-Chave: Suicídio; Concepções; Linha do Tempo Histórica; Fatores de Riscos; Atuação Profissional.

ABSTRACT

SETTI, L. A. P. **Suicídio: uma reflexão discursiva e as possibilidades de ações preventivas a partir dos fatores de riscos (Suicide: a discursive reflection and the possibilities for preventative actions based on the risk factors)**. Dissertation, 2011. (Master's Degree) Post-graduation *Stricto sensu* Program in Health / Professional Master's Degree in Health and Management of Work. University of Vale do Itajai, Itajai, 2011.

Suicide is an important global public health issue, representing 1.5% of the total cost of sickness for society. In Brazil, in view of the severity of this situation and the understanding that this is a public health problem that is preventable and avoidable, the government has carried out actions of health surveillance, promotion and prevention and healthcare for the victims of attempted suicide. Estimates indicate that for each suicide case, there are at least ten serious attempts that require medical attention: that for each recorded suicide attempt, there are four unknown attempts, and that for each suicide, there are around five or six people who suffer various consequences. The increased levels of suicide and suicide attempts, besides causing loss of lives, lead to a significant loss of workers and can compromise the labor force in Brazil and worldwide. In view of this context, this study elaborates a reflector on the need for preventative interventions by the public and private health services, when faced with imminent situations of suicide, and identifies the risk factors among those attended. To implement this general objective, we carried out an analysis of some existing studies on suicide, and their discussions concerning the actions that exist today in terms of healthcare offered for prevention and care in situations where the suicide has not yet taken place. We also sought to find out more about the training of professionals to deal with these situations of mental fragility, and the concrete facts in regard to what can be considered as risk factors for suicide. The methodology adopted was based on a qualitative and exploratory approach, with documentary research in two phases: the identification of articles, dissertations and theses on the theme in electronic databases of the SCIELO, BIREME, CAPES and IBICT networks, and analysis of these texts, based on our specific objectives. At the end, we present an article that discusses the relationship between mental health and suicide, in partnership with our supervisor followed by another article with a review and discussion of texts on studies related to suicide, and then in the final considerations, we discuss, based on the results obtained, some possible routes for elaborating an action proposal – intervention for the prevention of suicide, based on the identification of the most common risk factors in the reality of this phenomenon in Brazil.

Keywords: Suicide; Risk Factors; Prevention; Discourse Analysis.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	08
CAPÍTULO 01 – A MORTE E O MORRER.....	16
CAPÍTULO 02 – O SUICÍDIO.....	24
CAPÍTULO 03 – O SUICÍDIO NA SAÚDE.....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS / BIBLIOGRAFIAS.....	71
APÊNDICE 01 [Artigo Científico].....	79

APRESENTAÇÃO

A construção do texto dessa dissertação segue o modelo orientado pelo atual regimento do Programa de Pós - Graduação *Stricto sensu* em Saúde - Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI.

Formato e organização do texto: **“Suicídio: uma reflexão discursiva sobre concepções, história, fatores de riscos e ações preventivas nos serviços de saúde:**

- Uma introdução com considerações sobre o tema e uma síntese da proposta aprovada em qualificação com: o problema de pesquisa, a justificativa, os objetivos e a metodologia utilizada para a coleta de dados. Dada a natureza da pesquisa, que é qualitativa com coleta bibliográfica e documental, a fundamentação teórica desta produção foi vinculada aos resultados aqui apresentados sem um capítulo explícito sobre a fundamentação da temática;
- Resultados com:
 - A. Ensaio científico sobre a morte;
 - B. Ensaio científico sobre o suicídio [aspectos relacionados a concepções filosóficas e históricas;
 - C. Artigo científico sobre o suicídio na saúde [aspectos técnicos operacionais relacionados ao fenômeno;
 - D. Considerações finais;
 - E. Referências / Bibliografias;
 - F. Apêndice com artigo científico elaborado segundo as normas dos periódicos indexados no SCIELO para encaminhamento de publicação antes da defesa da dissertação;

Considerando a construção por nós realizada, o artigo que consta no apêndice foi elaborado com a co-autoria da orientadora em acordo previamente estabelecido por nós no corrente ano.

INTRODUÇÃO

A. Considerações gerais sobre o suicídio

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que até 2020, mais de 1,53 milhões de pessoas vão cometer suicídio a cada ano, o que significa uma morte a cada 20 segundos, e uma tentativa a cada dois segundos (ALVES, 2007, p. 129). Considerando esses dados é fácil entender porque o suicídio constitui uma importante questão de saúde pública no mundo inteiro dado fato que representa 1,5% do custo total das doenças para a sociedade (BERTOLOTE e FLEISCHMANN, 2002).

Em nosso país, os coeficientes de suicídio têm aumentado notadamente entre jovens e adultos jovens do sexo masculino. É dentre as principais causas de morte, uma das dez maiores causas de morte nos diversos países e, está entre as três principais causas de morte na faixa etária dos 15 aos 35 anos de idade (ROCHA, 2008). Em termos práticos, atingimos em 2004 o nono lugar em número absoluto de suicídios ainda que saibamos que os registros oficiais devem estar subdimensionados, existem registros de 7.987 suicídios no país em 2004, representando 0,8% do total de óbitos naquele ano. Com relação a outras nações, o país ocupa a 67ª posição na classificação mundial, no entanto, em números absolutos está entre os dez países com maiores índices de suicídio (BERTOLOTE e FLEISCHMANN, 2002).

Dados do Ministério da Saúde, sobre estudos de casos de suicídio no intervalo entre 1994 a 2004, apontam ainda que a taxa de suicídio foi de 14,3%, no país considerando-se, assim, um grave problema de saúde pública (BOTEGA, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou que, no ano 2000, aproximadamente um milhão de pessoas morreram por suicídio, sendo que a taxa global ficou em 16 eventos por 100 mil habitantes (OMS, 2000¹). Dentre os que se mataram 55% tinham menos de 40 anos de idade. Nesse grupo, o suicídio respondeu por 3% do total de óbitos (WHO/MNH/MBD, 2000).

No caso das tentativas de suicídio, esse panorama é ainda mais grave. Um estudo europeu estimou que o número de tentativas de suicídio pudesse ser até 40 vezes maior que o de suicídios. Contudo, a OMS, em uma perspectiva mundial,

aponta um valor superior em até 20 vezes (OMS, 2000). O comportamento suicida exerce considerável impacto nos serviços de saúde e calcula-se que 1,4% da carga (*burden*) global ocasionada por doenças no ano 2002 teve a tentativa de suicídio como personagem principal. Essa cifra deverá chegar aos 2,4% em 2020 (WHO/MNH/MBD, 2000).

Na população jovem de 15 a 44 anos, as lesões ou traumas decorrentes das tentativas de suicídio é a sexta maior causa de problemas de saúde e incapacitação física. Esses dados colocam as tentativas de suicídio como um grave problema de Saúde Pública mundial, que vem atingindo cada vez mais jovens e gerando sérios danos à saúde, incluindo os psicológicos e sócio-econômicos.

Nesta perspectiva, considerando apenas os dados brasileiros citados, em um período de tempo de aproximadamente 10 anos o mundo terá perdido uma população equivalente a uma cidade como São Paulo, o que implica, além da lamentável perda de vidas, uma subtração expressiva do processo produtivo mundial, uma vez que o suicídio vem migrando de faixa etária, de idosos para jovens (BOTEGA, 2006).

Diante da gravidade dessa situação e da compreensão de que este é um problema de saúde pública, o Ministério da Saúde do Brasil tem desenvolvido ações de vigilância, promoção da saúde, prevenção de violências e acidentes e assistência às vítimas. Além disso, realiza, concomitantemente, articulações no sentido de melhorar a legislação vigente com relação a proteção das pessoas que ameaçam se suicidar e atuar na formação de recursos humanos e na avaliação de políticas e programas específicos (OLIVEIRA, 2006).

B. Justificativa

O comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos e, principalmente, de impacto tal como apontam dados da Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 2006). A prevalência dos suicídios entre as principais causas de morte é alarmante. Entre as pessoas de 15 a 35 anos, é a terceira principal causa de morte no mundo. Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o número de mortes por suicídio, em termos globais, no ano de 2003 girou em torno de 900 mil pessoas.

No Brasil, em 2004, das 127.470 mortes por causas externas, 8.017 pessoas (6,3%) morreram por essa causa (MS/SAS, 2006). Segundo estudos realizados em 2005, a taxa de suicídio no Brasil cresceu 21% de 1980 a 2000, principalmente entre os jovens de 15 a 24 anos (MELLO-SANTOS *et al.*, 2006).

Há uma série de fatores precipitantes relacionados ao suicídio, como problemas domésticos, perda do emprego, dificuldades financeiras e legais, doenças crônicas e alcoolismo (KLERMAN, 1987; PIRKOLA *et al.*, 2000).

Estimativas revelam que para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas suficientemente sérias que exigem atenção médica e para cada tentativa de suicídio registrada, existem quatro tentativas não conhecidas (MELLO, 2000). Essas tentativas, além de provocar perda de vidas podem ocasionar impactos na sociedade através de expressiva redução de trabalhadores. Essas perdas relacionadas ao valor da vida do indivíduo que comete o suicídio e seu ato se caracterizam, muitas vezes, como uma forma de mostrar os erros da sociedade contra sua pessoa (IBEMEC, 2006).

Sabemos também que para cada suicídio há, em média, cinco ou seis pessoas próximas ao falecido que sofrem conseqüências emocionais, sociais e econômicas (WHO, 2006). Nessa perspectiva, não há como negar que o suicídio é um sério problema de saúde pública que exige a atenção de todos, profissionais de saúde, família e sociedade, mesmo porque a sua prevenção e controle, infelizmente, não é uma tarefa fácil.

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde (2006) indicam que a prevenção do suicídio, enquanto exequível envolve uma série de atividades, que vão desde a provisão das melhores condições possíveis para abrigar a população de risco e, de tratamentos eficazes dos distúrbios através do controle dos fatores de riscos ambientais.

Analisando todo esse quadro e considerando esta temática de fundamental importância é que desenvolvemos nossa pesquisa no ano de 2011. Embora não tenhamos a clareza ainda sobre tratamentos 100% eficazes, queremos apresentar uma proposta em que família, sociedade e profissionais da saúde atuem de forma conjunta nesse fenômeno mundial chamado suicídio.

C. Problema de pesquisa

O aumento dos índices de suicídio e de tentativas ao ato, além de provocar perda de vidas ocasiona uma expressiva redução de pessoas no mercado de trabalho e nas distintas frentes de criatividade funcional do viver humano em coletividade. Atualmente os índices vêm migrando de suicidas idosos para suicidas jovens, o que pode comprometer significativamente a massa produtiva brasileira e mundial.

Se pensarmos no suicídio como um fenômeno complexo e multifatorial é nossa obrigação em qualquer serviço de saúde, intervir nas tentativas de suicídio quer prevenindo-as quer interrompendo-as, com garantia do Código Penal vigente no Brasil, o qual dispõe de duas possibilidades em que a intervenção médica pode ocorrer à revelia do paciente:

- 1) O ato médico realizado em caso de iminente risco de morte;
- 2) A ação voltada para evitar o suicídio (ALVES, 2007, p. 127).

Contudo, intervenções legais de distintas naturezas, não impedirão o risco da morte por suicídio. Acreditamos serem necessárias medidas mais drásticas de natureza interdisciplinar, que efetivamente diminuam os dados aqui apontados. Nesse sentido, cremos ser importante e esta é uma premissa que norteia este estudo, conhecermos na literatura científica, o que se discute sobre o suicídio e o que se propõe como prevenção e tratamento das vítimas. Daí a questão de pesquisa que se segue:

“Quais as discussões existentes sobre o suicídio, a sua prevenção e tratamento na literatura científica na área da saúde e afins?”

D. Objetivos

Objetivo geral:

Verificar em documentos e bibliografias sobre o suicídio em estudos realizados principalmente no Brasil quais as discussões existentes sobre o fenômeno, formas de prevenção e tratamento, a fim de propor ações interventivas a partir da identificação dos fatores de riscos.

Objetivos específicos:

- Identificar estudos/pesquisas sobre o suicídio e os tipos de ações para assistência aos potenciais suicidas, considerando a natureza das mesmas [prevenção, intervenção após tentativa de suicídio, suspeita de tentativa de suicídio, etc];
- Verificar nos estudos identificados que tipo de preparação existe para os profissionais que atuam com pessoas em situação iminente de suicídio;
- Analisar, considerando a situação do fenômeno suicídio no Brasil quais os fatores de riscos que mais são citados e debatidos nos estudos selecionados e que propostas de intervenção apóiam as pessoas, familiares e profissionais da saúde frente ao suicídio;

E. Metodologia

Tipo de estudo:

A abordagem qualitativa foi escolhida buscando-se respostas para questões muito particulares considerando a possibilidade de ampliar as percepções extraídas da revisão documental e bibliográfica a que nos propusemos. Para que um estudo qualitativo seja realizado exige-se um delineamento emergente que surge à medida que o pesquisador toma decisões constantes que refletem o que já foi aprendido. É parte de um caminho que deve ser flexível, elástico e capaz de ajustar-se a coleta de dados (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004). Nessa perspectiva, a pesquisa por nós realizada, aconteceu após algumas escolhas que precisaram ser modificadas ao longo do percurso que compreendeu todo o ano de 2010. Entre estas está a opção por não termos uma única linha de pensamento epistemológico com relação aos autores escolhidos para nossas discussões sobre a temática. Nesse sentido, algumas contradições serão percebidas no momento de discussão entre o que se leu e o que pensamos e vivemos em nosso cotidiano de trabalho.

Universo [corpus] do estudo:

O estudo compreendeu a coleta de documentos (material oficial do Ministério da Saúde, OMS e outras instituições de ensino e pesquisa em saúde) e bibliográficas (periódicos científicos reconhecidos na área, anais de eventos

qualificados academicamente e livros atuais e clássicos sobre o tema) que continham informações relacionadas aos objetivos propostos que podiam contribuir para esse trabalho. O tempo cronológico dos textos utilizados seguiu uma linha do tempo que associou textos clássicos e textos mais atuais.

Coleta e análise dos dados:

A coleta dos dados foi realizada em meios eletrônicos e bibliotecas virtuais e não virtuais. Embora tenhamos escolhido o idioma português como primeira opção de leitura, muitos textos de autores de outros países devidamente traduzidos também fizeram parte do acervo coletado para análise. Esta análise por sua vez, do tipo conteúdo, segue parâmetros diferenciados dos seguidos por Bardin (1977), uma vez que não era nossa intenção quantificar os textos. Nesse sentido utilizamos a análise de conteúdo considerando o conjunto de técnicas e instrumentos utilizados para identificação de conteúdos que se relacionassem com nossos objetivos chegando à interpretação desses conteúdos através de uma leitura reflexiva e crítica dessas informações, bem como alguns indicadores que permitiram que construíssemos algumas inferências sobre as condições de produção desses textos (MORAES, 1998).

Para tal foram observados os seguintes passos:

- Leitura das obras, artigos e materiais disponíveis;
- Estruturação do conteúdo a ser abordado de acordo com os objetivos da proposta;
- Classificação das idéias pertinentes ao tema proposto;
- Agrupamento dos estudos e idéias dos autores catalogados para elaboração dos textos dos resultados no formato de ensaios / artigos descritivos / reflexivos.

Essa técnica de análise de conteúdo não se esgota na organização dos dados em categorias, pois exige não só a descrição das categorias, mas também sua interpretação sendo esse “um momento inferencial”. “É um momento de relacionar de modo mais aprofundado o texto com o contexto. Esse processo, em geral, fundamenta-se no referencial teórico anteriormente trabalhado” (MORAES, 1998, p. 126).

F. Organização da dissertação

A organização de nosso texto segue a nova orientação do colegiado do Programa de Pós – Graduação *Stricto sensu* em Saúde e Gestão do Trabalho. Na parte introdutória fazemos algumas considerações sobre o tema, colocamos as justificativas para a escolha do mesmo, o problema de pesquisa, objetivos e a metodologia que norteou a organização da coleta e da análise dos dados. A seguir, dividimos o texto em três capítulos com os resultados da pesquisa:

E.a - No **capítulo 01** no formato de um ensaio reflexivo, apresentamos uma discussão sobre a morte e o morrer enquanto pensamento e discurso de várias áreas e linhas do conhecimento. Consideramos este ensaio um primeiro momento de nossa revisão teórica e já parte da coleta de dados bibliográficos, embora não ressaltemos neste tópico a questão suicídio, e sim o medo, o temor de viver a morte;

E.b – No **capítulo 02** no formato também de um ensaio apresentamos os primeiros dados sobre suicídio considerando aspectos filosóficos e antropológicos sobre a temática. Entretanto o artigo não se prende apenas as discussões de natureza teórica, este é um ensaio que trata dos distintos discursos sobre o suicídio ao longo da história humana. Não se trata de um apanhado de fatores positivos ou negativos, mas, um pouco da trajetória humana e o que se falou ou produziu sobre o tema, incluindo-se aqui as tipologias reconhecidas pelos especialistas que estudam o fenômeno.

E.c – No **capítulo 03** no formato de artigo apresentamos os fatores de riscos mais citados nos textos identificados e analisados e oferecemos algumas idéias de organização de um atendimento a pessoas que tentaram ou são predisponentes ao que Serrano (2008) denomina de óbito autoprovocado.

Na etapa final dessa dissertação temos as considerações finais e os elementos pós-textuais com a relação de todos os textos citados [referências] e os não citados, mais ainda assim lidos de forma criteriosa para compor o material de análise [bibliografia]. Como apêndice apresenta-se uma versão síntese de todos os

capítulos [1,2 e3] no formato de artigo enviado a revista argentina Salud Colectiva [SCIELO Argentina].

CAPÍTULO 01 - UM REPENSAR SOBRE A MORTE E O MORRER

RESUMO: Este ensaio se utiliza de autores de várias áreas e linhas de pensamento para apresentar uma reflexão sobre a morte enquanto um fenômeno que se tem como concreto, mas, que, através de várias medidas, os seres humanos se negam a discutir e enfrentar como parte do ciclo da vida. O texto não é conclusivo sobre a questão, a intenção é suscitar a necessidade de ‘falar’ e ‘pensar’ o morrer principalmente entre os profissionais que lidam constantemente com o morrer em seu cotidiano de trabalho.

Palavras – chaves: morte, morrer, natureza; cultura.

I – A morte uma discussão

Cassorla (2004) quando discutia sobre a morte e o morrer, afirmou que muitas vezes pensou nesse fenômeno como algo evitável se em nossa existência humana criássemos as condições necessárias para isso. O mesmo autor, contudo disse que apesar de esse ser um desejo presente em todas as sociedades humanas, é a única coisa absolutamente insubornável segundo o grande Otto Lara Rezende. De fato, ninguém consegue ludibriá-la, morrer mesmo com os grandes avanços médicos é ainda um fenômeno inegociável. Trata-se de um evento tão natural quanto nascer crescer ou ter filhos, contudo, de acordo com as sociedades e sua história cultural, esse fato inevitável é encarado de forma distinta de pessoa para pessoa, de cultura para cultura. Em geral, a idéia da finitude aterroriza o ser humano. Não é por acaso, portanto, que nos últimos anos inúmeros trabalhos científicos vêm sendo publicados na tentativa de desmitificar a morte.

A morte faz parte do ciclo vital, mas por abranger tantas dimensões [sociais, culturais, psicológicas, biológica entre outras] acabam por determinar formas também diferentes de aceitação ou não ao longo da vida (COMBINATO; QUEIROZ, 2003). Dessa forma, caminhando pela ‘história dos povos no mundo’ é possível encontrar diversos comportamentos, crenças e práticas em torno deste fenômeno, que atualmente vem sendo estudado pelo que conhecemos de tanatologia.

A morte, segundo Caputo (2008) é caracterizada pelo mistério, pela incerteza e, conseqüentemente, pelo medo daquilo que não se conhece, uma vez que as pessoas que a experimentaram não tiveram chances de relatá-la aos que aqui ficaram. Todos esses atributos da morte desafiaram e desafiam as mais

distintas culturas, as quais buscaram respostas nos mitos, na filosofia, na arte e nas religiões, buscando assim pontes que tornassem compreensível o desconhecido a fim de remediar a angústia gerada pela morte.

No passado, a filosofia era considerada a ciência que nos trazia o aprendizado sobre a morte. Sócrates costumava dizer em suas preleções, que o filósofo era aquele que sabia morrer e que uma das funções da filosofia seria a de preparar-nos para uma “boa morte” o que significava de forma genérica na língua grega a “eutanasia”. Entre os filósofos existia a crença de que os que sabiam morrer eram porque na prática tinham tido uma existência em plenitude, dessa forma a vida e a morte se iluminavam reciprocamente. No século XIX, época dos grandes sistemas, a morte saiu da temática central dos textos filosóficos, e foi talvez Kierkegaard quem inaugurou uma nova perspectiva, chamada “existencial”, a qual descrevia a morte como algo que para cada um de nós é certo, mas cuja hora é bem incerta. Os filósofos da existência, no século XX, apreenderam esse dado como a mais genérica experiência da “finitude humana”. Para Heidegger, a essência do ser ‘homem’ e a sua maior característica é que este é um “ser-para-a-morte” ou “*Zum-Tode-sein*”. Isso significaria que entre as diversas possibilidades do homem há uma que representa “a possibilidade da impossibilidade”, ou seja, quando esta ocorre, todas as demais possibilidades ficam excluídas (QUELVIN, 2010).

A morte com suas diferentes interpretações culturais, rostos e superstições formadas, estabeleceu e estabelece um vínculo de certeza com todos os seres humanos. No período primitivo da história humana, essa relação foi de compromisso e respeito, porém, na atualidade, a morte foi perdendo sua característica de naturalidade inerente a vida passando a ser negada, tornando-se um tabu. Nessa perspectiva, reforça-se a cultura de negação da morte a cada avanço tecnológico e médico, assim como se nega a velhice, a finitude física, utilizando-se muitas vezes artifícios como a cirurgia plástica ou o uso de muitos medicamentos, cosméticos e alimentos especiais (ROSA, 2006).

Morin (1997) nos alerta que esta negação e negligência com relação à morte está confirmada pelas áreas de conhecimento que teoricamente deveriam refletir sobre essa certeza da vida, o morrer. Para ele as nossas sociedades ocidentais reconhecem o ser humano pela sua capacidade de produzir e criar ferramentas enquanto instrumentos para sua sobrevivência (*homo faber*), pelo cérebro que expressa sua genialidade em buscar o que é novo e fantástico enquanto descoberta,

invenção e inovação (*homo sapiens*), pela linguagem que na verdade é o principal meio de divulgação de todo o conhecimento humano (*homo loquax*). No entanto, a espécie humana é a única que através de rituais, consegue ter ritos funerários em homenagem aos seus mortos, crer na sobrevivência ou no renascimento dos mortos, mas, evita transformar esse tema em uma reflexão comum em rodas de conversas. Há um medo explícito de se atrair a morte a partir do simples fato de se falar a respeito, embora seja essa capacidade de ritualizar a morte o que torna cada ser humano diferente dos seres animais ditos irracionais. Em meio a tudo isso, embora os rituais da morte seja parte do cotidiano humano, são raras as sociedades que não recusam a morte ou que não tentam criar mitos de ressurreição e imortalidade da alma. Para Morin, esses mitos acalmam o traumatismo da morte, que é o traço mais característico dos seres humanos.

O mistério que os seres humanos atribuem ao evento 'morrer' pode originar diversas crenças e práticas em torno do fenômeno. Dentre as mais comuns e corriqueiras, presentes no cotidiano contemporâneo, estão as crenças de vida após a morte, em não apenas se nega a morte da alma, mas, se atribui a possibilidade da eternidade, com algumas personagens sugerindo não apenas essa eternização da alma, mas, o uso de novas tecnologias para alcançar também a eternização do próprio corpo.

II – A morte: finitude ou eternidade?

A morte tem um papel de grande relevância nas sociedades, Giacoia (2005) afirma que a maneira como uma sociedade se posiciona diante da morte e do morto tem um papel decisivo na constituição e na manutenção de sua própria identidade coletiva e, conseqüentemente, na formação de uma tradição cultural comum sobre os processos de adoecimento, as tragédias, o próprio momento do morrer e as condições de culto ao corpo do morto.

A sociedade Mesopotâmica, por exemplo, sepultava seus mortos com tamanho zelo que juntamente com o corpo eram postos vários pertences que marcavam a identidade pessoal e familiar do mesmo, garantindo assim que nada lhe faltasse na travessia do mundo da vida para o mundo da morte, implantado no subterrâneo terrestre. Já os gregos tinham como característica cultural nos seus ritos funerários a prática de cremar os corpos dos mortos, com o intuito de marcar a nova

condição existencial destes, ou seja, a condição social de mortos era oficialmente aceita a partir do ritual de cremação (GIACOIA, 2005).

Os hindus, como os gregos, tinham o costume de incinerar os corpos. Entretanto, o sentido era completamente diferente. Através deste ritual os hindus objetivavam a sua representação da morte que consistia na passagem para outro plano da existência, o fundir-se com o Absoluto, ou seja, o acesso à paz originária pelo fogo e pela água, já que na Índia ainda hoje este ritual é realizado no rio Ganges.

