

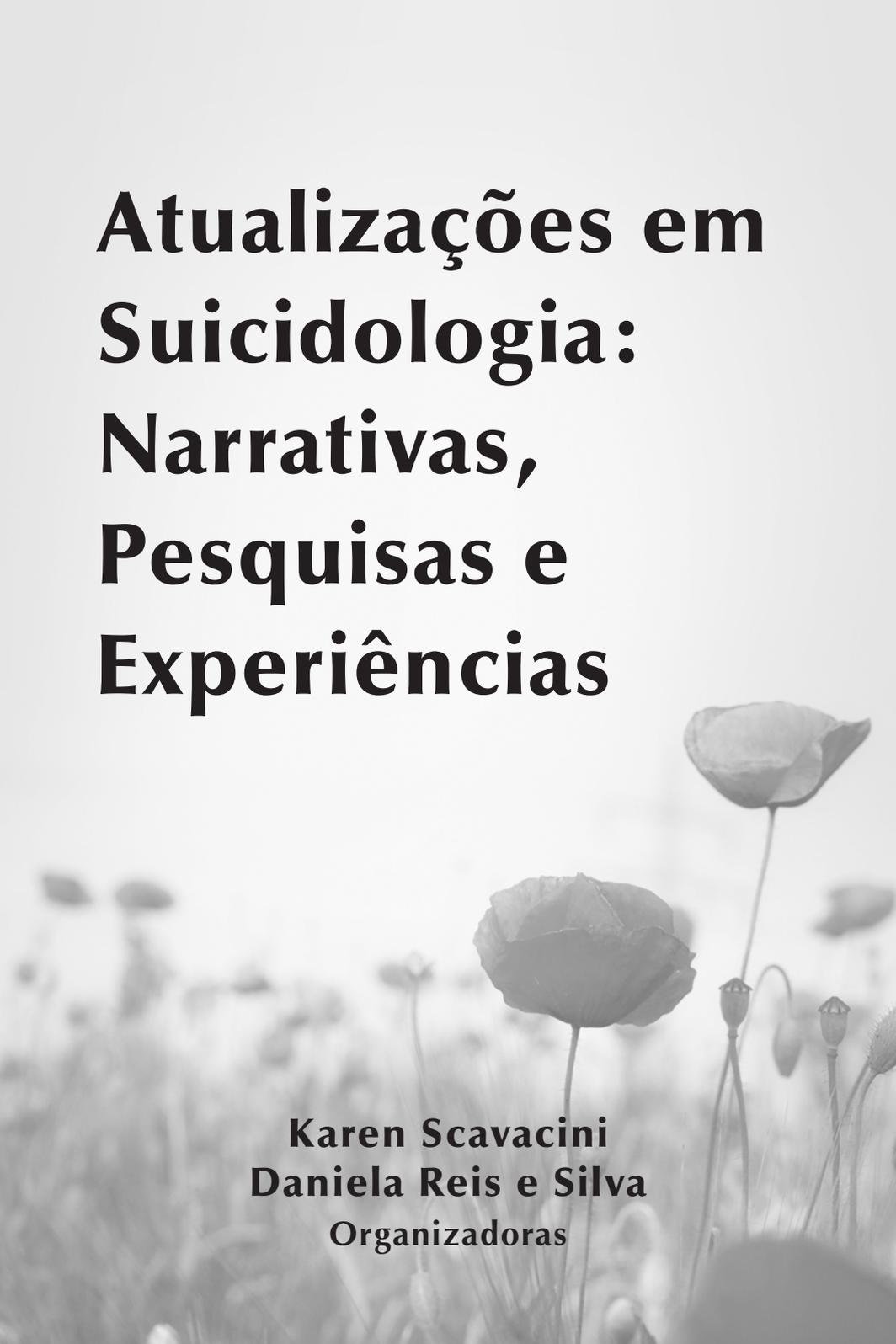
# **Atualizações em Suicidologia: Narrativas, Pesquisas e Experiências**

**Karen Scavacini  
Daniela Reis e Silva  
Organizadoras**



# **Atualizações em Suicidologia: Narrativas, Pesquisas e Experiências**

**Karen Scavacini  
Daniela Reis e Silva  
Organizadoras**



Copyright © 2021 Instituto Vita Alere

É vedada, nos termos da lei, a reprodução de qualquer parte deste livro sem a autorização prévia e por escrito do Instituto Vita Alere.

**Editoria Executiva:** Daniela Reis e Silva

**Assistente Editorial:** Eduardo Coelho Ceotto

**Projeto Gráfico e Diagramação:** Samanta Paleari

**Capa:** Samanta Paleari

Impresso no Brasil

Foi feito o depósito legal

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

---

H673 Atualizações em Suicidologia: Narrativas, Pesquisas e Experiências / Karen Scavacini - Daniela Reis e Silva (Orgs.).— São Paulo : Instituto Vita Alere.

349 p.

14 X 21 cm

Vários autores.

ISBN 978-65-80351-06-0

1. Suicídio – Histórias. 2. Suicídio. 3. Comportamento suicida (Multiprofissional). I. Reis e Silva, Daniela - Scavacini, Karen (Org.). II. Título.

CDU 616.89-008.441.44

---

Catálogo na Publicação

Eliane M. S. Jovanovich CRB 9/1250

INSTITUTO VITA ALERE

Alameda Uananá, 200

04060-010 – São Paulo – SP

Telefone: (11) 97647-0989

contato@vitaalere.com.br

www.vitaalere.com.br

# Atualizações em Suicidologia: Narrativas, Pesquisas e Experiências



INSTITUTO  
**VITA ALERE**  
DE PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO

2021

# Sumário

<b>Apresentação</b> . . . . .	7
-------------------------------	---

*Karen Scavacini e Daniela Reis e Silva*

<b>Prefácio</b> . . . . .	10
---------------------------	----

*Alexandrina Meleiro*

## Prevenção

Ambientes Nutridores como modalidade de Prevenção Universal do Suicídio. . . . .	14
--	----

*Flávia Caroline Figel e Juliana Bredemeier*

Espiritualidade, Religiosidade e Suicídio. . . . .	36
--	----

*Nadja Maria Rocha de Albergaria e Juliana Bredemeier*

O Comportamento Suicida na Literatura Jovem-Adulto Contemporânea: Pertencimento, <i>Connectedness</i> , Identidade e Sentido de Vida . . . . .	53
--	----

*Caroline Dantas de Freitas*

## Comportamento Suicida e Autolesão na Infância e Adolescência

Considerações Sobre Tentativa de Suicídio e Suicídio Completo em Crianças: . . . . .	77
--	----

*Júlia Zenni de C. Cavalheiro*

Suicídio na Adolescência e os Contextos Sociais Envolvidos: Uma Revisão Narrativa . . . . .	92
---	----

*Abel Petter*

O Protagonismo da Dor no Comportamento Autolesivo na Adolescência . . . . .	105
---	-----

*Myrthes Freitas Lopes Dezan*

## Subgrupos Populacionais

Câncer e Suicídio: Uma Análise Narrativa Sobre Fatores de Risco Para o Comportamento Suicida em Pacientes Oncológicos . . . .	131
---	-----

*Alessandra Oliveira Ciccone*

Prevenção do Suicídio em Pessoas Idosas: um Estudo de Revisão Narrativa . . . . .	156
---	-----

*Luíza H. de Castro Victal e Bastos e Juliana Bredemeier*

## **Mulheres de Todas as Cores e Todas as Dores**

Suicídio em Mulheres com História de Violência Doméstica: Contribuições da Psicanálise. . . . .182

*Anaíde Magalhães Silva Cristo*

Mulheres: Trans, Travestis e Cis Negras,  
da Exclusão ao Suicídio? . . . . . 204

*Kátia Érica Novais Ribeiro e Juliana Bredemeier*

## **Luto por Suicídio e Questões de Manejo Ético na Prática do Profissional de Psicologia**

Luto por Suicídio: Especificidades de um Rompimento . . . . . 227

*Giovana Kreuz e Juliana Bredemeier*

Prepotência ou Impotência, Por que é tão Difícil para o Psicólogo Clínico Lidar com o Comportamento Suicida?

- Questões Sobre o Manejo e a Ética . . . . .247

*Marise da Silva Vidal e Juliana Bredemeier*

## **Ações de Prevenção**

Linhas de Cuidado ao Suicídio e a Política de Saúde Mental: um Panorama de Aquidauana/MS . . . . . 270

*Suélen Silva Arguelo e Juliana Bredemeier*

Projeto de Desenvolvimento da Autoestima como Fator de Proteção de Suicídio entre Adolescentes Negros . . . . .291

*Patrícia Simplício da Silva*

Projeto Sobre\_vivendo: Intervenção Realizada com Adolescentes em Ambiente Escolar . . . . . 314

*Aminny Farias Pereira, Alanna Bernardes da Silva, Ana Elise Ferro Maia e Juliana Bredemeier*

**Autores** . . . . . 331

**Organizadoras** . . . . . 337

**Extras** . . . . . 339

**Como contatar o Instituto Vita Alere** . . . . . 347

## Apresentação

É com imensa alegria que apresentamos o primeiro livro organizado a quatro mãos registrando os frutos de nossa parceria semeada ainda em 2018, quando decidimos dar início ao projeto do Curso de Especialização em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio. O primeiro no Brasil a ofertar tanto a modalidade EAD como a presencial, pelo Instituto Vita Alere, em parceria com o Instituto Acalanto e com o Dr. Carlos Aragão.

Desenvolver uma pós-graduação não é uma tarefa fácil, e tomamos como base nosso percurso profissional e acadêmico, observando as lacunas na formação existente até então. Colocamos no papel todos os temas que julgávamos importantes para desenvolver múltiplas habilidades necessárias a um profissional de alto nível - independente de sua categoria profissional - para que estivessem habilitados não só para o acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico, mas também para o desenvolvimento de projetos, programas e pesquisas. Escolhemos como docentes aqueles que consideramos os profissionais de maior competência em sua área na suicidologia, no Brasil e no exterior, muitos deles, colegas e amigos de uma longa jornada. A grade curricular foi pensada cuidadosamente e - porque não - amorosamente, e trilhada junto com os alunos e professores para que tivéssemos flexibilidade em ofertar temas essenciais, complementares e também atuais.

A pandemia da Covid-19 pegou a turma no meio de sua formação, exigindo adaptação em todos os níveis: os alunos presenciais migraram para o ensino EAD, as aulas passaram a ser 100% online, nova plataforma de ensino, cronograma foi alterado, efeitos na vida pessoal e profissional de alunos, professores e coordenadoras, incontáveis perdas.... Um grande desafio para estabelecer o autocuidado e

definir como se manter em equilíbrio, e manter o contato com um tema ao mesmo tempo tão delicado e tão árduo.

Parte deste trabalho incansável de formação incluiu a preparação dos Trabalhos Finais pelos alunos, com a orientação da Juliana Bredemeier, a quem agradecemos pela paciência, dedicação e extrema competência no que faz. Valorizando o processo de consolidação do conhecimento e considerando fundamental que seja compartilhado, apresentamos neste livro 15 inéditos textos entre os inúmeros melhores 46 trabalhos dos formandos desta Especialização, alguns deles já em vias de publicações em outros locais. Os capítulos trazem reflexões, pesquisas, conceitos e aplicações práticas do conteúdo aprendido durante o curso. O projeto deste livro tem o intuito de democratizar o acesso à produção, motivo pelo qual o acesso ao conteúdo é livre e gratuito, e incentivamos o compartilhamento do mesmo.

Alguns outros agradecimentos especiais são necessários:

Aos alunos da primeira turma de especialização, por sua confiança, sua parceria, sua paciência, seu crescimento e por seus trabalhos produzidos com diversidade. Temos muito orgulho dos profissionais que se tornaram e esperamos que todos permaneçam unidos nessa caminhada de prevenção e posvenção do suicídio. Vocês estão prontos para voar!

Aos professores, com toda a dedicação e a competência com que transmitiram seu conhecimento e colaboraram para a formação desta nova geração de suicidólogos.

A Marcelha Assad e Mirely Usberti pelo apoio fundamental no contato com os alunos, e com os assuntos administrativos e financeiros do curso.

À Milena Reis, monitora da primeira turma, por tudo e por tanto ao longo deste período. Você foi essencial neste processo.

A Eduardo Coelho Ceotto, monitor da segunda turma, pela

valiosa colaboração nos assuntos pedagógicos, na concretização do projeto deste livro e por seguir conosco nos próximos passos.

À Faculdade Paulista de Serviço Social de São Caetano do Sul (FAPPS) por acreditar em nosso projeto e ajudar na realização deste curso.

À Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS), cuja história se entrelaça com a nossa, por sua parceria e seu apoio.

Às nossas famílias por todas as horas e finais de semana que dedicamos à pós-graduação, por sua compreensão e seu suporte amoroso e fundamental para que possamos sempre desenvolver o nosso trabalho.

Que possamos a cada dia desenvolver e ampliar a prevenção e posvenção do suicídio, multiplicar o rompimento de tabus e preconceitos, aumentar a consciência pública e difundir o conhecimento e ações multiprofissionais e interdisciplinares que exige o campo da suicidologia, para o cuidado integral com todos aqueles que sofrem com as dores da alma ou que perderam alguém, visando a promoção da saúde mental, a educação sócio emocional, a melhoria da saúde pública e uma visão multifatorial com diversos níveis de prevenção e atuação.

*Karen e Daniela*

## Prefácio

Suicídio é um fenômeno multifacetado, uma vez que sua estrutura ultrapassa os limites de um único campo do conhecimento, reunindo fatores neurobiológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais, religiosos, filosóficos, ambientais, epidemiológicos e individuais tanto intrapsíquicos quanto interpessoais. Em uma revisão entre 1959 e 2001, englobando 15.629 suicídios ocorridos na população geral, demonstrou-se que em 97% dos casos havia um diagnóstico de transtorno mental à época do ato fatal. Este estudo registrou um elo consistente entre os dois grupos de fenômeno: comportamento suicida e doença mental. No entanto, não se trata de afirmar que todo suicídio se relaciona a uma doença mental, nem que toda pessoa com transtorno mental irá se suicidar. A existência de transtorno mental não contempla plenamente o porquê de o paciente tentar suicídio. Diversos indivíduos têm o transtorno mental e não pensam em terminar com a própria vida, embora a doença aumente a vulnerabilidade e esteja presente em quase todos os casos de suicídio. Transtorno mental é condição necessária, mas não suficiente para o comportamento suicida.

Frente a uma situação difícil, em algum momento da vida, as pessoas podem experimentar o desejo de morrer. A complicação começa quando o desejo de morrer associa-se ao desejo de se matar e o suicídio passa a ser visto como um assassinato em 180 graus, voltado para si mesmo. Trata-se do maior de todos os desastres ecológicos, uma silenciosa epidemia de dor e sofrimento que castiga a sociedade e culmina no autoextermínio. É preciso romper esse silêncio e despertar a sociedade para a urgência de um movimento em defesa da vida.

Diversos fatores podem ser barreiras para impedir a detecção e conseqüentemente a prevenção do suicídio: estigma e sigilo;

dificuldade em buscar ajuda; falta de conhecimento e atenção sobre o suicídio por parte dos profissionais de saúde; informações conflituosas por parte dos familiares; baixa qualidade das informações provenientes de prontuários médicos e atestados de óbitos; dificuldades em determinar se realmente ocorreu com intencionalidade suicida ou se foi acidental ou ainda um homicídio; falta de serviços de referências para o esclarecimento de mortes por causas externas; falta de envio das informações ao Ministério da Saúde, por meio do sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Compreendendo o comportamento suicida, sabe-se que o suicídio não é um ato aleatório, sem finalidade. Vivencia-se como a melhor saída disponível, pela qual o propósito é encontrar uma solução para um sofrimento intenso, insuportável e interminável. Assim, o alvo é interromper, ou seja, cessar o fluxo doloroso, deter o sofrimento invasor de desesperança que deixa o indivíduo derrotado e sem saída para a vida. A isso chamamos de função instrumental, que significa usar o comportamento suicida com a intenção de resolver um problema: matar a si mesmo seria um instrumento de solução para o sofrimento emocional incalculável de dor emocional. Cessa o sofrimento para o indivíduo suicida, pois morto não tem sentimento.

Entretanto, a atitude interna é de ambivalência, pois quase sempre o indivíduo quer, ao mesmo tempo, alcançar a morte, mas deseja uma intervenção de ajuda e socorro. Emite, em suas relações interpessoais, sinais verbais e comportamentais, em que comunica sua intenção letal. Isso é chamado de função expressiva e significa que há um valor de comunicação para o ato de tentativa suicida ou de falar para outros sobre suicídio, embora muitas vezes, estes sinais não são percebidos pelos que o cercam.

Geralmente, a expressão tem um propósito: a tentativa para receber ajuda lícita, para receber a compreensão de outros ou para

ativar o suporte familiar e social. O estado perceptivo do indivíduo é de constrição, estreitamento afetivo e intelectual de opções disponíveis em sua consciência. Repetidos traumas ao longo da vida fazem com que as pessoas fiquem mais suscetíveis, prejudicando suas habilidades para enfrentar os eventos negativos da vida. Circunstan­cialmente, a única ação possível é a saída intencional do sofrimento. Nem todos os casos de suicídio poderão ser prevenidos.

A vasta literatura sobre suicídio revela que apesar de ser um tema muito estudado, ainda há pontos obscuros que continuam mobilizando os pesquisadores sobre o determinismo multifatorial do suicídio. Contudo, a habilidade em lidar com suicídio faz diferença, pois milhares de vidas podem ser salvas todos os anos se as pessoas que tentaram suicídio forem adequadamente abordadas e tratadas.

Com este objetivo o livro digital intitulado: “Atualizações em Suicidologia: Narrativas, Pesquisas e Experiências” das coordenadoras Karen Scavacini e Daniela Reis e Silva vem trazer uma abordagem sobre temas de importância capital resultante de um dos cursos de especialização. Mais do que formar profissionais, houve a preocupação com o ser humano e suas relações. A lista de colaboradores de cada capítulo foi escolhida com muita sabedoria, buscou a expertise de cada um no assunto a ser explanado. O leitor terá horas de muita contemplação dos escritos com toda qualidade necessária para manter-se atualizado e poder atuar na área de suicidologia. A recomendação deste belo exemplar tem minha aprovação plena.

### **Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro**

Médica Psiquiatra, Doutora em Medicina pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP, Vice-presidente da ABEPS.

# Prevenção

---

# Ambientes Nutridores como modalidade de Prevenção Universal do Suicídio

*Flávia Caroline Figel  
Juliana Bredemeier*

O cientista Anthony Biglan (2018) discute o objetivo da prevenção e a importância de que o conhecimento adquirido sobre o bem-estar humano seja realmente colocado em prática, e para isso ele propõe o conceito de *ambientes nutridores*<sup>1</sup>. Tais ambientes seriam capazes de prevenir problemas, reduziriam condições biológicas e psicológicas tóxicas, como a coerção; produziriam o desenvolvimento e manutenção de comportamentos pró-sociais; e encorajariam famílias e escolas a reduzir possíveis fatores de risco para comportamentos-problema. Portanto, é necessário aumentar a disponibilidade desses *ambientes nutridores* na sociedade (Biglan, 2015).

Ao tratar o tema da prevenção, se faz necessário considerar os problemas que apresentam maior incidência. Entre eles, considera-se o suicídio como um importante problema de saúde pública, que pode ser prevenido. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o suicídio é o ato deliberado e intencional, de causar a morte a si mesmo. A cada ano mais de 800 mil pessoas morrem por essa causa, correspondendo a uma morte a cada 40 segundos, afetando comunidades, cidades e países (World Health Organization [WHO], 2014).

Tendo em vista a complexidade do fenômeno, diferentes modelos de prevenção do suicídio têm sido utilizados. Um dos principais é baseado nos níveis de risco e contempla as seguintes modalidades: universal, seletiva e indicada. A prevenção universal tem como ob-

---

1. O termo utilizado pelo autor em inglês é *Nurturing Environments*. A tradução livre *Ambientes Nutridores* será utilizada por se aproximar do significado da expressão original.

jetivo impedir o início de um determinado problema, sendo destinada a toda a população, mesmo que não apresente risco (Bertolote, 2012). Sendo assim, atua no sentido de que o comportamento suicida nem chegue a ocorrer.

Embora Biglan não fale especificamente sobre a prevenção do suicídio, ele dá indicações ao longo de seus textos de como todos aqueles ambientes tóxicos podem ocasionar diversos comportamentos-problema que podem preceder os comportamentos suicidas, e como a promoção de *ambientes nutridores* atuaria na sua prevenção. O pesquisador da área do suicídio De Leo (2002) afirma que estratégias que tenham como foco a população em geral podem ser utilizadas, pois afetam um número maior de pessoas e afetam outras condições problemáticas, que podem estar associadas com comportamentos suicidas (isolamento social, baixa qualidade de vida, desemprego). Assim, o desenvolvimento de *ambientes nutridores* condiz com o que se considera como a Prevenção Universal do Suicídio.

Considerando que o suicídio se trata de um fenômeno complexo e multifatorial, sendo entendido como uma morte evitável, é essencial que sejam desenvolvidas ações para a sua prevenção. Tendo em vista a prevenção universal do suicídio, é imprescindível que essa modalidade seja amplamente discutida, permitindo que a população não precise chegar a desenvolver um comportamento suicida para que seja realizada alguma intervenção. O conceito de *ambientes nutridores* diz respeito à uma ação de prevenção para toda a população, antes que essa desenvolva algum tipo de problema ou dificuldade, o que se alinha com a prevenção universal. Sendo assim, analisar o conceito de *ambientes nutridores*, à luz da modalidade de prevenção universal, permite ampliar o conhecimento a respeito de ações que poderão ser desenvolvidas.

Portanto, esta revisão narrativa tem como objetivo analisar a

relação do conceito de *ambientes nutridores* com a modalidade universal de prevenção do suicídio, abordando implicações para o desenvolvimento de ações.

## **Prevenção**

A prevenção em saúde diz respeito à adoção de medidas que busquem interceptar a causa de uma doença antes que ela atinja um indivíduo, evitando, portanto, sua ocorrência (Bertolote, 2012). A área da prevenção recebeu importantes contribuições na década de 50, quando foi proposta a classificação nas categorias de prevenção primária e secundária, tendo o termo prevenção terciária sido adicionado posteriormente. Tal classificação, amplamente utilizada ainda nos dias de hoje, propõe que a prevenção primária seja realizada antes do início de uma determinada doença, a secundária seja realizada após a identificação da doença, mas antes que ela cause prejuízos, e a terciária após a presença das consequências ou sequelas, com o objetivo de minimizá-las e prevenir uma deterioração ainda maior (Commission on Chronic Illness, 1957, como citado em Gordon, 1983).

## **Modalidades de Prevenção do Suicídio**

Com o avanço dos estudos em epidemiologia, uma nova classificação da prevenção foi proposta por se considerar que o modelo anteriormente citado, embora útil e simples, não possibilitava a distinção entre ações de prevenção. Não eram consideradas as diferenças epidemiológicas de uma determinada condição de saúde, o que permitiria a utilização de estratégias distintas (Gordon, 1983).

Proposta por Gordon, em 1983, surge a classificação da prevenção em três modalidades: universal, seletiva e indicada. A prevenção universal é a mais genericamente aplicável, sendo indicada para toda a população independente do risco para alguma condição de saúde.

Ela inclui todas as estratégias e ações que contemplem o público em geral, podendo em muitos casos, ser realizada por não profissionais. Já a prevenção seletiva é recomendada para indivíduos que sejam membros de grupos populacionais que possuem características que exacerbam o risco para determinadas doenças. Portanto, é indicada apenas para os grupos mais vulneráveis e que apresentam um risco maior, mas ainda sem agravo. A prevenção indicada, por sua vez, é recomendada para indivíduos de alto risco para uma condição de saúde, ou que já estão expostos aos fatores de risco. Tais indivíduos já apresentam a condição de saúde, necessitando de uma intervenção específica (Gordon, 1983).

Uma das classificações mais utilizadas na área do suicídio diz respeito às modalidades de prevenção baseadas no nível de risco, conforme citado acima (Bertolote, 2012; WHO, 2014). Portanto, será descrito a seguir como tais modalidades de prevenção são propostas no caso do suicídio.

A prevenção universal é indicada para toda a população, com o objetivo de maximizar a saúde e minimizar o risco de suicídio. Isso é possível por meio da remoção das barreiras para o cuidado e aumento do acesso à ajuda, assim como o fortalecimento dos fatores de proteção, tais como o suporte social. Esse nível de prevenção inclui estratégias como o desenvolvimento e implementação de políticas e melhoria do acesso ao cuidado em saúde mental, políticas que promovam a redução do uso abusivo de álcool, restrição do acesso a meios de suicídio, assim como a veiculação midiática responsável (WHO, 2014). Ações que promovam a conscientização sobre saúde mental e suicídio também podem e devem ser realizadas, e um exemplo desse tipo de ação refere-se à instituição do Dia Mundial de Prevenção do Suicídio (10 de setembro) (Bertolote, 2012).

Já a prevenção seletiva focaliza nos grupos mais vulneráveis,

considerando características populacionais tais como idade, sexo, ocupação, histórico familiar, entre outros. Nessa modalidade os indivíduos ainda não expressam comportamentos suicidas, mas estão em maior risco biológico, psicológico ou socioeconômico. Ela inclui estratégias como intervenções com grupos vulneráveis, treino de *gatekeepers* (guardiões<sup>2</sup>) e linhas telefônicas de ajuda (WHO, 2014). A busca ativa de indivíduos que apresentam os transtornos mentais mais relacionados ao suicídio, assim como a atuação junto à fatores de risco para o suicídio, também são realizadas (Bertolote, 2012).

A prevenção indicada, por sua vez, é realizada de forma mais específica, contemplando os indivíduos mais vulneráveis para o suicídio na população. Inclui pessoas que já demonstram sinais de risco de suicídio ou que fizeram alguma tentativa de suicídio. A prevenção indicada inclui suporte comunitário e monitoramento dos indivíduos, avaliação e manejo de pessoas com comportamentos suicidas, com especial atenção aos dias ou semanas que seguem imediatamente uma tentativa de suicídio (Bertolote, 2012), além da avaliação e manejo dos transtornos mentais e transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas (WHO, 2014).