Já para a civilização cristã e para boa parte dos judeus (aqueles que acreditam na ressurreição) a morte era vista como passagem para outra dimensão, a transposição ao eterno sofrimento e expiação (inferno), ou o acesso ao eterno gozo, reservado aos bem-aventurados (o paraíso). A morte para os cristãos era um estágio intermediário, um sono profundo do qual acordariam no dia da ressurreição, quando as almas voltariam a habitar os corpos. É devido a essa crença que os cristãos há muito tempo enterram os corpos dos defuntos com grande escrúpulo. (FLECK, 2004, p. 1999 *apud* GIACOIA, 2005).

Morin (1997), dentro desse contexto, coloca que a religião, que para Marx representa “o suspiro da criatura angustiada” e para Freud “a neurose obsessiva da humanidade”, tem o papel vital de refutação da morte. Ela difunde o otimismo que, por meio do mito da imortalidade, permite as pessoas ultrapassar sua angústia existencial. A religião é uma instituição que traduz a inadaptação humana à morte trazendo consolo, tranquilidade para viver o dia-a-dia, visto que esse tipo de construção cosmomórfica da morte garante a imortalidade e a convicção baseada na fé de que somos eternos.

Becker (2007, p. 49), sobre o temor à morte, cita que o homem está, literalmente, dividido: “tem consciência de sua esplêndida e ímpar situação de destaque na natureza, dotado de uma dominadora majestade e, no entanto, retorna ao interior da terra, uns sete palmos, para cega e mudamente apodrecer e desaparecer para sempre. Estar num dilema desses e conviver com ele é assustador”. Assim, ainda complementa dizendo que “têm razão, absoluta razão, aqueles que acham que uma plena compreensão da condição humana levaria o homem à loucura”.

Presume-se, de acordo com os estudos de Ariès (2003) que, na Idade Média, o homem encarava a morte com naturalidade, pois todos os indivíduos

entendiam que um dia morreriam, sendo um fato concreto de uma das únicas certezas da vida para estes. Claro que, foram outros tempos, pois as pestes, as guerras da época permitiam a visibilidade de mortes coletivas. No entanto, na atualidade, têm-se diariamente notícias acerca de mortes catastróficas em acidentes, em guerras civis e, derivadas das práticas de vários tipos de violência e, nem por isso, encara-se a morte com naturalidade e como uma certeza da vida, pelo contrário, nem se pensa nela. Outro ponto destacado por Ariès (2003), é que, na Idade Média, o homem pressentia a sua morte, e dessa forma se organizava, tomando suas últimas providências. Esperava a sua morte no leito, com naturalidade e recebia visitas com objetivo de despedida de seus familiares, amigos, vizinhos e inclusive crianças.

Cassorla (2004) também cita que a morte antes fazia parte do dia-a-dia. Ela atingia jovens e crianças, e muitas pessoas doentes tinham menos chances de sobreviver. As pessoas morriam em casa, cercadas por seus familiares e conhecidos. Crianças vivenciavam o processo de morte dos adultos e velhos e a convivência com essa realidade se tornava mais fácil. Rituais culturais e religiosos eram efetuados pela comunidade, antes e após a morte. Enfim, a morte fazia parte da vida.

No entanto, com os avanços do saneamento e da medicina, as pessoas passam a viver mais e a negar mais ainda a morte. Isso ocorre também pelo medo de se morrer no hospital, sozinho, comumente no meio de aparelhos, sedado, não podendo despedir-se dos seus ou, até mesmo, resolver suas pendências emocionais e práticas. Não pode fazer o luto por sua própria vida, o que permitiria uma morte mais tranqüila (CASSORLA, 2004). Em muitas situações em que a pessoa doente tenta falar sobre a sua morte e as providências que gostaria de tomar, é impedido pelos familiares, pelos profissionais da saúde, que entendem ser esse processo um indicativo de desistência, entrega e fraqueza.

Caputo (2008) coloca que este quadro da morte 'medicalizada' ou hospitalar na cultura ocidental ocorreu a partir da segunda metade do século XX. Com essa ruptura, a morte deixou de ser "familiar", "doméstica" e passa a ser um "tabu", algo no qual o ser humano pós-moderno tenta fugir, a fim de não lidar com a mesma. No entanto, ainda assim, conforme as suas crenças, este também reafirma através de suas crenças religiosas e cosmológicas, a sua condição de mortal como parte do seu ciclo vital, de forma que se faz necessário todos os dias viver a morte dos

'outros', dos familiares e por fim enfrentar a sua própria morte. É evidente que, embora a atitude de não lidar com a morte evite ou afaste as pessoas da reflexão sobre a sua mortalidade, não impede de vivê-la através de outras pessoas e sempre seja uma sombra a cada dia que seu corpo já não atende mais a certas exigências, ou quando se depara com as catástrofes, violências e outros fenômenos que podem levar a morte.

Maranhão (1986) afirma que nas sociedades ocidentais contemporânea estabelecemos ritos de redução da morte e tudo o que está relacionado a ela no intuito de negar a experiência da mesma. Ora, Torres (1983) afirma que se no início do século XX o grande tabu se dava em relação ao sexo, no final do referido século o grande tabu estava ligado à morte, a tal ponto, que na atualidade é comum as crianças receberem informações sobre sexualidade, porém quando se trata da morte esta é mascarada relacionando-a com uma "viagem", "descanso" ou ida ao paraíso, um encontro com Deus.

III – A morte para os profissionais da saúde

Segundo Carvalho (1996) o que não conseguimos expressar em nossos lares, perpetua-se entre as pessoas que cuidam e tratam de outras nesse processo que denominamos de saúde e doença. Isso significa não falar de morte ou ao fazê-lo, não conseguir expressar de forma clara ou saber quando se faz necessário falar sobre isso. Importante esclarecer, que nem todas as pessoas, incluindo aqui os profissionais da saúde, se acham preparados para lidar com esse tema. No entanto, Kübler-Ross (1998) coloca que é no contato com pessoas que estão morrendo, ou seja, pessoas vistas como pacientes terminais, que se aprende sobre as ansiedades, temores e esperanças dos estágios finais da vida, podendo-se sair desta experiência enriquecido e até, quem sabe, ansioso quanto ao seu próprio fim.

Mas, continua Carvalho (1996) o medo da morte também se relaciona, seja em quem cuida ou é cuidada, a idéia da perda da individualidade, da destruição da consciência. Daí o homem forjar o mito da imortalidade, que nada mais é do que a afirmação da individualidade além da morte. A afirmação incondicional das pessoas como uma realidade humana primordial (MORIN, 1997).

Kovács (2003) ressalta a importância da equipe de saúde em desenvolver sua capacidade de "estar ao lado" das pessoas em momentos-chave como a morte,

pois os seres humanos não podem viver sem a ajuda de outros seres humanos. E “estar ao lado” é uma maneira de estar longe da onisciência e da onipotência que podem assolar os profissionais da saúde.

O aspecto imediatista e materialista da sociedade atual culmina em comportamentos traumatizados diante do morrer, na perda do equilíbrio, na sensação de abandono e vazio, de perda dos bens materiais, do corpo físico e do que considera mágico: viver além do tempo e da idade. Em função dessas crenças, as pessoas tendem a valorizar e incentivar a busca de alternativas para o rejuvenescimento com força, vitalidade, potência, controle da vida e se possível da própria morte. Nesse caminho, a pessoa se prepara para o trabalho e para a produção da sociedade, em uma constante corrida contra o tempo, e, não se prepara para a vida e é claro o fim desta (ROSA, 2006).

Assim, segundo Kalina e Kovadloff (1983), o ser humano atual acaba preso no labirinto de si mesmo, de modo que não se trata mais de encontrar um caminho, uma saída, mas sim de quebrar as paredes. Para tanto, é preciso romper os vínculos estabelecidos socialmente com as concepções apreendidas na família, nas igrejas ou em outros espaços de construção social e cultural da realidade em que vivem. Contudo, a única forma de não negar a morte, muitas vezes está relacionada ao suicídio, uma maneira radical de chegar à mesma e ainda mais difícil de ser aceita, porque significa afirmar que o viver não vale à pena.

Na verdade, colocam Daolio e Silva (2009), a morte, o morrer, e muito mais o suicídio, não são temas do debate cotidiano. Porém, uma elaboração mental sobre as causas que nos levam a morte e o que poderia ser feito para se evitar principalmente o suicídio ou o óbito autoprovocado são motivos de elaboração mental para a criação de leis, espaços de assistência e gestão na Saúde Pública, por exemplo.

CAPÍTULO 02 - O SUICÍDIO

RESUMO: Este é um ensaio sobre o suicídio e os distintos discursos sobre o mesmo ao longo da história humana. Não se trata de um apanhado de fatores positivos ou negativos, mas, um pouco da trajetória humana e o que se falou ou produziu sobre o tema.

Palavras – chaves: Suicídio; Fatores predisponentes; Tipologias; Atendimento.

I. O fenômeno suicídio: o conceito e suas implicações

O suicídio é um fenômeno que evoca discussões dos mais variados segmentos e pontos de vista da ciência, como o filosófico e antropológico, o sociológico e o psicanalista e, também, o religioso. Nessa polêmica traz-se a contribuição de Camus (s/d, p. 24) que afirma que “só existe um problema filosófico sério, o do suicídio. Julgar se a vida vale ou não ser vivida corresponde à questão fundamental da filosofia”.

O termo suicídio surge em meados do século 17, substituindo a expressão *morte voluntária* e, deixando, assim, de ser visto o ato de se matar como um crime contra si mesmo, passando a ter o sentido de expressão de uma doença ou patologia. Também, refere-se, esse termo a todas as causas de morte provocadas por uma ação da própria vítima, com a ciência do resultado (DURKHEIM, 1982). O termo provém do latim *sui*, que significa de si próprio, e *caedere*, que designa matar.

O suicídio é um fenômeno que envolve a culminância de uma série de fatores de natureza ambiental, cultural, biológica, psicológica e inclusive político, visto serem todos eles parte da biografia humana (DAOLIO e SILVA, 2009).

A contribuição de Freud (1976) ao teorizar sobre o conflito interno humano como sendo um conflito entre duas forças a que chama pulsões: Eros e Thanatos que nos mostram que a primeira força liga-se à vida e a segunda aos movimentos, idéias e ações destrutivas. Tudo isso evoca uma luta constante em que é necessário que Eros predomine para que Thanatos (o suicídio) não ocorra.

Cassorla *et al.* (1991) utiliza o conceito de suicídio de forma bem ampla e liga-o ao conceito descrito por Freud de pulsão de morte. Essa estaria presente em todos os seres vivos se manifestando tanto nas pessoas quanto nas sociedades. Trata-se de uma constante luta entre a vida e a morte que é desconhecida para a ciência, porém tem distintas respostas quando se evoca a fé, as diversas religiões e seus dogmas que as pessoas buscam para explicar e suportar o ‘não saber’ sobre a

morte. Os autores enfatizam, sem utilizar-se de explicações místicas, que é essa a forma que o ser humano encontra para lidar com a finitude e que para muitos tais crenças são essenciais.

Outra não menos importante contribuição é de Durkheim que segundo Nunes (1998), ao discutir sobre o suicídio, considera-o como uma manifestação e um ato individual que, na sua essência, seria social. Para Durkheim (1996, p 28) o suicídio é “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, desde que a mesma saiba produzir esse resultado”. Refere, ainda, que cada sociedade, em cada momento de sua história, tem uma aptidão definida para o suicídio.

Já Minayo (1998) articula as discussões sobre o suicídio enquanto questão sociológica com as abordagens epidemiológicas, da psicologia, psiquiatria e psicanálise. Sampaio e Boemer (2000) elaboraram uma incursão pelas idéias da fenomenologia, particularmente pelo pensamento do filósofo Martin Heidegger. A compreensão da pessoa que decide colocar fim à sua existência pode se constituir, na perspectiva deste estudo, como um caminho para reconstrução e redimensionamento de suas perspectivas existenciais. Relatam ainda como os profissionais de saúde vêm lidando com esta faceta de morte que se encontra presente na rotina dos atendimentos das urgências em clínicas médica, psiquiátrica e cirúrgica. Ressaltam que há certa agressividade, desprezo, preconceito e incompreensão dos profissionais em torno da pessoa que tenta por fim à sua existência.

Para a OMS - Organização Mundial de Saúde (2002, p. 3) o suicídio é um “comportamento onde o indivíduo pensando em acabar com sua vida desenvolve um plano para cometer suicídio e obtém os meios para fazê-lo, completando assim o ato”.

Seguindo esse raciocínio, Kapczinski e colaboradores (2001) acreditam que o suicídio é constituído por uma seqüência de atos que vão da ideação suicida, que leva a um plano suicida, ao ato suicida, a tentativa de suicídio e ao risco de suicídio. Podem ser dados vários significados ao suicídio, sendo um de seus significados definido como o ato voluntário que tem como finalidade por fim a própria vida. Os mesmos autores referem que para Desfontaines, em 1737, o suicídio significava assassinato ou morte de si mesmo. É uma forma que uma pessoa encontra para escapar de uma crise ou problema que está enfrentando e não há dúvidas que isto

traz sofrimento estando associados a necessidades frustradas ou não satisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo bem como necessidade de fuga.

Em meio a contextos de 'desesperança' o suicídio nada mais é do que uma resposta a uma desadaptação das pessoas para com o mundo que o cerca (STUART; LARAIA, 2001).

Solomon (2002) ao estudar a anatomia da depressão descreve que o suicídio é o resultado de uma ação. Requer uma grande quantidade de energia e uma vontade forte, além de uma crença na permanência do momento atual e pelo menos um toque de impulsividade. Para o autor muitos depressivos não têm comportamento suicida embora exista uma tendência numérica sobre essa relação entre o suicídio e a depressão a partir do século XX.

A questão do suicídio não pode ser separada do seu contexto maior de estudo que é a violência como sendo um problema de saúde pública. Também não é demais lembrar que a própria OMS (2002) recomenda cautela ao se comparar dados entre períodos de tempo e regiões diferentes por causa da diversidade de métodos e fontes, principalmente na questão do suicídio, onde os problemas são ainda maiores.

Klerman (1987) e Pirkola et al. (2000) referem uma série de fatores precipitantes relacionados ao suicídio, como problemas domésticos, perda do emprego, dificuldades financeiras e legais, doenças crônicas e alcoolismo. Kastenbaum e Aisenberg (1983) descrevem alguns fatores que podem levar uma pessoa a cometer suicídio. Ressaltam que as causas fundamentais devem ser procuradas na contextura psicobiológica das pessoas que tentam suicídio e não conseguem, visto que um pedido indireto de auxílio é feito através do próprio gesto suicida.

Para Shneidman *apud* Werlang (2000), o suicídio é um fenômeno exclusivamente humano, ocorrente em todas as culturas, variando, apenas, no aspecto valorativo dispensado a tal fenômeno. Essa diferença de interpretação sócio-cultural diante do suicídio varia de época para época e tanto pode ser vista através de um 'olhar' religioso como com total indiferença.

Brandão (2002) propõe a inclusão do conceito de "perda de esperança" e do papel dos significados atribuídos à morte como sendo importantes na definição e concepção de suicídio.

Segundo Cassorla *et al* (1991) para a Psicanálise o suicídio é uma situação psicótica. Isso não significa que a pessoa seja psicótica, mas que, no momento do ato, nela tenham se ativado núcleos e componentes psicóticos da personalidade, que permaneciam inativos e neutralizados pelas partes não psicóticas da personalidade e que acabam por se manifestar em dado momento ou crise. A tentativa geralmente está associada às fantasias que cada pessoa tem com relação à morte: busca de outra vida, desejo de ressurreição, reencontro com mortos, volta ao seio materno e retorno à vida intra-uterina, agressão e punição ao ambiente entre outras possibilidades.

Foi Cassorla *et al* (*idem*) quem organizou uma coletânea de trabalhos de pesquisadores brasileiros que discutem o fenômeno do suicídio, partindo de referenciais variados como a psicanálise, a psiquiatria, a psicologia social, a educação e a reflexão filosófica. Essa coletânea apresenta temas relacionados à incidência, fatores suicidógenos, motivações, medidas profiláticas, infância e adolescência, vitimologia e educação.

O fato de nossa espécie se arrojar escolher à hora da sua própria morte resulta em um ato de rebeldia, não só contra as concepções que a sociedade tem como mais diletas, mas também de desafiar o próprio poder de Deus e da religião. “As atitudes em relação ao suicídio estão estreitamente relacionadas com ideologias de morte. Isto explica as similaridades e diferenças entre as reações de diversas sociedades perante o suicídio. (...) A sociedade também considera o suicídio permissível em certas condições” (STENGEL, 1980, p. 63).

Considerando que em algumas sociedades ou momentos históricos, o suicídio pode ser uma farsa ou ‘teatro’ de conveniência montado para enganar a população, nada mais justo do que investigar a fundo se a vítima realmente cometeu suicídio. Hércules (2005) explica que as vítimas de suicídio são submetidas a necropsias para que se estabeleça a causa morte. Para que se estabeleça o diagnóstico de suicídio é relevante: a história da ocorrência, o exame do local onde a vítima foi encontrada e todas as evidências que afastem a possibilidade de homicídio.

II – A história do suicídio

As reações à morte voluntária variam de cultura para cultura, de religião para religião e, de época para época. É um ato que pode ser considerado uma via de libertação ou como um pecado gravíssimo.

Os relatos sobre o suicídio existem desde os primórdios da história da Humanidade, como registros na Bíblia (Suicídio de Sansão, do Rei Saul e de Judas). Seu ato foi ora condenado e ora tolerado, dependendo da sociedade e do período em que estava inserido. Na Grécia Antiga, por exemplo, uma pessoa não podia se matar sem prévio consenso da comunidade porque o suicídio se constituía em um atentado contra a estrutura comunitária. Já no Egito, quando um faraó ou dono de escravos falecia, seus escravos “deixavam-se” morrer, uma vez que na época todo faraó era enterrado com seus bens, o que incluía os seus servos. Na Roma antiga, durante a República, as regras acerca do suicídio eram semelhantes às dos gregos. O suicídio era reprovado, como forma de enfraquecimento do grupo social e, o interessado em cometer tal ato deveria apresentar suas razões para o senado, que analisaria o caso. No início da Era Cristã sua reprovação foi sendo reforçada até ser totalmente condenada no século V (SILVA, 1992).

Ainda, na Antiguidade, no Japão, o suicídio era aceito na sociedade como forma de exprimir a coragem e o autodomínio. Tratava-se de um ato honroso para quem o praticava. Já na Grécia e no Império Romano, as atitudes para com este ato variavam entre a condenação, pois era considerado por alguns filósofos como uma forma de assassinio e, até de admiração, visto que também se considerava que o suicídio era a melhor via para se alcançar a liberdade em relação ao sofrimento (FERREIRA, 2008).

Na Idade Média o suicídio foi condenado teologicamente e os suicidados discriminados da mesma forma que os ladrões e assassinos. Silva (idem) relata que tanto o Estado como a Igreja fizeram de tudo para combater o fenômeno. A sociedade foi reprimindo o suicídio até a Revolução Francesa, quando se aboliu as medidas repressivas contra a prática. Tanto que não há qualquer referência dessa conduta no Código Penal Francês de 1791 ou no Código Napoleônico de 1810.

Segundo Brandão (2002) o suicídio é condenado pela Igreja Católica e pela sociedade ocidental cristã em geral. O Código Penal brasileiro também condena o induzimento ou auxílio ao ato suicida quando consumado, contudo em alguns países

como a Holanda, alguns juristas defendem o suicídio assistido em situações previamente estudadas por profissionais de várias áreas que lutam pela humanização do ato de morrer nos casos de doenças terminais com intensos sofrimentos.

Para Ferreira (2008), são poucas as religiões que não reprovam totalmente o suicídio e o que a ele esteja relacionado. Nas religiões orientais, existem opiniões análogas quanto à reprovação desse ato. No entanto, entre Hindus, Budistas e Bramanistas é dominante a tolerância com quem o pratica, visto que essas religiões consideram que a vida é um constante renascimento e uma constante renovação e, sendo assim, quando um homem atinge plenamente os seus objetivos de vida, considera-se que é tempo de se retirar e procurar a paz.

Já o Judaísmo, o Cristianismo Romano, Protestantismo e o Islamismo, as maiores religiões do mundo, proíbem essa prática, por representarem a negação suprema dessas doutrinas e da soberania de Deus. Mesmo assim, a Igreja Católica Romana tem sido um pouco mais condescendente que as outras três religiões, a partir do século XX, permitindo a realização de ritos funerários de igual forma que os concedidos aos que morreram de óbito não provocado. Nas demais religiões as pessoas suicidas são enterradas sem qualquer cerimônia e muitas vezes sem a presença da família.

Estudos de Levcovitz (1998) também apresentam a questão do suicídio entre os povos primitivos que exigiram particular atenção dada às taxas muitas vezes maiores nessas populações do que na população em geral. Oliveira e Lotufo Neto (2003) realizaram estudos investigando causas do suicídio entre os povos indígenas, da mesma forma que Morgado (1991) Wenceslau (1994) Pauletti, Schneider e Mangolin (1997) e Poz (2000).

Palhares e Bahls (1997) referenciam que além do aspecto cultural percebe-se a influência das religiões na estruturação da forma de pensar e reagir ao suicídio. Para os autores em cada momento histórico havia um contexto social, econômico, político e religioso que explicavam ou justificavam o ato suicida e, que da mesma forma deve acontecer atualmente e no decorrer dos tempos da civilização humana.

Não é apenas nas teorias religiosas ou nas concepções da sociedade que a Humanidade busca informações para explicar o suicídio. Ao longo da História vários foram os pesquisadores [de sociólogos a psicanalistas] que tentaram explicar a autodestruição humana.

Na sociologia, principalmente, encontramos Durkheim (1882), com a obra “O Suicídio – Estudo Sociológico”, cuja primeira publicação data de 1897. Este clássico argumenta ser o suicídio um fenômeno social, não podendo ser cingido ao aspecto meramente individual. Para esse sociólogo, a explicação está na relação a pessoa e a sociedade em que se insere e a aceitação ou não [o que ele denomina de inclinação coletiva] para o suicídio. Quanto mais profunda for a integração das pessoas nos grupos sociais, menor a probabilidade de suicídios (FERREIRA, 2008).

Contudo, momentos da história demonstram que determinados movimentos e situações, particularmente dos séculos 17 e 18, puderam contribuir com o aumento do suicídio na Europa por exemplo. O movimento foi denominado de romântico e teve especial relevância pela concepção “heróica” ou “cínica” do suicídio consubstanciada na obra *Werther*, levando a uma epidemia de suicídios na Europa (SILVA, 1992).

Na Psicanálise, Freud interpretou o impulso para a autodestruição humana de duas maneiras diferentes. Em 1905, cria a teoria de que esta é como o ataque contra uma pessoa amada com a qual a pessoa se identificou. Como não pode atingir o objeto verdadeiro (a pessoa em questão), a agressividade volta-se contra ele próprio. Em 1920, Freud surpreende com uma nova teoria que é criticada e contestada. O autor constata existir nos seres humanos dois instintos antagonistas desde o começo da vida: o **Instinto de Morte** ou *Destrudo* que se opõe ao **Instinto de Vida** e de Reprodução ou *Libido*, e que ambos se poderiam sobrepor um ao outro, dependendo das condições a que a pessoa está exposta na sociedade. Sendo assim, muitos dos aspectos do comportamento humano seriam explicados com base na influência maior de um dos instintos sobre a pessoa. Apesar de serem teorias opostas apresentam pontos em comum, pois, ambas relacionam as ações das pessoas com forças poderosas (a sociedade, no inconsciente), sobre as quais têm fraco domínio e um conhecimento incompleto. Todas essas teorias destacam a complexidade do ato suicida e os sentimentos que o suicida possui e que o ajudam a consumir o ato, apesar da decisão da prática do suicídio ser a consequência de uma série de fatores que independem da vontade própria, porém, a última decisão cabe sempre ao indivíduo (FERREIRA, 2008) .

Com os estudos de Freud, o suicídio passa a ser objeto da psiquiatria, salientando-se a Escola de Esquirol, em 1938, entendendo o suicídio como indício de doença mental, com o reforço da pesquisa estatística sobre o tema, já iniciada

com Durkheim. Atualmente esse fenômeno assume um caráter clandestino ou patológico, conforme a sociedade onde ocorre, sendo que em alguns países é utilizado como um método para defender causas políticas e ideológicas em atentados terroristas em todo o mundo globalizado (KAYOKO, 2005).

III – Os estudos de Durkheim

As tentativas de se explicar o suicídio não são recentes. Emile Durkheim foi um dos primeiros estudiosos a tentar procurar padrões para a taxa de suicídio na Europa e na França mais especificamente, quando publicou, em 1897 a obra intitulada *Le Suicide* na qual analisava os suicídios ocorridos no século retrasado. Desde o século XVIII o suicídio vinha sendo tratado como um problema de ordem moral, para mais adiante, no século XIX, passa a ser visto como um crescente problema social o que exigia uma explicação.

As influências que mais contribuíram para a formação de pensamento de Durkheim derivam da filosofia iluminista, que tinha como convicção a crença de que a humanidade avança rumo ao aperfeiçoamento ditado por forças muito importantes. A sociedade, para ele, era formada pela soma de pessoas que faziam parte dela, conseqüentemente, pela série de fenômenos que tinham origem desse agrupamento, interações e inter-relacionamentos do tempo presente, também, estabelecido pelas gerações passadas (IBEMEC, 2006).

Durkheim¹ realizou profundo e extenso trabalho sobre suicídio delimitando e discutindo seu conceito que para ele era “todo o caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado” (DURKHEIM, 1982, p. 16).

Para o filósofo francês o suicídio tornou-se objeto de interesse da sociologia, o mesmo questionava que o suicídio ocorresse exclusivamente influenciado por fatores individuais e que sua explicação coubesse unicamente a Psicologia:

¹Para o filósofo Émile Durkheim, o tema suicídio possibilitava o poder de demonstrar os princípios estabelecidos em seu tratado metodológico, criado em 1895, “*As Regras do Método Sociológico*”, que para ele constituía uma possibilidade de estabelecer a compreensão científica da sociologia como uma disciplina independente e capaz de estabelecer discussões científicas com a mesma confiabilidade das Ciências Naturais (IBEMEC, 2006).

[...] se em lugar de vermos no suicídio apenas eventos particulares, isolados uns dos outros e que exijam cada um deles exame em separado, consideramos o conjunto dos suicídios cometidos em dada sociedade durante um dado espaço de tempo, vemos verificar que o total assim obtido não é a simples soma de unidades independentes, um todo de coleção, mas que é novo *sui generis*, com unidade e individualidade, pois com sua natureza própria, e que, além disso, essa natureza é eminentemente social (DURKHEIM, 1982, p. 18).

Durkheim dizia, ainda, que cada sociedade tinha um momento em sua história, uma predisposição definida para o suicídio. Nessa obra, dedicou toda a primeira parte a fatores extra-sociais como loucura, raça, hereditariedade, clima temperatura, sazonalidade e a imitação. O filósofo refere tipos de suicídio, tais como suicídio maníaco, melancólico, obsessivo, impulsivo e automático e a sua conclusão foi de que não existe nenhum estado psicopático que mantenha com o suicídio uma relação regular e incontestável. Da mesma maneira, não encontrou relações com os estados psicológicos normais, raça ou hereditariedade e, nem com fatores cósmicos e imitação.

Durkheim seguiu seu estudo e dissertou sobre as causas sociais e tipos sociais, dividindo o tema em partes: método para determinar as causas e os tipos sociais; os diversos tipos de suicídio: egoísta, altruísta e anômico; conclusão, com uma classificação morfológica sobre formas individuais dos diferentes tipos de suicídio. Assim, essa parte do estudo de Durkheim tornou-se o cerne de sua proposta que ficou claramente definida quando afirmou que:

Concluimos, de fato, que existe, para cada grupo social, uma tendência específica ao suicídio que nem a constituição orgânico-psíquica dos indivíduos nem a natureza do ambiente natural explicam. Resulta disso, por eliminação, que essa tendência deve depender de causas sociais e constituir por si mesma um fenômeno coletivo; inclusive, certos fatos que examinamos, sobretudo as variações geográficas e periódicas do suicídio, nos levam expressamente a essa conclusão (DURKHEIM, 1982, p. 106).

Para entender o suicídio como fenômeno coletivo, Durkheim (1982, p. 107) dizia ainda que: “teremos que entender e encará-lo desde o início sob forma coletiva, isto é, através de dados estatísticos. A taxa social é o que temos de tomar diretamente por objeto de análise; é preciso ir às partes”.

Concluiu, também que:

Para isso, deixando de lado, por assim dizer, o indivíduo enquanto indivíduo, seus motivos e suas idéias, indagaremos imediatamente quais

são os estados dos diferentes meios sociais (credos religiosos, famílias, sociedade política, grupos profissionais etc.), em função dos quais o suicídio varia. Só depois, voltando aos indivíduos, estudaremos de que modo essas causas gerais se individualizam para produzir os efeitos homicidas por elas implicados (DURKHEIM, 1982, p. 112).

IV – Tipologia dos suicidas

Durkheim (1982) distingue três tipos de suicídio, de acordo com as diferentes perturbações na relação Ser Humano-Sociedade, como: o egoísta, o altruísta e o anômico.

O que assume o tipo **‘egoísta’** decorre do enfraquecimento do controle social com o favorecimento do individualismo mórbido com tendência ao suicídio. Trata-se do efeito do desleixo das pessoas em relação à Sociedade, o que o deixa mais vulnerável à inclinação coletiva para o suicídio. Caracteriza-se pelo aumento exponencial do individualismo.

O **‘altruísta’** diz respeito às sociedades que praticam um nível de integração da pessoa em demasia, pelo que justifica o sacrifício pelo grupo ou por um bem maior. Como contraponto ao tipo anterior este tipo seria exemplificado pelos casos dos esquimós idosos, que se afastam da tribo para morrer, convictos de que se tornaram um “peso morto” para sua comunidade.

O **‘anômico’** decorre de conflitos sociais internos, como a emigração, desorganização social e dificuldades econômicas, que frustrariam as aspirações das pessoas levando-as ao suicídio. Diz respeito às sociedades em que impera a anomia², o que não permite que se assegure a satisfação das necessidades mais elementares do indivíduo, tornando-se o suicídio mais freqüente.

Já, segundo Menninger *apud* Werlang (2000), haveria duas categorias de suicídio: o *crônico*, decorrente de atos como alcoolismo, obesidade, sem a passagem ao ato propriamente dito, o *focal*, consubstanciado em casos de automutilação, simulação de doenças, acidentes propositais, até a obtenção do êxito letal ou seqüelas.

A partir de estudo realizado por Werlang (2000), em estudo pioneiro realizado nas cidades da Grande Porto Alegre e na própria Capital do Rio Grande do

² Anomia: Diz-se de uma sociedade que não é capaz de controlar e regular o comportamento dos indivíduos, pois não lhes satisfazem as necessidades, mesmo as mais básicas (ROUDINESCO, 1998).

Sul, pode-se considerar como um perfil das pessoas suicidas aqueles apontados segundo algumas características:

Características demográficas: predomínio de sujeitos do sexo masculino, com idade entre 39,7 anos, brancos, solteiros, com 1º grau incompleto, católicos, em geral não praticantes. O trabalho especializado é mais freqüente, equiparando-se, contudo, à soma de desempregados e inativos;

Características das ocorrências de morte: a maioria foi registrada na capital, em geral na própria residência, por enforcamento;

Características climáticas: a primavera, com predominância das segundas-feiras à noite;

Características clínicas: predominância de personalidades impulsivas, agressivas, labilidade de humor, problemas no relacionamento familiar, história familiar de doença psiquiátrica, traços ou sintomas de depressão, história familiar de suicídio e dependência do álcool. Ainda, segundo dados da OMS, referidos por Werlang (2000), o suicídio está entre as dez principais causas de morte no mundo, como já enfocado na introdução.

A teoria biológica se divide em dois tipos de suicídio que são: a genética e a por fatores neuroquímicos. Para Ghosh e Victor (*apud* Townsend, 2000), a teoria genética nos sugere que pode existir uma predisposição genética para o suicídio em gêmeos. Foi observada uma concordância em gêmeos monozigóticos que não foi observada em gêmeos dizigóticos. Também é sugerida por essa teoria a tendência de suicídios por pessoas que tiveram história familiar [pai, mãe]. A que trata dos fatores neuroquímicos demonstram uma diminuição nos níveis de liberação de serotonina em pessoas que apresentaram depressão seguida de tentativa de suicídio (KAPLAN e SADOCK *apud* TOWNSEND, 2000).

Quaisquer que sejam as teorias sobre o suicídio, entendemos que ainda há muito a se escrever e estudar sobre o tema. Se levarmos em conta as transformações no mundo que vivemos, veremos que cada vez mais as pessoas não encontram motivações que as impulsionem para a vida. As violências em suas distintas dimensões muitas vezes não apenas incentivam o suicídio como também levam as pessoas a encararem o fenômeno como algo banalizado pelas muitas intercorrências estruturais de nosso cotidiano.

CAPÍTULO 03 – O SUICÍDIO NA SAÚDE

RESUMO: Neste artigo reunimos dados da área da saúde para discutir o fenômeno suicídio considerando aspectos da dimensão do mesmo nos estudos sobre saúde mental e violências, visto ser o suicídio proveniente de ações e problemas relacionados a essas questões.

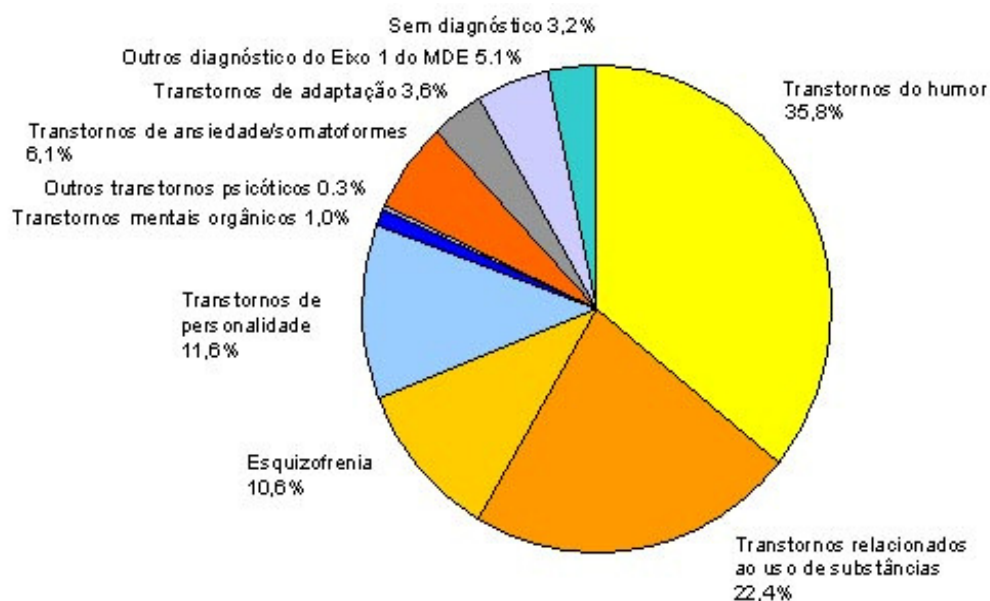
Palavras – chaves: Suicídio; Saúde Pública; Riscos; Ações preventivas.

I – A dimensão do problema na área da saúde

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos e, principalmente, de impacto, diante dos dados estatísticos segundo Werlang e Botega (2004, p. 43):

- O número de mortes por suicídio, em termos globais, para o ano de 2003, girou em torno de 900.000 pessoas;
- Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três maiores causas de morte;
- Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando em participação percentual do grupo dos mais idosos para o de pessoas mais jovens (15 a 45 anos);
- Em pessoas entre 15 e 44 anos, o suicídio é a sexta causa de incapacitação;
- Para cada suicídio há, em média, cinco ou seis pessoas próximas ao falecido que sofrem conseqüências emocionais, sociais e econômicas;
- 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foram devido a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020;
- O Brasil encontra-se no grupo de países com taxas baixas de suicídio. As mesmas variaram de 3,5 a 4,6 para cada 100.000 habitantes a cada ano, entre os anos de 1980 e 2000. No entanto, como se trata de um país populoso, está entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio (7861 em 2003). Deixando-se à margem o problema da sub-notificação, o suicídio respondeu por 0,8% de todos os óbitos da população brasileira em 2003.

Figura 01: Percentual de suicídios cometidos no mundo



Fonte: Bertolote e Fleischmann (2002, 45)

Estudos em diferentes regiões do mundo têm demonstrado que, na quase totalidade dos suicídios, as pessoas estavam padecendo de um tipo de sofrimento ou transtorno mental. A Figura 1 acima resulta da compilação de 15.629 casos de suicídio, realizada pela OMS e apresentados por Bertolote e Fleischmann (2002).

Importante enfatizar que mesmo que apresentemos dados de trabalhos realizados de 2005 aos dias atuais, quase todos eles ainda utilizam os dados da OMS de 2000 a 2002, período em que se realizou uma investigação mundial sobre o suicídio e suas conseqüências no mundo.

II – O suicídio como uma questão de Saúde Pública

O conceito de saúde na antiguidade estava ligado à religião e ao trabalho. Assim, a fisiologia era responsável pela saúde do corpo, enquanto a teologia e filosofia eram responsáveis pela saúde da mente. A partir do século XVIII e no século XIX, a saúde pública apropriou-se desse espaço social, em uma proposta medicamentosa no sentido de doença e cura, onde o conceito de saúde era a ausência de doença. No decorrer da história, esse conceito foi aprimorado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como completo bem estar físico, mental e

social, de modo que a preocupação com a saúde passa a ser não só pelo biológico, mas também pelo psíquico e social (KAHHALE, 2003).

Assim, continua Kahhale (2003), que a partir da década de 70, a promoção da saúde passa a ser discutida, desde os seus cuidados primários, passando a ações mais amplas interdisciplinares, as quais envolviam os aspectos médicos, sociais e psicológicos, proporcionando a ação conjunta de psicólogos na saúde pública. Nesse contexto, há a criação do SUS – Sistema Único de Saúde – em 1988, com um conceito de saúde na integralidade, a qual suscitou uma proposta de reformulação das práticas profissionais, principalmente no que diz respeito ao princípio da integralidade na UBS – Unidade Básica de Saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2004). Aqui, nasce o acesso da toda a população ao direito do atendimento à saúde.

O SUS, em 1990, teve seus princípios – universalidade, integralidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização no atendimento, equidade, participação popular – estabelecido pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) com base no artigo da Constituição Federal de 1988 (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003), de forma que seus princípios ressaltam a importância da ação da psicologia na saúde pública, em três níveis de atenção à saúde: alta complexidade (Hospitais Gerais), média complexidade (CAPS – Centro de Atenção Psicossocial) e atenção básica (UBS) (GUIDONI, 2009).

Dentro do contexto da saúde pública, destaca-se a atenção ao suicídio, o qual, segundo Guidoni (2009), é um fenômeno na história da humanidade que se tornou um problema de saúde mental que perpassa de geração a geração.

A questão do suicídio desponta como um problema importante a ser enfrentado. Considerando-se indivíduos de qualquer idade, o suicídio fica entre as 10 principais causas de morte no mundo, e na segunda ou terceira colocação para as idades entre 15 e 34 anos, estimando que para cada caso de suicídio, existam pelo menos dez tentativas (MELLO, 2000; BOTEGA, 2000; BERTOLOTE; FLEISCHMAM, 2002).

Segundo Kapczinski *et al.* (2001), há no Brasil uma dificuldade em obter dados fidedignos. Alguns dos motivos são: o sub-registro dos suicídios e das tentativas decorrentes das causas que cercam este tipo de morte; a dificuldade de estabelecer se o episódio foi acidental ou intencional, o que gera sub-registros e a falta de qualidade e de cobertura das estatísticas brasileiras, associada ao uso de conceitos e definições diversas de suicídio.

Mas, segundo Botega (2007), estima-se uma taxa de mortalidade por suicídio no Brasil, em média, de 4,5 por 100.000 habitantes ao longo de um ano, a qual é considerada relativamente baixa numa escala mundial. As médias globais variam de 25 mortes por 100 mil habitantes (em países do leste europeu e no Japão, por exemplo) até menos de dez mortes a cada 100 mil habitantes (em lugares como Espanha, Itália, Irlanda, Egito e Holanda). Entretanto, há diferenças entre as regiões do Brasil e entre alguns grupos populacionais. Por exemplo, entre os jovens em grandes cidades, entre indígenas do Centro-Oeste e do Norte e entre lavradores do interior do Rio Grande do Sul, as taxas se aproximam ou superam a de países do leste europeu e da Escandinávia.

De acordo com Meneghel *et al.*, (2004), o Rio Grande do Sul possui hoje o índice mais elevado de suicídios, tendo uma média de 10,2/100.000 habitantes. Esse dado faz com que o Rio Grande do Sul tenha o maior índice de suicídio de todo país. Kapczinski *et al.* (2001) referem que não há uma regra para o ato suicida, esse independe da raça, sexo, grupo étnico, região brasileira, grupo social. A proporção entre homem/mulher é de 1:4, invertendo-se nos casos de suicídio consumado. Constata-se, ainda, que daqueles pacientes que já tentaram o suicídio, 80% já tiveram tentativas anteriores (MENEGBEL *et al*, 2004).

Devido a essas taxas, o suicídio vem sendo tratado como um problema de saúde pública (MELLO, 2000), reconhecido como tal pela OMS desde a década de 90. Dois fatores principais levaram a questão para a esfera da saúde pública: o aumento mundial da mortalidade por suicídio e o fato de o suicídio provocar danos sociais. No entanto, no Brasil, somente a partir de dezembro de 2005 é que foi assumida esta questão como saúde pública, com a elaboração de políticas nacionais de prevenção ao suicídio (BOTEGA, 2007). Mas a questão ainda causa descontentamentos e, em novembro de 2009, psiquiatras, psicólogos, profissionais da área de saúde mental e muitas famílias que passaram pelo drama do suicídio se reuniram na Câmara Legislativa para clamar que suicídio é questão de saúde pública e precisa de políticas específicas que contribuam com a sua prevenção. A audiência pública, ainda, alertou que segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria, o Brasil está em 10º lugar no ranking mundial de registros desses casos e até 2025 o índice nacional deve aumentar em 75% (KOKAY, 2009).

No entanto, dados do Ministério da Saúde informam que o Brasil é o primeiro país da América Latina a descortinar esse assunto, o que vem sugerindo ações

voltadas para prevenção e cuidados da saúde às pessoas próximas daqueles que cometeram suicídio (BOTEGA, 2007).

Assim, ao final de 2005, complementa Botega (2007), o Ministério da Saúde montou um grupo de trabalho com a finalidade de elaborar um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, com representantes do governo, de entidades da sociedade civil e de universidades. Em 2006, foi publicada uma portaria com as diretrizes que orientaram tal plano, o qual teve como objetivos a serem alcançados, segundo Losso (**ano, página**):

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

Vale destacar que antes mesmo da finalização desse Plano Nacional de Prevenção de Suicídio, o Ministério da Saúde já havia lançado um manual de prevenção de suicídio destinado a equipes de saúde mental e uma bibliografia comentada sobre comportamento suicida (BOTEGA, 2007).

Esse Plano Nacional direcionado a Atenção Primária (UBS) informa que a cada 40 segundos acontece uma morte e em 3 segundos uma tentativa. O Manual comenta que o suicídio é uma situação de grande impacto, mas acredita que pode ser prevenido e nesse sentido fala da importância de capacitar Equipe da Atenção Primária da Saúde, citando como medida de prevenção a própria Atenção Primária, a qual tem amplo e próximo contato com a comunidade. Além do mais, o profissional de Atenção Primária é o primeiro recurso de atenção à saúde, facilitando o vínculo e o apoio a família e comunidade. Devido esses requisitos a OMS relata que, a Atenção Primária é a porta de entrada aos serviços de saúde (GUIDONI, 2009).

Vale destacar, ainda, o Programa da Saúde da Família (PSF), nas UBS, criado em 1990, composto por uma equipe de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários, o qual pretende atender ao princípio da Integralidade na Atenção Básica. Desta forma, vem investindo na promoção da saúde das famílias e da comunidade, a qual se depara frequentemente com problemas na saúde mental (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003).

Conforme Clark (2007), após a morte por suicídio de um ente querido, surgem nos familiares e amigos sentimentos de culpa, além do desespero e angústia mental. Para os familiares, pode ser uma tarefa longa e árdua o ajuste à vida, sem a pessoa que morreu. Sobre as causas, não se sabe exatamente o porquê do suicídio, há evidências de fatores físicos, químicos, além dos sociais e pessoais. Na maioria dos países, o suicídio é uma das principais causas de morte, a cada ano, quase um milhão de pessoas se matam em diferentes lugares do mundo, havendo aproximadamente 6 familiares e amigos próximos em luto intenso. Isso significa que a cada ano, 6 milhões de pessoas sofrem em decorrência da morte por suicídio. Assim, o suicídio constitui-se uma das maiores tragédias da humanidade e as medidas de prevenção atuais das políticas públicas é um processo muito lento.

Deslandes (1999) ainda relata que o setor de emergência é uma via complexa, e além das variáveis referentes aos profissionais da saúde, como, baixos salários, demandas de violência e falta de apoio na capacitação, adverte que um dos pontos importantes para uma intervenção adequada, frente à tentativa de suicídio, é

investir na capacitação dos profissionais da saúde. Percebe-se que, o atendimento da saúde pública expressa enfrentamentos contraditórios socioeconômicos, em que se faz pensar na noção de saúde mental, que perpassa a população de uma maneira geral, no seu dia-a-dia, além, dos conhecidos transtornos mentais mais graves.

Cassorla *et al.* (1991) complementa que as pessoas que tentaram suicídio, muitas vezes são tratadas inadequadamente por equipes de saúde despreparadas, o que não reflete em uma questão de desumanidade, mas sim em uma resposta assustada frente a um ato agressivo. Pelo fato dos profissionais de saúde serem capacitados para salvar vidas, sentem-se muitas vezes inconformados quando alguém tenta tirar sua própria vida. Assim, para que haja uma atuação adequada, é necessária uma compreensão da tortura interna do paciente para evitar uma devolução de intervenção inadequada.

Alguns obstáculos são claros, pois no mundo todo, a prevenção do suicídio não tem sido tratada de forma eficaz pela falta de consciência de que é um problema de saúde pública e pelo tabu da discussão sobre o assunto em algumas sociedades. De fato, poucos países incluíram a prevenção ao suicídio entre suas prioridades. Assim, têm-se como desafios que a credibilidade para obter dados e de informar sobre o suicídio é uma questão que precisa ser melhorada e, ainda, que a prevenção ao suicídio requer intervenção de outros setores além da área de saúde. É preciso uma aproximação inovadora que inclua tanto os setores de saúde como educação, trabalho, política, justiça, religião, lei e a mídia. A Associação Brasileira de Psiquiatria orienta sobre prevenção do comportamento suicida e acredita que a solução não está em deixar de falar sobre o tema. Ao contrário: apenas com o devido conhecimento é possível prevenir o suicídio (BLOG DA SAÚDE, 2010).

III – Fatores determinantes do suicídio: riscos e proteção

Resmini (2004, p. 45) ainda ao referenciar o suicídio adverte que em se tratando de suicídio ou tentativa, a melhor conduta é promover ações preventivas dentre as quais a torna-se importante a identificação dos fatores de risco, que podem contribuir para que ocorra o suicídio. Assim, define fator de risco como “qualquer característica ou acontecimento na vida de uma pessoa, ou de seu ambiente, que contribui para alterar negativamente suas reações comportamentais”.

Kapczinski *et al* (2001) consideram risco para o suicídio a possibilidade de uma idéia suicida levar uma pessoa a cometer o suicídio. Cassorla *et al* (1991) apontam uma diversidade de fatores envolvidos em um suicídio e trazem em comum a idéia de que o que se busca é dar fim a um sofrimento insuportável.

Werlang e Botega (2004) referenciam que é por meio da identificação de fatores de risco e da interação entre eles que se pode contribuir para a prevenção do suicídio. Baader-Matthei, Richter e Mundt (2004), estruturam trabalho determinando os fatores de risco de suicídio de pacientes em tratamento psiquiátrico cujos resultados apontam não tanto para uma patologia de base específica, mas para o tipo de resposta do paciente ao tratamento.

Segundo Townsend (2000) um fator de risco pode ser definido como aquele em que a vida do indivíduo corre perigo de morte e isso pode se dar em função de diversos fatores, tais como:

- Estado civil - o índice de suicídio cometido por pessoas solteiras é o dobro do que o cometido por pessoas casadas. Indivíduos casados se suicidam de quatro a cinco vezes menos que os solteiros, divorciados ou viúvos.

- Sexo - é estatístico e não há dúvidas de que as mulheres tentam mais vezes, porém, os homens, obtêm mais êxitos em suas tentativas, o que soma 70% de suicídios, uma diferença de 30% para o sexo oposto. Estudantes de medicina do sexo feminino tentam o suicídio com uma freqüência quatro vezes maior do que aquelas com a mesma idade que não estão cursando medicina.

- Idade - embora as mulheres permaneçam durante a sua vida com a incidência do suicídio estabilizada, os homens apresentam picos de incidência com a idade. Ela interfere durante a adolescência, pois sua incidência está aumentada e sofre um pico por volta dos 30 a 40 anos, se estabilizando até os 65 anos e se elevando novamente nos anos remanescentes.

- Religião - vários autores já referiram que há uma incidência consideravelmente maior de suicidas protestantes, ao passo que católicos e judeus apresentam um índice menor.

- Situação sócio-econômica - é bastante instigador averiguar que a população com maior condição social e esclarecida, como a de classe social alta, apresente um número de suicídio que se equipare à classe social baixa. Os índices ocorrem com freqüência maior entre dentistas, médicos, músicos, oficiais da lei,

advogados e corretores de seguro do que na população em geral, o que nos faz refletir sobre os reais motivos de um indivíduo tentar cometer tal ato desesperador.