Como é possível perceber, todas as modalidades têm sua importância na prevenção do suicídio e todas devem ser realizadas para obter melhores resultados. Evidências sobre as intervenções mais eficazes de acordo com cada nível de prevenção estão disponíveis e são frequentemente reavaliadas a partir do surgimento de novos programas (Bertolote, 2014; e.g. Beautrais et al., 2007; Gunnell & Frankel, 1994; Mann et al., 2005). Para o objetivo desse trabalho, entretanto, a ênfase será dada na prevenção universal do suicídio, que pode contemplar o conceito de *ambientes nutridores*, como será

visto a seguir.<sup>2</sup>

## **Ambientes Nutridores**

Diferentes estratégias devem ser utilizadas para trabalhar com prevenção. Ter como alvo diversos problemas e ambientes que os produzem, por exemplo, parece ser fundamental para que mudanças ocorram, uma vez que diferentes tipos de comportamentos-problema podem surgir em ambientes semelhantes. A prevenção teria como foco o desenvolvimento de ambientes que prevenissem múltiplos problemas, além de estimular comportamentos pró-sociais, que beneficiam a sociedade como um todo (Wilson, 2007).

Biglan (2015) aborda a possibilidade de que muitos problemas possam ser prevenidos com a utilização das mesmas estratégias. Dessa forma, poderia ser criado um movimento unificado e amplo com o objetivo de aliviar o sofrimento humano. Nesse contexto ele propõe o conceito de *ambientes nutridores*.

A definição do conceito de *ambientes nutridores* se relaciona com o próprio termo: ambientes eficazes em nutrir o desenvolvimento humano, promovendo relações mais afetuosas e menos coercitivas. Além da prevenção de problemas, o desenvolvimento desses ambientes é capaz de produzir pessoas carinhosas e produtivas, valorizadas pela sociedade. As intervenções que buscam tornar os ambientes mais nutridores devem possibilitar ao menos três desses quatro aspectos: promover e reforçar o comportamento pró-social; minimizar condições tóxicas tanto a nível social como biológico; limitar e monitorar as oportunidades para que pessoas se engajem em comportamentos-problema; e promover a busca flexível, consciente e pragmática de valores pró-sociais (Biglan, 2015).

---

2. Tradução livre

Comportamentos pró-sociais são aqueles que beneficiam os indivíduos e aqueles ao seu redor (Wilson, 2007). Eles incluem cooperar uns com os outros, trabalhando pelo seu bem-estar e auxiliando no seu desenvolvimento, sendo componentes essenciais do sucesso do grupo. Pessoas pró-sociais contribuem com os demais por meio da gentileza, trabalhando de forma produtiva, melhorando a sua comunidade e dando suporte a familiares, amigos e colegas (Biglan, 2015).

As pessoas desenvolvem comportamentos pró-sociais quando elas vivem em ambientes que nutrem tais comportamentos. Entretanto, em ambientes que falham em nutri-los das diferentes formas necessárias, os indivíduos podem se engajar em padrões de comportamentos prejudiciais. Portanto, é necessário que: os pais auxiliem seus filhos para que eles possam desenvolver a habilidade de lidar com a impulsividade e cooperar com os demais; que as escolas ensinem aos seus alunos sobre respeito e responsabilidade, reconhecendo suas contribuições para a escola; que as comunidades reconheçam as contribuições dos cidadãos e promovam o comportamento pró-social entre seus membros (Biglan, 2015).

Ao considerar a necessidade de diminuir as condições tóxicas biológicas e sociais, a pobreza constitui-se como uma dessas principais condições. Ela é um grande fator de risco para diversos problemas de saúde e impõe riscos ao desenvolvimento de crianças (Komro et al., 2011). Dentre os problemas que poderão ocorrer, encontram-se a depressão (Cutrona et al., 2006), considerada como um fator de risco para o suicídio (e.g. Kodish et al., 2016), além de evasão escolar, abuso infantil, homicídio e o próprio suicídio (Almgren, 1998).

Ademais, há evidências de que a desordem social em vizinhanças, que se configura como uma condição ambiental tóxica, está intimamente relacionada com a depressão. Isso ocorre tendo em vista que em locais nos quais há maior incidência de crimes os indivíduos

devem lidar com o medo e ansiedade associados com sua segurança pessoal e de seus pertences (e.g. Aneshensel & Sucoff, 1996; Hill et al., 2005; Ross, 2000).

As famílias nutridoras, por sua vez, são aquelas capazes de criar o ambiente propício para o desenvolvimento de seus filhos, diminuindo as interações coercitivas. As ações preventivas com famílias podem diminuir o número de jovens que desenvolvem algum tipo de problema, podendo se iniciar no período pré-natal, indo até a adolescência (Biglan, 2015).

Sendo assim, ao abordar o conceito de *ambientes nutridores*, Biglan evidencia a importância de que sejam planejadas e implementadas ações de prevenção. Tais ações requerem a implementação de programas que sejam baseados em evidências, constantemente avaliados e disseminados; políticas públicas que contribuam com o bem-estar humano, como aquelas que diminuem a desigualdade econômica e social; e mídia, uma vez que ela possui grande potencial para afetar um alto número de pessoas (Biglan, 2018). A prevenção do suicídio, enquanto importante problema de saúde pública, deve estar contemplada nessas ações.

## **Ambientes Nutridores como Prevenção Universal do Suicídio**

Tendo em vista os conceitos anteriormente apresentados é possível perceber que o desenvolvimento de *ambientes nutridores* se alinha com a prevenção universal do suicídio. Ambos são destinados a toda a população, antes de apresentar algum risco, permitindo a prevenção de fatores de risco que podem estar associados ao suicídio.

De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDCP), durante a adolescência existem problemas comportamentais e psicológicos que precisariam ser monitorados, tais como: uso de álcool, tabaco e outras drogas, comportamentos

violentos e infracionais, comportamentos sexuais de risco, além de depressão e suicídio (CDCP, 2008). É necessário, então, pensar na prevenção de todos esses problemas, que afetam de maneira intensa o desenvolvimento desses indivíduos.

O desenvolvimento de intervenções que visam tornar famílias nutridoramente relaciona-se intimamente com a prevenção do suicídio, tendo em vista que há vasta literatura sobre a relação entre experiências de vida negativas, como por exemplo a violência na infância, com o aumento do risco de suicídio (e.g. Angelakis et al., 2020; Choa et al., 2017; Jardim et al., 2018). A violência pode incluir violência física (Joiner et al., 2007; Mironova et al., 2011), sexual (e.g. Easton et al., 2013; Lopez-Castroman et al., 2013; Maniglio, 2010), psicológica (e.g. Bifulco et al., 2002), assim como a negligência (Liu et al., 2017). Nesse sentido, tais experiências, também conhecidas como Experiências Adversas na Infância, acarretam diferentes implicações ao longo da vida dos indivíduos (Felitti, 2009). Elas incluem não apenas as violências, mas também a exposição a outros estressores, e têm sido relacionadas com o desenvolvimento de comportamentos suicidas (e.g., Dube et al., 2001; Fuller-Thomson et al., 2016; Wasserman, 2016a). É possível identificar na história de vida de pessoas com esses comportamentos, ambientes nos quais era frequente o uso de punições, falta de empatia ou indiferença, ambientes estes que falharam ao responder às suas necessidades, dificultando que esses indivíduos pudessem desenvolver diferentes comportamentos e melhores formas de comunicação (Wasserman, 2016b). Assim, o desenvolvimento de *ambientes nutridores* possibilitaria não só a prevenção dos eventos de vida negativos e experiências adversas, mas também a prevenção do desenvolvimento de transtornos mentais (Jorm & Mulder, 2018) e do suicídio. Possibilitando, ainda, a promoção do bem-estar humano (Biglan et al., 2012; Biglan et al., 2017).

Essas intervenções com famílias auxiliam no desenvolvimen-

to de práticas parentais que favoreçam o desenvolvimento infantil, identificando possíveis fatores de risco de modo a minimizá-los e ampliando os fatores de proteção. Algumas famílias podem ser especialmente vulneráveis, seja pela condição socioeconômica ou pela ausência de modelos de cuidado ao longo da vida (e.g. Perry & Szalavitz, 2006), necessitando, portanto, de maior auxílio para garantir que o ambiente familiar seja mais nutritivo e menos tóxico. Ou seja, é necessário que esse ambiente aumente as interações afetuosas e que permita o desenvolvimento pleno das capacidades das crianças, diminuindo as interações coercitivas e punitivas, que podem chegar a incluir diferentes formas de violência (Biglan, 2015).

No contexto escolar, diversas são as propostas de programas de prevenção a serem desenvolvidos, tendo em vista a possibilidade de atingir o público infantojuvenil, possibilitando a atuação antes do surgimento de problemas. Muitos desses programas ensinam habilidades de vida, resolução de problemas, tomada de decisões, entre outros, objetivando a minimização dos fatores de risco que estão associados com o aumento do risco de suicídio (Katz et al., 2013). Além disso, um clima positivo na escola está associado com a prevenção de diferentes comportamentos de risco em adolescentes, tais como uso e abuso de álcool e outras drogas, violência, assim como outros problemas emocionais, evidenciando o quanto o contexto escolar se relaciona com fatores de risco e fatores de proteção (Battistich & Hom, 1997; Komro et al., 2011; McNeely et al., 2002; Whitlock, 2006).

Uma das propostas que se relaciona com o conceito de *ambientes nutritivos* e com a prevenção universal em escolas diz respeito ao *Good Behavior Game* (Jogo do Bom Comportamento<sup>2</sup>). Ele foi implementado primeiramente por Barrish et al. (1969) e diz respeito a um jogo, realizado em salas de aula de 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> série, no qual os alunos são divididos em dois times. Um dos objetivos desse jogo é que os alunos do time desenvolvam comportamentos pró-sociais, que beneficiem

todo o grupo. Embora tenham ocorrido modificações ao longo do tempo (Tingstrom et al., 2006), esse programa busca desenvolver habilidades de cooperação e autorregulação em crianças. Ele é capaz de prevenir diversos problemas, tais como criminalidade, tabagismo, abuso de álcool e ansiedade. Além disso, alguns pesquisadores têm demonstrado evidências sobre a relação entre a implantação desse programa e a redução da ideação suicida e tentativas de suicídio (Kellam et al., 2008; Newcomer et al., 2016; Wilcox et al., 2008).

O desenvolvimento de comportamentos pró-sociais, de modo geral, está intimamente relacionado com a prevenção do suicídio. Pois quando os indivíduos atuam em prol do grupo favorecem ambientes que proporcionem bem-estar à comunidade, minimizando possíveis estressores. Ademais, o comportamento pró-social pode favorecer que as pessoas prestem atenção umas às outras, o que se configura como não apenas uma prevenção universal, mas também seletiva - como é o caso dos guardiões (e.g. Mo et al., 2018; Terpstra et al., 2018) e indicada - ao identificar e auxiliar as pessoas com algum comportamento suicida.

As intervenções que referem-se à prevenção universal do suicídio, podem também incluir ações que aumentem o bem-estar e a saúde mental da população, ampliando os fatores de proteção, além de minimizar fatores de risco (Beautrais et al., 2007; Hadlaczky et al., 2011), tais como a pobreza, desigualdades sociais e desemprego (Jenkins & Singh, 2000). Tais estratégias também podem favorecer que ações mais específicas para o comportamento suicida sejam mais bem-sucedidas quando realizadas (Beautrais et al., 2007) e se relacionam intimamente com o conceito de *ambientes nutridores*.

De acordo com Biglan (2015) oferecer *ambientes nutridores* permite o melhor desenvolvimento possível de cada ser humano e é capaz de transformar a sociedade, tornando-a mais saudável e feliz. Assim,

uma importante reflexão é o quanto essa transformação social poderia auxiliar na diminuição do comportamento suicida entre os indivíduos, diminuindo os estressores e fatores de risco, e possibilitando a ampliação dos fatores de proteção, como coesão e suporte social, além da sensação de pertencimento, que têm sido estudada como fator de proteção em relação ao suicídio (e.g. Hill, 2009; Olcoñ et al., 2017).

O suporte social desempenha um importante papel de fator de proteção. Pessoas com diferentes laços sociais, sejam eles familiares, maritais, sociais ou comunitários apresentam um risco menor para o comportamento suicida (Mäkinen, 2016). No que diz respeito à sensação de pertencimento, Shneidman aborda o quanto essa necessidade está presente em indivíduos que tentaram ou morreram por suicídio (Shneidman, 1996) e, de acordo com Joiner, a ausência de pertencimento se configura como um importante componente do comportamento suicida (Joiner, 2005).

Ademais, a proposta de alterar as práticas sociais que produzem sofrimento relaciona-se com a frase de Botega (2015), na qual ele descreve: “... não se previne o suicídio, mas sim as condições de sofrimento humano passíveis de melhora” (p. 254). Para prevenir o suicídio, ou então as condições que levam ao desenvolvimento de comportamentos suicidas, é necessário, portanto, implementar estratégias que possam aumentar o bem-estar da população, e o desenvolvimento dos *ambientes nutridores* se configura como uma promissora alternativa para tal.

## **Implicações Para o Desenvolvimento de Programas**

A partir da relação descrita sobre o desenvolvimento de *ambientes nutridores* e a prevenção universal do suicídio fica evidente a diversidade de possibilidades e de propostas a serem implantadas. Dessa forma, pretende-se aqui abordar ações possíveis

nesse contexto.

Ações que promovam as chamadas Escolas Nutridoras já existem e se constituem como uma importante estratégia de prevenção. O *Good Behavior Game*, anteriormente citado, é uma dessas propostas, mas outros programas também podem ser desenvolvidos com o mesmo objetivo e englobando diferentes aspectos. Por exemplo, programas que aumentem os fatores de proteção no ambiente escolar, como a sensação de pertencimento entre os alunos, e diminuam estressores, tais como o *bullying*, em todas as faixas etárias. Também podem auxiliar no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e de habilidades sociais, como é o caso do programa escolar Amigos do *Zippy* (Mishara, & Ystgaard, 2006). Esse programa ajuda crianças a lidar melhor com as adversidades do dia a dia, focando na importância de conversar com outras pessoas, ouvi-las, além de dar e receber ajuda.

No contexto das famílias nutridoras pode-se pensar em intervenções realizadas de maneira intersetorial, pela área da saúde, educação e assistência social, em que sejam realizadas ações com as famílias, especialmente as mais vulneráveis, auxiliando no desenvolvimento de práticas parentais mais efetivas e livres de punição, assim como psicoeducação sobre o desenvolvimento infantil. Muitos programas com famílias já existem (e.g. *Nurse-Family Partnership* – Parceria Enfermagem-Família<sup>2</sup>; *The Incredible Years* – Os Anos Incríveis<sup>2</sup>; *Parent Management Training – Oregon Model* – Treino de Manejo Parental<sup>2</sup>; *Family Check-Up* – Checagem Familiar<sup>2</sup>; *Multidimensional Treatment Foster Care* – Tratamento Multidimensional de Acolhimento Familiar<sup>3</sup>) e muitos outros podem ser desenvolvidos nessa perspectiva, auxiliando e dando modelo às famílias para que elas desenvolvam práticas parentais que permitam o melhor desenvolvimento de seus filhos, de maneira a promover a saúde mental de todos os membros

dessa família, garantindo o acompanhamento precoce que poderá prevenir diferentes problemas de saúde mental.

Programas comunitários também podem ser realizados, envolvendo as comunidades, bairros e vizinhanças para que se transformem em *ambientes nutridores*, nutrindo comportamentos pró-sociais entre os seus membros e possibilitando o crescimento e fortalecimento dos laços comunitários e do suporte social, cuja importância já foi mencionada. Esses programas comunitários podem contemplar diversas faixas etárias, como os adultos e os idosos, que assim como crianças e jovens, se beneficiam dos *ambientes nutridores*. Programas realizados no contraturno escolar também são uma importante iniciativa, tendo em vista que diversas famílias, seja por razões sociais ou econômicas, não garantem o acompanhamento necessário dos filhos no período em que não estão na escola, o que pode contribuir para o aumento da vulnerabilidade. Tais programas podem proporcionar um ambiente nutridor para esses jovens (e.g. Smith & Bradshaw, 2017). Um exemplo brasileiro que atua na Prevenção do Suicídio e que promove ações comunitárias é a Rede de Proteção à Vida do município de Botucatu. Entre as ações desenvolvidas encontram-se várias atividades com a comunidade, que favorecem o suporte social entre os seus membros, abordando diversos temas de saúde mental.

Já o desenvolvimento de uma sociedade nutridora, embora possa parecer utópico para muitos, é algo necessário e que deve ser planejado. Destaca-se a importância da participação de governos, desenvolvimento de políticas públicas, diferentes tipos de investimentos como a diminuição da pobreza e problemas sociais, além de ações que promovam uma sociedade mais cooperativa, possibilitando o desenvolvimento de seus membros.

Além disso, dentro das campanhas de conscientização, que se

caracterizam como uma importante ação de prevenção do suicídio, o concomitante desenvolvimento dos *ambientes nutridores* poderia potencializar os resultados, uma vez que em sociedades com mais cooperação seria mais fácil que as pessoas estivessem atentas ao outros e os auxiliassem diante do seu sofrimento. Assim, durante essas ações, ao falar sobre o tema do suicídio, sobre onde buscar ajuda e sobre como ajudar alguém em sofrimento, poderia ser contemplado o tema dos *ambientes nutridores*, para favorecer uma nova perspectiva no que diz respeito às relações sociais que se estabelecem.

### **Considerações Finais**

A teoria desenvolvida por Biglan evidencia a necessidade de questionar, enquanto sociedade, se essa está contribuindo para a segurança e suporte das demais pessoas, sendo esse um valor a ser desenvolvido nas interações interpessoais, contribuindo para uma sociedade melhor. Isso se alinha completamente com os princípios da prevenção do suicídio. Uma das estratégias utilizadas nesse sentido é justamente aumentar a conscientização sobre o tema e favorecer que as pessoas deem mais atenção e suporte umas às outras, permitindo a identificação do sofrimento e a disponibilização de cuidado e ajuda. Mas como já foi discutido, isso só será possível em comunidades que prezem pelo bem-estar de seus membros e que tenham comportamentos cooperativos que possibilitem acolher o sofrimento e auxiliar na busca por ajuda profissional.

Além disso, tanto o conceito de *ambientes nutridores* como a Prevenção do Suicídio, demonstram a importância de pensar na origem dos problemas e como atuar no sentido de preveni-los, antes que eles aconteçam. Obviamente isso exige uma mudança de paradigma e um investimento maior em prevenção, pois caso isso não seja feito, as pessoas irão se manter apenas resolvendo problemas e lidando com o sofrimento quando ele já estiver ocorrendo.

Esse estudo possibilitou estabelecer a proposta de que o desen-

volvimento de *ambientes nutritores* pode ser caracterizado como uma estratégia de Prevenção Universal do Suicídio. Se faz necessário que as próximas pesquisas possam desenvolver propostas e programas a fim de possibilitar a implementação dessa estratégia na prática. Alguns programas que apresentam bons resultados já foram abordados, mas é necessário que haja maior implementação dos mesmos ou então o desenvolvimento de outras intervenções, tendo em vista a ampla gama de possibilidades de ações dentro dessa perspectiva. É necessário considerar, também, que idealmente deve-se pensar no desenvolvimento dos *ambientes nutritores* de maneira generalizada na sociedade, não apenas em espaços específicos. A partir do desenvolvimento e implantação desses programas é necessário que tais intervenções sejam constantemente avaliadas, possibilitando a disponibilização das melhores evidências sobre os programas de prevenção do suicídio.

É evidente que o desenvolvimento de *ambientes nutritores* possibilita a prevenção de diferentes tipos de problemas, não apenas o suicídio. Entretanto, esse recorte trazido aqui permite que o tema ganhe mais destaque na busca de uma mudança de paradigma, permitindo a prevenção não apenas do suicídio, mas de problemas de toda ordem, além da promoção de uma sociedade mais feliz e com maior bem-estar.

## Referências

- Almgren G., Guest A., Imerwahr G., & Spittel M. (1998). Joblessness, family disruption, and violent death in Chicago, 1970-1990. *Soc. Forces*, 76(4):1465-93
- Aneshensel, C., & Sucoff, C. A. (1996). The neighborhood context of adolescent mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 293-310
- Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Association of chil-

- hood maltreatment with suicide behaviors among young people: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(8).
- Barrish, H. H., Saunders, M., & Wolf, M. W. (1969). Good behavior game: Effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 119-124
- Battistich, V., & Hom, A. (1997). The relationship between students' sense of their school as a community and their involvement in problem behaviors. *American Journal of Public Health*, 87, 1997-2001
- Beautrais, A., Fergusson, D., Coggan, C., Collings, C., Doughty, C., Ellis, P., . . . Surgenor, L. (2007). Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: A review of the evidence. *New Zealand Medical Journal*, 120, U2459.
- Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Editora Unesp.
- Bertolote, J. M. (2014). Prevention of suicidal behaviors. In M. K. Nock *The Oxford Handbook of suicide and self-injury*. New York: Oxford University Press.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66(3).
- Biglan, A. (2015) *The nurture effect: how the science of human behavior can improve our lives and our world*. New Harbinger Publications, Inc: Oakland
- Biglan, A. (2018) The ultimate goal of prevention and the larger context for translation. *Prevention Science*, 19(3).
- Biglan, A., Flay, B. R., Embry, D. D., & Sandler, I. N. (2012). The critical role of nurturing environments for promoting human well-being. *American Psychologist*, 67(4), 257.
- Biglan, A., Van Ryzin, M. J., & Hawkins, J. D. (2017). Evolving a

- more nurturing society to prevent adverse childhood experiences. *Academic Pediatrics*, 17(7), S150-S157.
- Botega, N.J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDCP). (2008). *Youth risk behavior survey (1991-2007)*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
- Choia, N. G., DiNitto, D. M., Marti, C. N., & Segal, S.P. (2017). Adverse childhood experiences and suicide attempts among those with mental and substance use disorders. *Child Abuse & Neglect*, 69, 252-262.
- Cutrona, C. E., Wallace, G., & Wesner, K. A. (2006). Neighborhood characteristics and depression: An examination of stress processes. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 188-192.
- De Leo, D. (2002). Why are we not getting any closer to preventing suicide? *British Journal of Psychiatry*, 181, 372-74.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the adverse childhood experiences study. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 286(24), 3089-3096.
- Easton, S. D., Renner, L. M., & O'Leary, P. (2013). Suicide attempts among men with histories of child sexual abuse: Examining abuse severity, mental health, and masculine norms. *Child Abuse & Neglect*, 37, 380-387.
- Felitti, V. J. (2009). Adverse childhood experiences and adult health. *Academic Pediatrics*, 9, 131-132.
- Fuller-Thomson, E., Baird, S. L., Dhrodia, R., & Brennenstuhl, S. (2016). The association between adverse childhood experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study. *Child:*

- care, health and development*, 42(5), 725-734.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107-109.
- Gunnel, D., & Frankel, S. (1994). Prevention of suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 308, 1227-1233.
- Hadlaczky, G., Wasserman, D., Hoven, C. W., Mandell, D. J. & Wasserman, C. (2011). Suicide prevention strategies: Case studies from across the globe. In: R. C. O'Connor, S. Platt, & J. Gordon. *International handbook of suicide prevention*. United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hill, D. L. (2009). Relationship between sense of belonging as connectedness and suicide in american indians. *Archives of psychiatric nursing*, 23(1), 65-74.
- Hill, T. D., Ross, C. E., & Angel, R. J. (2005). Neighborhood disorder, psychophysiological distress, and health. *Journal of Health & Social Behavior*, 46, 170-186.
- Jardim, G. B. G. *et al.* (2018). Influence of childhood abuse and neglect subtypes on late-life suicide risk beyond depression. *Child Abuse & Neglect*, 80, 249-256.
- Jenkins, R., & Singh, B. (2000) General population strategies of suicide prevention. In: K. Hawton, & K. Van Heeringen *The international handbook of suicide and attempted suicide*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press: United States of America.
- Joiner, T., Sachs-Ericsson, N. J., Wingate, L. R., Brown, J. S., Anestis, M. D., & Selby, E. A. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: a persistent and theoretically important relationship. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 539-547.
- Jorm, A. F., & Mulder, R. T. (2018). Prevention of mental disorders

- requires action on adverse childhood experiences. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(4), 316-319.
- Katz, C., Bolton, S. L., Katz, L. Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., Sareen, J., & Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and anxiety*, 30(10), 1030-1045.
- Kellam, S. G., C. H., Brown, J. M., Poduska, N. S., Ialongo, W. Wang, P., Toyinbo, et al. (2008). Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence* 95: S5–S28.
- Kodish, T., Herres, J., Shearer, A., Atte, T., Fein, J., & Diamond, G. (2016). Bullying, depression, and suicide risk in a pediatric primary care sample. *Crisis*, 37, 241-246.
- Komro, K. A., Flay, B. R., & Biglan, A. (2011). Creating nurturing environments: a science-based framework for promoting child health and development within high-poverty neighborhoods. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 14, 111-134.
- Liu, J., Fang, Y., Gong, J., Cui, X., Meng, T., Xiao, B., He, Y., Shen, Y., & Luo, X. (2017). Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 220, 147–155.
- Lopez-Castroman, J. et al. (2013). Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry*, 12, 149–154.
- Mäkinen, I.H. (2016). Social dimensions of suicide. In: D. Wasserman, *Suicide an unnecessary death*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Maniglio, R. (2010). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatr Scand*, 124, 30–41.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum,

- L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., & Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, *294*, 2064–2074.
- McNeely, C. A., Nonnemaker, J. M., & Blum, R. W. (2002). Promoting school connectedness: Evidence from the national longitudinal study of adolescent health. *Journal of School Health*, *72*, 138–146.
- Mironova, P., Rhodes, A. E., Bethell, J. M., Tonmyr, L., Boyle, M. H., Wekerle, C., Goodman, D., & Leslie, B. (2011) Childhood physical abuse and suicide-related behavior: a systematic review, vulnerable children and youth Studies: An International Interdisciplinary. *Journal for Research. Policy and Care*, *6*(1), 1-7.
- Mishara, B. L., & Ystgaard, M. (2006). Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippy's Friends. *Early Childhood Research Quarterly*, *21*(1), 110-123.
- Mo, P. K., Ko, T. T., & Xin, M. Q. (2018). School-based gatekeeper training programmes in enhancing gatekeepers' cognitions and behaviours for adolescent suicide prevention: A systematic review. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *12*(1), 1-24.
- Newcomer, A. R., Roth, K. B., Kellam, S. G., Wang, W., Ialongo, N. S., Hart, S. R., & Wilcox, H. C. (2016). Higher childhood peer reports of social preference mediates the impact of the good behavior game on suicide attempt. *Prevention science*, *17*(2), 145-156.
- Perry, B.D., Szalavitz, M. (2006). *The boy who was raised as a dog*. Basic Books: New York.
- Olcoñ, K., Kim, Y., & Gulbas, L. E. (2017). Sense of belonging and youth suicidal behaviors: What do communities and schools have to do with it?. *Social work in public health*, *32*(7), 432-442.
- Ross, C.E. (2000). Neighborhood disadvantage and adult depression. *Journal of Health and Social Behavior*, *41*, 177–187

- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. Oxford University Press: United Kingdom.
- Smith, E. P., & Bradshaw, C. P. (2017). Promoting nurturing environments in afterschool settings. *Clinical child and family psychology review*, 20(2), 117-126.
- Terpstra, S., Beekman, A., Abbing, J., Jaken, S., Steendam, M., & Gillissen, R. (2018). Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC public health*, 18(1), 1-8.
- Tingstrom, D. H., Sterling-Turner, H. E., & Wilczynski, S. M. (2006). The good behavior game: 1969-2002. *Behavior modification*, 30(2), 225-253.
- Wasserman, D. (2016a). Negative life events and suicide. In D. Wasserman *Suicide an unnecessary death*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Wasserman, D. (2016b). Suicidal people's experiences: Trauma/negative events. In D. Wasserman, *Suicide an unnecessary death*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Whitlock, J. L. (2006). Youth perceptions of life at school: Contextual correlates of school connectedness in adolescence. *Applied Developmental Science*, 10, 13-29.
- Wilcox, H.C., Kellam, S. G., Brown, C. H., Poduska, J., Ialongo, N. S., Wang, W., & Anthony, J. (2008). The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicidality. *Drug and Alcohol Dependence*, 95S, S60-S73
- Wilson, D.S. (2007). *Evolution for everyone: How Darwin's Theory can change the way we think about our lives*. New York: Delacorte Press.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global perspective*. Geneva: World Health Organization.

# Espiritualidade, Religiosidade e Suicídio

*Nadja Maria Rocha de Albergaria*

*Juliana Bredemeier*

## Introdução

O suicídio é um fenômeno complexo, multifatorial, sendo considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2019), um sério problema de saúde pública global, pois, a cada ano, 800 mil pessoas interrompem a própria vida, afetando famílias, amigos, e até a nação, dependendo do papel que o indivíduo representava na sociedade. O número de tentativas é ainda muito maior, significando um fator de risco importante no comportamento suicida (OMS, 2006).

Apesar da dificuldade de se versar sobre esta temática, nunca houve tantas evidências de que a melhor maneira para se enfrentar o problema do suicídio é falando sobre o assunto (Scavacini, 2018) e conhecendo os fatores de risco e de proteção (Santos, Ulisses, Costa, Farias, & Moura, 2016). Os fatores de risco são aqueles que tendem a aumentar a vulnerabilidade do indivíduo. Estão envolvidos em uma complexa interação entre aspectos biológicos, culturais, sociodemográficos, psicossociais, transtornos mentais, tentativas anteriores, acesso a meios letais, entre outros (Botega, 2015). Os fatores de proteção são aqueles que conduzem o indivíduo a uma vida mais saudável e produtiva, com maior sensação de bem-estar, tais como, flexibilidade cognitiva, resiliência, rede de apoio, estrutura familiar funcional e crenças culturais e religiosas que promovam a autopreservação (Botega, 2015; Scavacini, 2018).

É importante também compreender que nem todos esses elementos têm o mesmo peso, visto que o suicídio é um ato individual

e multifatorial, um processo final de uma série de eventos, quase sempre envolto em silêncio, tabu, preconceito, estigmatização e discriminação (Scavacini, 2018).

Ao perscrutar os fatores de proteção constatamos que pesquisas contemporâneas têm demonstrado evidências da espiritualidade e da religiosidade como recursos significativos na redução do suicídio (Bullock, Nadeau, & Renaud., 2012; Caribé et al., 2012; Chen, Koh, Kawachi, Botticelli, & VanderWeele, 2020; Koenig, 2012; Svob et al., 2018; VanderWeele, Kalai, & Kawachi, 2016). Somando-se a isso, a OMS (1984), em sua 37<sup>a</sup> Assembleia Mundial, reconheceu a dimensão espiritual como um fator importante em todos os aspectos da vida e convidou os Estados Membros a incluí-la nas suas políticas de saúde, de acordo com padrões sociais e culturais de cada região.

Similarmente, percebendo a necessidade da compreensão de outras gnoseologias, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP, 2016), após diversos debates, resolveu aprofundar a temática espiritualidade e religião, publicando a coleção “Psicologia, laicidade e as relações com a religião e a espiritualidade”. O 3<sup>o</sup> volume desta obra, “Psicologia, espiritualidade e epistemologias não hegemônicas”, apresenta estudos e reflexões sobre os aspectos espiritualidade/religiosidade através de artigos que buscam esclarecer as diferenças e as similitudes entre essas dimensões, as emergências espirituais, a transcendência, o diagnóstico diferencial, etc. Esses textos são abordados através de olhares de autores distintos, em diferentes perspectivas psicológicas (CRP-SP, 2016).

A OMS (2012a), desenvolveu de forma transcultural, o Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (SRPB) para ser utilizado de forma adicional ao instrumento de avaliação de Qualidade de Vida, resultando no WHOQOL-SRPB. O módulo possui 32 itens para aferir a fé, conexão ou força espiritual, sentido

da vida, totalidade e integração, esperança e otimismo, paz interior e admiração.

Embora exista atualmente um grande número de diferentes instrumentos de medida em uso em todo o mundo, no Brasil, há poucas informações sobre a mensuração dessas dimensões. Lucchetti, Lucchetti, & Vallada (2013) em uma revisão sistemática, apresentaram 20 instrumentos de medição de espiritualidade e religiosidade disponíveis na língua portuguesa. Destes, 45% aferiam a religiosidade, 40% a espiritualidade, 10% o coping religioso/espiritual e 5% avaliavam religiosidade e espiritualidade.

Considerando que a definição para essas dimensões ainda apresenta controvérsias, reportarmo-nos aqui aos conceitos de Koenig, McCullough e Larson (2001), para quem a Espiritualidade é entendida como uma busca pessoal do sentido para a vida e de sua relação com o sagrado, como algo que transcende ao humano, podendo ou não ter vinculação com rituais religiosos. Os mesmos autores definem Religiosidade como a forma e o modo que o indivíduo utiliza práticas e rituais, dentro de um sistema de crenças, para se aproximar do divino ou transcendente (Koenig et al., 2001).

Apesar das particularidades de cada uma dessas dimensões – espiritualidade e religiosidade –, optamos neste artigo, por utilizar a associação entre esses dois aspectos, que aqui serão representados pela expressão E/R.

Este artigo é uma revisão narrativa de literatura que possui caráter amplo e sem rigor metodológico. Os descritores utilizados foram: espiritualidade, religiosidade, suicídio, fatores de proteção e saúde mental. Foram realizadas pesquisas em livros, documentos de instituições, artigos e teses de doutorado, disponíveis em sites, revistas eletrônicas e nos bancos de dados científicos, nos idiomas português e inglês. As bases eletrônicas utilizadas foram: Literatura Latino-

Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Destarte, nesta revisão narrativa, objetivamos trazer evidências da importância das dimensões espirituais e religiosas, como mediadoras e como fatores de proteção no suicídio, sem desconsiderar que todos os aspectos biopsicossociais protetivos e os de riscos são importantíssimos nesse fenômeno. Bem como, consideramos de extrema relevância social a inclusão desses aspectos, pelos profissionais de saúde, na avaliação e tratamento de pacientes em crise suicida, fundamentados em um atendimento orientado pelo conceito de saúde integral, que considera o paciente em sua singularidade, complexidade e integralidade, nos seus aspectos biopsicossocioespirituais.

## **Espiritualidade, Religiosidade e Suicídio**

Segundo o último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), apenas 8% dos cidadãos brasileiros declararam não ter religião. As estimativas do Instituto Pew Research Center (2012) apontaram que 84% da população mundial possui algum tipo de filiação religiosa. Por conseguinte, diante desses dados, podemos asseverar a alta expressividade da dimensão E/R na humanidade.

Diversas pesquisas reconhecem esses aspectos como fatores preditores do bem-estar e saúde mental (Freire & Moleiro, 2015; Koenig, 2012; Moreira-Almeida, Lotufo Neto, & Koenig, 2006; Oliveira & Pinto., 2018) e como agentes protetivos da ideação e do comportamento suicida (Caribé et al., 2012, 2018; Koenig, 2018).

Um dos grandes estudos sobre as relações entre religiosidade e suicídio foi realizado longitudinalmente nos Estados Unidos (EUA), por VanderWeele et al. (2016), com 89.708 enfermeiras, acompanhadas

durante 14 anos - 1996 a 2010. Essa pesquisa concluiu que as mulheres que compareceram a serviços religiosos, pelo menos uma vez por semana, apresentaram uma taxa de suicídio cinco vezes menor, em comparação àquelas que não frequentavam esse tipo de atividade.

Um outro estudo relevante avaliou a importância e a frequência religiosa de três gerações - 214 filhos de 112 famílias nucleares -, por 30 anos (Svob et al., 2018). Concluiu-se que a crença e a importância dada aos pais nessa dimensão estavam associadas a um menor risco de comportamento suicida dos descendentes, mesmo quando os filhos não apresentavam religiosidade.

Analogamente, uma pesquisa mais recente (Chen et al., 2020) associou a frequência ao serviço religioso a um menor risco de morte por desespero (suicídio, overdose de substâncias e doenças crônicas do fígado e cirrose) entre os 100 mil profissionais de saúde, acompanhados por mais de 15 anos.

Ao tratar da relação entre E/R, suicídio e abuso de substâncias, Koenig (2018) comenta sobre estudos realizados com populações e grupos de pesquisas distintos, em diversas áreas do mundo. Relata que de 141 pesquisas sobre o suicídio, 75% apontaram taxas mais baixas desse tipo de ocorrência entre as pessoas que apresentavam envolvimento E/R. Esse percentual aumentou para 86% quando foram examinadas as relações entre o envolvimento E/R e o uso/abuso de álcool, foco de 278 estudos (Koenig, 2018).

## **E/R como Fator de Proteção nas Diversas Fases da Vida Humana**

A trajetória da religiosidade se inicia nos primeiros anos de vida e continua no curso da existência. A forma de aprendizagem e prática apresentam variações na intensidade e na qualidade. Inclusive, parece haver um consenso de que, na senectude, a dimensão religiosa

representa uma parte fundamental nas vivências cotidianas (Dalgarrondo, 2008).

É importante pontuar a relevância da E/R no comportamento/ideação suicida nas diversas etapas da vida humana, o que já foi apontado em diferentes pesquisas com foco na infância (Svob et al., 2018), na adolescência (Bullock et al., 2012; Koenig et al., 2001), na adultez (VanderWeele et al., 2016; Chen et al., 2020) e na senectude (Grangeiro et al., 2017).

Holder, Coleman e Wallace (2010) através de uma pesquisa realizada com 320 crianças com idades entre oito e 12 anos, evidenciaram que as que tinham maior ligação com a espiritualidade eram mais felizes. E essa relação positiva foi análoga à de estudos realizados com adolescentes e adultos.

Estudos diversos têm indicado uma conexão da E/R com felicidade, bem-estar e comportamento saudável entre adolescentes (Bullock et al., 2012; Farinha et al., 2018). Uma pesquisa realizada por Chen e VanderWeele (2018), que acompanharam em torno de seis mil adolescentes, com idade média de 14,7 anos, por oito a 14 anos, investigou a correlação entre frequência ao serviço religioso/oração com bem-estar e comportamento saudável. As conclusões do estudo indicaram que a frequência de pelo menos uma vez por semana em um agrupamento religioso, ou a realização de oração uma vez ao dia, foram associadas a uma maior saúde e bem-estar, maior senso de missão, menor probabilidade de uso de drogas e de iniciação sexual precoce e menos sintomas depressivos.

Na fase da adultez são diversas as constatações associando a E/R com qualidade de vida (Panzini & Bandeira., 2007) e com saúde mental (Freire & Moleiro., 2015; Koenig, 2018; Oliveira & Pinto, 2018). Outros estudos já apontaram a E/R como fator de proteção para o comportamento suicida

(Caribé et al., 2012; Koenig, 2018; Santos et al., 2016).

A dimensão E/R também traz benefícios na senectude, em especial no que diz respeito à saúde mental e a qualidade de vida (Caribé et al., 2012; Moreira-Almeida et al., 2006). Granjeiro et al. (2017), em uma revisão sistemática, trazem evidências do impacto positivo na vida dos idosos quando a E/R está inserida no seu cotidiano, contribuindo para o enfrentamento das dificuldades, para uma maior sobrevivência e na preparação para a morte.

Importante observar que os elementos acima apresentados, resultantes da relação E/R nas diversas etapas da vida humana, já foram descritos na literatura como protetivos para o comportamento suicida (Santos et al., 2016; Scavacin, 2018). Desse modo, pode-se compreender que as dimensões espiritual e religiosa atuam não apenas diretamente como fatores de proteção, mas também como mediadores protetivos no fenômeno suicídio.

## **E/R e os Enlutados por Suicídio**

O luto por suicídio, por ser oriundo de uma morte inesperada e violenta, afeta não só a família como também amigos, colegas de trabalho, etc. (OMS, 2012b). Vivenciar esse tipo de processo de enlutamento, significa adentrar em especificidades como tabu, estigma social, isolamento, que estão permeados numa mistura de sentimentos e emoções, como culpa, vergonha, desamparo, rejeição, tristeza profunda, raiva, etc., além da busca do porquê (Scavacini, Cornejo, & Cescon., 2019; Silva, 2015).

Os enlutados por suicídio manifestam uma intensa dor psíquica, envolta em desespero, abatimento, aflição, angústia e remorso. Outra peculiaridade apresentada é a omissão do tipo de morte. O silêncio, apesar de ser uma forma de enfrentamento da dor, dificulta a elaboração do luto de forma saudável (Miranda, 2014).

O suicídio afeta também os profissionais de saúde. O processo de luto decorrente da morte autoinfligida de um paciente envolve a elaboração de sentimentos ambivalentes, de lembranças e de ressignificação do vínculo. A perda poderá levar a evitação de atendimento a pessoas em risco suicida, questionamentos sobre a capacidade profissional e até culpa e receio de ser responsabilizado pela morte (Botega, 2015).

Apesar de não existir uma receita universal para a elaboração e ressignificação de uma perda por suicídio, um dos recursos essenciais é amparar-se na fé e em Deus (Dutra, Preis, Caetano, Santos, & Lessa, 2018). Além disso, pode-se buscar suporte na comunidade religiosa e nas suas práticas, dentre as quais destaca-se, como um dos elementos mais significativos para definir o curso do luto, a possibilidade da obtenção do perdão de Deus para aquele que morreu (Cândido, 2011).

Uma pesquisa qualitativa realizada na Suíça, com 50 enlutados por suicídio, apontou que a espiritualidade e a religiosidade constituíram importantes recursos para o enfrentamento da dor e para a ressignificação do sofrimento. Em suas narrativas, os participantes descreveram a relevância do apoio dos companheiros de fé, e das cerimônias e rituais religiosos de despedida, independente de possuírem ou não uma crença. E ainda, quase todos os enlutados relataram acreditar na possibilidade de vida após a morte. A convicção de que a vida continua parece ajudar os enlutados no processo do luto, pois gera um vínculo contínuo com o falecido (Dransart, 2018).

## **E/R e Efeitos Negativos**

Indubitavelmente não podemos deixar de registrar os pontos negativos envolvidos nessa relação E/R, principalmente quando o sentido, o significado e a forma com que o indivíduo vivencia a

espiritualidade e a religiosidade é matriz de estresse e sofrimento.

Segundo Koenig (2018), as crenças religiosas, da mesma forma que dão sentido à vida, influenciam o modo como as pessoas lidam com a doença, podendo ser conflitantes com alguns tratamentos prescritos por médicos e, como consequência, afetando a resposta terapêutica. A religiosidade, de modo geral, corrobora para adoção de um comportamento saudável e o estabelecimento de uma rede de apoio social, contudo, algumas crenças aumentam o estigma em relação ao suicídio e podem desmotivar a procura por assistência médica (Botega, 2015).

As crenças religiosas podem ser rígidas e inflexíveis, provocando tensões intra e interpessoais, que interferem na saúde física e mental. Podem levar à separação de amigos e familiares que não coadunam com aquele tipo de devoção. Por vezes, o paciente necessita de cuidados psiquiátricos e/ou psicoterápicos e sua comunidade religiosa o orienta apenas a orar e ler a Bíblia. Outras pessoas cessam o uso de um medicamento depois de participarem de algum tipo de reunião de cura, escolhendo a fé em substituição à medicina (Koenig, 2018).

Dentro das dimensões E/R, as pessoas também podem questionar o amor ou os atos divinos, atribuir punição e transferir a responsabilidade pela resolução dos problemas para Deus. A religiosidade pode, também, ser indutora de culpa, vergonha, medo, estresse (Panzini & Bandeira, 2007).

De maneira geral, a forma como a religião retrata a morte autoinfligida parece determinar a postura e a atitude dos enlutados por suicídio e validar certas sanções religiosas, que acabam atuando como fatores de proteção para algumas pessoas (Cândido, 2011), dependendo do significado que o indivíduo atribui à essas crenças, frente a situações exaustivas. Poderíamos citar, como exemplo, certas medidas punitivas – pecado, inferno, castigo de Deus –, que

serviriam de contenção para comportamentos socialmente considerados não saudáveis.

E, especificamente, para o profissional de saúde, a melhor maneira de lidar com situações conflitantes entre crenças religiosas e tratamentos médicos ou psiquiátricos é tentar compreender o porquê dessa decisão, dentro da visão de mundo do paciente. Essa ação pode favorecer o alinhamento do profissional de saúde com a autoridade religiosa, possibilitando o esclarecimento sobre qualquer interpretação errônea que o paciente possa ter em relação a sua crença (Koenig, 2018).

### **Dificuldades na Inserção da E/R na Prática Clínica**

Embora haja evidências consistentes sinalizando a E/R como fatores de proteção, essas dimensões ainda são, na maioria das vezes, negligenciadas no fenômeno multifacetado do suicídio, na prática clínica.

Uma série de entraves são expostos pelos profissionais de saúde para a avaliação das questões espirituais e religiosas junto aos pacientes. Entre eles, falta de conhecimento e de treinamento; falta de tempo; medo de impor pontos de vista; crença de que o conhecimento da religião não é relevante ao tratamento; desconforto interpessoal. Esses impedimentos são retificados à medida que o profissional é apresentado às pesquisas que relacionam E/R com saúde e são submetidos a algum treinamento (Koenig, 2018).

A World Psychiatric Association, ao posicionar-se sobre a espiritualidade e religiosidade em psiquiatria, recomendou que as dimensões E/R devem ser consideradas no histórico do paciente; que essa abordagem deve ser centrada na pessoa e realizada de maneira sensível e respeitosa quanto às crenças e práticas dos pacientes, suas famílias e cuidadores. Salienta que os psiquiatras, independentemente de

suas crenças, devem estar dispostos a atuar junto a líderes/membros de comunidades religiosas e incentivar seus colegas multidisciplinares a procederem da mesma forma (Moreira-Almeida, Sharma, Van Rensburg, Verhagen, & Cook, 2016).

Coletar o histórico religioso e espiritual do paciente, além de favorecer o vínculo com o profissional de saúde, possibilita a reunião de informações importantes sobre o papel da E/R na vida do indivíduo perante um processo de conflitos/doenças. Esses dados possibilitarão identificar se essas dimensões são fatores de proteção ou fonte de angústia e estresse. Além disso, obtém-se informações sobre os sistemas de apoio e recursos que o paciente tem dentro da comunidade. Percebendo que o indivíduo não vivencia as dimensões E/R, o profissional poderá perguntar o que dá sentido ou significado à sua vida e quais crenças culturais podem impactar no tratamento (Koenig, 2018).

Um estudo foi realizado com 50 graduandos da área de saúde, que após treinamento, passaram a coletar a história espiritual de 362 pacientes internados em um hospital. Do total dos estudantes, 85,1% relataram que os pacientes se sentiram melhor e mais motivado com esta abordagem, 72,1% apontaram que mais benefícios poderiam advir com um acompanhamento das necessidades apresentadas e 60,1% sentiram-se confortáveis ao coletar a história espiritual (Gonçalves et al., 2016).

A maioria dos pacientes deseja que os profissionais de saúde considerem suas necessidades espirituais e religiosas (Koenig, 2018). Uma pesquisa realizada com 213 pacientes avaliados em um hospital psiquiátrico, indicou que a maioria solicitou assistência religiosa durante a internação (85,0%), mesmo aqueles sem afiliações religiosas formais (Lucchetti, Braguetta, Vallada & Vallada, 2013).

Enlutados por suicídio também já expressaram seu desejo de verem sua E/R abordada nos seus atendimentos. Afinal, questões es-

pirituais e religiosas desempenham um papel importante no processo de construção e reconstrução de significado no processo de luto (Dransart, 2018).

Afinal, como afirmou Koenig (2018), “Ser religioso ou espiritual é parte do que muitas pessoas são, forma a raiz de sua identidade como seres humanos e dá sentido e propósito à vida. Especialmente quando a doença ameaça a vida ou seu modo de vida” (p.32).

### **Considerações Finais**

Esta revisão narrativa objetivou demonstrar a importância da espiritualidade e da religiosidade como mediadores e como fatores de proteção do suicídio, através de estudos realizados com populações e grupos, em pesquisas nacionais e internacionais, sem desconsiderar a importância de todos os outros elementos biopsicossociais protetivos e os de riscos.

Na perquisição da temática, encontramos alguma dificuldade para encontrar subsídios, principalmente de dados brasileiros, que discorressem sobre a especificidade da relação E/R e suicídio. Diante dessa carência, ressaltamos a importância da construção de conhecimentos científicos quantitativos e qualitativos no Brasil, país que contabiliza um número expressivo de cidadãos com algum tipo de afiliação religiosa. Vale mencionar, que parte dessa dificuldade pode decorrer do fato de que o presente estudo constituiu uma revisão narrativa, em que não há um protocolo sistematizado de busca das fontes, de modo que o viés das autoras teve impacto na seleção dos artigos utilizados.

Percebemos também que, apesar das evidências indicando a E/R como fator de proteção no fenômeno multifatorial da morte autoinfligida, há uma dificuldade na compreensão e inserção no atendimento/acolhimento do tentante e do enlutado por suicídio por parte

dos profissionais de saúde. Dessa forma, faz-se necessária a inclusão dessas temáticas em todos os níveis de formação e atuação desses profissionais.

Destarte, presumimos que esta publicação deva contribuir para a atualização de conhecimento e fomentar novos estudos para que as dimensões espiritualidade e religiosidade sejam amplamente utilizadas como um dos recursos relevantes e significativos dentro do fenômeno complexo e subjetivo, chamado suicídio.