- Etnia - a população branca apresenta maior risco de suicídio seguido dos americanos nativos (Branco naturais dos EUA), afro-americanos, hispano-americanos e americanos de ascendência asiática.

O autor alerta que alguns fatores podem aumentar o índice de suicídio na adolescência e esses fatores podem incluir os acidentes automobilísticos, depressão, religião (há uma menor incidência em católicos e judeus), terem pais portadores de doenças psiquiátricas, uso em excesso de álcool e drogas, etc.

Já, Louzã Neto *et al.* (1997) mencionaram como sendo fatores de risco do suicídio mais freqüentemente estudados, a seguir elencados:

a) Sexo - como já visto na pesquisa de Werlang (2000), há um predomínio dos homens como praticantes do suicídio. Os autores referem que o autocídio é de duas a três vezes mais freqüente entre os homens do que as mulheres, embora venha aumentando a incidência entre estas últimas.

b) Idade - no homem, o risco aumenta com a idade, devido às melhores condições de vida a partir da década de 1960. Em relação a ambos os sexos, o suicídio é mais alto na meia-idade e entre idosos, sendo que nos países desenvolvidos as duas curvas tendem a aproximação.

c) Estado civil - as pessoas que vivem sozinhas parecem ser as mais atingidas, ou seja, divorciados, solteiros e viúvos, nessa ordem. Os casados são os menos afetados. A inexistência de filhos parece ter influência particular na decisão suicida, assim como a viuvez, aparentemente ocorrendo grande número de suicídios após a morte do cônjuge;

d) Classe social - nos países desenvolvidos, predomina o suicídio nas classes mais altas, ocorrendo o contrário nos países subdesenvolvidos, sendo bastante questionáveis essas considerações;

e) Profissão - em estudo realizado na Califórnia (EUA), foram apontadas três profissões com alto índice de suicídio: farmacêutico, dentista e médico. Por sua vez, outras pesquisas apontam maior incidência entre militares e médicos, pelo conhecimento profissional que eles detêm sobre como morrer;

f) Desemprego - há correlação entre desemprego e suicídio, especialmente no sexo masculino, muito embora essa associação seja imprecisa. Porém,

independentemente de opiniões, o desemprego é um fator a ser considerado na análise desse fenômeno;

g) Momento histórico - por incrível que possa parecer, os índices de suicídio são menores em tempos de guerra do que na paz;

h) Alteração social - as mudanças sociais podem ser um fator suicidógeno. Exemplo disso seria o aumento do índice de autocídio entre idosos no Japão em tempos recentes, em que o respeito à terceira idade naquele país começou a enfraquecer;

i) Fatores biológicos - o metabolismo cerebral da serotonina parece estar associado aos comportamentos agressivos e impulsivos, ambos subjacentes ao comportamento suicida;

j) Fatores genéticos - há fortes evidências, reportadas em toda doutrina sobre o tema, de que existe risco maior de comportamento suicida entre familiares de parentes que cometeram suicídio. Parece haver um fator genético que favorece o suicídio, independentemente de apresentação de transtorno mental, bem como de influências ambientais;

k) Família suicidogênica - a conduta suicida pode ser gerada em crianças com perda das figuras parentais. Neste caso, tais indivíduos são pessoas humilhadas, que foram cruelmente castigadas, rejeitadas e com carência afetiva, sendo o ato suicida uma simbolização do amor desejado e nunca experimentado;

l) Saúde física - a doença física é comum entre os suicidas, e também o uso de fármacos que causam depressão. Os pacientes de AIDS apresentam, também, um grande índice de suicídios, muito embora os tratamentos atuais tenham amenizado o quadro dessa patologia.

Os fatores de risco listados por Townsend (2000) e Louzã Neto *et al* (1997) apresentam certas semelhanças, porém, são melhor e mais detalhados pelo segundo autor.

Com relação ao comportamento do suicida Louzã Neto *et al.* (1997) indicam as características a seguir:

a) Idéias suicidas: é o grau inicial, apresentam-se primeiro de forma esparsa, para depois adquirir proporções significativas, até não conseguirem ser afastadas da mente do indivíduo;

b) Desejo de suicídio: acompanham a idéia de suicídio, a vontade de praticá-lo, sem que, contudo, seja planejamento ou praticado;

c) Intenção de suicídio: a ameaça de por fim à vida é claramente expressa, sem a realização de ação concreta. Em geral antecede o plano de suicídio;

d) Plano de suicídio: o indivíduo decide por fim à vida, passando a tramar a própria morte, planejando detalhes como lugar, hora e método. Por vezes, deixa um bilhete de despedida;

e) Tentativas de suicídio: são atos auto-agressivos, mas não fatais, primando o indivíduo por tentar assim vingar-se, chamar a atenção, provocar culpa em terceiros, dentre outras motivações;

f) Atos impulsivos: consistem em atos agressivos sem planejamento suicida, acompanhados de métodos repetitivos e estereotipados. Na tentativa de suicídio e no ato impulsivo a efetiva ameaça à vida tem graus variáveis, culminando nas tentativas de suicídio, cuja letalidade é interrompida por terceiros ou por profissionais da saúde;

g) Suicídio: tem por desfecho a morte, caracterizando-se pelo planejamento cuidadoso e emprego de métodos realmente letais.

Para Kutcher e Chehil (2007) a identificação de fatores que possam aumentar ou reduzir o nível de risco de suicídio dos indivíduos pode ajudar os médicos a estabelecer uma estimativa de risco de suicídio geral para um paciente específico. No entanto, chamam a atenção ao recordar que nenhum fator de proteção ou risco pode independentemente *determinar ou evitar* o evento.

Townsend (2000) considera que pessoas com distúrbios afetivos como os portadores do transtorno do humor bipolar possuem uma probabilidade maior de cometer o suicídio do que aquelas as que apresentam outros tipos de transtornos mentais, tendo em vista que os distúrbios depressivos são responsáveis por 80% dos casos.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997), pressupõem que pessoas esquizofrênicas apresentam um alto índice para o suicídio, uma vez que a esquizofrenia se dá na fase da adolescência ou adulta. Em geral os pacientes apresentam uma tentativa anterior no quadro inicial da doença. Há registros de aproximadamente 50% de tentativas sem êxito realizadas anteriormente.

Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997), pode-se listar outros fatores que podem levar um indivíduo a cometer o suicídio, como:

- Insônia grave - caso o indivíduo apresente risco de suicídio mesmo se houver ausência de depressão.

- Dependência de álcool – pois o índice de suicídio cometido por alcoolistas alcança os 15% e, aproximadamente 80% das vítimas são homens brancos de meia idade, não casados, sem amigos e socialmente isolados.
- Psicoses - nesses casos o é risco maior se o indivíduo apresentar alucinações imperativas.
- Homossexuais com quadros depressivos.
- Idosos e alcoolistas.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde e o Ministério da Saúde - Brasil (2006) o comportamento suicida tem várias causas complexas que interagem entre si, sendo de um lado a depressão, esquizofrenia e dependência de álcool têm um importante papel tanto como doenças físicas, principalmente as dolorosas e incapacitantes. E, de outro lado a pobreza, a perda de pessoas queridas, os desentendimentos com familiares ou amigos, e a ruptura de relacionamentos são, reconhecidamente, fatores de risco que afetam sujeitos predispostos, ou especialmente vulneráveis ao suicídio.

A história de suicídio na família é outro reconhecido fator de risco relacionado tanto a aspectos psicossociais quanto genéticos. O acesso aos meios de subtração da vida como armas de fogo, medicamentos, pesticidas e tentativas anteriores de suicídio são, da mesma forma, fatores preditivos de risco.

IV – Tentativas de suicídio

De um modo geral é consenso, mesmo entre os leigos, que as pessoas que tentam o suicídio não apresentam, necessariamente, intenção suicida, ou seja, de acabarem com sua vida efetivamente.

O comportamento suicida possui uma história e faz parte de um processo contínuo que tem gradações na gravidade dos comportamentos, desde o desencantamento com a vida até o desejo de morte, ideação, tentativa de suicídio e suicídio (WASERMAN, 2001 e BOTEGA *et al*, 2005).

Estima-se que 50% dos óbitos por suicídio possuem ao menos uma tentativa de suicídio. As tentativas de suicídio são 10 ou 20 vezes mais prevalentes que os suicídios consumados. Elas são o sinal de alarme e representam o principal preditor de novas tentativas de suicídio, sobremaneira quando se tratam de

tentativas sérias, com conseqüências adversas, uso de métodos letais e intenção convicta (WERLANG e BOTEGA, 2004, KURTCHER e CHEHIL, 2007).

Para Stengel *apud* Louzã Neto *et al.* (1997, p. 388), a tentativa de suicídio seria um “grito de alerta” ou, *cry for help*. No entanto, Cassorla *et al* (1991) compreendem a tentativa de suicídio como sendo a tentativa da pessoa de fugir do sofrimento provocado por situações de dor no percurso de sua vida, e que isso não se refere ao querer morrer e, sim, por uma questão de não agüentar mais viver, ou seja, não suportar a dor e o sofrimento. Os autores consideram a tentativa como um pedido de socorro e relacionam-na como uma série de ocorrências, que vão se construindo e acumulando desde o início da formação da pessoa, com influências de fatores constitucionais, ambientais, biológicos, sociais, culturais, e psicológicos. Ainda, discutem os casos de tentativas de suicídio com o suicídio em si, visto que os primeiros têm características diferentes daqueles que cometem o ato.

Resmini (2004) referencia o suicídio como um assunto cercado por mitos, tabus e preconceitos, fundamentados em regras sociais, as quais se baseiam ainda nos valores morais e religiosos, além dos preconceitos e julgamentos aos que atentam sobre sua própria vida. Para o autor, percebe-se que áreas como a Sociologia, a Medicina e a Psicologia têm se esforçado para a aplicação de um conceito para uma prática interdisciplinar no atendimento dos casos de tentativa de suicídio, no entanto, esse empenho tem se mostrado insatisfatório. Cada uma dessas áreas, até porque desenvolvem sua própria explicação, passam a ter uma compreensão individual desse fenômeno, dificultando um referencial sólido e abrangente para uma intervenção eficaz.

Durkheim (1983) em sua obra “O Suicídio” considera que os sofrimentos analisados apenas em seus aspectos individuais e psicológicos não explicam as elevadas estatísticas de suicídio. A compreensão sociológica é aquela em que o indivíduo é regulado pela sociedade, e sendo essa, opressora, pode resultar nos sujeitos sentimentos de destruição, o qual leva os homens a tentarem ou cometerem suicídio.

Cassorla *et al* (1991), destacam que a teoria mais divulgada para esse tema é a que pertence à Psicanálise, mas, afirmam que nenhuma teoria consegue explicar todos os casos de comportamento suicida em função da multiplicidade de fatores envolvidos em cada situação.

Mello (2000) comenta que, independente do caráter patológico ou não, do suicídio é imperioso o tratamento e, que essa importância reside na aproximação com o indivíduo e rever historicamente o que está acontecendo em sua vida e analisar os significados frente o morrer e o viver. O autor referencia, também, a importância para uma avaliação eficaz, discutir formas de intervenção nos casos de tentativas de suicídio, da mesma forma que as pesquisas divulgam os elevados dados estatísticos na confirmação de que se trata de um problema de saúde pública.

Dias (1997), ao interpretar o comportamento do suicida utilizando a análise de notas de despedida, utilizou-se de conceitos de antropologia e da psicanálise, para uma melhor compreensão (interacional e dialética) desse fenômeno. Na mesma linha Meneghel, Victoria e Faria (2004) estudaram os aspectos epidemiológicos do suicídio. Avanci (2004) que estudou a tentativa sob a visão epidemiológica em adolescente.

Dolto (2004) chama a atenção que a prevenção do suicídio entre crianças e adolescentes depressivos pode significar a realização de trocas e falas sobre a morte e o desejo de morrer, pois a aceitação da existência desse desejo ajuda a elaborar os sentimentos de inferioridade, autodestruição e auto-acusação e pode vir a evitar comportamentos impulsivos ou de risco.

Também Mello-Santos, Bertolete e Wang (2006), estudaram a tentativa de suicídio na visão epidemiológica, caracterizando as taxas de suicídio por idade e gênero. Já Lippi (2003) associou a tentativa de suicídio à violência física, psicológica e sexual da criança e do adolescente.

Macedo e Werlang (2007) nomeiam a tentativa de suicídio com a expressão “O Traumático Via Ato-Dor”, o que significa que vivências traumáticas no decorrer da vida dos sujeitos podem ser eventos desencadeantes para a tentativa de suicídio, tendo-a assim, como um ato decorrente da dor excessiva que resulta como única saída o falso alívio da morte.

Kovacs (2002, p. 171) define a tentativa de suicídio como sendo “atos deliberados de auto-agressão em que a pessoa, manifesta uma intenção destrutiva e uma consciência vaga do risco de morte.” Para o autor no suicídio o sujeito é movido por uma hierarquia composta de idéias, planos, ameaças, tentativas e, finalmente, o ato suicida. E, que, em cada caso, há uma particularidade que deve ser estudada detalhadamente, sendo que as taxas de suicídios são mais altas entre indivíduos portadores de melancolia e solidão.

Sob o ponto de vista psiquiátrico, Botega e Rapeli (2005), consideram que o conceito “Tentativas de Suicídio”, apenas nomeia um comportamento, que expressa de modo agudo a tensão e o sofrimento das pessoas, algumas com transtornos mentais graves, e a maioria conta com pouco apoio do meio familiar e social.

Schneidman *apud* Fontenelle (2008), afirma que a tentativa de suicídio é uma atuação em que o sujeito quer acabar com sua dor; enorme dor psicológica também chamada dor psíquica, relacionada, muitas das vezes, à solidão. O autor refere-se ao Manual de Diagnóstico Estatístico (DSM-IV) e trata da tentativa de suicídio como se fosse um órgão do indivíduo o que se baseia em um diagnóstico psiquiátrico, esclarecendo que sua abordagem clínica não é estabelecer o foco principal em um diagnóstico, mas sim, *identificar a dor e tratá-la* com a devida importância ao diagnóstico e à relevância na história de vida do sujeito.

Na mesma linha coloca-se Garcia *apud* Fontenelle (2008, p. 64) que tanto como Schneidman aponta para novas perspectivas de compreensão, ou seja, afastar-se do padrão biomédico, que busca na farmacologia, a sua principal forma de intervir. “Eu como psiquiatra, não acho que as drogas resolvem grandes problemas humanos, eu acho que é um arsenal terapêutico para tratamento de determinadas doenças, de apoio, nada mais do que isso”

Em geral as pessoas que tentam o suicídio apresentam um quadro de anormalidade psiquiátrica, com destaque para a depressão reativa, seguindo-se de episódios de tentativa a atritos familiares ou estresse interpessoal semelhante a esses.

Ocasionalmente, ocorrem entre pessoas normais ou sem características de psicopatologia, mas que estavam sob forte estresse situacional agudo.

Botega e Rapeli (2005) ao estudarem a tentativa de suicídio afirmam não haver um perfil clínico único entre pacientes internados com tendências a tentativa do suicídio.

As pessoas podem tentar ou cometer suicídio por diversos motivos. Os mais comuns são uma tentativa de se livrarem de uma situação de extrema aflição, para a qual acham que não há solução; por estarem num estado psicótico; por se acharem perseguidas, sem alternativa de fuga; por se sentirem deprimidas, acharem que a vida não vale a pena; por terem uma doença física incurável e se acharem desesperançadas com sua situação; ou por serem portadoras de um transtorno de

personalidade e atentarem contra a vida num impulso de raiva ou, para chamar a atenção.

Puente (2008) manifesta-se sobre o suicídio e tentativas como sendo ainda visto como um tabu e um assunto polêmico. O autor comenta ser importante, além de discutir as taxas estatísticas crescentes na atualidade, rever os cuidados necessários, frente àqueles que tentam tirar suas vidas. Ao mesmo tempo, refere-se também à necessidade de apoio aos familiares e amigos, que ficam chocados frente à tentativa ou da morte por suicídio.

As tentativas podem causar impactos na sociedade, por meio da perda de produção relacionada ao valor da vida do indivíduo que comete o suicídio e seu ato se caracteriza muitas vezes como uma forma pelo suicidado de mostrar os erros da sociedade contra sua pessoa (IBEMEC, 2006).

Mesmo nos dias atuais as tentativas de suicídio tendem a ser vistas como atitudes históricas com ameaças que nunca vão se concretizar. Percepção essa que desencadeia atitudes hostis e desumanizadas por parte da equipe de saúde, particularmente, quando o risco de vida é mínimo ou nulo.

Mello (2000, p. 170) em seus estudos sobre suicídio e suas relações com a psicopatia conclui que “tentativas de suicídio nem sempre expressam doença mental subjacente e que fatores sociais e individuais podem exercer papel decisivo”.

Estudos afins também foram efetuados por Botega, Barros e Oliveira (2005) que através de inquérito domiciliar com 515 indivíduos maiores de 14 anos, na Cidade de Campinas, em 2003, mostraram que a ideação suicida esteve consistentemente associada a transtornos mentais e, que junto com o conhecimento dos fatores socioambientais, devem ser levados em conta na elaboração de estratégias de prevenção.

Cutter (s/d) explica que o comportamento suicida no século 20, apresentando e discutindo dois modelos que nos últimos cem anos sustentaram os estudos desse tema, como os estudos sociológicos e epidemiológicos em várias culturas, por Durkheim, Henry e Short, Gibbs e Martin, Farber. E, as teorias psicodinâmicas que tentam explicar as motivações individuais por Freud, Zilborg e Menninger.

Para Prieto e Tavares (2005) a valorização da associação transtorno mentais (entre eles a depressão) e o suicídio visto que outras pesquisas apontam que 90% desses casos relacionam-se com transtornos mentais.

Para os autores, a diversidade de abordagens teóricas para a compreensão do suicídio – teorias cognitivo-comportamentais, abordagens psicodinâmicas e sistêmicas – apenas explicitam como esse tema pode ser instigante e provocador de tantos trabalhos clínicos e teóricos, corroborando que o contato com a morte pode ser o mobilizador de caminhos para a criatividade e a vida.

Ainda, Pietro e Tavares (2005) enfatizam a característica da impulsividade nos indivíduos que subtraem suas vidas e falam da importância da restrição de acesso a métodos letais como prevenção para muitos dos casos.

Botega e Rapeli (2005) chamam atenção para as ações de agrupar pacientes com história de tentativa de suicídio segundo perfis clínicos característicos pode vir a conduzir a erros.

V – A atuação do profissional de saúde junto ao suicida

Na década de 70, já era reconhecido, segundo Minzoni *et al.* (1977), que a saúde mental é um componente essencial da saúde, um direito humano, o que vem reforçar a idéia de que é um dever do profissional de saúde promover a saúde mental das pessoas. Já se reconhecia que a assistência por parte do profissional de saúde, centralizada na doença e no doente, deveria concentrar-se na pessoa com seus comportamentos específicos, os quais significavam um grito, um alerta para sua necessidade de ajuda.

No entanto, ainda hoje, a desinformação dos profissionais de saúde com relação à questão do suicídio, particularmente, do papel das tentativas de suicídio como um fenômeno que comunica e pede ajuda para um estado de desestabilização psíquica, tem perpetuado uma abordagem inadequada da questão (PROJETO COMVIVER, 2006).

Para Caplan *apud* Liria e Veja (2002), o indivíduo em crise se encontra em uma luta para manter o equilíbrio entre si e o meio, e no caso da pessoa suicida existe um sentimento de incapacidade de resolução e encontro do equilíbrio, o que leva a ver a morte como única saída. O sucesso do desenlace da crise depende de como se maneja a situação nesse momento, o que reforça a importância do profissional de saúde junto ao suicida.

De acordo com Werlang (2000), os atos autodestrutivos, como o suicídio, estão relacionados com uma impossibilidade do indivíduo de encontrar diferentes

alternativas para seus conflitos, optando finalmente pela morte. Ou seja, a resolução negativa da crise, que pode ocorrer pela falta de intervenção imediata no indivíduo, pode levá-lo a desenvolver um comportamento suicida com final trágico.

Além do mais, apesar de ser um problema de dimensões enormes, alarmantes e globais, Daolio e Silva (2009) citam que não se tem um tratamento adequado ao mesmo. Os profissionais de saúde não estão preparados para detectar componentes suicidas, nem para aceitar o paciente suicida como uma pessoa que necessita de ajuda. Ainda permanecem posturas preconceituosas e discriminadoras em relação ao paciente que tentou o suicídio (AVANCI; PEDRÃO; COSTA JUNIOR, 2005). Mesmo a sociedade contemporânea não admite certos sinais de fraqueza como o manifestado no idoso, no deficiente e no suicida.

Essa sociedade triunfante precisa de êxitos ou sucessos para alimentar seus mitos de vida e de notícias auspiciosas. Ainda, destacam que suicídio não é um ato de coragem, muito menos de covardia, mas sim, é um ato de desespero, um grito de ajuda que exige dos profissionais de saúde não julgamento, mas solidariedade, associada com uma tomada de decisão (DAOLIO; SILVA, 2009).

Os comportamentos suicidas fazem parte de um amplo processo e apresentam uma dinâmica individual própria. Os elementos que compõem esse processo funcionam como indicadores clínicos relevantes para a avaliação do risco de suicídio. A definição precisa dos indicadores de vulnerabilidades (fatores internos persistentes ou crônicos), estressores (fatores de risco agudo ou situacionais) e recursos (fatores de proteção internos e externos) têm repercussões diagnósticas importantes, que possibilitam uma intervenção mais adequada. Como a vulnerabilidade ao suicídio pode ser aguda, crônica ou latente, é possível que a ideação suicida esteja totalmente ausente por longo período e retorne como resposta a uma situação crítica (WASSERMAN, 2001; MITCHELL *et al.*, 2005).

Para alcançar um perfil de risco claro e preciso, é necessário o desenvolvimento de um sistema de codificação desses múltiplos fatores, permitindo a identificação precoce daqueles elementos que irão responder a intervenções direcionadas e específicas, alcançando uma maior eficácia do tratamento preventivo (AGEBRO *et al.*, 2002; KUTCHER; CHEHIL, 2007; TAVARES *et al.*, 2007).

A compreensão do contexto de risco, segundo Fremouw *et al.* (1990) e Shea (2002), requer a coleta e a análise de uma grande variedade de dados e informações. Não há, segundo os autores, uma fórmula simples para somar e

combinar os múltiplos fatores envolvidos, de modo que a experiência e o julgamento clínico são fundamentais para considerar de maneira global a combinação única de estados psicológicos e emocionais do paciente.

Isso exige do profissional de saúde uma especialização adequada aliada a humanização das práticas e a interdisciplinariedade que o tema exige, de modo a permitir ao profissional lidar melhor com os preconceitos e dificuldades, abrindo assim, perspectivas para um melhor cuidado às pessoas que não vêem sentido na própria vida. Mas, os profissionais de saúde em muitos casos ainda não possuem uma preparação humanística adequada e profissional para receber e encaminhar os sujeitos que tentaram o suicídio, a fim de atendê-los na sua integralidade e encaminhar aos setores que possam tratar de seus problemas (NUNES, 1988).

No entanto, segundo Nunes (1988), a sociedade não tem contribuído como deveria para a resolução dos problemas mais essenciais do ser humano. Isto coincide com a concepção de, ao considerar que os próprios governos, embora, atualmente, possuam um programa de saúde específico, não atuam de forma eficiente para com àqueles suicidas em potencial. Ainda, Paparelli (2009) revela que frente à demanda da prática contra uma formação inadequada e não especializada, o profissional se vê obrigado a buscar os subsídios necessários para esta atuação, de maneira solitária e pouco aberta às discussões. Então, este cai no contexto da subjetividade, ou seja, seu preparo solitário é um preparo relativo, que pode ser interpretado como uma resolução subjetiva ao encarar o problema. Outro dado relevante consiste no fato de os profissionais apresentam preocupação e outros sentimentos negativos decorrentes do atendimento aos tentadores de suicídio. Tabachnick e Hills (1961) contam que os profissionais que tiveram experiência em tratar pacientes suicidas sabem que, freqüentemente, a reação imediata daqueles que cercam o paciente é serem cruéis e rejeitá-los. O profissional que é chamado para lidar com o paciente suicida, geralmente, encara uma crise particular que muito tem a ver com sua própria reação ao paciente, o de poder tomar a forma de rejeição. Ainda, alertam para o fato de que é adequado olhar para tal situação como uma crise de contratransferência.

Uma pesquisa realizada por Paparelli (2009) mostra que 67% dos profissionais já atenderam tentadores de suicídio em sua prática profissional, de modo que 10% admitem não estar preparados para esta atuação, enquanto 3% mostram-se em dúvida quanto sua preparação para este tipo de atendimento, contra

uma maioria absoluta de 87% que admitem estar preparados para a atuação dentro desta temática. Essa maioria, no entanto, indica a temática suicídio como pouco explorada e discutida na formação universitária, e nos cursos de pós-graduação. Não referem também, uma capacitação profissional específica e fundamentada para este tipo de atendimento.