## Referências

- Botega, N. (2015). *Crise suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Bullock, M., Nadeau, L., & Renaud, J. (2012). Spirituality and religion in youth suicide attempters' trajectories of mental health service utilization: The year before a suicide attempt. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(3), 186–193. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413468/>
- Cândido, A. (2011). *O enlutamento por suicídio: Elementos de compreensão na clínica da perda*. [Tese de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília]. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/10000>
- Caribé, A., Nunez, R., Montal, D., Ribeiro, L., Sarmiento, S., Quarantini, L., & Miranda-Scippa, A. (2012). Religiosity as a protective factor in suicidal behavior: A case-control study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(10), 863–867. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31826b6d05>
- Caribé, A., Casqueiro, J., & Miranda-Scippa, A. (2018). Suicídio e espiritualidade. *HU Revista*, 44(4), 431–436. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2018.v44.16978>
- Chen, Y., & VanderWeele, T. (2018). Associations of religious upbringing

- ging with subsequent health and well-being from adolescence to young adulthood: An outcome-wide analysis. *American Journal of Epidemiology*, 187(11), 2355–2364. <https://doi.org/10.1093/aje/kwy142>
- Chen, Y., Koh, H., Kawachi, I., Botticelli, M., & VanderWeele, T. (2020). Religious service attendance and deaths related to drugs, alcohol, and suicide among US health care professionals. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 737–744. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0175>
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2016). *Psicologia, espiritualidade e epistemologias não hegemônicas* (Coleção Psicologia, laicidade, e as relações com a religião e a espiritualidade, Vol. 3). <https://www.crpsp.org/impresso/view/76>
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Religião, psicopatologia e saúde mental*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Dransart, D. (2018). Spiritual and religious issues in the aftermath of suicide. *Religions*, 9(5), 153. <https://doi.org/10.3390/rel9050153>
- Dutra, K., Preis, L., Caetano, J., Santos, J., & Lessa, G. (2018). Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2274–2281. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0679>
- Farinha, F., Banhara, F., Bom, G., Kostrisch, L., Prado, P., & Trettene, A. (2018). Correlação entre espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em adolescentes. *Revista Bioética*, 26(4), 567–573. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018264275>
- Freire, J., & Moleiro, C. (2015). Religiosity, spirituality, and mental health in Portugal: a call for a conceptualisation, relationship, and guidelines for integration (a theoretical review). *Revista Psicologia*, 29(2), 17–32. <https://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v29i2.1006>
- Gonçalves L., Osório, I., Oliveira, L., Simonetti, L., Reis, E., & Lu-

- chhetti, G. (2016). Learning from listening: Helping healthcare students to understand spiritual assessment in clinical practice. *Journal of religion and health*, 55(3), 986–999. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0146-y>
- Granjeiro, A., Gomes, L., Alves, V., & Faleiros, V. (2017). Impacto da religiosidade e espiritualidade em pessoas idosas centenárias: Revisão sistemática. *Ciencias Sociales Y Religión/Ciências Sociais e Religião*, 19(27), 173–182. <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/csr/article/view/12506/7868>
- Holder, M., Coleman, B., & Wallace, J. (2010). Spirituality, religiousness, and happiness in children aged 8–12 years. *Journal of Happiness Studies*, 11(2), 131–150. <https://doi.org/10.1007/s10902-008-9126-1>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf)
- Koenig, H. (2018). *Espiritualidade no cuidado com o paciente: Por que, como, quando e o quê* (3ª ed.). AME-SP.
- Koenig, H., McCullough, M., & Larson, D. (2001). *Handbook of religion and health: A century of research reviewed*. Oxford University Press.
- Koenig, H. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1–33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Lucchetti, G., Braguetta, C., Vallada, C., & Vallada, H. (2013). Exploring the acceptance of religious assistance among patients of a psychiatric hospital. *Int J Soc Psychiatry*, 59(4), 311–317. <https://doi.org/10.1177/0020764011433628>
- Lucchetti, G., Lucchetti, A., & Vallada, H. (2013). Measuring spirituality and religiosity in clinical research: A systematic review of instruments available in the portuguese language. *São Pau-*

- lo Med J.*, 131 (2), 112–122. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802013000100022>
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242–250. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>
- Moreira-Almeida, A., Sharma, A., Van Rensburg, B., Verhagen, P., & Cook, C. (2016). WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. *World Psychiatry*, 15(1), 87–88. <https://doi.org/10.1002/wps.20304>
- Oliveira, F., & Pinto, A. (2018). Psiquiatria e espiritualidade: Em busca da formulação bio-psico-socio-espiritual do caso. *HU Revista*, 44(4), 447–454. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2018.v44.28020>
- Organização Mundial da Saúde (1984). *A dimensão espiritual na estratégia global de saúde para todos até o ano 2000*. 37ª Assembleia Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/160950>
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Prevenção do Suicídio: Um recurso para conselheiros*. [https://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_portuguese.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf)
- Organização Mundial da Saúde (2012a). *WHOQOL-SRPB: Scoring and coding for the WHOQOL SRPB field-test instrument: Users manual, 2012 revision*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77778>
- Organização Mundial da Saúde (2012b). *Public health action for the prevention of suicide: A framework*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75166>
- Organização Mundial da Saúde (2019). *Suicide in the world: Global health estimates*. <https://www.paho.org/pt/topicos/suicidio>
- Panzini, R., & Bandeira, D. (2007). Coping (enfrentamento) religio-

- so/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126–135. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>
- Pew Research Center (2012). *The global religious landscape: A report on the size and distribution of the world's major religious groups as of 2010*. <https://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/11/2014/01/global-religion-full.pdf>
- Santos, W., Ulisses, S., Costa, T., Farias, M., & Moura, D. (2016). A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(3), 515–526. <https://dx.doi.org/10.15309/16psd170316>
- Scavacini, K. (2018). *O suicídio é um problema de todos: A consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/T.47.2018.tde-26102018-155834>
- Scavacini, K., Cornejo, E., & Cescon, L. (2019). Grupo de Apoio aos enlutados pelo suicídio: Uma experiência de posvenção e suporte social. *Revista M.*, 4(7), 201–214. <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.201-214>
- Silva, D. (2015). Na trilha do silêncio: Múltiplos desafios do luto por suicídio. In G. Casellato (Org.), *O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido* (pp. 111–128). Summus Editorial.
- Svob, C., Wickramaratne, P., Reich, L., Zhao, R., Talati, A., Gameroff, M., Saeed, R., & Weissman, M. (2018). Association of parent and offspring religiosity with offspring suicide ideation and attempts. *JAMA Psychiatry*, 75(10), 1062–1070. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.2060>
- VanderWeele, T., Li, S., Tsai, A., & Kawachi, I. (2016). Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. *JAMA Psychiatry*, 73(8), 845–851. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1243>

# **O Comportamento Suicida na Literatura Jovem-Adulto Contemporânea: Pertencimento, *Connectedness*, Identidade e Sentido de Vida**

*Caroline Dantas de Freitas*

## **Introdução**

O presente trabalho propõe-se a apresentar uma leitura reflexiva de três obras da literatura jovem-adulto contemporânea que apresentam, direta ou indiretamente, a temática do suicídio. Entende-se que a literatura, ficcional ou não, é um retrato literário do tempo e espaço em que se insere e da subjetividade contemporânea. É possível – se não necessário – melhor compreender o Brasil na segunda metade do século XIX lendo a obra de Machado de Assis tanto quanto a leitura de Dostoiévski para a Rússia do mesmo tempo ou de Shakespeare para a Inglaterra de três séculos antes.

De modo muito menos ambicioso que tais leituras poderiam se propor, debruça-se, neste trabalho, sobre três livros escritos pela autora norte-americana Gayle Forman, que retrata e se dedica ao público jovem-adulto do início do século XXI. Forman já figurou como autora número um do Jornal New York Times e teve seus livros publicados em mais de 40 países (Walters, 2021). Imagina-se que seu conteúdo tenha, portanto, chegado a estes países e encontrado ressonância em seu público leitor, o que garantiria à autora tal sucesso.

Segundo Caldin (2001), a leitura pode ser um ato modulador das emoções no qual, através da identificação com personagens, cenários, valores ou afins, o leitor pode se projetar sobre estes elementos, introjetar conteúdos e entrar em contato com os próprios sentimentos

de forma transformadora, desenvolvendo uma resposta emocional singular e renovada, numa espécie de catarse. Mais recentemente, o grupo de pesquisa sueco do Instituto Karolinska (Kasahara-Kitane et al, 2015) verificou que o hábito da leitura como lazer funciona como fator de proteção em relação à ideação suicida entre jovens que apresentam baixo senso de pertencimento – conceito que será discutido adiante –, possivelmente por compensar a falta de contato social e permitir um escape dos estressores. Desta forma, parece pertinente investigar que conteúdos se colocam disponíveis para o processo *identificatório* ao longo da leitura.

### **Breve Percorso Metodológico**

As três obras analisadas eram previamente conhecidas pela autora em ocasião não acadêmica. Como toda ficção, os três livros não se propõem a uma escrita estritamente descritiva da realidade. Contudo, ao longo de suas narrativas, retratam diferentes fatores de risco e de proteção que encontramos na literatura científica ligada ao suicídio tais como aspectos sociais, emocionais e familiares, adoecimento psíquico e acesso a meios além de diferentes vivências de perdas, reais e simbólicas, e sua consequente transformação emocional (Pereira, Willhelm, Koller, & Almeida, 2018). Após a decisão de revisitar estes universos para a construção da análise, iniciou-se pela releitura dos livros e a sistematização, capítulo a capítulo, do resumo dos acontecimentos narrativos e dos excertos destacáveis.

A partir da análise dos três resumos e das reflexões e ressonâncias propiciadas por cada releitura, optou-se por um conjunto de temáticas comuns que tecem a narrativa dos personagens quanto ao comportamento suicida. Cabe dizer que a escolha pelo caminho que a discussão se fará é tão arbitrária quanto pode ser a subjetividade

interpretativa - licença poética que a literatura não-científica nos permite.

Em suas narrativas, Gayle Forman (2014, 2015, 2018) evidencia a relevância de pertencer a algo/alguém, conexões sociais positivas e das construções de uma identidade verdadeira e de um sentido para a vida. Chega-se, então, aos quatro constructos norteadores da análise – Pertencimento, *Connectedness*, Identidade e Sentido de Vida –, os quais foram conceituados por uma seleção de artigos científicos encontrados nas bases de dados Scielo, PubMed e Scholar Google sob a busca dos termos per si e combinados com os descritores Comportamento Suicida e Suicídio.

. Esta revisão narrativa será construída a partir da conceituação dos constructos interligados e da análise das obras em diálogo com o campo conceitual. Sua finalidade é evidenciar como estes elementos se relacionam com o comportamento suicida na obra da autora. Ela se justifica pelo já mencionado processo de identificação proporcionado pela leitura e pela possibilidade de as narrativas auxiliarem na compreensão do suicídio no tempo e espaço atuais, ainda que toda escrita seja uma escolha interpretativa do fenômeno.

## **Pertencimento**

Termo comumente utilizado pelas ciências humanas, o pertencimento social aparece como a possibilidade da construção de identidade em um contexto sócio-histórico, ou seja, inserindo-se na sociedade como uma pessoa autônoma e singular que se relaciona com seus pares (Tavares, 2014), com os quais divide valores, referências e visão de mundo em uma base comum. Esta construção não produz um papel social fixo, imutável, mas algumas categorias de pertencimento aos quais a pessoa se ajusta em diferentes contextos sociais,

conforme os vínculos e referências. (Morelo & Moutinho, 2021; Silva, 2018; Tavares, 2014) Ou seja, em grupos como a igreja, a família ou a escola, a pessoa se insere de modo particular de acordo com as características singulares de cada um deles, mas ainda norteadas pelo eixo uno da identidade. O senso de pertencimento está diretamente ligado à construção da identidade, individual e social (Moriconi, 2014), em função dos mecanismos envolvidos nesta construção conforme descrito adiante neste artigo.

De acordo com Gastal e Pilati (2016), o pertencimento é uma necessidade básica humana que motiva a busca por relações sociais que sejam recompensadoras, profundas e positivas, nas quais o fundamental é a qualidade dos laços que se estabelecem e a sensação de aceitação. O pertencimento, portanto, fala da necessidade de ser aceito e inserido em um grupo, o que lhe confere não apenas relações sociais, mas também características da formação subjetiva e visão de mundo. É, analogamente, sobre ter uma raiz fincada em certa base de segurança a partir da qual a pessoa, tal qual um galho, ramifica-se e se diferencia, mantendo elementos originais e podendo, a todo tempo, experimentar novas curvas no processo de crescimento individual.

Ainda segundo Gastal e Pilati (2016), a não satisfação da necessidade de pertencimento implica em consequências sociais, fisiológicas e psicológicas. Por outro lado, tê-la satisfeita implica na maior incidência de humores positivos e menor probabilidade de doenças fisiológicas. As pessoas variam dentro do espectro do pertencimento quanto à necessidade de aceitação e de estabelecer laços sociais e, por conseguinte, quanto ao modo como percebem e se comportam no meio, já que a sensação de pertencer está ligada também ao quanto a pessoa se identifica, cuida e deseja o bem de certo lugar, pessoa ou comunidade (Silva, 2018). Pessoas que apresentam maior necessidade de pertencimento desenvolvem-se melhor ao avaliar as emoções alheias, sinais de

rejeição e outras pistas sociais como, por exemplo, características ligadas ao bom relacionamento social (Gastal & Pilati, 2016).

## **Connectedness**

*Connectedness*, ou *social connectedness*, é um termo descritivo que tem ganhado força nos estudos sobre fatores envolvidos no comportamento suicida por se tratar, também, de uma necessidade humana básica, com impacto na saúde e no bem-estar (Manaccini & Brier, 2017; Rourke et al., 2018). Embora não se encontre uma tradução exata na base de Descritores em Ciências da Saúde (BIREME/OPAS/OMS, 2018), assemelha-se a uma conexão social. Esta conexão, porém, não se limitaria a um “contato, suporte ou rede social” (Rourke, Collins, & Sidani, 2018, p.3) mas seria, sim, um senso recíproco de cuidado, sentimentos positivos como suporte, afeto, compaixão e a sensação de pertencimento a certo par, grupo ou comunidade (Rourke et al., 2018; Steiner et al., 2019).

Encontra-se na literatura a discriminação entre *connectedness* escolar e familiar. A primeira fala sobre “a crença que os estudantes têm de que os adultos da comunidade escolar se importam com o seu aprendizado e com eles enquanto indivíduos”. (Manaccini & Brier, 2017, p.7) A segunda se refere ao quanto a pessoa se sente próxima, cuidada e compreendida pelos pais/responsáveis (Steiner et al., 2019). Contudo, ao longo do artigo nos ateremos ao conceito de *social connectedness*, cuja amplitude abarca os diferentes contextos sociais.

O verbo conectar-se, tradução livre do radical usado neste termo, é correntemente usado em contextos de tecnologia. Quando um cabo é utilizado para conectar dois dispositivos, ele estabelece uma interligação que implica na abertura de ambos os dispositivos para receber e transmitir informações. Invisível a olhos nus, tem-se, na verdade, o fluxo constante de impulsos elétricos que serão decodificados em tais informações. De forma análoga, ao falarmos em conexão entre duas

peessoas, dentro ou não de um grupo, fala-se de um entre relacional pelo qual passam afetos, comunicações e ações num fluxo contínuo que alimenta e fortalece esta conexão. Isto implica que haja uma disponibilidade de ambos os lados para esta construção.

Embora possam se assemelhar, os conceitos de pertencimento e *connectedness* diferenciam-se pela sua definição e perspectiva teórica de origem. O pertencimento nasce nos estudos antropológicos e sociais e coloca seu foco sobre a questão da identificação de valores e inserção em grupo social. A *connectedness*, por outro lado, embora englobe a questão do pertencimento em sua definição, é mais ampla por dialogar com os aspectos emocionais, ressaltando a questão do cuidado mútuo e da troca de afetos positivos.

A *connectedness* quando acontece de modo satisfatório, está diretamente correlacionada a um senso de identidade, relações interpessoais mais fortes e sentimentos de valorização de si (Rourke et al., 2018; Wray et al., 2020). Estudos também demonstraram a correlação inversa entre as conexões familiar e escolar e o comportamento suicida, incluindo ideação e tentativa, com uma redução importante destas últimas diante dos maiores índices de conectividade (Manacini & Brier, 2017; Steiner et al., 2019).

## **Identidade**

A identidade é um constructo diversamente teorizado que, de modo geral, para a psicologia, ocorre dentro de um processo de desenvolvimento no qual a individualização e a autonomia são construídas a partir da relação da pessoa com seu meio, com o outro; é, portanto, uma resultante relacional. Se socializar-se é, para os humanos, uma necessidade de sobrevivência, a identidade é resultado dessa socialização ao passo em que é a partir do reconhecimento, da diferenciação com o outro e das mais variadas relações sociais,

que se forma um valor identitário singular; este valor identitário, por conseguinte, dará origem à imagem e ao conceito de si. (Laurenti & Barros, 2000; Santinello, 2011; Tavares & Rosa, 2019)

A identidade é, portanto, aquilo que aproxima e diferencia o eu do outro. Aproxima, pois o eu precisa do outro, do seu olhar e de suas reações para construir o olhar sobre si. E diferencia, porque é ao compreender a singularidade neste olhar que o eu pode de fato ser alguém separado do outro. Se pertencimento é como uma raiz e *connectedness*, como um cabo de conexão, a identidade fala sobre as produções singulares, sejam aquelas dos galhos que brotam e florescem, sejam os conteúdos transferidos que, editados, ganham cores e formas.

Trata-se de um aspecto da singularidade que está em constante formação e transformação, conforme também as relações e o meio se transformam. Não é algo externo ao sujeito que funciona como alguém comandando um boneco de ventríloquo, regendo a pessoa e seus atos. Mas é, sim, os atos per si, é a ação, o comportamento que nasce da pessoa (Laurenti & Barros, 2000; Santinello, 2011; Tavares & Rosa, 2019). Entende-se, portanto, que é um constructo mutável e ativo, a partir do qual a pessoa se enxerga e se coloca no mundo.

O pertencimento, anteriormente descrito, é um passo necessário para a construção da identidade; ou, talvez, um passo possível. Dado que ele fala justamente da inserção e aceitação social, a identidade seria a resultante deste vínculo estabelecido com o meio e da qualidade dele. O modo como o outro olha e aceita o eu em sua singularidade, molda também a forma como o eu se apresenta ao outro e como olha para si mesmo.

## **Sentido de Vida**

O sentido de vida foi primeiramente contextualizado por Vítor Frankl, psiquiatra austríaco que viveu no século XX e sobreviveu ao

Holocausto, experiência que serviu de base para seus escritos nos quais pontuava este sentido como uma força motriz humana que seria a crença em significados para a própria vida, uma projeção para o futuro que implicasse em um “para quê”, uma direção. (Aquino et al., 2010; Melo, Eulálio, Gouveia, & Silva, 2013; Rovina & Oliveira, 2018) Ao longo do tempo, o conceito foi revisitado e melhor definido como um “objetivo, um propósito ou significado atribuído por uma pessoa para a própria existência” (Rovina & Oliveira, 2018, p.54) que opera de forma multidimensional. Tais dimensões são cognitiva, motivacional e afetiva que, respectivamente, referem-se às interpretações do mundo, aos valores individuais e à satisfação com a vida. (Melo et al., 2013)

O sentido de vida seria, portanto, uma espécie de âncora que se joga ao futuro, cuja corrente de ferro traça um caminho de sentidos ao qual a pessoa pode se agarrar e se impulsionar adiante. A construção do sentido é algo individual e singular: individual porque cabe a cada pessoa, diante de sua história e vivência, e consequentes sentimentos e fantasias, atribuir percepções, aprendizados e significados; e é singular porque esta é uma construção única na qual o sentido está diretamente ligado aos processos internos de cada um e a como eles tecem a narrativa para uma história. (Rovina & Oliveira, 2018)

A busca por um sentido de vida apresenta-se também como uma necessidade humana, uma tendência natural da sobrevivência, posto que ter um sentido na vida está diretamente ligado com a capacidade de suportar situações adversas e a percepção desta capacidade. Neste caso, ele funciona como um mecanismo de autorregulação que afeta tanto a percepção destas situações quanto a sensação de que se mantém um significado diante delas. É importante ressaltar que não é o sentido de vida por si que atua como regulador, mas, diante de uma situação adversa, ele faz com que uma pessoa possa acionar

os próprios recursos psicossociais que o auxiliem no enfrentamento de eventos estressores. Por outro lado, a ausência de sentido de vida é correlacionada com níveis mais altos de transtornos de humor como a ansiedade e a depressão, além de maior probabilidade de ideação suicida. (Aquino et al., 2010; Melo et al., 2013; Rovina & Oliveira, 2018)

## **Análise**

Os quatro conceitos acima descritos se entrelaçam nas histórias dos jovens Cody, Meg, Mia, Freya, Harun e Nathaniel, que vivenciam dilemas a respeito do seu lugar no mundo, social e identitário, e defrontam-se com as temáticas da perda, laço social, projeto de futuro e valor de si. Faz-se agora a análise sobre como cada narrativa os apresenta a fim de construir a sua relação com as escolhas a respeito da vida, da morte e do suicídio.

No primeiro livro de Forman (2015), “Eu estive Aqui”, somos apresentados a Cody cuja melhor amiga, Meg, acabou de suicidar-se de forma inesperada. Cody desconfia que ela possa ter tido algum tipo de ajuda e influência nesta decisão e inicia uma investigação em blogs na internet, dos quais Meg teria participado, cujo intuito geral é estimular a prática suicida. Neste caminho, Cody enfrenta suas próprias feridas, o processo de luto, sentimentos ambíguos em relação à amiga de quem se distanciara, e questionamentos sobre a sua existência. Ao mesmo tempo, descobre que, embora tenha tido auxílio de alguém para a tomada de decisão, o acesso ao meio e elaboração da cena, Meg, na verdade, sofria de um quadro depressivo importante, sem aderência ao tratamento e com dificuldade na adaptação à universidade e aos novos círculos sociais.

Cody, após a perda de Meg, vive um processo de construção da sua identidade sem aquela que sempre foi sua companheira. Tem-se algumas passagens ressaltando como as pessoas na pequena cidade

natal costumavam enxergá-las como uma unidade e tinham dificuldade em conceber a partida para a universidade de uma sem a outra. Havia uma expectativa na cidade que não diferenciava as duas e que, de certa forma, anulava Cody em comparação com Meg que costumava se destacar pela sua originalidade e irreverência, “como uma rosa brotando no deserto” (Forman, 2015, p.13). Sendo a diferença parte constitutiva da identidade como aquilo que singulariza e desenha contornos próprios a certa existência (Ribeiro & Antunes-Rocha, 2021; Tavares & Rosa, 2019), Cody foi como um apêndice de Meg. Após sua morte, vê-se não apenas sozinha, mas incompleta em si.

Durante sua investigação pelos blogs de incentivo, Cody dialoga com as mesmas pessoas com quem Meg o fez e se sente novamente conectada à melhor amiga. Sem uma identidade própria, Cody volta a colocar Meg no lugar da alteridade central com a qual se identifica; a identificação sendo o mecanismo relacional pelo qual ela constitui o olhar sobre si (Tavares & Rosa, 2019). Desta forma, a jovem também tangencia a ideiação suicida, questionando a própria existência e beirando limites que antes pareciam intocáveis para si.

Na segunda metade do livro, sua mãe – uma figura distante e pouco afetiva - é a responsável por diferenciar as duas jovens de modo explícito, destacando Cody positivamente: “você nunca desistiu [...] e talvez tivesse mais motivos para isso. Você tinha um monte de pedras nas mãos, então resolveu limpá-las, deixá-las bonitas e fez um colar. Meg ganhou um colar de joias e se enforcou com ele” (Forman, 2015, p.125). Neste momento, ela inicia o processo de diferenciação e, por conseguinte, da construção de uma identidade singular inteira; é o início da virada para que Cody se distancie dos sentimentos que remetem a como Meg se sentia, afaste-se da ideiação suicida, e retorne para o seu papel de enlutada em busca de explicações.

Também é este o momento em que a mãe, Trícia, que teve sua

parentalidade questionada ao longo de todo livro, consegue, ao atribuir-lhe uma identidade diferenciada de modo afetivo e com aceitação, assumir o lugar de cuidado e afeto, estabelecendo assim um senso de *connectedness* entre as duas que é um aspecto protetor para o suicídio (Arango et al, 2019; Manaccini & Brier, 2017). Sua imagem é, a partir daí, transformada da figura distante e alheia em uma base segura com quem Cody se conecta de forma inédita, contribuindo para a virada emocional.

O cerne da diferenciação entre Cody e Meg é a construção de sentidos e autorregulação emocional de que a primeira foi capaz. A ausência de sentido de vida é encontrada no discurso *desesperançoso* que está muitas vezes vinculado ao comportamento suicida (Färber et al, 2020). Cody, mesmo em uma vivência de adversidades, tem um propósito que a propulSIONA e aparece ao longo da narrativa fazendo um contraponto protetor ao suicídio, mesmo em suas interações no blog. Segundo sua mãe, faltou sentido à Meg.

A compreensão dos aspectos interiores de Meg na narrativa se dá a partir dos discursos alheios sobre si. Não se pode desconsiderar o fato de ela ter um quadro depressivo não tratado, por isso evita-se conclusões simplistas. O que se escreverá a partir daqui pode, portanto, ser causa, consequência ou não ter relação alguma com este quadro.

Desde a infância, Meg se destacou na cidade como alguém que despertava estranhamento e parecia não se encaixar. Pode-se supor, portanto, que Meg tenha crescido com a ausência de um senso de pertencimento àquela cidade que parecia não lhe caber e não lhe permitia *ser*. A ausência do pertencer e a pouca aceitação da sua singularidade interferiram na construção de sua identidade (Silva, 2018) e, por conseguinte, no desenvolvimento do pensamento suicida que é correlacionado com o não pertencimento, exclusão, não aceitação de si e crises identitárias (Jabur, 2019; Santos et al, 2019).

Era como se Meg estivesse presa entre o que deveria ser e aquilo que de fato desejava, e a partida, solução possível, representou um rompimento quase absoluto com pessoas e lugares; inclusive, de certo modo, com Cody. Meg descolou-se da base frágil e, em seu novo habitat, não conseguiu colar-se a algo que lhe proporcionasse pertencimento, ficando solta, à deriva, contribuindo para a fragilidade emocional (Jabur, 2019).

Dentro de sua família, o quadro depressivo da mãe, verdade silenciada, implicou na fragilidade do cuidado parental para com a jovem – ela mesma assumiu papel maternal com o irmão caçula. Neste contexto de ausência, Cody aparece como o símbolo de *connectedness* para Meg porque, com ela, consegue construir uma relação profunda e verdadeira de identificação, cuidado e pertencimento mútuos (Rourke et al, 2018). No entanto, o rompimento da partida provoca um vazio socioafetivo em Meg.

É neste vazio que *All\_BS*, o incentivador implícito do suicídio na internet, encontra espaço para seus questionamentos e vinculação. Ele se torna a pessoa de referência para Meg e a conduz ao longo de suas reflexões sobre a vida e a morte e o direito de escolha. Meg nomeia a sensação de ser compreendida e aceita, ela encontra *connectedness* em uma base nebulosa e nociva, e percorre o caminho até o ato suicida a partir de uma noção de si em que esse é o passo natural e possível.

No segundo livro, “Se eu ficar” (Forman, 2014), conhecemos Mia, uma aspirante a violoncelista que vive uma experiência espiritual, após um grave acidente de carro com sua família, na qual constata a morte dos pais e do irmão caçula e acompanha as consequências físicas do acidente em seu próprio corpo, no hospital. Ao longo de algumas horas, Mia, guiada apenas pelo seu racional, compreende que morrer ou voltar a viver é uma decisão sua. Enquanto percebe o impacto das perdas que teve e reflete sobre uma vida sem a família

nuclear e sobre aspectos da vida após a morte, seu corpo recebe visitas da melhor amiga, do namorado e dos avós. No momento final, é a música - pano de fundo condutor de toda a narrativa - a responsável por fazê-la entrar em contato emocional não apenas com as perdas, mas também com todos e tudo que ainda podem lhe representar algo positivo, determinando sua escolha pela vida. O livro traz a temática do suicídio de forma implícita e repentina – e, talvez, não intencional. Mas, ao promover a escolha entre viver e morrer, ele coloca Mia diante de um dilema suicida.

Ao longo de sua narrativa, Mia faz importantes reflexões sobre a própria identidade. Para ela, quanto mais constituía a si mesma, seus gostos, aparência, comportamentos, mais apartada da família e do namorado costumava se sentir, chegando a tentar, algumas vezes, encaixar-se de modo artificial em certos padrões mais confortáveis para eles. Mia ignora, porém, que essa construção identitária implica “num processo contínuo de igualar-se e diferenciar-se” (Ribeiro & Antunes-Rocha, 2021, p. 405); o problema não estaria localizado, portanto, em quem ela é, mas, sim, em como o grupo da família e do namorado acolhia sua singularidade. Por isso, a recusa deles às tentativas de uniformização e a reafirmação constante pela aceitação afetiva daquilo que fazia sentido para ela vão produzindo em Mia sua singularidade pertencente ao passo em que permite a expansão dos limites do grupo para cabê-la, ao invés de ela limitar a si mesma.

Isto fica evidente quando, em certa cena, ela hesita diante de uma proposta para tocarem juntos pela primeira vez. “E eu estava com um pouco de medo [...] de não conseguir me encaixar entre eles, de acabar tocando mal. Mas todos me olhavam tão incisivamente, querendo que eu me juntasse a eles, e foi aí que percebi que tocar mal não seria a pior coisa que poderia acontecer” (Forman, 2014, p.188). Após tocar e perceber a combinação única e harmoniosa que sua música

– e, portanto, si mesma – faz com o grupo, ela se dá conta, surpresa, da sua pertença.

Diante da perda do núcleo familiar no acidente, num espectro que pouco sente e mais racionaliza, Mia se vê frente ao dilema da escolha entre partir com os pais e o irmão ou ficar e viver o mundo transformado pelas perdas. Faz questionamentos sobre as razões para viver e ouve apelos dos avós, namorado e melhor amiga que asseguram que o grupo permanece ali, por ela. No entanto, Mia vive o rompimento imposto com o núcleo de *connectedness* principal; em toda a narrativa, os pais e o irmão aparecem de modo positivo como símbolo de cuidado e afeto. A *connectedness* familiar é um importante fator protetor emocional contra a depressão e ideiação suicida diante de sofrimento emocional intenso (Arango et al, 2018). Talvez, por isso, ao mesmo tempo em que esta perda a faz considerar de forma veemente a partida para a morte, é também a família, a responsável pelos contrapontos. Ela se preocupa com o que eles pensariam e sobre os desejos e sonhos que os pais tinham para ela.

Ainda assim, permanece o questionamento sobre seu sentido de vida; que razões ela teria para conquistar esses sonhos e seguir adiante? A música, que foi um fio condutor da narrativa e de todo o debate sobre identidade e relações familiares, aparece, então, como o propulsor. No clímax da história, Adam, o namorado, desiste de apelos racionais e coloca fones de ouvidos no seu corpo em coma. É este contato com a música que faz com que Mia abandone a racionalização e se permita, finalmente, sentir. Ao entrar em contato com os próprios sentimentos, embora perceba a imensidão da dor da perda, ela sente também “tudo o que tenho na vida, e isso inclui o que perdi bem como o desconhecido que a vida poderá me trazer” (Forman, 2014, p.192). Mia recupera, então, um sentido de vida que lhe faz tocar novamente as suas projeções para o futuro, o seu projeto de

vida e, portanto, permite-lhe finalmente a escolha pela vida. O sentido de vida aparece mais uma vez como regulador emocional e fator protetor para o suicídio, ou escolha pela morte, pois ele permite a esperança em um porvir e auxilia o enfrentamento de situações estressoras (Aquino et al, 2010; Färber et al, 2020; Melo et al, 2012;), mesmo a experiência dolorosa da perda vivenciada por Mia.

Por fim, em “Eu perdi o Rumo” (Forman, 2018) acompanhamos a história de três pessoas, inicialmente paralelas, que se entrelaçam ao longo de um dia. Freya, uma jovem cantora promissora que perdeu a capacidade de cantar; Harun, um descendente de muçulmanos homossexual que levou um fora do namorado secreto e Nathaniel, jovem interiorano de poucas palavras que vai até a cidade em busca do pai. Após um incidente em um parque, os três percorrem juntos consultórios médicos, restaurantes e a cidade estabelecendo uma relação, enquanto conhecemos pouco a pouco a história de cada um, cheias de dificuldades familiares e pessoais. Destaca-se a de Nathaniel que sempre viveu em uma fazenda com o pai delirante, numa parceria simbiótica que o isolou de tudo e todos que poderiam simbolizar um futuro ou um cuidado. Após a morte deste pai, Nathaniel apresenta-se disposto a morrer para se encontrar com ele, a passagem simbolizando a busca pela cura de alguém que já se sente morto. É a inesperada amizade com Freya e Harun, e as possibilidades de existência que ela representa ao longo deste dia, que impede que a morte aconteça.

Nathaniel começa como um ninguém e estabelece isso nas linhas de apresentação da narrativa, “já faz um tempo que é invisível” (Forman, 2018, p.22). Pouco a pouco sua história revela a incapacidade dele em se diferenciar da loucura do pai, que o abraçou numa “sociedade de dois” (Forman, 2018, p.43) simbiótica, apartada do resto do mundo. Por ser, como já dito, a identidade uma construção

relacional do eu a partir do outro (Ribeiro & Antunes-Rocha, 2021; Tavares & Rosa, 2019) e pelo jovem ter contado, em uma esmagadora maioria de tempo e situações, com o pai como outro central e único, ele foi incapaz de se fazer um alguém. O pai, figura delirante e, de alguma forma, dominadora, anula uma existência per si do filho e agrega-o aos seus delírios e fantasias.

Por conseguinte, Nathaniel atua de modo protetor, tentando preservar a dupla e esconder do mundo as falhas paternas. Isto se dá por culpa e algum senso de obrigação, mas, também, pelo vínculo fortalecido pelo pai desde seu nascimento, um vínculo excludente que pouco a pouco os isola – o rapaz perdeu durante sua vida todas as conexões sociais e grupos de pertencimento. Portanto, diferente de Cody que, após a perda, viu-se incompleta, mas com uma porção de si, Nathaniel é apenas uma extensão do pai que, ao partir, foi-se inteiro e deixou-o como ninguém, sem identidade. Para a ausência de visitas ou ligações após a morte do pai, o jovem justifica que “Por que chamariam? Eu já estava morto.” (Forman, 2018, p.195), e, por isso, o ato suicida faz-se possível (Jabur, 2019; Santos et al, 2019).

Ainda sobre as consequências dessa relação, é importante destacar que, embora simbióticos e parceiros de vida, a relação entre pai e filho não contém uma *connectedness*, em sua plenitude de conceito. Não há entre eles uma troca mútua de cuidado e afeto; mas há, sim, Nathaniel exercendo o papel de carcaça para um pai frágil que vive protegido do mundo, em detrimento do cuidado consigo mesmo e de suas necessidades afetivo-pessoais. Embora haja um senso de pertencimento, mesmo que incipiente e distorcido pela noção simbiótica, em momento algum o pai representa segurança, cuidado e suporte, que são elementos fundamentais para a *connectedness* e, por consequência, protetores para melhores resultados emocionais e menor grau de estresse psicológico (Steiner et al, 2021).

Não à toa, o jovem sofre intensa desorganização diante da perda, sentindo-se incapaz de vivenciar o mundo sem o pai, movimento oposto ao de Mia que se fortalecia pela *connectedness* vivenciada até então. No clímax da história, à beira de uma ponte, numa reflexão intensa sobre a própria partida, ele sintetiza: “não quer morrer. A questão nunca foi querer. Só que ele não pode mais ficar sozinho. Já passou tempo demais sozinho. [...]” (Forman, 2018, p.234)

Na narrativa, o jovem, no início da adolescência, conservava um último fio desejante que o ligava a um futuro longe dali. Jogador talentoso no beisebol, prospectava a possibilidade de conseguir uma bolsa de estudos e viver uma vida sua, no mais genuíno significado que isto pode ter. Todavia, quando, em um dos delírios do pai, ele acaba ferindo um dos olhos e, por negligência nos cuidados, perde a visão, Nathaniel rompe com o único vínculo extrafamiliar que ainda parecia e se encerra qualquer possibilidade de sentido de vida extrafamiliar. A vida com o pai é tudo que lhe resta; passa a ser esse seu sentido.

Mais uma vez, a perda do pai é um rompimento com este sentido, deixando-o em situação de desesperança, sem projeção para o futuro, “desencantado pela ausência de suporte social, de relações familiares e de vínculos afetivos significativos” (Färber, 2020, p.4), um ninguém para nada. É este menino sem identidade, sem sentido de vida e sem uma conexão social profunda que, desesperado, vai ao encontro do pai morto numa tentativa de curar a si mesmo (Pereira et al, 2018).

Ao longo do dia relatado no livro, Freya e Harun também apresentam dilemas de identidade, pertencimento, *connectedness* e sentido de vida: enquanto os de Freya são ligados à possível perda da carreira e o rompimento com a irmã e o pai, os de Harun circunscrevem sua sexualidade, religiosidade e receios quanto à possível exclusão familiar. Estes são, contudo, dilemas de quem já construiu algum

senso dos quatro elementos, e não de quem está em um momento anterior, de quem nunca chegou lá, como Nathaniel.

Para Freya e Harun, o dia vivido simboliza o reencontro com suas motivações, sua força interna e o escancaramento de suas fragilidades. Para Nathaniel, que estabelece pela primeira vez, em muito tempo, relações sociais afetivas que o singularizam, é pensar que possa haver um “mais tarde, ele não havia considerado essa possibilidade” (Forman, 2018, p.185), é cogitar que possa haver um projeto de futuro (ser enfermeiro para ajudar as pessoas na passagem, a morte como aquilo que unifica todas as criaturas, uma marca do pertencer).

No final, após um conflito pelo qual se culpa, Nathaniel regride, retoma a lógica inversa de que apenas o pai morto pode compreendê-lo, desconecta-se novamente do mundo e parte para o ato suicida. Na iminência deste, faz uma importante reflexão sobre a própria história, sua invisibilidade, a passividade alheia, e as possibilidades de vida que não puderam ser. Em seguida, repassa as lembranças daquele dia e, tomado pelos sentimentos despertados, ele se apegua às conexões e ao projeto de futuro que lhe permite esperar “Porque hoje Nathaniel não ficou só.” (Forman, 2018, p. 235). O rompimento com as ausências de sentido e de possibilidades e o estabelecimento de uma rede de suporte e sustentação faz com que o suicídio deixe de ser o único caminho possível para ele (Pereira et al, 2018; Rovina & Oliveira, 2018).

No momento da hesitação, Freya e Harun aparecem para o desfecho: “Eles o veem. Ele os ouve. Os três se encontram.” (Forman, 2018, p.235) Acaba assim o livro, de forma breve, mas extremamente significativa: eles o veem como ele realmente é, em toda sua singularidade, aceitam-no e, por isso, estabelece-se um senso de pertencimento. Nathaniel também os ouve, a partir do olhar deles; o menino, que antes não era visto, agora pode existir, ter uma identidade. E os

três se encontram em uma real *connectedness* de troca, afetividade, cuidado e pertença.

## Conclusões

Pretendeu-se demonstrar como os conceitos apresentados se relacionam com o comportamento suicida, nas obras de Gayle Forman. Observa-se, ao longo das narrativas analisadas, a constituição da identidade entrelaçada ao senso de pertencimento e à percepção de *connectedness*, os três elementos contribuindo para a construção de um sentido de vida. Relatando diferentes momentos do comportamento suicida, ideação, tentativa e consumação do suicídio, as obras apresentam como estes sentimentos podem interferir nas escolhas de vida e de morte, e como podem ser fatores de proteção na medida em que auxiliam na regulação emocional e na busca por suporte e enfrentamento.

A autora constrói estes elementos para os personagens Nathaniel, Cody e Mía como aqueles que os afastam da possibilidade suicida e os apresentam outras possibilidades. Sendo a leitura um processo *identificatório*, o contato com este conteúdo pode promover reflexões acerca da própria identidade, dos propósitos e das relações sociais e afetivas. Carecem estudos que avaliem o efeito dessas reflexões no público leitor e possíveis impactos relacionados ao comportamento suicida.

É preciso destacar a limitação imposta pela análise de obras ficcionais de uma mesma autora e que, portanto, carregam sua subjetividade na construção dos personagens e enredos. Por isso, uma investigação mais ampla a respeito do retrato do suicídio na literatura ficcional contemporânea poderá fornecer material mais consistente de análise. No entanto, pela corroboração da literatura científica acerca dos elementos trabalhados no artigo, fortalece-se a

possibilidade de que eles, de fato, tenham uma correlação importante com o comportamento suicida e impera-se que sejam investigados na população brasileira, especialmente a *connectedness* sobre a qual as pesquisas atuais têm se limitado ao contexto internacional. Esta investigação poderá servir tanto para análise do fenômeno quanto para a construção de programas de intervenção terapêutica, para os quais a leitura poderá ser um recurso possível.

## Referências

- Aquino, T. A. A., Serafim, T. D. B., Silva, H. D. M., Barbosa, E. L., Cirne, E. A., Ferreira, F. R. & Dantas, P. R. S. (2017) Visões de morte, ansiedade e sentido da vida: Um estudo correlacional. *Psicologia Argumento*, 28(63), 289-302.
- Arango, A., Cole-Lewis, Y., Lindsay, R., Yeguez, C. E., Clark, M., & King, C. (2019) The Protective Role of Connectedness on Depression and Suicidal Ideation Among Bully Victimized Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48 (5), 728-739.
- Caldin, C. F. (2001) A leitura como função terapêutica: Biblioterapia. *Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, 12, 32-44.
- BIREME/OPAS/OMS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (2018) *Descritores em Ciências da Saúde: DeCS/MeSH*. Recuperado em 30 de agosto de 2021, de <http://decs.bvsalud.org>.
- Färber, S. S., Andrade, R. M. C. R., Pereira, E. R., Refrande, N. A., & Chícáro, S. C. R. (2020) O sentido da vida e a depressão: Uma reflexão sobre fluxo migratório e fatores preditivos de suicídio. *Research, Society and Development*, 9(5), e174952471. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.24711>
- Forman, G. (2014) *Se eu Ficar* (A. Moura, Ed. & Trad.). Novo Conceito. (Trabalho original publicado em 2009)

- Forman, G. (2015) *Eu estive aqui* (F. Morais, Ed. & Trad.). Arqueiro. (Trabalho original publicado em 2015)
- Forman, G. (2018) *Eu perdi o rumo* (M. Serpa, Ed. & Trad.). Arqueiro. (Trabalho original publicado em 2018)
- Gastal, C. A., & Pilati, R. (2016) Escala de Necessidade de Pertencimento: Adaptação e Evidências de Validade. *Psico-USF*, 21(2), 285-292.
- Jabur, S. M. (2019) *O lugar do suicídio na sociedade: Trajetórias de vidas anônimas*. [Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo].
- Kasahara-Kitane, M., Hadlaczky, G., Westerlund, M., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., McMahon, E. M., Cosman, D., Farkas, L., Haring, C., Kaess, M., Kahn, J., Kealey, H., Nemes, B., Bitenc, U. S., Postuvan, V., Sisask, M., Värnik, A., Sarchiapone, M., Hoven, C. W., & Wasserman, D. (2015) Reading books and watching films as a protective factor against suicidal ideation. *Int J Environ Res Public Health*, 12(12), 15937-42.
- Laurenti, C., & Barros, M. N. F. (2000) Identidade: Questões conceituais e contextuais. *Revista de Psicologia Social e Institucional*, 2(1).
- Manaccini, M. E. & Brier, Z. M. F. (2017) School connectedness and suicidal thoughts and behaviors: A systematic meta-analysis. *School Psychology Quarterly*, 32(1), 5-21.
- Melo, R. L. P., Eulálio, M. C., Gouveia, V. V., & Silva, H. D. M. (2013) O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: O papel moderador do sentido de vida. *Psicologia: reflexão e crítica*, 26(2), 222-230.
- Morelo, B., & Moutinho, R. (2021) Contando histórias: Categorização de pertencimento e instruções-em-ação em um ambiente de ensino e aprendizagem de PLA. *Revista Brasileira de Linguística*, 21(1), 155-195.
- Moriconi, L. V. (2014) *Pertencimento e Identidade*. (Monografia de

- Conclusão de Curso). Universidade Estadual de Campinas.
- Pereira, A. S., Willhelm, A. R., Koller, S. H., & Almeida, R. M. M. (2018) Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde coletiva*, 23(11), 3767-3777
- Ribeiro, L. P., & Antunes-Rocha, M. I. (2021) Identidade e representações sociais: Evidências e correlações a partir de pesquisas da área da educação. *Educação e Cultura Contemporânea*, 18 (52), 402-435.
- Rourke, H. M, O., Collins, L., & Sidani, S. (2018) Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 18(214), 2018, 1-26.
- Rovina, C. C. L., & Oliveira, V. H. (2018) O sentido da vida e suas implicações na saúde psíquica. *Psicologia - Saberes & Práticas*, 2(1), 53-60.
- Santinello, J. (2011) A identidade do indivíduo e sua construção nas relações sociais: Pressupostos teóricos. *Revista de Estudos Comunitários*, 12(28), 153-159.
- Santos, M. S. R., Castro, L. R., Gonçalves, M. D. S., & Souza, N. S. S. (2019) Suicídio: Um grande entrave para a saúde pública nos tempos atuais. *Anais da SEMPESq*, 7. Maceió, Brasil: Unit
- Silva, A. M. S. (2018) Sentimentos de pertencimento e identidade no ambiente escolar. *Revista Brasileira de Educação em Geografia*, 8(16), 130-141.
- Steiner, R. K., Sheremenko, G., Lesesne, C., Diffus, P. J., Sieving, R. F., & Ethier, K. A. (2019) Adolescent connectedness and adult health outcomes. *Pediatrics*, 144(1), 1-9.
- Tavares, R. C. (2014) O sentimento de pertencimento social como um direito universal. *Caderno de Pesquisas Interdisciplinares em Ciências Humanas*, 15(106), 179-201.
- Tavares, S., & Rosa, C. (2019) Identidade Dialógica, Alteridade e Afetividade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e3542. Epub March

28, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3542>

Walters, L. (n.d.) *About Gayle*. Gayle Forman. Recuperado em 13 de maio de 2021, de <https://www.gayleforman.com/about>.

Wray, A., Martin, G., Ostermeier, E., Medeiros, A., Littler, M., Reilly, K., & Gitland, J. (2020) Evidence synthesis - Physical activity and social connectedness interventions in outdoor spaces among children and youth: A rapid review. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 40(4), 104-115.

**Comportamento  
Suicida e Autolesão  
na Infância e  
Adolescência**

---

# Considerações Sobre Tentativa de Suicídio e Suicídio Completo em Crianças:

*Júlia Zenni de C. Cavalheiro*

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2019), mais de setecentas mil pessoas morrem por suicídio a cada ano no mundo, constituindo-o uma grande questão de saúde pública. É possível pensar que, se o número de suicídios consumados é tão assustador, a frequência de tentativas é ainda superior, atingindo não apenas a população adulta, mas também, jovens e crianças.

Entre o período de 2011 a 2016, foram registrados 48.204 ocorrências de tentativas de suicídio no Brasil na faixa etária dos 10 a 19 anos de idade, sendo o suicídio 2<sup>a</sup>. principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos em 2016 (Brasil, 2017). Num âmbito geral, o suicídio é a segunda principal causa de mortalidade entre meninas e a terceira entre meninos, sendo os métodos mais utilizados: o enforcamento, a arma de fogo e o envenenamento. O primeiro meio é o mais utilizado por meninos, enquanto as meninas, em sua maioria, fazem uso de objetos cortantes, armas de fogo e medicamentos (OMS, 2019).

Com relação ao suicídio em crianças, tem-se poucos dados. Se utilizarmos como fronteira para a infância o limite dos 9 anos de idade, de acordo com a definição da faixa etária infantil pela OMS esses dados ficam ainda mais escassos. Acredita-se que, além do estigma em relação ao suicídio, ainda há a dificuldade no que se refere à imputação da intencionalidade do ato, em especial nessa fase da vida. Estima-se que 50 a 80% dos tentantes não chegam na assistência; ou seja, estatisticamente, muitos casos se perdem pelo desconhecimento acerca da incidência do problema (Meleiros, Teng & Wang, 2004 como citado em Lemos & Salles, 2015, p. 39).

É bem verdade que a temática da morte provoca, emocionalmente, indivíduos, famílias, profissionais envolvidos e toda a sociedade. Em se tratando de suicídio, o impacto parece ser ainda maior. Os efeitos psicológicos e emocionais crescem ainda mais quando o fenômeno do suicídio envolve crianças tão pequenas.

A incidência de tentativas e suicídio completo em crianças são menores se comparadas às outras faixas etárias. No entanto, este tema deve ser tratado com especial atenção tendo em vista sua vertente trágica, a possibilidade de denunciar um cenário adverso vivenciado na infância e a chance de se tornarem fatores de risco para tentativas de suicídio futuras.

Faz-se importante pontuar que as publicações em torno desta temática são muitas, associadas ou não às tentativas/ideações ou mesmo ao comportamento autolesivo. Entretanto, é bastante escassa a produção de trabalhos ou mesmo publicações a respeito desse tema ou mesmo tentativa de suicídio envolvendo crianças, especialmente no Brasil. Alguns achados trazem a discussão dessa problemática envolvendo a faixa etária acima dos 10 anos, comumente associada à adolescência. Isso compromete a compreensão do tema aqui proposto, já que grupo se torna muito heterogêneo no que se refere às especificidades de cada etapa, sobrepondo-se às características inerentes em cada fase do desenvolvimento psíquico, emocional, cognitivo e afetivo em que esses indivíduos se encontram. Em acréscimo, as publicações nacionais e internacionais ficam mais raras quando a faixa etária de interesse são crianças menores de 10 anos.

Os estudos internacionais encontrados, em sua grande maioria em língua inglesa, apontam para o aumento do comportamento suicida nessa faixa etária. Acrescenta-se, ainda, que, ao atentar para o fato de haver inconformidades na notificação de mortes por suicídio em crianças, em caso de ‘pequenos’ tentantes, esse registro caia ainda mais em números, não expressando o cenário real dessa problemática.

Frente às particularidades da clínica com crianças, a falta de publicações a respeito da temática do suicídio em indivíduos tão pequenos, especialmente no Brasil, e o aumento dos casos de tentativas de suicídio e suicídio completo em indivíduos cada vez menores, o objetivo do presente estudo consistiu em apresentar os fatores de risco associados ao comportamento suicida em crianças. Espera-se, com isso, produzir material que embase o desenvolvimento de intervenções e ações preventivas de saúde no âmbito da política pública. Para tal, será apresentada uma revisão narrativa a respeito dos fatores de risco envolvidos na tentativa de suicídio e suicídio completo em crianças.

## **Tentativa de Suicídio e Suicídio na infância e adolescência: Principais Achados**

### **Crianças *versus* Jovens**

Ao fazer uma pesquisa a respeito do suicídio e das tentativas de suicídio em crianças, encontrou-se um número significativo de trabalhos que contemplam uma faixa etária larga, incluindo crianças e jovens em uma mesma amostra. Além disso, são frequentes os achados que discutem fatores de risco em crianças e jovens para o comportamento suicida, estando este associado, em muitas contribuições, à autolesão<sup>3</sup>.

Apesar da relevância e grande impacto desses estudos, esses não permitem uma diferenciação entre as crianças e os jovens, em se tratando das especificidades de seus atos ou tentativas. Isso compromete a análise do comportamento suicida (tentativa de suicídio e suicídio completo), não diferenciando este dos fatores de risco específicos para a autolesão.

---

3. Grande parte dos estudos encontrados utilizam os termos automutilação, autolesão, autolesão sem intenção suicida sem que estes termos tenham alguma diferenciação em sua definição.

De acordo com a OMS (2002), o suicídio é um ato intencional e consciente de acabar com a própria vida. Já as tentativas de suicídio referem-se também a um ato intencional, mas sem que a morte fosse a consequência alcançada.

No que se refere aos registros de suicídio de crianças pequenas, encontrou-se um número muito inferior se comparado a outros grupos (ver Tabela 1, a seguir). De forma geral, a porcentagem em outras faixas etárias mais velhas ganha destaque frente ao público infantil, com ênfase em jovens e jovens adultos. Isso não significa excluir outros grupos, tal como o de idosos ou mesmo de crianças.

**Tabela 1**  
**Características dos casos notificados de lesão**  
**autoprovocada, segundo sexo, Brasil, 2011 a 2016**

Características dos casos	Feminino (N=116.113)		Masculino (N=60.098)	
	n	%	n	%
<b>Raça/cor</b>				
Branca	57.586	49,6	29.436	49,0
Negra (preta + parda)	41.478	35,7	22.382	37,2
Amarela	735	0,6	409	0,7
Indígena	555	0,5	577	1,0
Ignorado	15.759	13,6	7.294	12,1
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	967	0,8	814	1,4
Ensino fundamental incompleto	27.539	23,7	15.486	25,8
Ensino fundamental completo	7.838	6,8	3.910	6,5
Ensino médio incompleto	12.025	10,4	5.022	8,4
Ensino médio completo	15.218	13,1	6.709	11,2
Ensino superior incompleto	2.844	2,4	1.130	1,9
Ensino superior completo	2.815	2,4	1.085	1,8
Ignorado	45.872	39,5	25.083	41,7
Não se aplica	995	0,9	859	1,4
<b>Faixa etária (em anos)</b>				
0-9	1.146	1,0	998	1,7
10-19	30.075	25,9	11.789	19,6
20-29	30.099	25,9	17.243	28,7
30-39	26.207	22,6	13.130	21,8
40-49	17.060	14,7	8.114	13,5
50-59	7.806	6,7	4.774	7,9
60 e mais	3.716	3,2	4.049	6,7
<b>Presença de deficiência/transtorno</b>				
Sim	22.751	19,6	12.048	20,0
Não	67.440	58,1	33.726	56,1
Não se aplica	35	0,0	20	0,0
Ignorado	25.887	22,3	14.304	23,8
<b>Zona de residência</b>				
Urbana	110.853	89,4	51.786	86,2
Rural	8.497	7,3	6.101	10,2
Periurbana	859	0,7	473	0,8
Ignorado	2.904	2,5	1.738	2,9

*Nota.* Fonte: Recuperado de “Suicídio.Saber, agir e prevenir: Boletim epidemiológico Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde”, de Ministério da Saúde, Brasil, 2017, p. 4.