Meleiro e Wang (1995), ainda, colocam que avaliar um paciente suicida é complicado pelo fato de despertar, com frequência, fortes sentimentos no profissional de saúde examinador, principalmente ansiedade por um erro de conduta e uma consequência catastrófica. O profissional de saúde deve, portanto, estar calmo, pois os suicidas aumentam na mesma proporção das reações negativas do entrevistador em relação ao paciente. Deve evitar reações moralistas e críticas. Taylor (1992) enfatiza que no relacionamento entre o profissional de saúde e o suicida, a abordagem deve ser tranqüila, sem críticas, de forma amigável, gentil, compreensiva e séria. A paciência é um elemento importante no cuidado a essas pessoas, pois apresentam várias funções prejudicadas e cada movimento ou palavra exige esforço e tempo excessivos. Deve-se demonstrar honestidade, empatia e compaixão.

Dessa forma, os profissionais de saúde devem assegurar que cada paciente receba uma avaliação clínica abrangente com atenção direcionada ao quadro clínico atual, às forças e fraquezas pessoais, à história e à situação psicossocial. Os pacientes suicidas devem ser avaliados rápida e cuidadosamente com foco na segurança e no nível de cuidado necessário para mantê-lo a salvo e com algum grau de alívio (STERIAN, 2001; MITCHELL *et al.*, 2005). Além de conhecer os sinais de alerta e observar cuidadosamente o paciente, deve-se verificar o acesso a métodos letais, providenciar o controle de acesso e mobilizar a rede de apoio quando necessário (MITCHELL *et al.*, 2005; TAVARES *et al.*, 2007).

Sendo assim, pode-se dizer que em um primeiro contato a equipe trabalhará almejando um resultado no qual o paciente não cause mais ferimentos a si próprio, estando a equipe atenta para as prioridades e necessidades com o paciente autodestrutivo. Ainda cabe ao profissional de saúde investigar e identificar qual comportamento representa imediato risco de vida, para que se possa preservar a vida deste paciente, evitando que este aja conforme seus impulsos (STUART; LARAIA, 2001).

Ao manejar o paciente suicida, o profissional de saúde deve estar atento ao risco que este apresenta a si próprio. Deve ser dado enfoque ao correto manuseio deste, procurando ver em que grau este está resoluto ou ambivalente. Pessoas que estão seguras e apresentam um plano de ação específico devem ficar em locais onde se possa realizar uma monitoração contínua. Um fator importante é a integridade da capacidade intelectual deste paciente, pois fatores que alteram o juízo crítico e sua habilidade em tomar decisões racionais podem indicar um forte risco para suicídio e uma importante indicação para internação. Outro dado que pode ser de suma importância no manejo do paciente que apresenta ideação e risco suicida é a interação familiar junto a este. É importante o acompanhamento da família ou de um amigo próximo disposto a ficar com este indivíduo durante a crise imediata até que haja uma diminuição na ideação suicida. É possível que haja uma demora até que isso ocorra, tendo que haver um revezamento entre vários membros da família para uma melhor observação do paciente, priorizando ao máximo sua vida (STUART; LARAIA, 2001).

Uma boa avaliação do risco de suicídio é parte fundamental do conjunto de ações preventivas e interventivas na crise suicida. Esse método de avaliação deve ser abrangente e flexível o suficiente para abarcar o suicídio em seus múltiplos aspectos. Dentre as técnicas disponíveis, tem-se a entrevista clínica, a qual possibilita o acesso compreensivo ao mundo interno do indivíduo, revelando informações de grande potencial para uma avaliação do risco suicida, ao mesmo tempo sistematizada, completa e contextualizada. Também permite que o profissional de saúde priorize o individual apesar do gênero, do grupo étnico, da idade, do diagnóstico psiquiátrico ou das circunstâncias de vida referentes à estatística de risco (KULIC, 2005; BISCONER; GROSS, 2007; TAVARES *et al.*, 2007). Mello (2000) lembra, ainda, aos profissionais da saúde, que, para o atendimento de casos de tentativas de suicídio, é indispensável, capacitar-se com visão numa abordagem qualitativa histórica, além da individual. O Quadro 1, a seguir, considera alguns dos princípios de manejo do paciente suicida.

Quadro 01: Princípios de manejo do paciente suicida nos serviços de urgência

CONSIDERAR OS SEGUINTE PONTOS DURANTE A AVALIAÇÃO
<ol style="list-style-type: none">1. Sistema de saúde em que o paciente é admitido2. Exame diagnóstico acurado do paciente3. Detalhar história, incluindo dados de antecedentes pessoais até o desenvolvimento da atual psicopatologia4. Presença ou ausência de abuso de substâncias psicoativas como álcool, tóxicos, medicamentos5. Considerar os fatores de risco presentes6. Seleção apropriada de terapia somática e farmacológica7. Seleção apropriada de psicoterapia8. Aliança terapêutica com a família9. Internação hospitalar, se necessário

Fonte: Meleiro e Wang (1995).

O suicídio é um assunto extremamente pessoal, e o paciente deve ter oportunidade de conversar a sós com o profissional de saúde, pois geralmente, sente-se aliviado ao ser questionado sobre o assunto. Após relacionamento empático, o examinador deve sempre perguntar sobre a ideação suicida, como parte integrante de qualquer exame do estado mental, especialmente se o paciente estiver deprimido. Perguntar diretamente: “Você deseja morrer?”, “A idéia de morrer vem à sua cabeça?”, ou “Você já tentou suicídio?”. O profissional de saúde não deve evitar falar dos sentimentos suicidas da pessoa, pois cerca de 80% das pessoas que se suicidaram avisaram quanto à sua intenção, e 50% o dizem abertamente. Todas as ameaças de suicídio devem ser encaradas com seriedade, mesmo que possam parecer falsas (manipulação). A escolha da conduta do tratamento dependerá das impressões gerais do profissional de saúde quanto ao risco de suicídio num futuro próximo e à necessidade de tratamento dos problemas psiquiátricos (MELEIRO; WANG, 1995).

Assim, a intervenção em crise pode ser entendida como um processo para manejar ativamente o funcionamento psicológico do indivíduo durante o período de desequilíbrio, com o objetivo de aliviar o impacto imediato dos eventos estressantes transformadores. Esse processo tem a intenção de ajudar a ativar sua capacidade latente e manifesta, assim como seus recursos sociais, enfrentando de maneira adaptativa os efeitos do estresse (WAINRIB; BLOCH, 1998).

Candido e Furegato (2005) complementam que todo o cuidado à pessoa suicida deve estar relacionado ao aumento da auto-estima desse indivíduo e às ações técnicas para atender as suas necessidades.

Considerando as conseqüências que pode acarretar a falta de um auxílio para o indivíduo em crise, Slaikeu (2000) coloca como principal meta dos primeiros auxílios psicológicos, restabelecerem ao afrontamento imediato da situação de crise. O ponto crucial para ele é que as circunstâncias que deve confrontar se transformam em problemas insolúveis e seus mecanismos de afrontamento não se encontram disponíveis.

De qualquer forma, independente do diagnóstico, é essencial o estabelecimento de uma aliança terapêutica com o paciente. Além disso, deve-se procurar compreender o seu estado agudo, as razões pelas quais o levaram a decidir pelo suicídio. É importante tentar transmitir esperança ao paciente, mas sem dar falsas garantias de que “tudo acabará bem”. As seqüelas podem ser dramáticas (p. ex., queimados) e levar a nova tentativa de suicídio (MELEIRO, 1998).

Kahhale (2003) aborda a compreensão do homem como ser histórico, social e dialético. Afirma que toda intervenção deve considerar a historicidade do sujeito. Portanto a intervenção do profissional de saúde, não deve seguir um modelo tradicional e sim, dinamizar ações coletivas na recuperação, promoção e prevenção da saúde, bem como proporcionar uma transformação do homem por melhores condições de vida.

Slaikeu (2000) ressalta, ainda, que quanto mais tempo o indivíduo passa sem assistência no momento da crise, mais sérios ou irreversíveis tendem a ser os efeitos da crise. A intervenção em crise é pontual e feita dentro de poucas sessões, com um máximo admitido de 4 a 6 semanas, às vezes fazendo-se em uma. Esse período é estipulado, pois este seria o tempo que uma pessoa tolera um estado crítico.

Assim, a avaliação do potencial suicida deve ser realizada desde o primeiro contato e durante toda a hospitalização, quer seja no hospital geral ou psiquiátrico. Após a alta, deve-se fazer um planejamento para acompanhamento do paciente: é importante avaliar o seu suporte familiar e social, se há ou não continuidade do evento estressante para ele e sua estrutura, para lidar com a situação que o levou ao ato.

Fica claro que se necessita de profissionais da área de saúde mental para combater o suicídio. E mais claro ainda, que estes profissionais devam ser competentes e comprometidos com essa situação (DAOLOI; SILVA, 2009). Contudo, Pessini (2006) complementa que o suicídio não pode ser tratado, efetivamente,

somente com os esforços dos profissionais da área de saúde. Todos devem ser partes da solução e podem fazer algo para reduzir o número de pessoas que tentam solucionar suas questões de vida com práticas suicidas. Existe a necessidade de que todos e cada um participem de tal responsabilidade: a prevenção é responsabilidade de todos.

VI – A prevenção do suicídio

É possível prevenir o suicídio? A constatação de que o suicídio é questão complexa e multideterminada faz pensar que para sua prevenção é necessário incluir desde intervenções mais amplas na sociedade (nas escolas, na área do trabalho, na legislação, nos órgãos de justiça, etc.) até ações mais específicas nos setores de atenção à saúde (PROJETO COMVIVER, 2006).

O suicídio é um grave problema de saúde pública que tem efeitos nocivos sobre os indivíduos, famílias e comunidades. Embora as suas causas são complexas e determinadas por múltiplos fatores, o objetivo da prevenção do suicídio é simples: redução dos fatores que aumentam o risco e aumento dos fatores que promovem a resiliência, isto é, os fatores de proteção. Assim, estratégias de prevenção eficazes são necessárias para promover a conscientização de suicídio e incentivar o compromisso de mudança social (CDC, 2010).

O que pode ser feito para prevenir suicídios? Com o aumento global do comportamento suicida, sobretudo entre os jovens, há uma grande necessidade de intervenções eficazes. Como foi visto, há um grande número de possíveis fatores de risco para o comportamento suicida e as intervenções são geralmente baseados em um conhecimento destes fatores. Embora muitas das intervenções têm existido por um período de tempo considerável, muito poucos deles têm demonstrado um efeito significativo na redução do comportamento suicida ou produziram a longo prazo resultados sustentáveis (GOLDNEY, 2000).

Segundo Nunes (1988) encontra-se duas situações que tornam o tratamento das tentativas de suicídio bastante complicadas. Quanto à primeira, não se encontram recursos disponíveis, estruturados e estabelecidos para atendimentos das pessoas. A segunda se refere aos aspectos culturais, por meio dos quais, a própria família ou a pessoa que passou por essa experiência assumem, no sentido

de ocultar o fato e o ato praticado. Com isso o problema é mantido e corre-se o risco de novas tentativas ocorrerem.

Nunes (1988) comenta que as tentativas de prevenção do suicídio não têm obtido grande sucesso. Apesar do fato de que, na maioria, dos suicidas e dos que o tentam, tenham evidenciado um transtorno de comportamento significativo, durante certo tempo, anterior ao evento, a maioria não procura clínicas ou profissionais para atendimento à saúde mental porque, além dos recursos disponíveis serem muito poucos, não há divulgação dos mesmos e os poucos existentes não provaram ser eficazes na redução das taxas.

E ao analisar os sujeitos que passaram pela tentativa do suicídio e que, apesar de seqüelas que ficaram, sobreviveram ao ato, pode-se perceber pelas suas entrevistas que a ideação suicida ainda persiste em alguns deles. Por outro lado, a falta de preparo dos governos, profissionais da saúde e da própria sociedade, é claramente evidenciada. Do ponto de vista da permanência da idéia suicida, para quem já o tentou, Bee (1997) relata que a probabilidade de uma nova tentativa é muito grande.

Cada ser humano é responsável pela vida em todo o planeta e esta responsabilidade passa também pelo fenômeno do suicídio e do suicida em potencial que está ao nosso lado. Dentro da perspectiva da “ética da responsabilidade” de Hans Jonas (1990), que procurou destacar uma ética para a civilização tecnológica, vê-se a necessidade de nos sentirmos responsáveis pela existência desta cultura autodestrutiva e sermos igualmente responsáveis pela descoberta e implantação de estratégias que minimizem suas más consequências e que coloquem novamente a ação humana voltada para o homem e para a vida (BRUSEKE, 2006).

Entre os fatores protetores da vida, incluem-se a auto-estima, a família, os amigos, o apoio social, o estar em um relacionamento estável, assim como uma religião e a espiritualidade. Uma importante estratégia de tratamento é a identificação precoce e a terapia das alterações mentais. Existem, também, evidências de que formar os profissionais de saúde com a capacitação de identificar precocemente e tratar as pessoas com alterações ou distúrbios mentais, resulta na redução do suicídio e daqueles que estão em risco, sendo isso já comprovado em alguns países como Finlândia e Reino Unido (PESSINI, 2006).

A identificação e tratamento adequado dessas doenças é uma importante estratégia de prevenção do suicídio. Particularmente relevante aqui são transtornos do humor, dependência de álcool e abuso de outras substâncias, a esquizofrenia e certos tipos de transtorno de personalidade. Há evidências de que a educação primária do profissional de saúde para diagnosticar e tratar as pessoas com transtornos de humor pode ser eficaz em reduzir a taxa de suicídio entre os grupos de risco. Considerando o médico de atenção primária, ou médico de família ou médico generalista como peça chave na prevenção do suicídio, Barrero (1995) propõem o treinamento desse profissional para a detecção, avaliação, diagnóstico precoce, tratamento e encaminhamento adequado das pessoas com risco de cometer suicídio. Assim, o que primeiro se deve ensinar ao médico generalista são os mitos relacionados ao suicídio e propõe o uso do conceito de “grupo de risco” no lugar de “fatores de risco”, pelo menos numa abordagem inicial da situação.

Dolto (2004), abordando o suicídio entre crianças e adolescentes, fala sobre debates e reflexões que podem ser subsídios para linhas de ação com relação à proteção e atenção em experiências com esses grupos e, propõe que a prevenção do suicídio está em falar da morte e do desejo de morrer com crianças e adolescentes depressivos e suas famílias. A aceitação da existência desse desejo ajuda a elaborar os sentimentos de inferioridade, autodestruição e auto-acusação e pode evitar comportamentos impulsivos ou de risco.

A *World Report on Violence and Health* defende a criação de programas para treinar a equipe escolar, membros da comunidade e os prestadores de cuidados de saúde para identificar aqueles com risco de suicídio e encaminhá-los para adequados serviços de saúde mental. No entanto, Lester (1992), adotou um tom de cautela, sugerindo que, possa ocorrer, com a experiência adquirida dos funcionários da escola, que estes remetam os alunos, mais raramente, para os profissionais de saúde mental, o que por si só, pode resultar em mais suicídios. Embora a educação dos membros escolares, pais e outras pessoas envolvidas na escola é muito importante ter em mente que essas pessoas não podem substituir os profissionais de saúde mental. Mas vale ressaltar que somente os serviços de saúde não podem atender todas as necessidades dos jovens, e as escolas devem ser capazes de atuar como um meio para a prevenção do suicídio.

Outras formas de prevenção do suicídio têm sido avaliadas. A farmacoterapia, por exemplo, tem sido examinada pela sua eficácia em trabalhar

em processos neurobiológicos que subjazem a determinadas condições psiquiátricas, incluindo aqueles que estão relacionados ao comportamento suicida. Verkes et al. (1998), por exemplo, mostrou que a substância paroxetina pode ser eficaz em reduzir comportamento suicidas, uma vez que esse comportamento tem sido associado com redução da função da serotonina.

Há, ainda, abordagens comportamentais. Segundo Linehan (1997), embora muitas abordagens de tratamento se concentram principalmente sobre o transtorno mental, de modo que uma suposta melhora na desordem levará a uma redução no comportamento suicida, outras abordagens visam diretamente o o comportamento. Seguindo esta abordagem, um grande número de intervenções têm sido desenvolvidas como, por exemplo, a terapia comportamental dialética com pacientes apresentando transtornos de personalidade borderline, múltiplas disfunções comportamentais, significativos transtornos mentais e história de tentativas múltiplas de suicídio.

Litman e Wold (1976) ainda comentam que a susceptibilidade ao suicídio está relacionada com as relações sociais que uma pessoa tem e quando há um maior número de relações sociais, em geral, ocorre menor susceptibilidade ao suicídio. Assim, diversas intervenções têm procurado melhorar as relações sociais de modo a reduzir comportamentos repetidos de suicídio. A abordagem geral é explorar problemas em diferentes áreas da vida social do paciente, de modo que o terapeuta leve à resolução destes problemas. Embora o objetivo principal é evitar a repetição do comportamento suicida, a melhoria dos relacionamentos sociais é, em si também considerada importante.

Além disso, restringir o acesso aos meios de suicídio é particularmente relevante quando esse acesso pode facilmente ser controlado. Isto foi demonstrado pela primeira vez em 1972 na Austrália, por Oliver e Hetzel (1972), que encontraram uma redução das taxas de suicídio, quando o acesso aos sedativos - principalmente barbitúricos, os quais são letais em doses elevadas - foi reduzida.

Além deste estudo sobre os sedativos, também há evidências de uma redução nas taxas de suicídio quando outras substâncias tóxicas são controlados, como, por exemplo, pesticidas, que são amplamente divulgados nas áreas rurais de muitos países em desenvolvimento. Talvez um dos exemplos mais estudados é que, em Samoa, onde até 1972, quando o paraquat foi introduzido pela primeira vez no país, o número de suicídios foi inferior a 10. O número começou a subir fortemente

em meados da década de 1970 e chegou a quase 50 em 1981, quando os esforços para controlar a disponibilidade do paraquat começaram. Durante este período, as taxas de suicídio aumentaram em 367%, de 6,7 por 100.000 em 1972 para 31,3 por 100.000 em 1981. Dentro de três anos, a taxa de suicídio caiu novamente para 9,4 por 100.000. Apesar do controle posterior do paraquat, mais de 90% de todos os suicídios em 1988 foram efetuadas pelo seu uso (BOWLES, 1995).

Ainda, em alguns países - incluindo a Austrália, Canadá e Estados Unidos - as restrições à posse de armas de fogo têm sido associados com uma diminuição da sua utilização para o suicídio (CARRINGTON; MOYER, 1994; LESTER, 1998).

Segundo a OMS (2002), o suicídio é considerado uma tragédia familiar e pessoal, causando sofrimento naqueles envolvidos com a vítima. As causas que explicariam o porquê do desejo de uma pessoa querer tirar a própria vida, enquanto outras na mesma situação não agiriam dessa forma, são difíceis de compreender. Considerando que o suicídio é um fenômeno complexo e abrangente, Campbell (2002) faz referência a necessidade de atenção também aos sobreviventes deste evento, os quais ele identifica como os indivíduos que são significativamente impactados pela morte de alguém por suicídio.

A perda de uma pessoa por suicídio pode despertar diferentes sentimentos de aflição nos familiares e amigos próximos de aqueles que cometeram o suicídio do que os sentimentos experimentam quando a morte é por causas naturais. Em geral, há ainda um tabu ligado ao discussão sobre o suicídio e os enlutados por suicídio pode ter menos oportunidade de compartilhar sua dor com os outros. Comunicar os sentimentos de alguém é um importante parte do processo de cura. Por esta razão, grupos de apoio têm um importante papel. Em 1970, o primeiro grupo de auto-ajuda de apoio para os familiares e amigos de pessoas que cometeram suicídio, iniciou-se na América do Norte. Grupos similares foram posteriormente estabelecidas em vários países ao redor do mundo. Tais grupos de auto-ajuda parecem ser benéficos para aqueles que perderam alguém por meio de suicídio. A experiência comum de perda por suicídio incentiva-os a comunicar seus sentimentos (OMS, 2000).

Assim, segundo a SPRC (2001), os fatores de proteção para suicídio podem ser resumidos em:

- efetivo cuidado clínico para as desordens mental, física e transtornos por uso de substância

- Fácil acesso a uma variedade de intervenções clínicas e suporte para pedir ajuda
- Acesso restrito aos meios altamente letais de suicídio
- Conexões fortes para o apoio da família e da comunidade
- Apoio permanente através de relações de cuidados médicos e de saúde mental
- Competências na resolução de problemas, resolução de conflitos de forma não-violenta
- Crenças culturais e religiosas que desestimulam o suicídio e dão auto-suporte

Ainda, a OMS indica algumas prioridades para a estratégia de atendimento e prevenção ao risco suicida:

- A organização de atividade multissetoriais para aumentar conscientização sobre comportamentos suicidas e como efetivamente preveni-los.
- O reforço das capacidades dos países para desenvolver e avaliar políticas e planos nacionais para a prevenção do suicídio, que podem incluir:
 - apoio e tratamento das populações em risco, como pessoas com depressão, jovens e dos idosos;
 - redução da disponibilidade e do acesso aos meios de suicídio, por exemplo, tóxico substâncias;
 - apoio e fortalecimento de redes para os sobreviventes do suicídio;
 - formação de profissionais de cuidados primários de saúde e profissionais de outros setores relevantes.

Várias recomendações importantes para a redução tanto do comportamento fatal e não fatal suicida podem ser extraídas, mas vale destacar que há uma necessidade urgente de mais informações sobre as causas do suicídio, nacional e internacionalmente, particularmente entre os grupos minoritários (WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH).

VII – Fatores de risco x proteção

Esta proposta nasce sob a ótica dessa revisão da literatura sobre o tema suicídio, utilizando-se a abordagem histórico-social da compreensão do suicídio considerada inalcançável. Buscou-se, assim, rever esse evento que não ocorre num vácuo e que é, em sua essência, a consequência final de um processo, múltiplo e multifacetado que envolve a interação de fatores biológicos, psicossociais e culturais de cada indivíduo em questão (KUTCHER e CHEHIL, 2007).

Considerando a reflexão apresentada, podemos afirmar que o suicídio é, indubitavelmente, um problema de saúde pública no mundo inteiro e as estimativas de prevalência em países diferentes é problemática tendo em vista que por fatores sociais, religiosos, culturais e outros o evento é ocultado, ficando, assim, suas estimativas muito aquém do que se tem conhecimento.

Esses índices subestimados de suicídio e de tentativas ao ato interferem sobremaneira na ação dos provedores de cuidados de saúde, como médicos, enfermeiros, assistentes, psicólogos e psiquiatras e outros profissionais envolvidos, que vêm no fenômeno particular relevância.

Concorrem, ainda, para a ocultação e invisibilidade, a subtração de dados estatísticos que referenciem a incidência do fenômeno e de suas tentativas, fatores como estigma e sigilo; dificuldade de buscar ajuda; falta de conhecimento e atenção sobre o suicídio por parte de profissionais de saúde e, ainda, pelo fato de que o suicídio não é um evento freqüente (KUTCHER e CHEHIL, 2007).

Assim, com base nas pesquisas e conclusões de Louzã Neto *et al.* (1997) e Werlang (2000), foi elaborado, segundo o entendimento deste autor, o Quadro 2, demonstrando os fatores de proteção e fatores de riscos de suicídios que possam ameaçar o equilíbrio do suicida.

Os fatores de risco estão relacionados às características demográficas e sociais e se tornam mais relevantes a medida que conseguimos aceitar que a cultura é um fator fundamental em todo esse processo. Assim como a existência prévia de doenças psiquiátricas como depressão, esquizofrenia e, sobretudo, nos transtornos bipolares em que existe uma grande prevalência de tentativa de suicídio e do suicídio consumado.

O transtorno bipolar é uma patologia caracterizada, principalmente, por períodos de depressão e euforia (mania) e, em ambas as fases do desenvolvimento

da doença fazem-se presente o risco de suicídio. Já nos quadros psicóticos, com alucinação e delírio existe risco maior de suicídio.

Quadro 02: Fatores de proteção e fatores de riscos de suicídios

FATORES DE PROTEÇÃO	FATORES DE RISCO
Ausência de doença mental	Características demográficas do paciente: idade e sexo
Estar empregado	Tendência suicida presente e pregressa
Crianças em casa	Diagnóstico psiquiátrico e sintomas psiquiátricos
Senso de responsabilidade para com a família	História individual: <ul style="list-style-type: none"> • História médica; • História familiar; • História psicossocial; • Neurobiologia.
Gravidez	Forças e fraquezas da personalidade / Falta de apoio familiar comunitário
Crenças religiosas robustas	Fanatismos e descontroles
Satisfação com a vida elevada	Falta de desafios
Teste da realidade intacto	Delírios / Mentiras
Capacidade de adaptação positiva	Inseguranças, Baixa Auto-estima
Capacidade positiva de resolver problemas	Falta de Redes de Apoio e Laços Familiares
Apoio social positivo	Falta de Redes Comunitárias
Relação terapêutica positiva	Não procura ajuda ou é forçado a fazê-lo

Fonte: O Autor (2010).