O que se intenciona destacar aqui é a escassez de olhar, de propostas e ações para o público infantil, em especial, com menos de 10 anos. Eis algumas hipóteses: a estimativa predominantemente maior em escala, em especial, do público jovem e adulto jovem (10-29 anos); o estigma envolvido a respeito do tema, especialmente por envolver crianças em baixa idade; a causa urgente de tentar diminuir as taxas de incidência desses comportamentos em grupos ditos “mais vulneráveis” (jovens e jovens adultos); ausência de expertise, capacidade técnica ou recursos financeiros, políticos, sociais e profissionais com fins à identificação e intervenção em saúde mental infantil e, por fim, a possível crença equivocada de que o “primeiro tempo” de ação deva ocorrer após os 10 anos - quando parte significativa das questões psíquicas já estão postas e em jogo.

Neste sentido, são pouquíssimos os artigos publicados que se debruçam sobre a temática do suicídio exclusivamente em crianças, especialmente, menores de 10 anos. Os poucos trabalhos encontrados envolvem discussões a partir dos cinco anos de idade, provavelmente pela escassez de dados epidemiológicos e, ainda, pelo estágio do desenvolvimento cognitivo em que a criança se encontra (i.e, que o *infans* porte ideia consciente a respeito do ato e seja capaz de reconhecê-lo, planejar ou mesmo tentar o feito).

De maneira breve, tendo em vista que este não é o objetivo central desse trabalho, os estágios propostos por Piaget possuem diferentes estruturas que viabilizam a representação de alguns conceitos. Dentre esses conceitos, é possível mencionar o conceito de reversibilidade - relevante para a aquisição do conceito de morte - que consiste na capacidade de reverter mentalmente um tipo de raciocínio (Nunes, Carraro, De Jou & Sperb, 1998). Speece e Brent (1984, como citado em Nunes, Carraro, De Jou & Sperb, 1998, p.580), ao realizarem uma revisão a respeito de como uma criança pode desenvolver o conceito

de morte, os autores identificaram três componentes básicos: irreversibilidade, não-funcionalidade e universalidade. O primeiro teria relação com a impossibilidade de retorno à vida após a morte, isto é, a morte sendo algo permanente e irrevogável; o segundo componente refere-se à compreensão da finitude das funções vitais frente à morte e, por fim, a universalidade, como sendo a morte um evento inevitável a todas as coisas vivas.

Em se tratando do conceito de morte, é possível destacar três etapas.

Na primeira (até cinco anos) não há noção de morte definitiva: a morte é compreendida como separação ou sono [...] como um estágio em que se está menos vivo; a criança aceita a morte como gradual e temporária [...] não reconhece que a morte envolve total cessação da vida e não compreende a não reversibilidade da morte. A segunda (entre cinco e nove anos), caracteriza-se por uma forte tendência a personificar a morte, que é percebida como ‘alguém’ que vem para levar as pessoas [...] compreendida como irreversível, porém não como inevitável, ou seja, como algo que acontece a todos e sobretudo a ela mesma. Somente na terceira etapa (nove a dez anos), a criança reconhece a morte como cessação das atividades do corpo e como inevitável; a morte é entendida como um processo que ocorre em todos e cujo o resultado perceptual é a dissolução da vida do corpo (Nagy, 1959 como citado em Torres 1980, p.60).

## **Comportamento Suicida e Transtornos Mentais**

É sabido que existe uma associação entre o suicídio e as tentativas de suicídio com comorbidades psiquiátricas. Dentre eles, em especial: depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia e abuso de álcool

(Souza, 2010). De acordo com Kuczynski (2014), indivíduos com dois diagnósticos psiquiátricos aumentam em 3,5 vezes o risco de tentativa em comparação aos indivíduos sem comorbidades psiquiátricas.

O estudo realizado por Claudius e Axeen (2020) revelou que as tentativas de suicídio estariam associadas, especialmente, a quadros ansiosos, de transtornos de personalidade e transtornos por uso de álcool. Acrescenta-se ainda, quadros de transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), sintomas depressivos e características impulsivas de personalidade (Goodday, Bondy, Brown, Sutradhar, & Rhodes, 2019).

Destaca-se que, de acordo com Garas e Balazs (2020), o diagnóstico de TDAH constitui-se um fator de risco independente para tentativa de suicídio em crianças, em ato isolado ou mesmo no caso de tentativas sucessivas. A pesquisa dos autores também apontou que a incidência de uma primeira e repetida tentativa de suicídio é significativamente maior em crianças com diagnósticos de TDAH, se comparada a um grupo controle. Os resultados revelaram, ainda, que, em casos de transtorno bipolar associado ao TDAH, a incidência é maior se comparado a grupo com diagnóstico único de transtorno bipolar. Um outro ponto que chama a atenção neste trabalho longitudinal é que o tratamento a longo prazo com metilfenidato (MPH) apresenta uma associação significativa com uma diminuição do risco tentativas de suicídio recorrentes em casos de homens com TDAH (Idem).

De acordo com Stanley et al. (2017), entre crianças e adolescentes com transtorno bipolar I, fase mista ou maníaca, a presença de um transtorno do sono comórbido atual ou vitalício - a saber, transtorno de pesadelo - foi associada a um risco aumentado de suicídio, independentemente de exposição ao trauma, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático e sintomas de depressão. Nesse sentido, um estudo de metanálise revelou que insônia

e outros transtornos do sono estão associados de maneira significativa com o risco de comportamento suicida, isto é, ideação, tentativas ou mesmo suicídio completo (Pigeon, Pinquart, & Conner, 2012).

Ainda no que se refere aos transtornos mentais, é sabido que podem decorrer de predisposição genética, questões externas ou ambientais e aspectos individuais. Em se tratando de suicídio na infância, o ambiente ou contexto em que a criança está inserida merece destaque.

### **Comportamento Suicida Situações Adversas na Infância**

Situações de violência na infância aumentam a chance da criança desenvolver transtornos mentais e tentar suicídio—(Sachs-Ericsson, Stanley, Sheffler, Selby & Joiner, 2017), o que provavelmente ocorre devido ao surgimento, persistência e evolução de quadros psiquiátricos. Crianças com transtornos psiquiátricos e histórico de abuso tendem a ter uma evolução crônica e a responder menos ao tratamento (Numeroff, 2016 como citado em Sachs-Ericsson et al. (2017). Neste sentido, entende-se que contextos adversos na infância são potenciais estressores e incitadores de transtornos mentais, aumentando as chances dessa criança tentar suicídio ainda em tenra infância. Enquanto cenário adverso na infância, é possível citar ainda: violência física, emocional e/ou sexual, negligência, divórcio, uso excessivo de álcool pelo par parental - ou por um deles - e maus-tratos.

Em interessante estudo retrospectivo sobre os efeitos da violência em transtornos psiquiátricos e nas tentativas de suicídio realizado por Itzhaky et al. (2020) indica que a experiência de adversidades na mais tenra idade e a presença de psicopatologia parental são fatores proeminentes em crianças que tentam suicídio, sendo a primeira uma variável central em casos de crianças que morreram por suicídio. Para estes autores, crianças expostas à depressão materna

tem chances aumentadas em desenvolver comportamentos autolesivos, transtornos de estresse pós-traumático e comportamento agressivo ao longo da vida. É provável que esse tipo de comportamento esteja em consonância com o aspecto da impulsividade encontrado em casos de tentativas e suicídios completos em crianças pequenas (Itzhaky et al., 2020).

### **Comportamento Suicida e o Meio**

Com relação ao contexto externo, destacam-se os fatores familiares, tais como: conflitos e separação complicada do par parental, baixo monitoramento dos pais e transtornos mentais no casal parental como fatores que podem predispor a criança a comportamentos suicidas (DeVille et al. (2020). Sachs-Ericsson et al. (2017) encontraram elementos que permitem afirmar que os cuidadores têm dificuldades em reconhecer esse tipo de comportamento em seus filhos. Em contrapartida, havendo uma história familiar de depressão, há um índice menor de discrepância no relato de pais e filhos, tendo em vista que estes pais parecem estar mais atentos e em alerta a possíveis sinais de comportamento suicida e, a princípio, mais disponíveis para falar sobre a temática.

O isolamento social, a insatisfação com a imagem, corporal, desentendimento com os colegas, *bullying*, influência das mídias digitais, ruptura de relacionamentos afetivos, mau desempenho escolar, funcionamento familiar prejudicado e histórico familiar de depressão e suicídio também já foram apontados como fatores de risco para o suicídio infantil (Silva, 2019).

No que se refere às questões cognitivas envolvidas para tentativa de suicídio ou recorrência do comportamento suicida, Shaffer Piacentini, 1994 (como citado em Kuczynski, 2014, p. 249) apontam: sentimentos de desesperança, carência de alternativas e rigidez no

enfrentamento de situações; estilo disfuncional de funcionamento, com internalização de eventos negativos (associados a quadros depressivos de longa duração) e impulsividade.

## **Considerações Finais**

Diante dos achados apresentados, é possível afirmar que objetivo deste estudo que consistiu em apresentar os fatores de risco associados ao comportamento suicida, em crianças, foi alcançado. Entretanto, compreende-se que a temática consiste em um campo amplo e vasto, envolvendo não apenas a criança em si, mas seu contexto e cuidadores. Neste sentido, a tentativa de suicídio pode desvelar um cenário disfuncional e/ou um quadro de adoecimento psíquico importante iniciado na infância, que, se feita a intervenção acertada, em tempo adequado, pode não se cristalizar como preditor de um evento complicado futuro.

Além disso, há que se acrescentar toda a contribuição das teorias do desenvolvimento cognitivo no processo de maturação a fim de que se possa falar sobre a intencionalidade do ato em crianças pequenas. Compreende-se o comportamento suicida como um ato consciente e intencional. Faz-se necessário caracterizar, a partir de que momento no processo de desenvolvimento, uma criança pode, conscientemente, decidir acabar com a própria vida. Apesar desse aspecto não constituir o objetivo deste trabalho, entende-se o caráter essencial dessa discussão para fins de compreensão do comportamento suicida em crianças, caracterização do mesmo nessa faixa etária e, por fim, em última escala, no intuito de contribuir na identificação da causa básica da morte, evitando, assim, possíveis impactos na prática de codificação.

Diante dos fatores de risco apresentados ao longo do trabalho é urgente a necessidade de avaliação completa da criança em seu

desenvolvimento, especialmente em caso de histórico de transtorno mental nela ou na família nuclear. Além disso, é fundamental que não apenas o *infans*, mas seu contexto e ambiente possam ser avaliados.

Cabe destacar o caráter multifatorial, pluricausal e particular do fenômeno do suicídio a fim de que ele possa ser lido como único; e os fatores de risco aqui apresentados e discutidos possam servir como norteadores de um trabalho árduo e essencial de avaliação, acompanhamento e cuidado ofertado às crianças.

Por fim, sugere-se: a) um processo de trabalho integrado e interdisciplinar para o alcance da complexidade deste fenômeno; b) adoção do princípio da integralidade no que se refere às políticas públicas, articulando os níveis e redes de atenção; c) respeito e atenção quanto ao fluxo de notificação com repercussão de dados mais fidedignos e condizentes com a realidade; d) investimento em capacitação adequada dos profissionais envolvidos no que se refere a práticas de acolhimento, identificação de sinais de alerta, encaminhamentos em tempo e manejos necessários; e e) a oferta de suporte, apoio e cuidado aos profissionais que atuam diretamente com esses casos.

Compreendendo a infância como uma faixa ampla do processo de desenvolvimento, caberia a ampliação de estudos nessa temática a fim de que se possa identificar fatores de risco específicos relacionados à idade, mesmo que dentro desta mesma fase, além de outras características que não foram abordadas neste trabalho, tais como: métodos e prevalência das tentativas e suicídio completo em crianças.

## Referências

Brasil, Ministério da Saúde (2017). Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir: Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde, 48 (30), 1-14. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/imagens/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico->

-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-a-ten--ao-a-sa--de.pdf

- Claudius, I., & Axeen, S. (2020). Differences in comorbidities between children and youth with suicide attempts versus ideation presenting to the emergency department. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 1–10. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1795017>
- DeVilje, D. C., Whalen, D., Breslin, F. J., Morris, A. S., Khalsa, S. S., Paulus, M. P., & Barch, D. M. (2020). Prevalence and Family-Related Factors Associated With Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Self-injury in Children Aged 9 to 10 Years. *JAMA network open*, 3(2), e1920956. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20956>
- Garas, P., & Balazs, J. (2020). Long-Term Suicide Risk of Children and Adolescents With Attention Deficit and Hyperactivity Disorder-A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, 11, 557909. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.557909>
- Goodday, S. M., Bondy, S., Brown, H. K., Sutradhar, R., & Rhodes, A. (2019). Exposure to maternal depressive symptoms in childhood and adolescent suicide-related thoughts and attempts: Mediation by child psychiatric symptoms. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e17. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000847>
- Izhaky, L., Gratch, I., Galfalvy, H., Keilp, J. G., Burke, A. K., Oquendo, M. A., Mann, J. J., & Stanley, B. H. (2020). Psychosocial risk factors and outcomes associated with suicide attempts in childhood: A retrospective study. *Journal of psychiatric research*, 125, 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.03.008>
- Kuczynski, E. (2014). Suicídio na infância e adolescência. *Psicologia USP*, 25(3), 246-252. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140005>
- Lemos, M. F. de L. & Salles, A. M. B. (2015). Algumas reflexões em

- torno do suicídio de crianças. *Revista de Psicologia da UNESP*, 14 (1), 38-42. Recuperado de <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/549/506>.
- Nunes, D. C., Carraro, L., De Jou, G. I., Sperb, T. M.. (1998). As crianças e o conceito de morte. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(3), pp. 579-590. <https://doi.org/10.1590/S0102-79721998000300015>
- Organização Mundial da Saúde-OMS.(2002). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS.
- Pigeon W. R, Pinquart M. & Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiatry*. 2012; 73:e1160–e1167. DOI: 10.4088/JCP.11r07586 [PubMed: 23059158]
- Sachs-Ericsson, N. J., Stanley, I. H., Sheffler, J. L., Selby, E., & Joiner, T. E. (2017). Non-violent and violent forms of childhood abuse in the prediction of suicide attempts: Direct or indirect effects through psychiatric disorders?. *Journal of affective disorders*, 215, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.030>
- Sílva, L. (2019). Suicídio entre crianças e adolescentes: Um alerta para o cumprimento do imperativo global. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(3), III-IVI. Epub 29 de julho de 2019.<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900033>.
- Souza, F. (2010). Suicídio: Dimensão do problema e o que fazer. *Psiquiatria hoje*, 2 (5), 6-8.
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Luby, J. L., Joshi, P. T., Wagner, K. D., Emslie, G. J., Walkup, J. T., Axelson, D. A., & Joiner, T. E. (2017). Comorbid sleep disorders and suicide risk among children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of psychiatric research*, 95, 54–59. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.07.027>.
- Torres, W. C. (1980). O tema da morte na psicologia infantil: uma revisão da literatura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 32 (2), pp. 59-71. <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/ar>

ticle/view/18352/17112

World Health Organization.(2019). Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

# Suicídio na Adolescência e os Contextos Sociais Envolvidos: Uma Revisão Narrativa

*Abel Petter*

O fenômeno do suicídio na adolescência é um tema de grande impacto social, principalmente quando se torna público e há repercussão na sociedade, motivo relevante que motiva a busca de resposta.

Desta maneira, o presente estudo objetiva compreender o suicídio na adolescência e os contextos sociais associados a esse fenômeno no Brasil, elencando os principais fatores sociais envolvidos no suicídio de adolescentes.

Petter e Hoch (2016) destacam que a dor e o sofrimento físico desempenham, associados a fatores biopsicossociais, papéis importantes na fragilização e no desencadeamento do suicídio.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), há indícios de que para cada um adulto que consolida suicídio outros 20 já tentaram cometê-lo, confirmando o alto número de pessoas que desejam morrer/acabar com o sofrimento (World Health Organization [WHO], 2014). Conforme a mesma organização, o suicídio representa 1,4% de todas as mortes no mundo, tornando-se a 15<sup>a</sup> causa de mortalidade na população em geral e a segunda principal entre jovens de 15 a 29 anos (WHO, 2014).

Sabe-se que o fenômeno do suicídio e das tentativas de suicídio é complexo, influenciado por vários fatores, e que nem todas as ocorrências são explicadas pelos fatores de risco já conhecidos; no entanto, ainda que esse cenário seja alarmante, o suicídio pode ser prevenido (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017).

De acordo com Ministério da Saúde, entre 2011 e 2015, o índice de suicídios no Brasil aumentou de 10.490 mortes (o que

representa 5,3 a cada 100 mil habitantes) para 11.736 (5,7 a cada 100 mil habitantes) (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017). Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), uma grande parcela de adolescentes, jovens de 12 a 18 anos de idade, encontra-se dentro dessa estatística. Esses adolescentes devem ser reconhecidos como “sujeitos de direito, e não objeto de intervenção do Estado, da família ou da sociedade” (Secretaria de Atenção à Saúde, 2005, p. 6).

Na perspectiva psicanalítica, o sofrimento psíquico deve ser endereçado ao outro, que oferecerá um espaço de ressonância no qual o sujeito pode legitimar a sua dor. Se a dor não ressoa em ninguém, ela se mantém no próprio sujeito e é redirecionada para o próprio corpo (Birman, 2003).

Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi e Lozano (2002) argumentam que, nas escolas, o estigma social associado às desordens mentais impede pessoas de buscarem ajuda e, em último caso, acaba levando muitas delas a atentarem contra a própria vida. Uma vez realizado esse ato como uma forma de acabar com a dor, ele pode se repetir mais vezes pelo fato da dor não ser finalizada. Segundo Moura, Almeida, Rodrigues, Nogueira e Santos (2011), “diversos estudos sobre o comportamento suicida revelaram fortes evidências de que o fato de uma pessoa haver tentado uma vez suicídio aumenta muito a chance de ocorrer nova tentativa” (p. 6).

Diante do exposto, faz-se a seguinte reflexão: quais são os contextos sociais nos quais os adolescentes estão envolvidos e que culminam em suicídio no Brasil?

## **Adolescência**

A adolescência se inicia por volta dos 10 ou 11 anos de idade. Nesse início, na fase de transição da infância para a pré-adolescência, é possível ocorrer o desenvolvimento físico, social, da autonomia, autoestima e intimidade, e também de habilidades

cognitivas (Siebel, Santos, Moreira, & Santos, 2019). As transformações comuns ao desenvolvimento continuam até os 19 anos e envolvem, de forma inter-relacionada, aspectos físicos, sociais, psicológicos e cognitivos (Papalia & Olds, 2013).

Além de lidar com essas transformações e no impacto que geram em diversos aspectos da vida, alguns adolescentes ainda enfrentam dificuldades ao passarem por estados comuns frequentes durante essa fase, como insatisfação, ociosidade, hostilidade e euforia (Siebel et al., 2019).

Ademais, é uma fase em que os jovens podem sofrer perdas significativas em seus vínculos sociais devido a acidentes, homicídios ou suicídios. Assim, além de mudanças, a adolescência também traz riscos (Siebel et al., 2019). Por essa razão, é importante compreender como as mudanças impactam no comportamento dos adolescentes e no processamento das emoções.

Uma mudança que afeta diretamente os comportamentos desses jovens é a hormonal. Siebel et al. (2019) explicam que dois processos importantes ocorrem no cérebro do adolescente: o crescimento neuronal e a inibição da massa cinzenta:

Um segundo surto na produção de matéria cinzenta, neurônios, axônios e dendritos, começam um pouco antes da puberdade e pode estar relacionado ao repentino aumento da produção dos hormônios sexuais nesta época. O surto de crescimento ocorre principalmente nos lobos frontais, que comandam o planejamento, raciocínio, julgamento, regulação emocional e os impulsos. Após o surto de crescimento, conexões não utilizadas são inibidas e aquelas que permanecem são fortalecidas. (p. 122)

Quanto ao processamento de emoções, segundo os mesmos autores, os adolescentes tendem a fazer uso da amígdala. Essa estrutura,

localizada no lobo temporal, está envolvida nas reações emocionais e instintuais; dessa forma, combinada com um desenvolvimento imaturo cerebral, é uma possível razão para as atitudes impulsivas tomadas por alguns adolescentes.

A partir dessa introdução sobre os processos de construção da adolescência, os tópicos a seguir retratam como esses processos podem dar abertura ao suicídio.

## **Suicídio na Adolescência**

Para a OMS (WHO, 2014), o suicídio é um problema de saúde pública, que precisa de atenção, principalmente preventiva. Para isso, a organização lançou, em 1999, a SUPRE (*Suicide Prevention Program*), uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio e, em 2000, publicou o manual “Prevenção do Suicídio: Manual para Professores e Educadores” (OMS, 2000) com o intuito de auxiliar e orientar profissionais da educação sobre a prevenção do suicídio.

Segundo a OMS (2000), “no mundo inteiro, o suicídio está entre as cinco maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 19 anos” (p. 6), isto é, na faixa etária em que os adolescentes estão na etapa do Ensino Médio ou entrando para o ensino superior.

Cicogna, Hillesheim, Hallal e Curi (2019) analisaram o período de 2000 a 2015 e constataram que, quanto às regiões brasileiras:

Considerando ambos os sexos, na região Norte, o coeficiente de mortalidade por suicídio teve crescimento de 72,81%, tendo variado de 2,28 a cada 100.000 habitantes em 2000 para 3,94 em 2015. Na região Nordeste, o coeficiente passou de 1,14 a cada 100.000 habitantes em 2000 para 2,14 em 2015, o que representou um aumento de 87,72%. A região Centro-Oeste revelou os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio de adolescentes no

Brasil. A região Sul foi a segunda região com mais mortes por suicídio no período. (p. 3)

Reforçando esses números, em um período de tempo um pouco maior-1997 a 2016-, Fernandes et al. (2020) destacam que:

A mortalidade de adolescentes por suicídio foi crescente no sexo masculino, nas faixas etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos, nas regiões Norte e Nordeste do país e nas UFs de Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Piauí, Sergipe e Tocantins. (p. 5)

Os autores apontam que a tendência crescente de mortalidade por suicídio de jovens também aumentou em outros países, como Argentina, Chile, México e Estados Unidos; mas ressaltam que o aumento das taxas podem estar conectados à melhoria do registro de mortalidade (Fernandes et al., 2020). Ainda assim, é interessante observar que no Brasil e em outros países da América do Sul, conforme destacado pelos dados de 1997-2016, o aumento ocorreu entre adolescentes do sexo masculino, de maneira oposta a outras localidades: as taxas de suicídio masculino diminuíram em todos os continentes, exceto na América do Sul (Fernandes et al., 2020).

Especificamente no Brasil, a taxa de concretização do suicídio é 2,06% vezes maior nos adolescentes do sexo masculino, embora adolescentes do sexo feminino possuem uma incidência maior de tentativas (Fernandes et al., 2020). Autores apontam que a taxa mais elevada no sexo masculino pode estar conectada à propensão “ao abuso de álcool, da escolha de métodos mais letais na tentativa, da maior inclinação para violência e de comportamentos externalizantes” (Fernandes et al., 2020, p. 4).

Com relação a questões de faixa etária, Roh, Jung e Hong (2018) desenvolveram um estudo com 29 países, analisando dados de meados da década de 1990 e do início da década de 2010. Eles

identificaram que as maiores taxas de mortalidade por suicídio foram entre adolescentes de 15 e 19 anos (Roh et al., 2018). Fernandes et al. (2020) apontam que essa é uma época da adolescência em que os jovens podem ser obrigados a se confrontarem com eventos negativos pessoais, familiares, acadêmicos e sociais, além da possível experimentação com substâncias psicoativas. Os mesmos autores alertam que a tendência de aumento da mortalidade entre os adolescentes de 10 a 14 anos demonstra a exposição cada vez mais precoce a fatores de risco (Fernandes et al., 2020).

Em relação às razões ligadas ao suicídio, Silva (2019) argumenta que:

Quanto mais jovens, menos linear esta sequência ideação-planejamento pode se apresentar, pelas próprias características do desenvolvimento humano.

No caso de crianças, a ideação pode se revelar menos específica e sem planejamento, pelo próprio conceito de morte inerente a essa faixa etária, mais limitado quanto menor é a criança. Por outro lado, a impulsividade concernente à adolescência também pode se contrapor à ideação suicida com um plano para executar a própria morte (p. 3)

Silva (2019) aponta que, além da impulsividade, há diversos outros fatores de risco para o comportamento suicida em crianças e adolescentes, como desentendimentos com colegas, ruptura das relações emocionais, isolamento social, *bullying*, influência da mídia digital, desempenho escolar ruim, estrutura familiar prejudicada, entre outros.

Somando a esses fatores de risco, é preciso considerar a vulnerabilidade do adolescente durante essa fase de transição. Existem muitos fatores que podem levá-lo a conflitos internos e externos, como questionamento da orientação sexual, abuso de substâncias,

depressão e outros transtornos psiquiátricos (Cicogna et al., 2019). Há também a questão da exposição midiática, já que estão mais influenciáveis por ela e podem tentar imitar comportamentos (Cicogna et al., 2019).

Kuczynski (2014) aponta o *bullying* como causa predominante da depressão e do suicídio na adolescência. Esse comportamento pode estar diretamente relacionado ao que se conhece como comportamento suicida, o qual pode incluir uma série de eventos cuja intenção é causar dano a si mesmo e, por fim, levar à própria morte. Porém, antes de outros eventos, ocorre a ideação suicida. Ela deve ser considerada um importante indicador de risco, já que são pensamentos sobre o desejo de morrer na própria vida e não são, necessariamente, acompanhados de preparativos (Nunes, 2018).

Assim como o *bullying*, os problemas de saúde mental se tornam mais comuns na adolescência e, aliados a fatores de riscos psicossociais, agravam a vulnerabilidade ao suicídio. Esse aumento pode estar relacionado à pressão acadêmica, aos relacionamentos negativos com colegas e pais, aos eventos negativos da vida pessoal e familiar, como separação dos pais, uso de drogas, isolamento social, confusão mental, abuso infantil, baixa autoestima e baixo nível socioeconômico (Nunes, 2018). O Conselho Federal de Medicina (CFM, 2014) também elenca duas das principais causas para o suicídio infanto-juvenil, o histórico familiar e a genética, que também trazem riscos quando interligados aos fatores sociais.