A observância aos fatores de proteção e de risco insere-se nesta proposição de intervenção tendo em vista que o comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos e, principalmente, de impacto (WHO, 2006) e como norteador da ação

O aumento dos índices de tentativas de suicídio e do ato em si, além de provocar perda de vidas, acaba por ocasionar uma expressiva redução da massa produtiva. Se pensarmos no suicídio como um fenômeno complexo e multifatorial é nossa obrigação em qualquer serviço de saúde, intervir nas tentativas de suicídio quer prevenindo-as quer interrompendo-as, com a garantia do Código Penal vigente no Brasil, o qual dispõe de duas possibilidades em que a intervenção médica pode ocorrer à revelia do paciente: o ato médico realizado em caso de iminente risco de morte; e, a ação voltada para evitar o suicídio (ALVES, 2007).

Tendo como objetivo a proposta de intervenção preventiva junto aos casos de suicídio nos serviços de saúde públicos e privados, torna-se importante que profissional de saúde que atende aos casos encaminhados nos postos de saúde e emergências médicas a adoção de aspectos que devem constar nas anamneses clínicas dos pacientes encaminhados, como:

- a) Fatores de risco e proteção como identificadores dos graus de eminência do ato suicídio.
- b) Avaliação da saúde mental.
- c) Investigar fatores que envolvem o desempenho do indivíduo no emprego (relacionamento, aceitação, rejeição, aprovação).
- d) Família – verificar sendo de responsabilidade com a célula familiar através da história pessoal, médica e familiar (neurobiológica, psicossocial).
- e) Para as mulheres – investigar fatores de gravidez (aceitação, problemas clínicos e psíquicos, enfrentamento da gestação).
- f) Satisfação de vida – como o indivíduo/paciente está se relacionando com sua vida, seus desejos, concretizações, problemas, relações, etc.
- g) Teste de Realidade – verificar se está intacta, se há ausência de doença mental (indivíduo e família).
- h) Capacidade Positiva de Resolver Problemas – investigar mitos familiares no enfrentamento das dificuldades, segurança, auto-estima, capacitação.
- i) Apoio Social Positivo – como se manifesta a rede social do indivíduo/paciente.
- j) Relação Terapêutica Positiva – qual o vínculo que o indivíduo/paciente tem com o profissional que lhe assiste. Como se sente nesta relação paciente-terapeuta.

É importante para se evitar a tentativa do suicídio ou do ato em si, o manejo da situação no auge da crise, o que reforça a importância do profissional de saúde junto ao suicida.

Nesse ínterim, uma boa avaliação do risco de suicídio é parte fundamental do conjunto de ações preventivas e interventivas na crise suicida, permitindo ao profissional de saúde priorizar o individual apesar do gênero, do grupo étnico, da

idade, do diagnóstico psiquiátrico ou das circunstâncias de vida referentes à estatística de risco, como referenciam Kulic (2005); Bisconer; Gross (2007) e Tavares *et al.* (2007). É urgente a necessidade de profissionais da área de saúde mental preparados não apenas para combater o suicídio, mas, também para entender sua participação nesse processo e como [inclusive] deve se proteger emocionalmente / fisicamente para este cotidiano profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi possível verificar nessa investigação, o suicídio constitui uma importante questão de saúde pública no mundo inteiro. Os coeficientes de suicídio têm aumentado no Brasil e, notadamente entre jovens e adultos jovens do sexo masculino. Já, no caso das tentativas de suicídio o panorama é ainda mais grave. Justamente por causa de tantas particularidades e especificidades, o suicídio enquanto um fenômeno que existe desde os primórdios da vida humana, evoca discussões dos mais variados segmentos, sejam de caráter filosófico, antropológico, sociológico ou religioso.

Segundo os autores por nós referendados e analisados, o suicídio é constituído por uma seqüência de atos que vão da ideação suicida, ao plano suicida, e finalmente ao ato suicida que pode ou não chegar ao óbito autoprovocado. O comportamento suicida exerce considerável impacto nos serviços de saúde e, referencia um grave problema entre nós que é a falta de preparo para o atendimento a estas pessoas em tratamentos de longo prazo. Sabemos que o suicídio é previsível e às vezes evitável, mas, coloca em cheque a questão da necessidade de conhecermos e nos prepararmos mais para atender e agir em prol das pessoas que buscam esse caminho.

Mesmo com as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde do Brasil de vigilância, promoção de saúde, prevenção de violências e acidentes e assistência às vítimas ainda há muito por se fazer. Colocar profissionais de saúde em condições de atender, de reconhecer os níveis de riscos e de proteção para socorrer as pessoas durante os momentos de crise não é tarefa fácil. Faz-se necessário um contingente de medidas, tais como mais informações, capacitação, entendimento, habilidades e, instrumentos que possam validar a ação do profissional da saúde.

Porém, este caminho continuará infrutífero se não buscarmos nas ações interdisciplinares com outros profissionais, com as famílias, com os grupos sociais de apoio, e nas distintas áreas do conhecimento novas metodologias, abordagens e estratégias para o cuidado mais integral as pessoas que perderam a esperança na vida.

REFERÊNCIAS / BIBLIOGRAFIAS

REFERÊNCIAS / BIBLIOGRAFIAS

ALVES, L. C. A. (Org.). **Ética e psiquiatria**. 2. ed., São Paulo: CRM/SP, 2007.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977.

AVANCI, R.C. **O adolescente que tenta suicídio**: estudo epidemiológico em uma Unidade de Emergência. Dissertação, 2004, 123f. (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 2004.

BAADER-MATTHEI, T.; RICHTER, P. e MUNDT, C. Suicídios de pacientes psiquiátricos hospitalizados y sus factores de riesgo. Un estudio caso control. **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria**, Santiago, v. 42, n. 4, p. 293-316, out. 2004.

BARRERO, S.P.; SOL, F.R. El suicidio y su atención por el medico de la familia. **Revista Cubana de Medicina General ANG**, Habana, v. 01, n. 02, p. 43 – 56, out./dez. 1995.

BARRERO, S.A.P. **Prevención del suicidio por el medico general**. Principios para su capacitación. Disponível em:<<http://www.bus.sld.cu.html>>. Acesso em Set/2010.

BECKER, Ernest. **A negação da morte**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

_____. **A negação da morte**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1976.

BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

BERTOLETE, JM; FLEISCHMANN, A. A global perspective in the epidemiology of suicide. **Suicidologi**, v. 7, n. 2, p. 6 -8, suplemento, 2002.

_____. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 181 – 185, mar. / jun. 2002.

BOTEGA, N.J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 29, n. 1, p: 7 – 8, mar. / jun. 2007.

_____. **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. 2. ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.

BOTEGA, N.J.; RAPELI, C. B. Perfis clínicos de indivíduos que tentaram suicídio com maior gravidade admitidos em um hospital universitário. **Revista Brasileira Psiquiátrica**, São Paulo, v.. 27, n. 4, p. 285-289, dez. 2005.

BOTEGA, N.J.; BARROS, M.B.A.; OLIVEIRA, H.B. Comportamento suicida na comunidade: prevalência e fatores associados à ideação suicida. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n. 27, n. 1, p: 45-53, ago. / dez. 2005.

BOWLES, J.R. **Suicide in Western Samoa**: an example of a suicide prevention program in a developing country. In: Diekstra RFW et al., eds. Preventive strategies on suicide. Leiden: Brill, 1995.

BRANDAO, A.K. **Psicopatologia: Suicídio [Dissertação de Mestrado / Curso Psicologia]**. [S.l.]:2002. Disponível em <<http://www.cefetsp.br/edu/sinergia/5p9c.html>>. Acesso em 10/Set/2010.

BRUSEKE, F.J. Ética e Técnica? Dialogando com Marx, Spengler, Juner, Heidegger e Jonas. **Rev Filos.**, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2006.

CADERNO SAÚDE PÚBLICA. **Suicídio**. Rio de Janeiro, 25(9):2064-2074, Set/2009.

CAMUS, A. **O mito do Sísifo: ensaio sobre o absurdo**. Lisboa: Livros do Brasil – Lisboa, s/d.

CARRINGTON, P.J.; MOYER, M.A. Gun control and suicide in Ontario. **American Journal of Psychiatry**, v. 151, p. 606–608, 1994.

CASSORLA, R.M.S. et al. **Do suicídio: estudos brasileiros**. São Paulo: Papyrus, 1991.

CUTTER, F. **Review of the 20th Century Theories**. s/d Disponível em: <<http://www.suicidepreventtriangle.org>>. Acesso em Ago/2010.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DAOLIO, E. R.; SILVA, J. V. Os significados e os motivos do suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. **Centro Universitário São Camilo**, v. 3, n. 1, p. 68-76, ago. / dez. 2009.

DIAS, M. L. **Suicídio: testemunhos de adeus**. São Paulo: Brasiliense, 1997.

DOLTO, F. **A causa dos adolescentes**. São Paulo: Idéias e Letras, 2004.

DURKHEIM, Émile. **O Suicídio**: estudo sociológico. Lisboa: Presença, 1982 e 1996.

FERREIRA, Renato. **O Suicídio**. Coimbra: Pt, 2008. Disponível em:<<http://www4.fe.uc.pt>> Acesso em Out/2010.

FONTANELLE, P. **Suicídio – o futuro interrompido**. São Paulo: Geração Editorial, 2008.

FREUD, Sigmund. **Além do princípio do prazer**. Edição standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GOLDNEY, R.D. **Prediction of suicide and attempted suicide**. In: Hawton K, Van Heeringen K, eds. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester, John Wiley & Sons, p. 585–595, 2000.

HERCULES, H.C. (Ed.) - **Medicina Legal** – Texto e Atlas. São Paulo: Atheneu, 2005.

IBEMEC, MG Working Paper – WP39. **Teoria econômica do suicídio**: estudo empírico para o Brasil, 2006.

JONAS. H. **Il principio responsabilità**. Un'etica per la civiltà tecnologica. Turim: Einaudi; 1990.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da destruição**. Trad. de Sonia Alberti. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João; SCHMITT, Ricardo; CHACHAMOVICH, Eduardo. **Emergências psiquiátricas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

KAPLAN, Harold I; SADOCK Benjamin J; GREBB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria**. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7° ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KASTENBAUM, R, AISENBERG, R. **Psicologia da Morte**. Tradução de Adelaide Petters Lessa. São Paulo: Pioneira 1983.

KAYOKO, U. **O suicídio é o maior produto de exportação do Japão?** Notas sobre a cultura de suicídio no Japão. [S.l.]:c2005. Disponível em <<http://www.espacoacademico.com.br/044/44eueno.htm> > Acesso em 12/Jan/2009.

KLERMAN, G.L. - Clinical epidemiology of suicide. **J Clin Psychiatry** 48(12 suppl.): 33-38, 1987.

KLERMAN, G.L. - Clinical epidemiology of suicide. **J Clin Psychiatry** 48(12 suppl.): 33-38, 1987.

PIRKOLA, S.P.; ISOMETSÄ, E.T.; HEIKKINEN, M.E.; LÖNNQVIST, J.K. - Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. **Alcohol & Alcoholism** 35(1): 70-75, 2000.

KOKAY, E. Suicídio: questão de saúde pública. Publicado em 23/11/2009. Disponível em: <http://www.erikakokay.com.br/noticia.php?id_noticia=2121>. Acesso em 25 de outubro de 2010.

KOVACS, M.J. (coord.). **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: desafio de profissionais de saúde e

educação. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP, 2003.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. **Morte**: estágio final da evolução. Rio de Janeiro: Record, 1975.

_____. **A Morte**: um amanhecer. Trad. Maria de Lourdes Lanzellotti. 9. ed., São Paulo: Pensamento, 1998.

KUTCHER, Stan; CHEHIL, Sonia. Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde. São Paulo: Lundbeck Brasil Ltda, 2007.

LABAKI, M.E.P. **Morte**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001

LEO, Diego; EVANS, Russell. **International suicide rates and prevention strategies**. Hogrefe & Huber, 2004.

LESTER, D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. **Archives of Suicide Research**, v. 4, p. 7–24, 1998.

_____. State initiatives in addressing youth suicide: evidence for their effectiveness. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 27, p. 75–77, 1992.

LEVCOVITZ, S. **Kandire**: o paraíso terreal – o suicídio entre índios Guarani no Brasil. Belo Horizonte: Te Corá; Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1998.

LIMA, R. O suicídio-espetáculo na sociedade do espetáculo. **Revista Espaço Acadêmico**, ano IV, n. 44, jan. 2005.

LIMA, A.C. (coord.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

LINEHAN, M.M. Behavioral treatments of suicidal behaviors: definitional obfuscation and treatment outcomes. In: Stoff DM, Mann JJ, eds. The neurobiology of suicide: from the bench to the clinic. New York, NY, **New York Academy of Sciences**, p. 302–328, 1997.

LIPPI, José Raimundo da Silva *et al.* Suicídio na infância e adolescência. **J bras Psiq**, 39 (4): 167-174, 2003.

LITMAN, R.E.; WOLD, C.I. **Beyond crisis intervention**. In: Schneidman ES, ed. Suicidology, contemporary developments. New York, NY, Grune & Stratton, p. 528–546, 1976.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues *et al.* **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MACEDO, Mônica Medeiros Kother e WERLANG, Blanca Susana Guevara.

Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Abr/jun 2007. v. 23 n. 2 p. 185-194. www.scielo.com acessado em 22/082010.

MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Bomtempo Editorial, 2006

MELEIRO, A.M.A.S.; TENG, C.T.W. **Suicídio:** estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MELEIRO, A.M.A.S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Ass Med Brasil**, v. 44, n. 2, p. 135-40, 1998.

MELEIRO, A.M.A.S.; WANG, Y-P. **Suicídio e tentativa de suicídio**. In Louzã Neto MR, Motta I, Wang Y-P, Elkis H (eds). *Psiquiatria básica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

MELLO, M. F. O suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de casos de suicídio racional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 163-170, jan. /mar. 2000.

MELLO, M.F. O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, pp. 163-170, 2000.

MELLO-SANTOS, C. BERTOLOTE, J.M.; WANG, Y.P. Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980 - 2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, 2006.

MENEGHEL, Stela Nazareth; VICTORA, César Gomes; FARIA, Neice Muller Xavier *et al* . Características Epidemiológicas do Suicídio no Rio Grande Do Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 804-810, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em Set/ 2010.

MINAYO, MC. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

MINAYO, M.C.S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 14(2):421-428, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Prevenção do Suicídio:** Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, DF: MS/SAS, 2006.

MORAES, R. Uma Experiência de Pesquisa Coletiva: Introdução a análise de Conteúdo. In: GRILLO, M.C; MEDEIROS, M:F. **A construção do conhecimento e sua mediação metodológica**. Porto Alegre: EDPUC, 1998.

MORGADO, A. F. Suicídio epidêmico entre os Grarani-Kaiwá: investigando suas causas e sugerindo a hipótese do recuo impossível. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 4, p. 585-598, Out./Dez. 1991.

MORIN, E. **O homem e a morte**. São Paulo: Imago, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Prevenção do Suicídio**: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, DF: MS/SAS, 2006.

NUNES, Everardo Duarte. “O Suicídio” de Durkheim: reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: vol. 14, n. 1, p. 7-34, jan./mar. 1998.

NUNES, S.V. Atendimento de tentativas de suicídio em hospital geral. **Jornal Bras Psiq.**, v. 1, n. 37, p. 39-41, 1988.

OLIVEIRA, A.V. Pós-modernidade e sofrimento psíquico: análise feita a partir de depoimentos de psicólogos clínicos. (2006). Dissertação. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.pucminas.br>> Acesso em 05/Set/2009

OLIVEIRA, C. S. Suicídio entre povos primitivos: um panorama estatístico brasileiro. 2006. Disponível em: <<http://www.disquepq.med.br/temas/suicidioprimitivo>>html. Acesso em Set/2009..

OLIVEIRA, C. S. e LOTUFO NETO, F. Suicídio entre os povos indígenas: uma visão estatística brasileira. *Revista de Psiquiatria Clínica*, vol. 30, n. 1, p. 4-10, 2003.

OMS. **World report on violence and health**. [S.l.]:2002. Disponível em <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf> Acesso em 06/Out/2009.

OMS. **Prevenção do suicídio**: um manual para Profissionais da saúde em atenção primária. Departamento de Saúde Mental. Transtornos Mentais e Comportamentais. Genebra, 2000.

OMS. **Preventing suicide**: how to start a survivors group. Geneva, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.6).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE/UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. **Prevenção do suicídio**. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde/Universidade Estadual de Campinas; 2006.

OLIVER, R.G.; HETZEL, B.S. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. **Medical Journal of Australia**, v. 2, p. 919–923, 1972.

PALHARES, Patrícia Almeida e BAHLS, Saint-Clair. **O Suicídio nas civilizações**: uma retomada. <http://www.aperjrio.org.br/publicacoes/revista/1997/suicidio.asp> acesso em Set/2010.

PESSINI, L. **Bioética**: um grito por dignidade de viver. São Paulo: Paulinas; 2006.

PIRKOLA, S.P.; ISOMETSA, E.T.; HEIKKINEN, M.E.; LÖNNQVIST, J.K. - Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. **Alcohol & Alcoholism** 35(1): 70-75, 2000.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

POZ, J. D. Crônica de uma morte anunciada: do suicídio entre os Sorowaha. **Revista Antropógica**, v. 43, n. 1, p. 89-144, 2000.

PRIETO, D.; TAVARES, M. Fatores de risco para o suicídio e tentativa de suicídio: incidência/eventos estressores e transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 2, 2005.

PUENTE, Fernando Rey. **Os Filósofos e o suicídio**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008.

RESMINI, E. **Tentativa de suicídio**: um prisma para compreensão da adolescência. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

ROCHA, Fábio Lopes. **Antidepressivos e suicídio**. Rio de Janeiro: Med Line, 2008.

ROSA, M.V.; ARNOLDI, M.A. **A entrevista na pesquisa qualitativa**: mecanismo para validação dos resultados. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. Verbete: Suicídio. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 740-742.

RUBIN, H.J.; RUBIN, I.S. **Qualitative interviewing**: the art of hearing data. Thousand Oaks: Sage, 1995.

SCHOPENHAUER, A. **Metafísica do amor, metafísica da morte**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

SILVA, M.M. **Trama da comunicação**. [S.l.]:c1992. Disponível em < <http://www.avesso.net/suicidio.htm>> Acesso em 18/Set/2008.

SOLOMON, A. **O Demônio do meio-dia**: uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

STENGEL, Erwin. **Suicídio e tentativa de suicídio**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1980.

STUART, G.W.; LARAIA, M.T. **Enfermagem Psiquiátrica**. Princípios e prática. 6. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

TABACHNICK, N.; HILLS, B. Countertransference crisis in suicide attempts. **Arch Gen Psychiat**, v. 4, p. 64-70, 1961.

TRIGUEIRO, A. **Suicídio**. Problema Oculto na Saúde Pública: papel da mídia no esclarecimento.

TRIVIÑOS, Augusto N. Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em execução. São Paulo: Atlas, 1997.

TOWNSEND, MARY C. **Enfermagem Psiquiátrica conceitos de cuidados**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 3. ed., 2000.

VERKES, R.J. et al. Reduction by paroxetine of suicidal behaviour in patients with repeated suicide attempts but not with major depression. **American Journal of Psychiatry**, v. 155, p. 543–547, 1998.

WASERMAN, D. **Suicide** – an unnecessary death. Stochholm: Martins Dunitz, 2001.

WENCESLAU, M. E. Índio Kaiowá: suicídio pelo tekoha. **Tese de Doutorado da USP**. São Paulo: USP, 1994.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

WERLANG, B.S.G. Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio. Campinas, SP, 2000. **Tese (Doutorado)**. Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas, 2000.

WHO – World Health Organization. **Prevenção do suicídio**: Um manual para médicos clínicos gerais. Departamento de Saúde Mental, Transtornos Mentais e Comportamentais. Genebra, 2006.

WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH. Self-direct violence. Chapter 7, p. 185-212.

APÊNDICE 01

PRIMEIRA VERSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO ENVIADO A REVISTA 'SALUD COLECTIVA' [ISSN 1669-2381]³

O SUICÍDIO E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO SAÚDE - DOENÇA

EL SUICIDO Y SUS INPLICACIONES EN PROCESO SALUD - DOLENCIA

Luiz Antonio Penteado Setti⁴
Yolanda Flores e Silva⁵

RESUMO: Neste artigo se reflete sobre o suicídio como categoria importante para a saúde coletiva e suas representações e os custos altos para um grande número de pessoas e suas famílias. Especificamente no campo da saúde, o suicídio é uma temática cada vez mais investigada por ter um significativo impacto para as populações e famílias. Nesse sentido, percebe-se um aumento crescente de pesquisas com o objetivo de se chegar a formas mais eficazes de lidarmos com esse fenômeno. Para esse artigo, apresentamos uma síntese de uma pesquisa qualitativa realizada em 2010 com uma análise crítica dos conteúdos de distintos documentos e bibliografias sobre o suicídio em pesquisas realizadas no Brasil. Se utilizou como metodologia uma técnica de análise do conteúdo centrada em componentes históricos, filosóficos, antropológicos e de saúde. Com relação aos resultados do estudo, o posicionamento mais adotado a partir da análise do *corpus* e das regularidades observadas aponta que o suicídio é um tema vinculado a saúde pública com extrema complexidade, implicando conhecimentos interdisciplinares para a promoção e o desenvolvimento de práticas cotidianas de cuidado as pessoas em riscos de suicídio.

Palavras – chaves: Suicídio; Processo Saúde Doença; Reflexões Discursivas.

RESUMEN: En el artículo se reflexiona sobre el suicidio como categoria importante para la salud colectiva y sus representaciones y custos muy altos para un gran número de personas y sus familias. Especificamente en el campo de la salud, el suicidio es una temática cada vez más investigada por tener un significativo impacto en las poblaciones y familias. En este sentido, se ha realizado un creciente número de investigaciones con el objetivo de lograr formas más eficaces de lidiar con este fenómeno y en presente artículo, presentamos una síntesis de una investigación cualitativa realizada en 2010 con un análisis crítico del contenidos de diferentes documentos y bibliografias sobre el suicidio en investigaciones brasileñas. Se utilizo como metodologia, una técnica del análisis del contenido centrada em sus

³ O artigo preliminar foi enviado a revista em fevereiro de 2011. O mesmo foi aceito e agora será traduzido para o espanhol segundo as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Na versão em espanhol o mesmo terá o título: "El suicidio: análisis Del discurso científico en Brasil" e vinte (20) páginas de texto. Publicação prevista para outubro de 2011.

⁴ Médico, mestre em Saúde e Gestão do Trabalho [Mestrado Profissional da Universidade do Vale do Itajaí].

⁵ Enfermeira / Antropóloga. Doutora em Filosofia da Saúde pela UFSC / Docente, Pesquisadora e Orientadora no Programa de Pós Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho, Mestrado Profissional da Universidade do Vale do Itajaí. Contato - e-mail: yolanda@univali.br .

componentes históricos, filosóficos, antropológicos y tradiciones teóricas de salud. Cuanto a los resultados del estudio el posicionamiento más adoptado a partir del análisis del corpus y las regularidades observadas apunta el suicidio como un tema vinculado a la salud pública con extrema complejidad, implicando conocimientos interdisciplinarios en la promoción y el desarrollo de prácticas cotidianas que prodigan cuidado a las personas en riesgos de suicidio.

Palavras-Chave: Suicídio; Proceso Salud Dolência; Reflexiones Discursiva;

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos e, principalmente, de impacto tal como apontam dados da Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 2006). A prevalência dos suicídios entre as principais causas de morte é alarmante. Entre as pessoas de 15 a 35 anos, é a terceira principal causa de morte no mundo. Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o número de mortes por suicídio, em termos globais, no ano de 2003 girou em torno de 900 mil pessoas.

No Brasil, em 2004, das 127.470 mortes por causas externas, 8.017 pessoas (6,3%) morreram por essa causa (MS/SAS, 2006). Segundo estudos realizados em 2005, a taxa de suicídio no Brasil cresceu 21% de 1980 a 2000, principalmente entre os jovens de 15 a 24 anos (MELLO-SANTOS *et al.*, 2006).

Estimativas revelam que para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas suficientemente sérias que exigem atenção médica e para cada tentativa de suicídio registrada, existem quatro tentativas não conhecidas (MELLO, 2000). Essas tentativas, além de provocar perda de vidas podem ocasionar impactos na sociedade através de expressiva redução de trabalhadores. Essas perdas relacionadas ao valor da vida do indivíduo que comete o suicídio e seu ato se caracterizam, muitas vezes, como uma forma de mostrar os erros da sociedade contra sua pessoa (IBEMEC, 2006).

Sabemos também que para cada suicídio há, em média, cinco ou seis pessoas próximas ao falecido que sofrem conseqüências emocionais, sociais e econômicas (WHO, 2006). Nessa perspectiva, não há como negar que o suicídio é um sério problema de saúde pública que exige a atenção de todos, profissionais de saúde, família e sociedade, mesmo porque a sua prevenção e controle, infelizmente, não é uma tarefa fácil.

Analisando todo esse quadro e considerando esta temática de fundamental importância é que desenvolvemos nossa pesquisa no ano de 2010. Embora não tenhamos a clareza ainda sobre tratamentos 100% eficazes, queremos discutir alguns caminhos que retrate as possibilidades de família, sociedade e profissionais da saúde de atuar de forma conjunta nesse fenômeno mundial chamado suicídio.

METODOLOGIA

Se pensarmos no suicídio como um fenômeno complexo e multifatorial é nossa obrigação em qualquer serviço de saúde, intervir nas tentativas de suicídio quer prevenindo-as quer interrompendo-as, com garantia do Código Penal vigente no Brasil. Contudo, intervenções legais de distintas naturezas, não impedirão o risco da morte por suicídio. Acreditamos serem necessárias medidas mais drásticas de natureza interdisciplinar, que efetivamente diminuam os dados aqui apontados. Nesse sentido, cremos ser importante e esta é uma premissa que norteia este estudo, conhecermos, o que se discute sobre o suicídio e o que se propõe como prevenção e tratamento das vítimas. Daí a questão de pesquisa que se segue:

“Quais as discussões existentes sobre o suicídio, a sua prevenção e tratamento na literatura científica em língua portuguesa [mais especificamente elaborada por autores brasileiros] na área da saúde e afins?”

Considerando esta problemática nosso **objetivo geral** foi o de verificar em documentos e bibliografias sobre o suicídio em estudos realizados principalmente no Brasil quais as discussões existentes sobre o fenômeno, formas de prevenção e tratamento, a fim de propormos alguns caminhos de ação e intervenção preventiva às situações iminentes de suicídio a partir da identificação dos fatores de riscos entre pessoas atendidas pelos serviços públicos e privados de saúde.

A pesquisa teve na **abordagem qualitativa** a sua escolha para o percurso escolhido por nós na busca por resposta a nossa problemática considerando a possibilidade de ampliar as percepções extraídas da revisão documental e bibliográfica a que nos propusemos realizar. Para que um estudo qualitativo seja realizado exige-se um delineamento emergente que surge à medida que o pesquisador toma decisões constantes que refletem o que já foi apreendido. É parte

de um caminho que deve ser flexível, elástico e capaz de ajustar-se a coleta de dados (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004). Nessa perspectiva, a pesquisa aconteceu após algumas escolhas, entre estas a opção por não termos uma única linha de pensamento epistemológico com relação aos autores escolhidos para nossas discussões sobre a temática. Nesse sentido, algumas contradições serão percebidas no momento de discussão entre o que lemos e o que pensamos e o que vivemos em nosso cotidiano de trabalho.

O universo [**corpus**] do estudo compreendeu a coleta de mais de cinquenta (50) documentos (material oficial do Ministério da Saúde, OMS e outras instituições de ensino e pesquisa em saúde) e bibliográficas (periódicos científicos reconhecidos na área, anais de eventos qualificados academicamente, teses, dissertações e livros atuais e clássicos sobre o tema) que continham informações relacionadas aos objetivos propostos que podiam contribuir para esse trabalho. O tempo cronológico dos textos utilizados seguiu uma linha do tempo que associou textos clássicos [escritos originalmente no início do século XX, embora reeditados nas décadas de 1970 e 1980] e textos mais atuais.

A **coleta dos dados** foi realizada em meios eletrônicos e bibliotecas virtuais e não virtuais. Embora tenhamos escolhido o idioma português como primeira opção de leitura, muitos textos de autores de outros países traduzidos ou não terminaram como parte do acervo coletado para análise em função da sua relevância. A **análise** por sua vez, considerou o conjunto de técnicas e instrumentos utilizados para identificação de conteúdos que se relacionassem com nossos objetivos chegando à interpretação dos mesmos através de uma leitura reflexiva e crítica dessas informações, bem como alguns indicadores que permitiram que construíssemos algumas inferências sobre as condições de produção desses textos (MORAES, 1998).

Para tal foram observados os seguintes passos: leitura das obras, artigos e materiais disponíveis; estruturação do conteúdo a ser abordado de acordo com os objetivos da proposta; classificação das idéias pertinentes ao tema proposto; agrupamento dos estudos e idéias dos autores catalogados para elaboração dos textos que apresentamos como resultados dessa pesquisa. Importante enfatizar que os tópicos a seguir foram construídos a partir dessa análise, as categorias 'selecionadas' são as que dão o título a cada tópico e a forma de apresentação é a

descritiva com reflexões / interpretativas que levam em consideração as leituras e as experiências vividas com o problema em nosso cotidiano.

O SUICÍDIO: CONTEÚDOS E DISCURSOS

Ao longo de 2010 realizamos várias leituras percorrendo caminhos diversos seja pela complexidade, percurso epistemológico ou área do conhecimento. Isso significa dizer que trilhamos por documentos e bibliografias que iam da Filosofia, Sociologia, História a Saúde Pública. Cada qual contribuindo com seus debates, coerências e incoerências comuns nesse tipo de temática, que por si só já levanta reflexões que não são lineares e nem tão pouco homogêneas. Foram mais de cinquenta [50] documentos e bibliografias, contudo, alguns foram menos ou mais utilizadas do que outros, considerando nossa compreensão sobre o seu conteúdo, sua relevância e sua atualização ou pertinência aos objetivos de nossa proposta de pesquisa.

A seguir, em subtópicos apresentamos de forma sintetizada, nosso ‘olhar’, descrição, explicação e interpretação sobre as leituras realizadas, considerando sempre a perspectiva do aprendizado e respeito ético a todos que trilharam e escreveram sobre o óbito autoprovocado. Importante lembrar, que este tipo de óbito, é um tipo de agressão auto-infligido uma forma de violência que tem seu impacto no sistema de saúde e mais especificamente entre os profissionais psiquiatras que estudam essa problemática na perspectiva do sofrimento e dos transtornos relacionados à saúde mental.

- **A dimensão do problema na área da saúde**

O suicídio é um fenômeno que evoca discussões dos mais variados segmentos e pontos de vista da ciência, como o filosófico e antropológico, o sociológico e o psicanalista e, também, o religioso. O termo suicídio surge em meados do século 17, substituindo a expressão *morte voluntária* e, deixando, assim, de ser visto o ato de se matar como um crime contra si mesmo, passando a ter o sentido de expressão de uma doença ou patologia. Também, refere-se, esse termo a todas as causas de morte provocadas por uma ação da própria vítima, com a ciência do resultado (DURKHEIM, 1982). O termo provém do latim *sui*, que significa de si próprio, e *caedere*, que designa matar. É um fenômeno que envolve a

culminância de uma série de fatores de natureza ambiental, cultural, biológica, psicológica e inclusive político, visto serem todos eles parte da biografia humana (DAOLIO; SILVA, 2009).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos e, principalmente, de impacto. A taxa mundial estimada pela OMS é de dezesseis óbitos para cada cem mil habitantes, com as maiores taxas existindo no Leste Europeu com uma média de quarenta [40] suicídios para cada cem mil habitantes. Na escala de suicídios no mundo o Brasil tem uma média de quatro suicídios para cada cem mil, o que implica afirmar ser um país em que este tipo de óbito [se não estiver sub-notificado] não se tornou uma 'emergência' em termos de atenção e atendimento (OMS, 2003).

Segundo Werlang e Botega (2004) o número de mortes por suicídio, em termos globais, para o ano de 2003, girou em torno de 900.000 pessoas. Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três maiores causas de morte. Em pessoas entre 15 e 44 anos, o suicídio é a sexta causa de incapacitação e para cada suicídio há, em média, cinco ou seis pessoas próximas ao falecido que sofrem conseqüências emocionais, sociais e econômicas.

Não há também como não avaliar que quaisquer dados brutos sobre o suicídio devem levar em consideração que, como bem afirmava Durkheim (1982), cada país, assim como cada região dos mesmos, possui características locais e conjunturais que devem ser analisadas à luz da realidade política, econômica, social e cultural. Isso significa observar com bastante cautela as crenças, os valores de ordem cultural e religiosa assim como o contexto demográfico.

Também é muito importante, segundo Serrano (2008) avaliar as notificações dos óbitos e o esclarecimento adequado dos mesmos. Daí porque a polícia sempre deve ser notificada de modo que possa investigar as causas e o percurso da vítima até a sua morte para o registro correto: acidente? Morte natural? Homicídio? Ou suicídio?

A seguir, dados não muito alterados nos últimos anos sobre as causas de suicídios no mundo, o que nos leva a generalizar que o sofrimento e/ou transtorno mental se confirma e nos leva a pensar como causa primeira dos suicídios. Estudos em diferentes regiões do mundo têm demonstrado que, na quase totalidade dos suicídios, as pessoas estavam padecendo de um tipo de sofrimento ou transtorno

mental. A figura abaixo resulta da compilação de 15.629 casos de suicídio, realizada pela OMS e analisados por Bertolote e Fleischmann (2002).

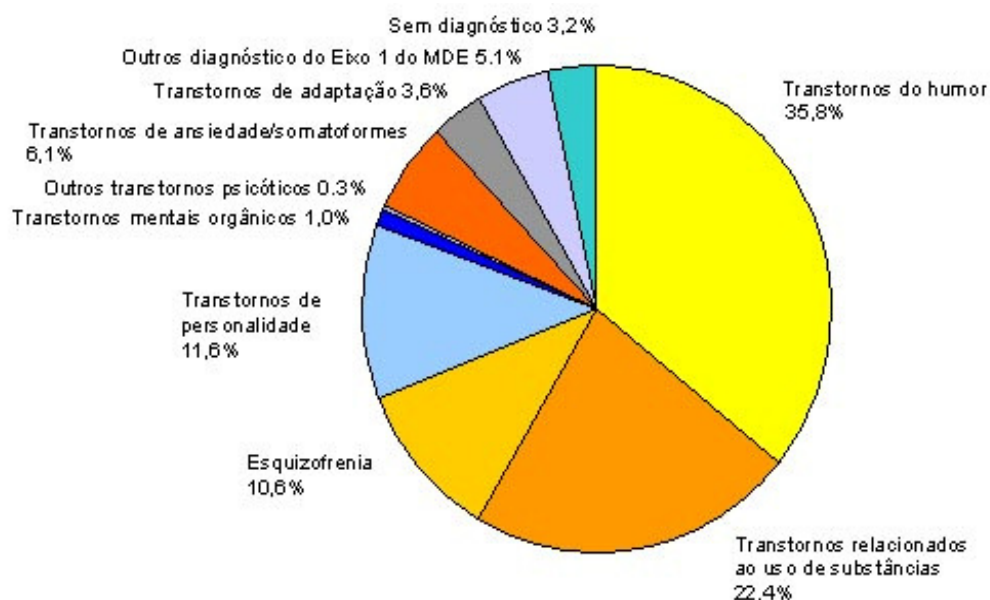


Figura 01: Percentual de suicídios cometidos no mundo
Fonte: Bertolote e Fleischmann (2002, p. 34)

Ainda que os suicídios no mundo estejam ganhando visibilidade, no Brasil os dados nos mostram um país com taxas baixas de suicídio. As mesmas variaram de 3,5 a 4,6 para cada 100.000 habitantes a cada ano, entre os anos de 1980 e 2000. No entanto, como se trata de um país populoso, está entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio (7.861 em 2003). Deixando-se à margem o problema da sub-notificação, o suicídio respondeu por 0,8% de todos os óbitos da população brasileira em 2003 (BRASIL, 2006).

Porém, como nos lembra Kapczinski *et al.* (2001), há no Brasil uma dificuldade em obter dados fidedignos. Alguns dos motivos são: o sub-registro dos suicídios e das tentativas decorrentes das causas que cercam este tipo de morte; a dificuldade de estabelecer se o episódio foi acidental ou intencional, o que gera sub-registros e a falta de qualidade e de cobertura das estatísticas brasileiras, associada ao uso de conceitos e definições diversas de suicídio.

De acordo com Meneghel *et al.*, (2004), o Rio Grande do Sul possui hoje o índice mais elevado de suicídios, tendo uma média de 10,2/100.000 habitantes. Esse dado faz com que o Rio Grande do Sul tenha o maior índice de suicídio de

todo país. Kapczinski *et al.* (idem) referem que não há uma regra para o ato suicida, esse independe da raça, sexo, grupo étnico, região brasileira, grupo social. A proporção entre homem/mulher é de 1:4, invertendo-se nos casos de suicídio consumado. Constatou-se, ainda, que daqueles pacientes que já tentaram o suicídio, 80% já tiveram tentativas anteriores (MENEZES *et al.*, idem).

Devido a essas taxas, o suicídio vem sendo tratado como um problema de saúde pública (MELLO, 2000), reconhecido como tal pela OMS desde a década de 90. Dois fatores principais levaram a questão para a esfera da saúde pública: o aumento mundial da mortalidade por suicídio e o fato de o suicídio provocar danos sociais. No entanto, no Brasil, somente a partir de dezembro de 2005 é que foi assumida esta questão como saúde pública, com a elaboração de políticas nacionais de prevenção ao suicídio (BOTEGA, 2007).

Mas a questão ainda causa descontentamentos e, em novembro de 2009, psiquiatras, psicólogos, profissionais da área de saúde mental e muitas famílias que passaram pelo drama do suicídio se reuniram em todo o país em fóruns, seminários e debates junto ao poder público para clamar que o suicídio é uma questão de saúde pública e precisa de políticas específicas que contribuam para a sua prevenção. A audiência pública, ainda, alertou que segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria, o Brasil está em 10º lugar no ranking mundial de registros desses casos e até 2025 o índice nacional deve aumentar em 75% (KOKAY, 2009).

No entanto, dados do Ministério da Saúde informam que o Brasil é o primeiro país da América Latina a descortinar esse assunto, o que vem sugerindo ações voltadas para prevenção e cuidados da saúde às pessoas próximas daqueles que cometeram suicídio. Segundo Botega (2007), o Ministério da Saúde formou um grupo de trabalho com a finalidade de elaborar um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, com representantes do governo, de entidades da sociedade civil e de universidades. Em ano anterior a essas medidas, foi publicada uma portaria com as diretrizes que orientaram tal plano. Entre os objetivos e estratégias estabelecidos consta o de desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção, de recuperação da saúde e de prevenção de danos. Também se pensa em desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização para a sociedade sobre o suicídio, explicando que este é um problema de saúde pública que pode ser prevenido. Vale destacar que antes mesmo da finalização desse Plano Nacional de Prevenção de Suicídio, o Ministério da

Saúde já havia lançado um manual de prevenção de suicídio destinado a equipes de saúde mental e uma bibliografia comentada sobre comportamento suicida (BOTEGA, 2007).

Esse manual informa que a cada 40 segundos acontece uma morte e em 3 segundos uma tentativa. O Manual comenta que o suicídio é uma situação de grande impacto, mas acredita que pode ser prevenido e nesse sentido fala da importância de capacitar as equipes de Atenção Primária da Saúde, citando como medida de prevenção a própria Atenção Primária, a qual tem amplo e próximo contato com a comunidade. Além do mais, o profissional de Atenção Primária é o primeiro recurso de atenção à saúde, facilitando o vínculo e o apoio familiar (GUIDONI, 2009).

Vale destacar, ainda, que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), um programa iniciado em 1990 é formado por uma equipe de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários que vem recebendo treinamentos específicos para identificar as situações relacionadas a sofrimento e / ou transtornos mentais que podem levar ao suicídio (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003).

Alguns obstáculos são claros, pois no mundo todo, a prevenção do suicídio não tem sido tratada de forma eficaz pela falta de consciência de que é um problema de saúde pública e pelo tabu da discussão sobre o assunto em algumas sociedades. De fato, poucos países incluíram a prevenção ao suicídio entre suas prioridades. Assim, têm-se como desafios que a credibilidade para obter dados e de informar sobre o suicídio é uma questão que precisa ser melhorada e, ainda, que a prevenção ao suicídio requer intervenção de outros setores da sociedade. É preciso uma aproximação inovadora e interdisciplinar que inclua tanto os setores de saúde como aqueles relacionados as áreas de educação, trabalho, política, justiça, religião, lei e mídia.

- **Fatores determinantes do suicídio: riscos e proteção**

Resmini (2004, p. 45) ao referenciar sobre o suicídio adverte que em se tratando de suicídio ou tentativa, a melhor conduta é promover ações preventivas dentre as quais torna-se importante a identificação dos fatores de risco, que podem contribuir para o suicídio. Isso significa observar características ou acontecimentos

na vida de uma pessoa, ou de seu ambiente, que contribua para alterar seu comportamento diante da vida.

Kapczinski *et al* (2001) consideram risco para o suicídio a possibilidade de uma idéia suicida levar uma pessoa a cometer o suicídio. Cassorla *et al* (1991) apontam uma diversidade de fatores envolvidos em um suicídio e trazem em comum a idéia de que o que se busca é dar fim a um sofrimento insuportável.

Werlang e Botega (2004) referenciam que é por meio da identificação de fatores de risco e da interação entre eles que se pode contribuir para a prevenção do suicídio. Baader-Matthei, Richter e Mundt (2004), estruturaram algumas pesquisas em que determinaram quais os fatores de risco de suicídio de pacientes em tratamento psiquiátrico cujos resultados apontam não tanto para uma patologia de base específica, mas para o tipo de resposta do paciente ao tratamento.

Segundo Townsend (2000) a designação 'fator de risco' se refere a todos os eventos em que a vida de uma pessoa fragilizada mentalmente corre perigo de morte e isso pode ocorrer em função de diversos fatores, tais como: estado civil, sexo, idade, religião, situação sócio-econômica e etnia, por exemplo.

Já, Louzã Neto *et al.* (1997) mencionaram como sendo fatores de risco do suicídio mais freqüentemente estudados, o sexo, a idade, estado civil, classe social, profissão, desemprego, momento histórico, desemprego, alterações sociais, fatores biológicos, fatores genéticos, família suicidogênica e saúde física.

Como é possível perceber, os fatores de risco listados por Townsend (2000) e Louzã Neto *et al* (1997) apresentam certas semelhanças, porém, foram mais detalhados pelo segundo autor que ressaltou em sua obra algumas características comportamentais com relação ao suicídio, tais como: a) Idéias suicidas; b) Desejo de suicídio; c) Intenção de suicídio; d) Plano de suicídio; e) Tentativas de suicídio; f) Atos impulsivos; até chegar ao desfecho final que é o g) Suicídio.

Para Kutcher e Chehil (2007) a identificação de fatores que possam aumentar ou reduzir o nível de risco de suicídio das pessoas pode ajudar os médicos a estabelecer uma estimativa de risco de suicídio geral para um paciente específico. No entanto, chamam a atenção ao recordar que nenhum fator de proteção ou risco pode independentemente *determinar ou evitar* o evento.

Townsend (2000) considera que pessoas com distúrbios afetivos como os portadores do transtorno do humor bipolar possuem uma probabilidade maior de cometer o suicídio do que aquelas as que apresentam outros tipos de transtornos

mentais, tendo em vista que os distúrbios depressivos são responsáveis por 80% dos casos. Kaplan, Sadock e Grebb (1997), pressupõem que pessoas esquizofrênicas apresentam um alto índice para o suicídio, uma vez que a esquizofrenia se dá na fase da adolescência ou adulta. Em geral os pacientes apresentam uma tentativa anterior no quadro inicial da doença. Há registros de aproximadamente 50% de tentativas sem êxito realizado anteriormente.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) o comportamento suicida tem várias causas complexas que interagem entre si, sendo de um lado a depressão, esquizofrenia, a dependência de álcool, mas, não devemos esquecer o importante papel das doenças físicas, principalmente as dolorosas e incapacitantes. E, de outro lado a pobreza, a perda de pessoas queridas, os desentendimentos com familiares ou amigos, e a ruptura de relacionamentos são, reconhecidamente, fatores de risco que afetam sujeitos predispostos, ou especialmente vulneráveis ao suicídio.

A história de suicídio na família é outro reconhecido fator de risco relacionado tanto a aspectos psicossociais quanto genéticos. O acesso aos meios de subtração da vida como armas de fogo, medicamentos, pesticidas e tentativas anteriores de suicídio são, da mesma forma, fatores preditivos de risco.

- **O profissional de saúde junto ao suicida: o saber e o fazer**

Na década de 70, segundo Minzoni *et al.* (1977), já se reconhecia que a assistência por parte do profissional de saúde, deveria centrar-se na pessoa e não na doença, de forma a promover um cuidado amplo e integrador, nas dimensões emocionais / mentais principalmente.

No entanto, mesmo nos dias atuais, a desinformação dos profissionais de saúde com relação à questão do suicídio, tem perpetuado uma abordagem inadequada da questão (PROJETO COMVIVER, 2006). Para Caplan *apud* Liria e Veja (2002), o indivíduo em crise se encontra em uma luta para manter o equilíbrio entre si e o meio, e no caso da pessoa suicida existe um sentimento de incapacidade de resolução e encontro do equilíbrio, o que leva a ver a morte como única saída. O sucesso do desenlace da crise depende de como se maneja a situação nesse momento, o que reforça a importância do profissional de saúde junto ao suicida.

De acordo com Werlang (2000), os atos autodestrutivos, como o suicídio, estão relacionados com uma impossibilidade da pessoa de encontrar diferentes alternativas para seus conflitos, optando finalmente pela morte. Ou seja, a resolução negativa da crise, pela falta de intervenção imediata pode levar a um comportamento suicida com final trágico.

Apesar de ser um problema de dimensões alarmantes e globais, Daolio e Silva (2009) citam que não se tem um tratamento adequado ao mesmo. Os profissionais de saúde não estão preparados para detectar componentes suicidas, nem para aceitar a pessoa que quer suicidar-se como alguém que necessita de ajuda. Ainda permanecem posturas preconceituosas e discriminadoras em relação às pessoas que tentaram o suicídio (AVANCI; PEDRÃO; COSTA JUNIOR, 2005).

É importante destacar que suicídio não é um ato de coragem, muito menos de covardia, mas sim, um ato de desespero, um grito de ajuda que exige dos profissionais de saúde não julgamento, mas solidariedade, associada a várias medidas relacionadas a acompanhamento e condutas pró-ativas. (DAOLIO; SILVA, 2009).

Os comportamentos suicidas fazem parte de um amplo processo e apresentam uma dinâmica individual própria. Os elementos que compõem esse processo funcionam como indicadores clínicos relevantes para a avaliação do risco de suicídio. A definição precisa dos indicadores de vulnerabilidades (fatores internos persistentes ou crônicos), estressores (fatores de risco agudo ou situacionais) e recursos (fatores de proteção internos e externos) têm repercussões diagnósticas importantes, que possibilitam uma intervenção mais adequada. Como a vulnerabilidade ao suicídio pode ser aguda, crônica ou latente, é possível que a ideação suicida esteja totalmente ausente por longo período e retorne como resposta a uma situação crítica (WASSERMAN, 2001; MITCHELL *et al.*, 2005).

Para alcançar um perfil de risco claro e preciso, é necessário o desenvolvimento de um sistema de codificação desses múltiplos fatores, permitindo a identificação precoce daqueles elementos que irão responder a intervenções direcionadas e específicas, alcançando uma maior eficácia do tratamento preventivo (AGEBRO *et al.*, 2002; KUTCHER; CHEHIL, 2007; TAVARES *et al.*, 2007).

A compreensão do contexto de risco, segundo Fremouw e colaboradores (1990) e Shea (2002), requer a coleta e a análise de uma grande variedade de dados e informações. Não há, segundo os autores, uma fórmula simples para somar

e combinar os múltiplos fatores envolvidos, de modo que a experiência e o julgamento clínico são fundamentais para considerar de maneira global a combinação única de estados psicológicos e emocionais do paciente.

Isso exige do profissional de saúde uma especialização adequada aliada a humanização das práticas e a interdisciplinaridade que o tema exige, de modo a permitir ao profissional lidar melhor com os preconceitos e dificuldades, abrindo assim, perspectivas para um melhor cuidado às pessoas que não vêem sentido na própria vida. Mas, os profissionais de saúde em muitos casos ainda não possuem uma preparação humanística adequada para receber e encaminhar os sujeitos que tentaram o suicídio, a fim de atendê-los na sua integralidade e encaminhar aos setores que possam tratar de seus problemas (NUNES, 1988).

Paparelli (2009) afirma que frente uma formação inadequada e não especializada, o profissional se vê obrigado a buscar os subsídios necessários para esta atuação, de maneira solitária e pouco aberta às discussões. Então, este cai no contexto da subjetividade, ou seja, seu preparo solitário é um preparo relativo, que pode ser interpretado como uma resolução subjetiva ao encarar o problema. Em estudos que realizou nos últimos 10 anos, Paparelli (idem) mostra que 67% dos profissionais já atenderam pessoas que tentaram suicídio e 10% admitem não estar preparados para esta atuação, enquanto 3% mostram-se em dúvida quanto sua preparação para este tipo de atendimento, contra uma maioria absoluta de 87% que admitem estar preparados para a atuação dentro desta temática. Contudo, essa maioria afirma que o tema suicídio foi muito pouco discutido na formação universitária, e nos cursos de pós-graduação. Não referem também, uma capacitação profissional específica e fundamentada para este tipo de atendimento. Nesse momento fica a questão: como podem sentir-se preparados? A solução destes para o tratamento tem por base que caminhos teóricos – práticos?