Além desses diversos fatores de risco, em nosso país, no que se refere à saúde pública, recentemente foi enfatizado que indicadores socioeconômicos, como a desigualdade social e o desemprego, devem ser priorizado nas políticas de prevenção ao suicídio, visto que são considerados determinantes do risco de suicídio entre os jovens brasileiros (Jaen-Varas et al., 2019).

Quanto aos métodos, o estudo de Cicogna et al. (2019) com dados de 2010 a 2015 aponta que:

O principal método de suicídio utilizado nessa faixa etária em ambos os sexos no período foi o enforcamento, estrangulamento ou sufocação (X70), o qual foi responsável por 58,95% das mortes. O segundo método mais frequentemente utilizado foi o disparo de arma de fogo não especificada (X74), correspondendo a 9,75% das mortes. Em seguida, aparece a autointoxicação a pesticidas (X68), com 7,99%. (p. 3)

Por fim, em relação a medidas preventivas, é necessário pensar em programas para as escolas e políticas públicas preventivas.

Programas de conscientização nas escolas, além de reduzirem o comportamento de suicídio, são fundamentais para desmistificar tabus e mitos, já que promovem o estigma social que dificulta a busca de ajuda pelos adolescentes. Além disso, tabus e mitos contribuem significativamente para a subnotificação do suicídio. Fernandes et al. (2020) apontam que políticas preventivas para a desmistificação já foram implementadas em nível mundial, mas que ainda são incipientes no Brasil.

No país, políticas preventivas ainda estão se iniciando, como a lei 13.819/19, em que o governo Federal instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Contudo, observam-se esforços para melhorar as notificações e para a prevenção (Fernandes et al., 2020).

## **Considerações Finais**

Embora todos os sinais possam indicar um estado de alerta em relação à saúde mental da população jovem, é fundamental que não sejam subestimadas as causas que levam ao suicídio.

Os fatores sociais, associados ao suicídio de adolescentes no Brasil, são multifatoriais e, em muitos casos, correlacionados, como baixo nível socioeconômico, uso patológico da internet, desigualdade social, desemprego, baixo desempenho escolar, *bullying*, desencontros entre colegas e rupturas das relações emocionais.

O isolamento social é um fator de risco muito importante à ser destacado. Quando adolescentes não tem um sentimento de pertencimento dentro da própria família, muitas vezes devido a abandono, negligência e desestruturação, podem ocorrer diversos prejuízos emocionais e mentais. Dentre eles, destacam-se adoecimento mental, desesperança, ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio.

Também pode ser considerado um fator de risco social quando um adolescente é exposto ao suicídio, considerando a influência pela exposição midiática e o processo de imitação de comportamentos.

Assim, observando-se o distanciamento e a invisibilidade da sociedade para com esses jovens, se evidencia a real necessidade de novas e melhores políticas públicas relacionadas às redes sociais e à internet para a prevenção desse fenômeno.

Percebe-se que frente aos compromissos, expectativas e ideias de sucesso, muitos jovens acabam se frustrando e, ao não saber como lidar com suas dificuldades sociais e emocionais, agem muitas vezes por impulso, o que culmina em uma forma de autopunição.

Comumente, o ato da ideação suicida é mal compreendido pelas pessoas que buscam, ao tentarem dar sentido ao ato, motivos impactantes e extremamente visíveis. O que se observa nos artigos analisados é que, anteriormente à ideação suicida, muitas pessoas optam por se fechar emocionalmente e que, geralmente, há um intenso sofrimento e uma busca por alívio da dor física e emocional.

Existem aspectos no processo de ideação suicida que são de extrema importância e que devem ser levados em consideração

por familiares, amigos e pessoas próximas. Ao se perceber alguém que possua tais ideias, é importante que se busque ajudar de alguma forma, acionando uma rede de apoio composta por escola, amigos, famílias, profissionais, dentre outros.

Sugere-se ao setor social, de saúde e de educação o estabelecimento de estratégias preventivas que busquem promover a qualidade de vida, proporcionando espaços para debates e reflexões. Tais estratégias devem combinar apoio social e psicológico a programas voltados ao atendimento específico de adolescentes que têm pensamentos relacionados ao suicídio ou que passaram por tentativas.

Pesquisas futuras são de suma importância para que, cada vez mais, possa se correlacionar fatores de risco sociais e fatores de proteção sociais em adolescentes, agregando cientificidade e políticas eficazes para a prevenção do adoecimento, sofrimento e mortes por suicídio.

## Referências

- Birman, J. (2003). *Dor e sofrimento num mundo sem mediação*. Conferência proferida nos Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial, Rio de Janeiro. Recuperado de [http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial\\_rj/download/5c\\_Birman\\_02230503\\_port.pdf](http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf)
- Cicogna, J. I. R., Hillesheim, D., Hallal, & Curi, A. L. de L. (2019). Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: Tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4), 1-10, e2020117. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-49742020000400025>
- Conselho Federal de Medicina (CFM). (2014). *Suicídio: Informando para prevenir*. Brasília. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Recuperado de <https://www.hsau.de.net.br/wp-content/uploads/2020/09/Cartilha-ABP-Preven%C3%A7%C3%A3o-Suic%C3%ADdio.pdf>

- Fernandes, F. Y., Freitas, B. H. B. M. de, Marcon, S. R., Arruda, V. L. de, Lima, N. V. P. de, Bortolini, J., & Gaíva, M. A. M. (2020). Tendência de suicídio em adolescentes brasileiros entre 1997 e 2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4), 1-10, e202011. <https://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400025>
- Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil (ECA), Lei nº 8.069, (1990)*. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)
- Jaen-Varas, D., Mari, J. J., Asevedo, E., Borschmann, R., Diniz, E., & Ziebold, C. (2019). The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: A 10-year retrospective ecological study [A associação entre as taxas de suicídio de adolescentes e os indicadores socioeconômicos no Brasil: um retrospectiva ecológica de 10 anos]. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41, 389-395. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223>
- Krug E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Organização Mundial de Saúde (OMS). Recuperado de <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>
- Kuczynski, E. (2014). Suicídio na infância e adolescência. *Psicologia USP*, 25(3), 246-252. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140005>
- Moura, A. T. M. S. de, Almeida, E. C. de, Rodrigues, P. H. de A., Nogueira, R. C., & Santos, T. E. H. H. dos. (Orgs.) (2011). *Prevenção do suicídio no nível local: Orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram*. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis. Recuperado de <https://repositorio>.

[observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/2517/Preven%C3%A7%C3%A3o\\_suicidio\\_nivel\\_local.pdf](http://observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/2517/Preven%C3%A7%C3%A3o_suicidio_nivel_local.pdf)

Nunes, A. S. R. (2018). *Avaliação do risco de suicídio em idosos e fatores associados*. (Trabalho de Conclusão de Curso) Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Recuperado de <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/6712>

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/OPAS.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2000). *Prevenção do suicídio: Manual para professores e educadores*. Genebra. Departamento de Saúde Mental. Organização Mundial da Saúde. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/5/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.3\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/5/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf)

Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2013). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: AMGH. Petter, A., & Hoch, V. A. (2016). Autópsia psicológica familiar: compreendendo o perfil epidemiológico e biopsicossocial do suicídio. *Unoesc & Ciência – ACHS*, 7(2), 161-168. Recuperado de <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/achs/article/view/11977>

Roh, B. R., Jung, E. H. & Hong, H.J. (2018). A comparative study of suicide rates among 10-19-year-olds in 29 OECD countries [Estudo comparativo entre as taxas de suicídio entre 10 a 19 anos em 29 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico]. *Psychiatry Investigation*, 15(4), 376-383. Recuperado de <https://doi.org/10.30773/pi.2017.08.02>

Secretaria de Atenção à Saúde. (2005). *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Recuperado de [http://www.adolescencia.org.br/upl/ckfinder/files/pdf/marco\\_legal.pdf](http://www.adolescencia.org.br/upl/ckfinder/files/pdf/marco_legal.pdf)

Secretaria de Vigilância em Saúde. (2017). *Suicídio: Saber agir e pre-*

*venir*. Boletim epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil. Brasil. Ministério da Saúde. Vol. 48(30). Recuperado de <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>

Siebel, M. T., Santos, B. da S., Moreira, L. M., & Santos, V. S. (2019). A influência das redes sociais para o suicídio na adolescência. *Revista Ciência (In) Cena*, 1(8), 121-133. Recuperado de <http://periodicos.estacio.br/index.php/cienciaincenabahia/article/viewFile/6726/pdf6726>

Silva, L., (2019). Suicídio entre crianças e adolescentes: Um alerta para o cumprimento do imperativo global [Editorial]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(3), III-VI. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900033>

Stam, G. (2016, 17 de novembro). *Como funciona o cérebro do adolescente*. Revista Educação. Recuperado de <http://www.revistaeducacao.com.br/como-funciona-o-cerebro-do-adolescente>

World Health Organization (WHO). (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative [Prevenindo suicídio: um imperativo global]*. World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>

# O Protagonismo da Dor no Comportamento Autolesivo na Adolescência

*Myrthes Freitas Lopes Dezan*

## Introdução

O comportamento autolesivo ou autolesão sem ideação suicida é um problema social que se manifesta principalmente na adolescência como forma de aliviar as tensões emocionais, fato que tem despertado a atenção de pesquisadores no Brasil e no mundo tendo em vista o crescente número de casos relatados nos últimos anos e que vem ganhando maior visibilidade na *Internet*, em blogs, redes sociais, séries e filmes.

O termo lesão tem origem do latim *laesio* (Michaelis, 2012), e significa ferimento que decorre da ação de lesionar, ferir, atacar ou causar danos. Assim, da palavra lesão, associada ao prefixo *auto*, nasce o termo autolesão, significando provocar um ferimento e causar danos em si mesmo. Temos então que “a autolesão não suicida é o comportamento repetido do próprio indivíduo de infligir lesões superficiais, embora dolorosas, à superfície do seu corpo” (American Psychiatric Association [APA], 2014, p. 804).

A expressão automutilação vem sendo usada para designar autolesão, contudo, numa análise etimológica, verifica-se que os significados conferidos às palavras autolesão e automutilação não possuem a mesma definição, visto que autolesão significa ato de provocar lesão em si mesmo já, automutilação, vem de mutilar, do latim *mutilare* (Michaelis, 2012) e significa ato de se cortar a ponto de extrair parte do próprio corpo, assim, de forma objetiva, o termo correto para expressar a lesão provocada no próprio corpo seria autolesão.

A autolesão também pode estar associada ao suicídio pois para o comportamento suicida há uma conduta autolesiva anterior, assim, estaríamos diante da autolesão com ideação suicida e tão somente para o fim morte. No entanto, no comportamento autolesivo, que pode ser compreendido como manifestação de agressividade em que a vítima é o próprio agressor e o fim desejado é somente a lesão, sendo esta a pulsão que move o agir do indivíduo (Aratanguy, Russo, Giusti, & Cordás, 2018), “não está presente o desejo de morte” (Gabriel, 2020, p. 2), neste sentido, a conduta guarda uma “certa relação entre o corpo próprio e a expressão do sofrimento, e não a intenção de se matar” e “diante desta impossibilidade de colocar em palavras a própria dor, o ato automutilatório [rectius autolesivo] se apresenta como um recurso apaziguante” (Fortes & Macedo, 2017, pp. 354-355).

O comportamento autolesivo não é considerado um transtorno mental ou condição médica, mas ela aparece como sintoma em transtornos como “transtorno psicótico, transtorno do espectro autista, deficiência intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, transtorno do movimento estereotipado com autolesão, tricotilomania [transtorno de arrancar o cabelo], transtorno de escoriação [skin-picking]” (APA, 2014, p. 804). Vale observar que nestes casos a lesão é uma consequência do transtorno e não resultado de um comportamento intencional ou de uma vontade expressa na conduta.

O ato de se autolesionar, em regra, provoca dor resultante das feridas que geralmente feitas a partir de cortes com estiletes, facas, lâminas de barbear, cacos de vidro, agulhas, pregos ou ponta de compasso, ou oriundas dos processos dolorosos como “esmurrar-se, morder-se, beliscar-se ou bater a cabeça, arrancar crostas, coçar até sangrar, ingerir produtos impróprios como agentes corrosivos, alfinetes, agulhas, pregos, parafusos (Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica, Italia y el Caribe [CODAJIC], 2020, p.12), queimar-se

com a ponta do cigarro, enfiar agulhas, esfregar insistentemente uma borracha na pele” (Camara & Carnavez, 2020, p. 58).

Entretanto, apesar do dano ao tecido corporal e, por vezes, percepção de dor, hematomas e/ou cicatrizes, situações não desejadas pelo ser humano, alguns adolescentes, intencionalmente, adotam a autolesão como comportamento padrão e repetitivo para expressar alguma emoção ou sentimento e, neste sentido, o presente texto busca analisar duas questões que despontam neste cenário, quais sejam 1) por que adolescentes iniciam a prática autolesiva e, 2) qual é a função exercida pela dor na lesão que justificaria continuar o comportamento.

## **O Comportamento Autolesivo na Adolescência**

Embora a autolesão esteja presente em todas as fases do desenvolvimento, existe um consenso na literatura de que o comportamento autolesivo tem o seu ápice na adolescência, período que compreende entre 10 anos aos 19 anos, sendo de 10 a 14 a adolescência inicial, de 15 a 17 a adolescência média e de 17 a 19 a adolescência final (Eisenstein, 2005), e tem como papel central “a busca da identidade – pessoal, sexual e ocupacional [...] à medida que amadurecem fisicamente, passam a lidar com necessidades e emoções conflitantes” (Papalia & Feldman, 2012, p. 39).

Alguns elementos podem ser levados em conta para tentar explicar a adolescência, por exemplo fatores fisiológicos como a puberdade, questões emocionais, transformações físicas, concretização da identidade (Campos, 1991), condições próprias de uma determinada fase do desenvolvimento humano sintetizada por conceitos como busca de si mesmo, tendência grupal, necessidade de intelectualizar, crises religiosas, tendência reivindicatória, flutuações de humor (Aberastury & Knobel, 1981).

Outro acontecimento está na maturação do cérebro e na fixação de suas funções que, aliado aos demais fatores, podem explicar e justificar as transformações do comportamento na adolescência e os desejos impulsivos, devido ao amadurecimento tardio do córtex pré-frontal que é o “centro de convergência das percepções vindas do mundo e dos sinais emocionais” (Gil, 2020, p. 159), responsável por controlar e equilibrar informações motivacionais básicas em atividade bem mais cedo no cérebro como a emoção e prazer, (Marques, 2020), motivação, impulsividade e tomada de decisões (Papalia & Feldman, 2012).

A falta de sincronia dessas funções cerebrais resulta em um desenvolvimento ainda imaturo do cérebro que permite que os sentimentos se sobreponham à razão e pode impedir que alguns adolescentes deem ouvidos a advertências que parecem lógicas e convincentes aos adultos vez que as emoções e sensações estão em plena atividade, mas ainda sem a total racionalização e equilíbrio.

Portanto, a compreensão da adolescência e sua complexidade não pode ser uma abstração parcial, mas deve ser vista a partir da associação de um conjunto de ocorrências e características próprias desta fase quando são vivenciadas grandes descobertas e novas experiências, tanto positivas quanto negativas, eventos aceitáveis e esperados socialmente, que, todavia, podem se exteriorizar na forma de comportamentos indesejados causando impacto no desenvolvimento.

As experiências positivas, em tese, são capazes de promover pensamentos e emoções positivas, enquanto que as experiências negativas, “tais como divórcio litigioso dos pais, perdas significativas, abusos físicos ou morais, etc., frequentes ou não, podem causar um impacto negativo promovendo emoções e pensamentos negativos” (Gouveia-Pereira, Abreu, & Martins, 2014, p. 172), como numa balança que tende a pender para um ou para o outro lado na medida em que forças internas

e externas se sobrepõe com maior ou menor intensidade.

Eventualmente, adolescentes que passam por experiências negativas podem começar a ter uma visão negativa sobre si próprio, sobre o mundo e o futuro, acreditando que a situação que se encontra nunca irá mudar ou que não há saída possível para se livrar de uma situação insuportável, assim, o comportamento autolesivo pode surgir com a função de substituição do sofrimento ou de marcação da angústia, ambos baseados na expressão negativa das emoções (Duarte, Gouveia-Pereira, & Sampaio, 2019).

Via de regra, adolescentes não apresentam problemas para identificar e lidar com suas emoções, visto que constroem suas ideias a partir de um pensamento “hipotético-dedutivo” por “sistemas e teorias” (Piaget, 1967, p. 58), sendo capazes de elaborar conceitos abstratos e raciocinar sobre estes conceitos, entretanto, no processamento das emoções alguns adolescentes podem apresentar dificuldade de manejar e expressar as emoções de forma adaptativa (Papalia & e Feldman, 2012) pela falta de resiliência, dificuldade de se amoldar às mudanças e reação positiva revés diante dos problemas (Duarte, Gouveia-Pereira; Sampaio, 2019).

Essa breve formulação acerca do desenvolvimento do adolescente sugere que uma possível associação com o comportamento autolesivo pode estar ligada aos episódios negativos vivenciados ainda na infância ou início da adolescência, servindo como espécie de válvula de escape para o sofrimento emocional ao infligir sobre o corpo uma lesão capaz de lhe suscitar uma dor maior que o sofrimento psicológico, tornar mais fácil o seu manejo, neutralizar ou anestesiar a dor emocional (Almeida, Crispim, Silva e Peixoto, 2018, p. 4).

Em síntese, porém não de forma conclusiva, parece que a prática autolesiva na adolescência não pode ser explicada por um ou outro fator isoladamente, mas por um conjunto de fatores biológicos,

psicológicos e sociais combinados a eventos perturbadores ou sentimentos com os quais o adolescente não consegue lidar como aumento de tensão, raiva de si, ansiedade, depressão, disforia e sensação de perda de controle, culpa e vazio, sentimento de inutilidade e sensação de irrealidade.

### **Protagonismo da Dor no Comportamento Autolesivo**

A questão que se coloca em análise consiste no fato de que normalmente uma lesão não é algo desejável, ao contrário, a tendência natural do ser humano é evitar que o corpo sofra qualquer forma de agressão, logo, não é de se esperar que alguém, de forma intencional e contínua, promova contra si mesmo um ato que resulte em ferimentos ou hematomas em uma suposta tentativa de ajustar os sentimentos e de pensar à realidade.

Aparentemente, porém, alguns adolescentes parecem ter na autolesão uma “forma disfuncional de enfrentar situações-problema” por possuírem “poucas estratégias de enfrentamento, dificuldade para regular o afeto e limitada habilidade de resolução de problemas” (Almeida, Crispim, Silva e Peixoto, 2018, p. 148) e tendem a acreditar ou se convencem que a lesão autoprovocada é uma possível, quiçá única e suficiente, forma de sentir alívio emocional.

Em princípio, temos que o comportamento autolesivo “está relacionado a mecanismos de enfrentamento de emoções” e, “muitas vezes, é utilizado para diminuição de tensão ou alívio do sofrimento e, geralmente, está conexo com relacionamentos interpessoais negativos” (Gabriel, 2020, p. 2), sendo esperado que a sensação experimentada no ato seja suficiente para aplacar a dor emocional, servindo como “neutralização parcial dos instintos destrutivos” e em alguns casos “até servir para evitar um mal maior” (Kovács, 2008, p. 177), qual seja, o suicídio.

Apesar da dor, hematomas ou cicatrizes, comprometimento estético e sofrimento, aparentemente, parece que é esperado um certo alívio com a autolesão, contudo, esse suposto alívio tem curto efeito, então qual(is) seria(am) a(s) sensação(oes) percebida(s) na autolesão que justifique(m) o comportamento? Haveria sensação emocional compensatória na dor? Em caso positivo, teria a dor um papel secundário ou poderia ser considerada a protagonista de todo o comportamento autolesivo? Para responder estas questões é possível considerar a autolesão a partir de várias concepções.

Primeiramente, podemos analisar o fenômeno pelo modelo de quatro fatores proposto Nock e Prinstein (2004), subdivididos de acordo com a recompensa, são eles, 1) Reforço intrapessoal automático positivo – recompensa é gerar sensação positiva, 2) Reforço intrapessoal automático negativo – recompensa é remover sentimentos ruins, 3) Reforço social positivo – recompensa é influenciar o comportamento de outras pessoas e, 4) Reforço social negativo - recompensa é escapar de responsabilidades.

Outra concepção a ser considerada foi apresentado por Klonsky et al. (2011), que consiste em treze funções específicas para a autolesão, sendo elas regulação de afeto, limites interpessoais, autopunição, autocuidado, antidissociação / geração de sentimento, anti-suicídio, buscar sensações, conexão com pares, influência pessoal, dureza marcas da angústia, vingança e autonomia (Aragão Neto, apud Klonsky, 2018).

Tanto no modelo de quatro fatores para a autolesão, proposto por Nock & Prinstein (2006) quanto no modelo de Klonsky, observa-se que a autolesão desempenha uma funcionalidade social e psicológica de acordo com o resultado desejado e possui a função de regulação de afeto que acontece na seguinte sequência: “(a) o efeito negativo agudo precede a auto-lesão, (b) a diminuição do efeito

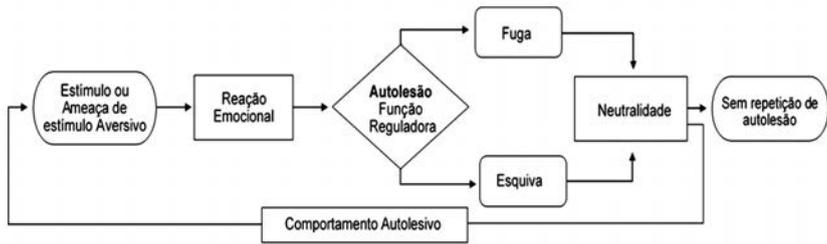
negativo e o alívio estão presentes após a auto-lesão, (c) a auto-lesão é mais frequentemente realizada com a intenção de aliviar o efeito negativo” (Klonsky, 2007, p. 235).

Tomando como pressuposto as abordagens das funções como resposta às tensões emocionais presentes no comportamento auto-lesivo, presume-se que a autolesão decorra de uma causa anterior precipitada por um estímulo, interno ou externo que lhe dê origem, podemos inferir que a presença de um estímulo aversivo pode provocar uma reação e evocar um comportamento que tenha a função de fuga do estímulo aversivo presente ou de esquiva, para evitar ou atrasar a ocorrência do estímulo aversivo que está na iminência de acontecer (Moreira & Medeiros, 2019, p. 68).

Satisfeita uma de suas funções, o comportamento tende a ser reforçado aumentando a probabilidade de nova ocorrência, ou seja, havendo um estímulo reforçador como o alívio da tensão, autocuidado, autopunição, afeto, ser aceito no grupo etc., as emoções, aparentemente, são reguladas.

Contudo, há uma probabilidade que diante de um novo estímulo interno ou externo se repita a auto agressão, logo, pela repetição e continuidade se estabelece um padrão que dá origem a “uma cadeia comportamental (...) encadeamento de respostas ou cadeia de respostas” (Moreira & Medeiros, 2019, p. 117), que culmina ao que chamamos neste estudo de comportamento autolesivo, seguindo um fluxo cíclico e constante, como apresentado na Figura 1.

**Figura 1** – Esquema contínuo para estímulo/função no comportamento autolesivo



Nota: Elaborado pela autora com base em Moreira e Medeiros (2019).

Sem pretensão de aprofundar sobre questões próprias da teoria comportamental, o esquema proposto na Figura 1 intenta demonstrar que, aparentemente, na presença de um estímulo ou ameaça de estímulo aversivo o adolescente pode se autolesionar como uma espécie de fuga ou esquiva, reação a condição aversiva a fim de regular a emoção desencadeada, contudo, havendo novos episódios de autolesão com a função de regulação, estaríamos diante de um comportamento autolesivo pela continuidade do ato.

Na mesma linha, porém considerando a teoria psicanalítica de Anna Freud (2006), este estado de neutralidade, nem positivo, nem negativo pode ser explicado como sendo mecanismo de defesa, recurso utilizado como “resistência adotada pelo seu ego” (...) que “rechaça os afetos indesejáveis” e, por essa lógica é que se pode ver na autolesão um mecanismo de defesa em que a pulsão para a obtenção da gratificação teria como resultado o prazer ou o alívio.

Os mecanismos de defesa são funções do ego, logo, são inconscientes e exercidos pelos diversos tipos de processos psíquicos a fim de afastar um evento gerador de angústia consciente sendo “mobilizado diante de um sinal de perigo e desencadeia uma série de mecanismos repressores que impedirão a vivência de fatos dolorosos, os quais o organismo não está pronto para suportar” (Rappaport, Fiori

& Davis, 1981, p. 30), da mesma forma como acontece na reação do organismo frente a um estímulo aversivo.

A análise a que até o momento nos detivemos teve por fundamento analisar as motivações que levam a autolesão e quais as funções desempenhadas e esperadas quando um adolescente provoca ferimentos em seu próprio corpo, concluindo-se que seja uma forma de enfrentamento de eventos com os quais não sabe lidar. Destarte, resta compreender como o lesionar-se pode servir para regular a tensão, o que talvez poderia ser explicado pelo aspecto sensorial durante ou após a lesão quando se percebe a dor como algo bom e desejável, mesmo que com uma variação de significado de pessoa para pessoa, mas tendo a dor o papel de protagonista no comportamento autolesivo.

Em princípio, a explicação mais encontrada na literatura (Aragão Neto, 2018; Ortiz & Silva, 2018; Bernardes, 2015; Câmara & Carnavez, 2020; Gabriel, Costa, Campeiz, Salim, Silva, & Carlos, 2020; Raupp, Marin & Mosman, 2018; Silva & Santos, 2018; Fortes & Macedo, 2017) diz respeito à transferência da dor emocional para uma dor física. É possível que isto ocorra porque o indivíduo não sabendo lidar com a dor emocional, nem explicar sua origem, localização e dimensão, ao passo que a dor física parece fazer mais sentido justamente por ser observável, palpável, localizável e até possível de ser mensurada.