Meleiro e Wang (1995), ainda, colocam que avaliar um paciente suicida é complicado pelo fato de despertar, com freqüência, fortes sentimentos de medo e ansiedade pelo medo de errar em alguma conduta e desta advir uma conseqüência catastrófica. Taylor (1992) enfatiza que no relacionamento entre o profissional de saúde e a pessoa que pensa em suicídio, a abordagem deve ser tranqüila, sem críticas, de forma amigável, gentil, compreensiva e séria. A paciência é um elemento importante no cuidado a essas pessoas, pois apresentam várias funções

prejudicadas e cada movimento ou palavra exige esforço e tempo excessivos. Deve-se demonstrar honestidade, empatia e compaixão.

Dessa forma, os profissionais de saúde devem assegurar que cada paciente receba uma avaliação clínica abrangente com atenção direcionada ao quadro clínico atual, às forças e fraquezas pessoais, à história e à situação psicossocial. Sendo assim, pode-se dizer que em um primeiro contato a equipe trabalhará almejando um resultado no qual o paciente não cause mais ferimentos a si próprio, estando à equipe atenta para as prioridades e necessidades desse paciente autodestrutivo. Ainda cabe ao profissional de saúde investigar e identificar quais comportamentos pode levar a um imediato risco de vida, evitando que este aja conforme seus impulsos (STUART; LARAIA, 2001).

Uma boa avaliação do risco de suicídio é parte fundamental do conjunto de ações preventivas e interventivas na crise suicida. Esse método de avaliação deve ser abrangente e flexível o suficiente para abarcar o suicídio em seus múltiplos aspectos. Dentre as técnicas disponíveis, tem-se a entrevista clínica, que possibilita o acesso compreensivo a pessoa com possibilidade de obter informações de grande potencial para uma avaliação do risco suicida, ao mesmo tempo sistematizada, completa e contextualizada. Também permite que o profissional de saúde priorize o individual apesar do gênero, do grupo étnico, da idade, do diagnóstico psiquiátrico ou das circunstâncias de vida referentes à estatística de risco (KULIC, 2005; BISCONER; GROSS, 2007; TAVARES *et al.*, 2007). Mello (2000) lembra, ainda, aos profissionais da saúde, que, para o atendimento de casos de tentativas de suicídio, é indispensável, capacitar-se em uma abordagem qualitativa histórica, individual e familiar.

É essencial o estabelecimento de uma aliança terapêutica com o paciente e sua família, bem como procurar compreender o estado agudo em que se encontra e as razões pelas quais decidiu pelo suicídio. É importante tentar transmitir esperança, mas sem dar falsas garantias de que “tudo acabará bem”. As seqüelas podem ser dramáticas (p. ex., queimados) e levar a nova tentativa de suicídio (MELEIRO, 1998).

Assim, a avaliação do potencial suicida deve ser realizada desde o primeiro contato e durante toda a hospitalização, quer seja no hospital geral ou psiquiátrico. Após a alta, deve-se fazer um planejamento para acompanhamento do paciente: é importante avaliar o seu suporte familiar e social, se há ou não continuidade do

evento estressante para ele e se tem como lidar com a situação que o levou ao ato ao retornar a sua casa.

Considerando todo esse contexto, fica claro a necessidade de profissionais competentes e comprometidos com essa situação (DAOLOI; SILVA, 2009). Contudo, Pessini (2006) complementa que o suicídio não pode ser tratado, efetivamente, somente com os esforços dos profissionais da área de saúde. Todos devem ser partes da solução e podem fazer algo para reduzir o número de pessoas que tentam solucionar suas questões de vida com práticas suicidas. Existe a necessidade de que todos e cada um participem de tal responsabilidade: a prevenção é responsabilidade de todos na sociedade.

A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

É possível prevenir o suicídio? A constatação de que o suicídio é uma questão complexa e multideterminada faz pensar que para sua prevenção é necessário incluir desde intervenções mais amplas na sociedade (nas escolas, na área do trabalho, na legislação, nos órgãos de justiça, etc.) até ações mais específicas nos setores de atenção à saúde (PROJETO COMVIVER, 2006).

O que pode ser feito para prevenir suicídios? Como foi visto, há um grande número de possíveis fatores de risco para o comportamento suicida e as intervenções são geralmente baseados no conhecimento destes fatores. Muitas das intervenções têm demonstrado um efeito significativo na redução do comportamento suicida ou produziram a longo prazo resultados sustentáveis (GOLDNEY, 2000).

Nunes (1988) comenta que as tentativas de prevenção do suicídio não têm obtido grande sucesso. Ainda que a maioria, dos suicidas e dos que o tentam, tenha evidenciado um transtorno de comportamento significativo, durante certo tempo, anterior ao evento, a maioria não procura clínicas ou profissionais para atendimento à saúde mental porque, além dos recursos disponíveis serem muito poucos, não há divulgação dos mesmos e os poucos existentes não provaram ser eficazes na redução das taxas.

Em alguns países, existe a tentativa de fortalecer os fatores protetores da vida, tais como as relações com a família e os amigos. Também é comum a criação de redes de apoio social que incentivam encontros para desabafo, conversas em grupos ou individuais, assim como a busca por relacionamentos estáveis ou o

incentivo de buscar uma religião ou grupos de apoio espiritual. Uma importante estratégia de tratamento é a identificação precoce e a terapia das alterações mentais. Existem, também, evidências de que formar os profissionais de saúde para a identificação precoce de pessoas com alterações ou distúrbios mentais, resulta na redução do suicídio e daqueles que estão em risco, sendo isso já comprovado em alguns países como Finlândia e Reino Unido (PESSINI, 2006).

Além das possibilidades de prevenção via relação interpessoal, outras formas de prevenção do suicídio têm sido avaliadas. A farmacoterapia, por exemplo, tem sido examinada pela sua eficácia em trabalhar em processos neurobiológicos que subjazem a determinadas condições psiquiátricas, incluindo aquelas que estão relacionados ao comportamento suicida. Verkes et al. (1998), por exemplo, mostrou que a substância paroxetina pode ser eficaz em reduzir comportamento suicidas, uma vez que esse comportamento tem sido associado com redução da função da serotonina.

Além disso, restringir o acesso aos meios de suicídio é particularmente relevante quando esse acesso pode facilmente ser controlado. Isto foi demonstrado pela primeira vez em 1972 na Austrália, por Oliver e Hetzel (1972), que encontraram uma redução das taxas de suicídio, quando o acesso aos sedativos, principalmente barbitúricos, em doses elevadas foi reduzida.

Além deste estudo sobre os sedativos, também há evidências de uma redução nas taxas de suicídio quando outras substâncias tóxicas são controladas, como, por exemplo, pesticidas, que são amplamente divulgados nas áreas rurais de muitos países em desenvolvimento. Ainda, em alguns países, incluindo a Austrália, Canadá e Estados Unidos, as restrições à posse de armas de fogo têm sido associados com uma diminuição da sua utilização para o suicídio (CARRINGTON; MOYER, 1994; LESTER, 1998).

Os fatores de proteção para suicídio podem ser resumidos em: • efetivo cuidado clínico para as desordens mental, física e transtornos por uso de substância; • Fácil acesso a uma variedade de intervenções clínicas e suporte para pedir ajuda; • Acesso restrito aos meios altamente letais de suicídio; • Conexões fortes para o apoio da família e da comunidade; • Apoio permanente através de relações de cuidados médicos e de saúde mental; • Competências na resolução de problemas, resolução de conflitos de forma não-violenta; • Crenças culturais e religiosas que desestimulam o suicídio e dão auto-suporte. A OMS indica ainda

algumas prioridades para a estratégia de atendimento e prevenção ao risco suicida:

- a organização de atividades multissetoriais para aumentar conscientização sobre comportamentos suicidas e como efetivamente preveni-los;
- O reforço das capacidades dos países para desenvolver e avaliar políticas e planos nacionais para a prevenção do suicídio, que podem incluir: - apoio e tratamento das populações em risco, como pessoas com depressão, jovens e dos idosos; - redução da disponibilidade e do acesso aos meios de suicídio, por exemplo, tóxicos substâncias;
- apoio e fortalecimento de redes para os sobreviventes do suicídio; e formação de profissionais de cuidados primários de saúde e profissionais de outros setores relevantes (OMS, 2009).

Várias recomendações importantes para a redução tanto do comportamento fatal e não fatal suicida podem ser extraídas, mas vale destacar que há uma necessidade urgente de mais informações sobre as causas do suicídio, nacional e internacionalmente, particularmente entre os grupos minoritários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi possível verificar nesse artigo o suicídio constitui uma importante questão de saúde pública no mundo inteiro. Os coeficientes de suicídio têm aumentado no Brasil e, notadamente entre jovens e adultos jovens do sexo masculino. Já, no caso das tentativas de suicídio o panorama é ainda mais grave. Justamente por causa de tantas particularidades e especificidades, o suicídio enquanto um fenômeno que existe desde os primórdios da vida humana, evoca discussões dos mais variados segmentos, sejam de caráter filosófico, antropológico, sociológico ou religioso.

Segundo os autores por nós referendados e analisados, o suicídio é constituído por uma seqüência de atos que vão da ideação suicida, ao plano suicida, e finalmente ao ato suicida que pode ou não chegar ao óbito autoprovocado.

O comportamento suicida exerce considerável impacto nos serviços de saúde e, referencia um grave problema de saúde. Previsível e às vezes evitável, mas, que coloca em cheque a questão da necessidade de conhecermos e nos prepararmos mais para atender e agir em prol das pessoas que buscam esse caminho.

Mesmo com as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde do Brasil de vigilância, promoção de saúde, prevenção de violências e acidentes e assistência às vítimas ainda há muito por se fazer. Colocar profissionais de saúde em condições de atender, de reconhecer os níveis de riscos e de proteção para socorrer as pessoas durante os momentos de crise não é tarefa fácil. Faz-se necessário um contingente de medidas, desde informações, capacitação, entendimento, habilidades e, instrumentos que possam validar a ação do profissional da saúde.

Porém, este caminho continuará infrutífero se não buscarmos nas ações interdisciplinares com outros profissionais, com as famílias, com os grupos sociais de apoio, e nas distintas áreas do conhecimento científico e não científico, novas metodologias e estratégias para o cuidado mais integral as pessoas que perderam a esperança na vida.

REFERÊNCIAS / BIBLIOGRAFIAS

ALVES, L. C. A. (Org.). **Ética e psiquiatria**. 2. ed., São Paulo: CRM/SP, 2007.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977.

AVANCI, R.C. **O adolescente que tenta suicídio**: estudo epidemiológico em uma Unidade de Emergência. Dissertação, 2004, 123f. (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 2004.

BAADER-MATTHEI, T.; RICHTER, P. e MUNDT, C. Suicídios de pacientes psiquiátricos hospitalizados y sus factores de riesgo. Un estudio caso control. **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria**, Santiago, v. 42, n. 4, p. 293-316, out. 2004.

BARRERO, S.P.; SOL, F.R. El suicidio y su atención por el medico de la familia. **Revista Cubana de Medicina General ANG**, Habana, v. 01, n. 02, p. 43 – 56, out./dez. 1995.

BARRERO, S.A.P. **Prevención del suicidio por el medico general**. Principios para su capacitación. Disponível em:<<http://www.bus.sld.cu.html>>. Acesso em Set/2010.

BECKER, Ernest. **A negação da morte**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

_____. **A negação da morte**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1976.

BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

BERTOLETE, JM; FLEISCHMANN, A. A global perspective in the epidemiology of suicide. **Suicidologi**, v. 7, n. 2, p. 6 -8, suplemento, 2002.

_____. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 181 – 185, mar. / jun. 2002.

BOTEGA, N.J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 29, n. 1, p: 7 – 8, mar. / jun. 2007.

_____. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.

BOTEGA, N.J.; RAPELI, C. B. Perfis clínicos de indivíduos que tentaram suicídio com maior gravidade admitidos em um hospital universitário. **Revista Brasileira Psiquiátrica**, São Paulo, v.. 27, n. 4, p. 285-289, dez. 2005.

BOTEGA, N.J.; BARROS, M.B.A.; OLIVEIRA, H.B. Comportamento suicida na comunidade: prevalência e fatores associados à ideação suicida. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n. 27, n. 1, p: 45-53, ago. / dez. 2005.

BOWLES, J.R. **Suicide in Western Samoa**: an example of a suicide prevention program in a developing country. In: Diekstra RFW et al., eds. Preventive strategies on suicide. Leiden: Brill, 1995.

BRANDAO, A.K. **Psicopatologia: Suicídio [Dissertação de Mestrado / Curso Psicologia]**. [S.l.]:2002. Disponível em <<http://www.cefetsp.br/edu/sinergia/5p9c.html>>. Acesso em 10/Set/2010.

BRUSEKE, F.J. Ética e Técnica? Dialogando com Marx, Spengler, Juner, Heidgger e Jonas. **Rev Filo.**, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2006.

CADERNO SAÚDE PÚBLICA. **Suicídio**. Rio de Janeiro, 25(9):2064-2074, Set/2009.

CAMUS, A. **O mito do Sísifo: ensaio sobre o absurdo**. Lisboa: Livros do Brasil – Lisboa, s/d.

CARRINGTON, P.J.; MOYER, M.A. Gun control and suicide in Ontario. **American Journal of Psychiatry**, v. 151, p. 606–608, 1994.

CASSORLA, R.M.S. et al. **Do suicídio: estudos brasileiros**. São Paulo: Papyrus, 1991.

CUTTER, F. **Review of the 20th Century Theories**. s/d Disponível em: <<http://www.suicidepreventtriangle.org>>. Acesso em Ago/2010.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DAOLIO, E. R.; SILVA, J. V. Os significados e os motivos do suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. **Centro Universitário São Camilo**, v. 3, n. 1, p. 68-76, ago. / dez. 2009.

DIAS, M. L. **Suicídio: testemunhos de adeus**. São Paulo: Brasiliense, 1997.

DOLTO, F. **A causa dos adolescentes**. São Paulo: Idéias e Letras, 2004.

DURKHEIM, Émile. **O Suicídio**: estudo sociológico. Lisboa: Presença, 1982 e 1996.

FERREIRA, Renato. **O Suicídio**. Coimbra: Pt, 2008. Disponível em:<<http://www4.fe.uc.pt>.> Acesso em Out/2010.

FONTANELLE, P. **Suicídio** – o futuro interrompido. São Paulo: Geração Editorial, 2008.

FREUD, Sigmund. **Além do princípio do prazer**. Edição standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GOLDNEY, R.D. **Prediction of suicide and attempted suicide**. In: Hawton K, Van Heeringen K, eds. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester, John Wiley & Sons, p. 585–595, 2000.

HERCULES, H.C. (Ed.) - **Medicina Legal** – Texto e Atlas. São Paulo: Atheneu, 2005.

IBEMEC, MG Working Paper – WP39. **Teoria econômica do suicídio**: estudo empírico para o Brasil, 2006.

JONAS. H. **Il principio responsabilità**. Un'etica per la civiltà tecnologica. Turim: Einaudi; 1990.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da destruição**. Trad. de Sonia Alberti. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João; SCHMITT, Ricardo; CHACHAMOVICH, Eduardo. **Emergências psiquiátricas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

KAPLAN, Harold I; SADOCK Benjamin J; GREBB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria**. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7º ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KASTENBAUM, R, AISENBERG, R. **Psicologia da Morte**. Tradução de Adelaide Petters Lessa. São Paulo: Pioneira 1983.

KAYOKO, U. **O suicídio é o maior produto de exportação do Japão?** Notas sobre a cultura de suicídio no Japão. [S.l.]:c2005. Disponível em <<http://www.espacoacademico.com.br/044/44eueno.htm> > Acesso em 12/Jan/2009.

KLERMAN, G.L. - Clinical epidemiology of suicide. **J Clin Psychiatry** 48(12 suppl.): 33-38, 1987.

KLERMAN, G.L. - Clinical epidemiology of suicide. **J Clin Psychiatry** 48(12 suppl.): 33-38, 1987.

PIRKOLA, S.P.; ISOMETSÄ, E.T.; HEIKKINEN, M.E.; LÖNNQVIST, J.K. - Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. **Alcohol & Alcoholism** 35(1): 70-75, 2000.

KOKAY, E. Suicídio: questão de saúde pública. Publicado em 23/11/2009. Disponível em: <http://www.erikakokay.com.br/noticia.php?id_noticia=2121>. Acesso em 25 de outubro de 2010.

KOVACS, M.J. (coord.). **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: desafio de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP, 2003.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. **Morte**: estágio final da evolução. Rio de Janeiro: Record, 1975.

_____. **A Morte**: um amanhecer. Trad. Maria de Lourdes Lanzellotti. 9. ed., São Paulo: Pensamento, 1998.

KUTCHER, Stan; CHEHIL, Sonia. Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde. São Paulo: Lundbeck Brasil Ltda, 2007.

LABAKI, M.E.P. **Morte**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001

LEO, Diego; EVANS, Russell. **International suicide rates and prevention strategies**. Hogrefe & Huber, 2004.

LESTER, D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. **Archives of Suicide Research**, v. 4, p. 7–24, 1998.

_____. State initiatives in addressing youth suicide: evidence for their effectiveness. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 27, p. 75–77, 1992.

LEVCOVITZ, S. **Kandire**: o paraíso terreal – o suicídio entre índios Guarani no Brasil. Belo Horizonte: Te Corá; Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1998.

LIMA, R. O suicídio-espetáculo na sociedade do espetáculo. **Revista Espaço Acadêmico**, ano IV, n. 44, jan. 2005.

LIMA, A.C. (coord.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

LINEHAN, M.M. Behavioral treatments of suicidal behaviors: definitional obfuscation and treatment outcomes. In: Stoff DM, Mann JJ, eds. The neurobiology of suicide: from the bench to the clinic. New York, NY, **New York Academy of Sciences**, p. 302–328, 1997.

LIPPI, José Raimundo da Silva *et al.* Suicídio na infância e adolescência. **J bras Psiq**, 39 (4): 167-174, 2003.

LITMAN, R.E.; WOLD, C.I. **Beyond crisis intervention**. In: Schneidman ES, ed. Suicidology, contemporary developments. New York, NY, Grune & Stratton, p. 528–546, 1976.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues *et al.* **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MACEDO, Mônica Medeiros Kother e WERLANG, Blanca Susana Guevara. **Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor**. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Abr/jun 2007. v. 23 n. 2 p. 185-194. www.scielo.com acessado em 22/082010.

MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Bomtempo Editorial, 2006

MELEIRO, A.M.A.S.; TENG, C.T.W. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MELEIRO, A.M.A.S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Ass Med Brasil**, v. 44, n. 2, p. 135-40, 1998.

MELEIRO, A.M.A.S.; WANG, Y-P. **Suicídio e tentativa de suicídio**. In Louzã Neto MR, Motta I, Wang Y-P, Elkis H (eds). **Psiquiatria básica**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

MELLO, M. F. O suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de casos de suicídio racional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 163-170, jan. /mar. 2000.

MELLO, M.F. O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, pp. 163-170, 2000.

MELLO-SANTOS, C. BERTOLOTE, J.M.; WANG, Y.P. Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980 - 2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, 2006.

MENEGHEL, Stela Nazareth; VICTORA, César Gomes; FARIA, Neice Muller Xavier *et al.* Características Epidemiológicas do Suicídio no Rio Grande Do Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 804-810, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em Set/ 2010.

MINAYO, MC. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

MINAYO, M.C.S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 14(2):421-428, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Prevenção do Suicídio**: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, DF: MS/SAS, 2006.

MORAES, R. Uma Experiência de Pesquisa Coletiva: Introdução a análise de Conteúdo. In: GRILLO, M.C; MEDEIROS, M:F. **A construção do conhecimento e sua mediação metodológica**. Porto Alegre: EDPUC, 1998.

MORGADO, A. F. Suicídio epidêmico entre os Grarani-Kaiwá: investigando suas causas e sugerindo a hipótese do recuo impossível. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 4, p. 585-598, Out./Dez. 1991.

MORIN, E. **O homem e a morte**. São Paulo: Imago, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Prevenção do Suicídio**: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, DF: MS/SAS, 2006.

NUNES, Everardo Duarte. "O Suicídio" de Durkheim: reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: vol. 14, n. 1, p. 7-34, jan./mar. 1998.

NUNES, S.V. Atendimento de tentativas de suicídio em hospital geral. **Jornal Bras Psiq.**, v. 1, n. 37, p. 39-41, 1988.

OLIVEIRA, A.V. Pós-modernidade e sofrimento psíquico: análise feita a partir de depoimentos de psicólogos clínicos. (2006). Dissertação. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.pucminas.br>> Acesso em 05/Set/2009

OLIVEIRA, C. S. Suicídio entre povos primitivos: um panorama estatístico brasileiro. 2006. Disponível em: <<http://www.disquepq.med.br/temas/suicidioprimitivo>>html. Acesso em Set/2009..

OLIVEIRA, C. S. e LOTUFO NETO, F. Suicídio entre os povos indígenas: uma visão estatística brasileira. Revista de Psiquiatria Clínica, vol. 30, n. 1, p. 4-10, 2003.

OMS. **World report on violence and health**. [S.l.]:2002. Disponível em <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf> Acesso em 06/Out/2009.

OMS. **Prevenção do suicídio**: um manual para Profissionais da saúde em atenção primária. Departamento de Saúde Mental. Transtornos Mentais e Comportamentais. Genebra, 2000.

OMS. **Preventing suicide**: how to start a survivors group. Geneva, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.6).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE/UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. **Prevenção do suicídio**. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde/Universidade Estadual de Campinas; 2006.

OLIVER, R.G.; HETZEL, B.S. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. **Medical Journal of Australia**, v. 2, p. 919–923, 1972.

PALHARES, Patrícia Almeida e BAHLS, Saint-Clair. **O Suicídio nas civilizações: uma retomada**. <http://www.aperjrio.org.br/publicacoes/revista/1997/suicidio.asp> acesso em Set/2010.

PESSINI, L. **Bioética**: um grito por dignidade de viver. São Paulo: Paulinas; 2006.

PIRKOLA, S.P.; ISOMETSÄ, E.T.; HEIKKINEN, M.E.; LÖNNQVIST, J.K. - Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. **Alcohol & Alcoholism** 35(1): 70-75, 2000.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

POZ, J. D. Crônica de uma morte anunciada: do suicídio entre os Sorowaha. **Revista Antropógica**, v. 43, n. 1, p. 89-144, 2000.

PRIETO, D.; TAVARES, M. Fatores de risco para o suicídio e tentativa de suicídio: incidência/eventos estressores e transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 2, 2005.

PUENTE, Fernando Rey. **Os Filósofos e o suicídio**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008.

RESMINI, E. **Tentativa de suicídio**: um prisma para compreensão da adolescência. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

ROCHA, Fábio Lopes. **Antidepressivos e suicídio**. Rio de Janeiro: Med Line, 2008.

ROSA, M.V.; ARNOLDI, M.A. **A entrevista na pesquisa qualitativa**: mecanismo para validação dos resultados. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. Verbete: Suicídio. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 740-742.

RUBIN, H.J.; RUBIN, I.S. **Qualitative interviewing**: the art of hearing data. Thousand Oaks: Sage, 1995.

SCHOPENHAUER, A. **Metafísica do amor, metafísica da morte**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

SILVA, M.M. **Trama da comunicação**. [S.l.]:c1992. Disponível em < <http://www.avesso.net/suicidio.htm>> Acesso em 18/Set/2008.

SOLOMON, A. **O Demônio do meio-dia**: uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

STENGEL, Erwin. **Suicídio e tentativa de suicídio**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1980.

STUART, G.W.; LARAIA, M.T. **Enfermagem Psiquiátrica**. Princípios e pratica. 6. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

TABACHNICK, N.; HILLS, B. Countertransference crisis in suicide attempts. **Arch Gen Psychiat**, v. 4, p. 64-70, 1961.

TRIGUEIRO, A. **Suicídio**. Problema Oculto na Saúde Pública: papel da mídia no esclarecimento.

TRIVIÑOS, Augusto N. Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em execução. São Paulo: Atlas, 1997.

TOWNSEND, MARY C. **Enfermagem Psiquiátrica conceitos de cuidados**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 3. ed., 2000.

VERKES, R.J. et al. Reduction by paroxetine of suicidal behaviour in patients with repeated suicide attempts but not with major depression. **American Journal of Psychiatry**, v. 155, p. 543–547, 1998.

WASERMAN, D. **Suicide** – an unnecessary death. Stochholm: Martins Dunitz, 2001.

WENCESLAU, M. E. Índio Kaiowá: suicídio pelo tekoha. **Tese de Doutorado da USP**. São Paulo: USP, 1994.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

WERLANG, B.S.G. Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio. Campinas, SP, 2000. **Tese (Doutorado)**. Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas, 2000.

WHO – World Health Organization. **Prevenção do suicídio**: Um manual para médicos clínicos gerais. Departamento de Saúde Mental, Transtornos Mentais e Comportamentais. Genebra, 2006.

WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH. Self-direct violence. Chapter 7, p. 185-212.