A dor como punição se apresenta como uma justificativa para a autolesão vez que, o adolescente, caso se sinta culpado por ser incapaz, feio, excluído socialmente, não conseguir manter o padrão social imposto, não conseguir se manter em um relacionamento amoroso, não conseguir enfrentar a iminente ameaça ou perigo com as mesmas forças, quer física, quer moral, quer de poder, desperte a sensação de merecimento de punição, assim a dor é o que de fato é esperado, mas não para esquecer, ao contrário, para sentir-se castigado e punido.

É possível que o adolescente, experimentando uma dor emocional que acredite maior que qualquer outra, imagine que a dor sentida na lesão não seria tão ruim e até útil por evitar que faça algo mais grave, logo a dor provocada se transforma em alívio, uma sensação agradável e até prazerosa, pois suportar ou “esperar o pior habitualmente aumenta a aversão aos sinais de punição, e conseqüentemente aumenta o alívio” (Leknes, Lee, Berna, Andersson, & Tracey, 2011, p. 9).

Temos então que na autolesão como transferência da dor emocional para a física, ou como forma de punição ou ainda como forma de evitar um mal maior, é a expectativa da sensação de dor que impulsiona a conduta, segundo Demantova (2017) esse tipo de “modalidade de automutilação corporal” traz à tona a “evocação sensorial do corpo”, combinando “o desagradável do ferimento passado à esperança do restabelecimento futuro” (Oliveira, Maugin, Oliveira, Melo, Silva, Dias, Parreira, Sérvulo & Santos, 1997, p. 4-10).

A dor somática, que provém de lesões artificiais ou profundas na pele, músculos e articulações, funciona como mecanismo de proteção do organismo contra lesões pois gera uma resposta de evitação necessária a preservação do organismo do ponto de vista neurológico (Oliveira et al, 1997), contudo existe uma lógica neural para o controle da dor que ativa o sistema endógeno quando uma parte do corpo é afetada e a dor é percebida pelo organismo.

Quando isso ocorre, imediatamente uma série de regiões no cérebro se torna mais ativa aumentando a percepção de dor, em conseqüência, “o Sistema Nervoso Central libera relaxantes naturais do corpo produzindo uma sensação de anestesia da dor” (Andrade; Silva; Moreira; Santos; Dantas; Almeida; Lobo & Nascimento, 2003, p. 4), o que explicaria a sensação de alívio experimentada na autolesão.

Ocorre que a endorfina, produzida pela glândula hipófise localizada no cérebro é responsável pelo sentimento de euforia e êxtase

e atua como calmante natural para a dor, ela age quando “receptores na pele produzem sinais elétricos que vão da coluna espinhal ao cérebro (...) avalia a dor, que será negociada pelas endorfinas enviadas para ligação com receptores dos neurônios” (Andrade et al, 2003, p. 4), assim, em algumas situações, a depender da quantidade de endorfina liberada e da quantidade de dopamina “a dor pode ser substituída pela sensação de prazer” (Andrade et al, 2003, p. 4), ou pode provocar espasmos musculares que dão sensação de prazer evitando o estresse, efeitos que funcionam como resposta orgânica para aliviar a sensação dolorosa.

Isto posto, inferir que a dor na lesão autoprovocada exerce o papel de regulação da tensão ao dar ao adolescente a sensação de poder 1) transferir a dor emocional para uma dor física, 2) sentir efetivamente a dor pois está a se autopunir, 3) trocar uma dor maior (emocional) por uma que seja mais suportável, 4) sentir uma dor, por pior que seja, para evitar um resultado mais grave como o suicídio ou ainda, a sensação de 5) anestesia dos sentimentos com a liberação de endorfina pelo cérebro e 6) espasmos musculares para aliviar a tensão.

## **Método**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, qualitativo, com amostra não probabilística, de natureza retrospectiva, a fim de compreender as funções da autolesão no comportamento autolesivo na adolescência, como lembrado, percebidas e supostas a partir de lembranças de participantes adultos que se autolesionaram na adolescência.

### *Participantes*

Com a pandemia provocada pela COVID-19 ficou inviabilizada a pesquisa entre adolescentes por não ser possível coletar a autorização dos pais ou responsáveis no Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, por esta razão, apesar do estudo ter como foco analisar o comportamento autolesivo na adolescência, a pesquisa foi realizada com participantes maiores de 18 anos, solicitando-se que respondessem retrospectivamente em relação ao comportamento na fase da adolescência.

Assim, a amostra foi constituída por 126 pessoas com idade entre 18 a 57 anos (idade média = 24,46), sendo 114 participantes do sexo feminino (90,48%) e 12 participantes do sexo masculino (9,52%). Os participantes foram convidados para a pesquisa por meio de sítios de relacionamento de domínio público, tendo como critério de exclusão ser menor de 18 anos.

Em relação ao grau de escolaridade, um participante (0,79%) declarou ter doutorado, dois (1,59%) declararam ter o título de mestre, um (0,79%) declarou ter o ensino fundamental completo, oitenta e um participantes (64,29%) declararam possuir o ensino médio completo e vinte e nove participantes (23,02%) declararam possuir ensino superior. Dentre os participantes, noventa (71,43%) se auto-declararam de cor branca, vinte e oito (22,22%) de cor parda e oito (6,35%) de cor preta.

### *Instrumento*

O instrumento foi elaborado para esta pesquisa e se denomina Questionário de Declarações do Comportamento Autolesivo – QDCA, inspirado e desenvolvido a partir do “Self-Injury Questionnaire – SIQ”, formulado por Ann Alexander Laurel (2006) e pelo Inventory of Statements About Self-injury”- ISAS, formulado por E. David Klonsky e Catherine R. Glenn (2009), utilizado para avaliar 13 funções da autolesão.

O QDCA investiga 20 fatores motivacionais para a autolesão, os métodos utilizados, a idade de início do comportamento, a idade em que a pessoa interrompeu o comportamento e como conseguiu

parar (se for o caso). Outros elementos questionados foram o local em que a pessoa costumava se autolesionar e a percepção de dor e da situação vivenciada no momento da autolesão. No último item do QDCA o participante foi convidado a contar a experiência pessoal com o comportamento autolesivo na adolescência a fim de conhecer e analisar os sentidos e significados gerais percebidos pelos participantes em relação a autolesão..

### *Procedimento*

O QDCA foi distribuído de forma on line, utilizando o pacote de aplicativos Google Forms, serviço prestado pelo Google para facilitar a criação, veiculação e análise de formulários e questionários para pesquisas e enquetes para coleta de opiniões por meio de Redes Sociais Digitais – RSD (WhatsApp, E-mail, Instagram, Facebook), no período de 28 de agosto de 2020 a 23 de setembro de 2020. As respostas aos questionários e respectivos relatórios gerados automaticamente pelo Google Forms, foram separados por categoria temática e analisados quanto aos dados informados e opiniões expressas.

### *Cuidados éticos*

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vila Velha, sendo aprovado com o registro CAAE: 36731120.2.0000.5064. Foi solicitado aos participantes que, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dessem o aceite no formulário digital do QDCA. Por se tratar de pesquisa com seres humanos, todos os procedimentos deste estudo respeitaram as diretrizes das Resoluções nº 466/2012 (Brasil, 2013) e 510/2016 (Brasil, 2016), inclusive o de manter o anonimato dos participantes. Para tanto, os participantes foram identificados com um código numérico sequencial.

## Resultados e discussão

Os resultados apontam o início do comportamento autolesivo em várias fases da vida (Tabela 1). A incidência acomete a segunda infância, entre cinco ou seis anos (6,35%) e a terceira infância, entre 7 anos e 11 anos (8,73%). Nos primeiros anos da adolescência, entre 12 aos 15 anos, há um aumento exponencial (68,29%), caindo no final da adolescência, entre os 16 aos 19 anos (12,70%). Já no início da fase adulta, entre os 23 anos aos 40 anos, há poucos relatos de casos iniciando o comportamento (3,97%).

Conclui-se que a idade de início do comportamento autolesivo é predominante na adolescência e que, aparentemente, o comportamento persiste por mais tempo quando iniciado na infância. Não foi encontrado o início do comportamento na vida adulta intermediária e na vida adulta tardia.

### Tabela 1

#### Média de anos da frequência do tempo de permanência do Comportamento Autolesivo em relação ao período de desenvolvimento humano.

Período de desenvolvimento humano	Início do comportamento	Tempo com o comportamento	Desvio padrão
Segunda e terceira infância	5 a 11 anos	16,6 anos	5,65 anos
Primeiros anos da adolescência	12 a 15 anos	6,49 anos	6,06 anos
Final da adolescência	16 a 19 anos	3,43 anos	3,10 anos
Fase adulta	23 a 57	8,4 anos	8,87 anos

Fonte: Dados obtidos no Questionário de Declarações do Comportamento Autolesivo – QDCA (2020)

Em relação as funções ou motivações os resultados foram: redução de tensão (76,0%); expressar raiva ou frustração consigo mesmo

(75,2%); distrair-se de sentimentos ou pensamentos ruins (66,1%); anestesiar os sentimentos (65,3%); substituir a dor mental pela dor física (63,6%); se punir por algo (43,0%); lidar com sentimento de solidão (42,1%); tornar visível a dor que sente por dentro (42,1%); expressar raiva/frustração por outra pessoa (33,1%); fugir da realidade (33,1%); alcançar um sentimento de paz (30,6%); chamar a atenção (23,1%); sentir-se vivo (17,4%); conseguir ajuda ou cuidados de alguém (14,0%); diversão (7,4%); purificar-se (7,4%); influência de amigos (5,8%); proteger pessoas que são importantes (5,0%); sentir-se poderoso (4,1%) e; sentir-se sexualmente excitado ou estimulado (1,7%).

As funções ou motivações de maior prevalência, acima de 30,6%, sugerem que a autolesão seja uma forma de trazer equilíbrio as emoções, aliviar sentimentos ou castigar-se, porém a função de chamar a atenção não teve um resultado considerável, da mesma forma as funções diversão, purificação, poder ou estímulo sexual, o que reforça que a autolesão possa estar diretamente ligada ao enfrentamento das emoções negativas.

As formas de autolesão podem acontecer de forma isolada ou associando um ou mais métodos, sendo os principais encontrados na pesquisa: cortar-se (58,7%); arranhões graves (45,5); bater em si mesmo (34,7%); mexer nas feridas que estão cicatrizando (33,1%); puxar o cabelo (33,1%); morder-se (28,9%); marcar-se; (19%); engolir substâncias perigosas (18,2%); beliscar-se (18,2%); furar-se com agulha (14%); esfregar a pele contra superfícies ásperas (11,6%); bater a cabeça na parede (1,7%) e; alta dosagem de medicamentos (1,7%).

Conforme a pesquisa, cento e dois participantes afirmaram que estavam sozinhos na hora das lesões, apenas um participante respondeu que estava acompanhado ao se autolesionar e dezoito participantes declararam que ora estavam sozinhos e, ora, acompanhados.

Dentre os locais escolhidos para a autolesão o resultado que mais apareceu foi em casa (97,5%), seguido da escola (29,4%), em especial no banheiro da escola.

Em relação à percepção da sensação de dor no momento da autolesão sessenta e quatro participantes declararam sentir dor na hora da autolesão (52,9%), trinta e nove participantes declararam não sentir dor (32,2%) e dezoito participantes declararam que a sensação de dor era percebida algumas vezes (14,9%).

A dor na autolesão foi analisada a partir das histórias contadas pelos participantes e divididas em seis categorias temáticas: 1) transferir a dor emocional para uma dor física, 2) sentir efetivamente a dor pois está a se autopunir, 3) trocar uma dor maior (emocional) por uma que seja mais suportável, 4) sentir uma dor, por pior que seja, para evitar um resultado mais grave como o suicídio ou ainda, a sensação de 5) anestesia dos sentimentos com a liberação de endorfina pelo cérebro e 6) espasmos musculares para aliviar a tensão.

A seguir apresentaremos breves relatos de caso, ilustrados pelas falas dos participantes da pesquisa, usando nomes fictícios, para exemplificar a percepção de dor na autolesão de acordo com as categorias propostas.

Na categoria 1. transferir a dor emocional para uma dor física, encontramos Ana, sexo feminino, 19 anos que iniciou o comportamento aos 13 anos e parou aos 16 ao participar de um evento religioso, ela conta que “sentia muito sozinha, tinha acabado de mudar de escola... então comecei a me cortar, foi muito difícil parar porque sempre que o sentimento de vazio vinha eu já ia logo me cortar pra tentar parar a dor interna”.

Já Bia, 19 anos, iniciou o comportamento com 12 anos, aprendeu a se autolesionar ao ver “num filme que a garota se cortava com raiva” e resolveu experimentar, ela fala que “pode parecer meio

estranho... mas ao ver o sangue escorrer, o processo dele descendo e encharcando toda a minha perna, é igual a uma anestesia”.

Para a categoria 2. sentir efetivamente a dor pois está a se autopunir, observamos a história de Carla, sexo feminino, 18 anos, ao que se lembra, começou a se lesionar aos 13 anos, acredita que não há “nenhuma razão aparente, simplesmente a noção de que era o que eu merecia”, acreditando ele que “a autolesão seja associada a desordens e estados mentais que me causaram um desconforto com a pessoa que eu era, me colocando em uma posição onde eu só me sentiria bem quando me punisse”.

Dani, sexo feminino, 19 anos, afirma não lembrar de “ser um processo racionalizado, mas foi muito somado a emoções negativas de culpa e sentimento de inutilidade”, também percebe que “a dor passou a trazer consigo um sentimento de alívio e satisfação”, admite ter pensado em suicídio, mas “a incapacidade de efetuar até mesmo uma tentativa corroborava para o sentimento de culpa, sentia que a gravidade da lesão não era a suficiente para se equiparar à dor que eu acreditava merecer sentir”.

Na categoria 3. trocar uma dor maior (emocional) por uma que seja mais suportável, temos Eva, sexo feminino, 21 anos, iniciou com 14 anos e parou aos 15 com a ajuda de amigos., relata que “na maioria das vezes... era por causa de frustrações com amizades... era um sentimento de impotência e solidão”, para ela “a autolesão veio quando pareceu que nada estava dando certo”. No instagram “postava e seguia contas com um conteúdo mais “dark” onde falava de autolesões, frustrações e sentimentos negativos. Enquanto que Fábiana, 23 anos, sexo feminino, que iniciou aos 17 e ainda não parou, conta que tem depressão e começou a se machucar “para tentar aliviar o desespero” e “com o objetivo de aliviar a dor emocional... assim, não sentiria tanto a dor emocional”.

Para a categoria 4. sentir uma dor, por pior que seja, para evitar um resultado mais grave, encontramos Giovana, sexo feminino, 17 anos, iniciou aos 13 anos e parou aos 14 anos, ela conta que não era algo que gostava, “só fiz porque tentei cometer suicídio” e, no seu relato, Héliida, sexo feminino, 23 anos, iniciou aos 17 anos e parou aos 20, fala que “a primeira vez foi por conta do meu pai... a casa estava passando por reforma e o pai constantemente gritava com os pedreiros. O ódio e a vontade que tinha de matá-lo me dava vontade de me autolesionar para não fazer contra ele. Adolescência é uma loucura, é tudo muito intenso. Era 8 ou 80.”

Na categoria 5. sensação de anestesia dos sentimentos, temos a declaração de Iná, sexo feminino, 21 anos, iniciou aos 13 anos, ela fala que “o foco na dor física faz a mente esquecer das outras dores e preocupações, por um momento breve estou livre de tudo”, explicando que a anestesia da dor “é como se fosse possível construir paredes que ajudam, mas o abismo sempre continua ali por trás das paredes, e vez ou outra elas desabam”.

E na categoria 6. espasmos musculares, temos Jane, sexo feminino, 22 anos, que iniciou aos 12 anos, relata: “Me autolesiono há 10 anos por meio de socos moderados nas mãos, braços e coxas buscando causar espasmos musculares, isso me dá um prazer (não sexual, mas de bem estar e relaxamento), ao mesmo tempo que me sinto culpada por estar me machucando”. Ela descobriu que poderia sentir novamente “ao bater acidentalmente uma parte da palma da minha mão em alguma superfície e isso gerou o espasmo muscular”, depois desse evento ficou “extremamente viciada em causar isso”.

## **Considerações Finais**

A presente pesquisa estudou o comportamento autolesivo a partir da perspectiva de pessoas adultas que se autolesionaram na

adolescência a fim de compreender melhor o significado da lesão e, da conseqüente percepção da dor ou da sensação de ter a dor anestesiada. Inicialmente, foi necessário esclarecer e tentar padronizar a nomenclatura autolesão, bem como, distinguir o diagnóstico de lesões autoprovocadas na ideação suicida e de lesões decorrentes de transtornos mentais diversos com o ato praticado unicamente com o fim de provocar feridas, concluindo-se que, neste caso, se trata de comportamento autolesivo, por constatar-se um conjunto próprio de critérios sistematizados de sinais, sintomas e métodos.

A leitura que fazemos revela que o comportamento se explica pela dimensão intrapessoal que reforça automaticamente o comportamento gerando sensações agradáveis e aliviando o estresse e também pela dimensão social onde o reforço é ocasionado na tentativa de alterar o ambiente funcionando para chamar a atenção ou ser aceito no grupo. Por este viés considera-se a possibilidade de o comportamento autolesivo se estabelecer em razão das sensações desencadeadas nas lesões, funcionando como um mecanismo de defesa.

Todos os participantes tiveram em comum as motivações para a autolesão como sendo, anestesiar os sentimentos, distrair-se de sentimentos ou pensamentos ruins, lidar com sentimento de solidão, reduzir a tensão ou a ansiedade apontando para a importância do estudo das emoções como processo gerador do comportamento autolesivo a fim de apresentar possíveis alternativas de regulação.

Um achado importante na pesquisa denota que aqueles que iniciaram entre 5 a 11 anos, permaneceram com o comportamento autolesivo, em média, 16,6 anos, enquanto os que iniciaram entre os 16 a 19 anos, permaneceram com o comportamento, em média, 3,43 anos. O que chamam a atenção para uma provável característica, possivelmente ainda não descrita, que consiste no que chamamos

aqui de aparente Amplitude Correlacional Etária a indicar um distanciamento gradativo entre a idade em que se iniciam as práticas autolesivas e a idade em que o indivíduo consegue parar, ou seja, quanto mais cedo se inicia, mais tempo o comportamento persistirá.

O presente estudo buscou trazer maiores esclarecimentos sobre o comportamento autolesivo e contribuir para uma sistematização do problema e, a par das motivações que levam o adolescente a procurar formas de aliviar tensões, para além de uma explicação simplista de servir para transferir ou inscrever na pele seus sofrimentos emocionais, pretende-se entender por que as lesões se mostram como solução e para além disso, são desejadas e levam a dependência psicológica, para tanto, muitas variáveis precisam ser analisadas por meio de formulações simples ou complexas a partir das determinantes já conhecidas.

Considerando um possível protagonismo da dor, pensar formas de intervenção, por exemplo pela possibilidade de a endorfina ser produzida pelo corpo durante a atividade física, interação com os receptores cerebrais de opioides para reduzir a percepção da dor, de modo muito semelhante à morfina, talvez seja possível uma abordagem preventiva e interventiva promovendo a prática de atividade física.

Por fim, é importante levar em consideração que há limitações metodológicas na presente investigação que carecem de desdobramentos visto que o QDCA foi realizado e respondido no formato online, sem a flexibilidade de uma entrevista fundamentada no método clínico, assim, não era possível aprofundar nos questionamentos. Contudo, a pesquisa conseguiu apresentar uma proposta para o significado da lesão e da dor no comportamento autolesivo, premissa que demanda novos estudos para investigar a sua pertinência lógica.

## Referências

- Aberastury, A., Knobel, M. *Adolescência Normal*. Porto Alegre: Artmed, 1981.
- Alexander, L. A. The functions of self-injury and its link to traumatic events in college students. University of Massachusetts Amherst. University of Massachusetts Amherst. ScholarWorks@UMass Amherst. 1999. Recuperado de [https://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2265&context=dissertations\\_1](https://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2265&context=dissertations_1).
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5a ed.; M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Andrade R.V., Silva A. F., Moreira F. N., Santos H. P. S, Dantas H. F., Almeida I. F., Lobo L. P. B., Nascimento M. A. Atuação dos neurotransmissores na depressão. *Rev. Bras. Ciênc. Farm.* [periódico na Internet]. 2003 jan./ mar. Recuperado de <http://www.saudeemovimento.com.br/revista/artigos/cienciafarmaceuticas/v1n1a6.pdf>. acessado em 25 de fev. de 2021.
- Aragão Neto, C. H. (2018). Autolesão sem intenção suicida. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70 (3) páginas. Recuperado de <https://repositorio.unb.br/handle/10482/37075>.
- Aratanguy, E. W., Russo, F. L., Giusti, J. S., & Cordás, T. A. (2018). *Como lidar com a automutilação: Guia prático para familiares, professores e jovens que lidam com o problema da automutilação*. 3ª ed. São Paulo: Hogrefe.
- Bernardes, S. M. (2015). Tornar-se (in)visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam. *Repositório Institucional da UFSC*. Florianópolis. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/135810>
- Câmara, L. C., & Carnavez, F. (2020). Contribuições de Sándor Ferenczi para o fenômeno da autolesão. *Revista Latino Americana de Psicologia*, 23(1), 57-76. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n1p57.5>.

- CODAJIC - Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica, Italia y el Caribe (2020). Autolesão na adolescência: como avaliar e tratar: Guia prático de atualização. *Departamento Científico de Adolescência*. Recuperado de: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/48.%20Autoles%C3%A3o%20na%20adolesc%C3%Aancia%20como%20avaliar%20e%20tratar.pdf>.
- Demantova, A. (2017) Escarificações na adolescência: corpo atacado, corpo marcado. (Dissertação de mestrado). *Universidade Federal do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.
- Eisenstein E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc Saude*. Vol. 2 (2): 6-7
- Fortes, I., & Macedo, M. M. K. (2017). Automutilação na adolescência - rasuras na experiência de alteridade. *Psicogente*, 20 (38): pp. 353-367. Julio-Diciembre, 2017. Universidad Simón Bolívar. Barranquilla, Colombia. ISSN 0124-0137.
- Gabriel, I. M.; Costa, L. C. R.; Campeiz, A. B., Salim, N. R.; Silva, M. A. I., & Carlos, D. M. (2020) Autolesão não suicida entre adolescentes: significados para profissionais da educação e da Atenção Básica à Saúde. *Escola Anna Nery*. 24 (4). Rio de Janeiro. Epub July 13. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ean/a/Qy-NHwtKW6hx3Xq9gTKgYKnh/?lang=pt&format=pdf>.
- Gil, R. (2002). *Neuropsicologia*. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda.
- Jensen, F. E. (2016). *O cérebro adolescente: guia de sobrevivência para criar adolescentes e jovens adultos*. Tradução Lúcia Ribeiro da Silva. Rio de Janeiro. Intrínseca.
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*. 27. 226-39. 10.1016/j.cpr.2006.08.002. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.901.4205&rep=rep1&type=pdf>. Acessado em 19 de nov de 2020.
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R. Assessing the functions of non-suici-

- dal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury. *J Psychopathol Behav Assess* 31, 215–219 (2009). <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>. Recuperado de <https://www2.psych.ubc.ca/~klonsky/publications/ISAS.pdf>.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento*. São Paulo. Casa do Psicólogo.
- Leknes S., Lee M., Berna C., Andersson J., & Tracey, I. (2011) Relief as a reward: hedonic and neural responses to safety from pain. *Plos One* 6(4): e17870. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017870>. Recuperado de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0017870>.
- Lesão. Michaelis. Moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos. Recuperado em <https://michaelis.uol.com.br/busca?id=XpdyD>.
- Marques, L. M. (2020). Em busca dos sentimentos morais: do desenvolvimento das emoções básicas ao papel das emoções morais complexas nos processos de julgamento. 346 f. Tese (Doutorado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie. Recuperado de <http://tede.mackenzie.br/jspui/bitstream/tede/4452/5/Lucas%20Murrins%20Marques.pdf>. Acesso em 28 de ago de 2019.
- Moreira, M. B., Medeiros, C. A. Princípios básicos de análise do comportamento. Artmed. Porto Alegre, 2019.
- Mutilare. Michaelis. Moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos. Recuperado em <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>.
- Nock, M. K., Prinstein, M. J. (2004). Uma abordagem funcional para a avaliação do comportamento auto-mutilativo. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (5), 885-890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F>

0022-006X.72.5.885. Acessado em: 18 de fev de 2020.

- Oliveira, C. C., Maugin, C., Oliveira, É. C. F. de, Melo, F. D. P. de, Silva, F. de C. de A., Dias, F; E. de J., Parreira, G. S., Sérvulo, J. I. de A., & Santos, R. de P. (1997). A Dor e o controle do sofrimento. *Revista de Psicofisiologia*, 1(1). Laboratório de Psicofisiologia.
- Ortiz, K. G., Silva, P. A. (2019, agosto). O adolescente e o comportamento autolesivo: Revisão de literatura. *Repositório São Lucas*. Recuperado de <http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/2913>. Acesso em 20 de ago. de 2019. Revisitado em 23 de fevereiro de 2020.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. (12ª ed.) (G. Martorelli, Trad.). Porto Alegre: AMGH.
- Piaget, J. (1967). *Seis estudos de psicologia*. (A. M. D'Amorim, P. S. L. Silva, Trad.). Rio de Janeiro: Forense.
- Rappaport, C. R.; Fiori, W. R., Davis, C. Teorias do desenvolvimento. *Conceitos fundamentais*. v. 1. EPU, 1981.
- Raupp, C. S., Marin, A. H., Mosmann, C. P. (2018). Comportamentos autolesivos e administração das emoções em adolescentes do sexo feminino. *Psicologia Clínica*, 30(2), 287-308. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n02A05>.

# Subgrupos Populacionais

---

# **Câncer e Suicídio: Uma Análise Narrativa Sobre Fatores de Risco Para o Comportamento Suicida em Pacientes Oncológicos**

*Alessandra Oliveira Ciccone*

Compreender o comportamento suicida em pacientes oncológicos, por meio do levantamento e análise dos fatores de risco e de proteção, das circunstâncias e vivências intrínsecas ao processo que podem ser gatilhos para seu desenvolvimento é salutar. Desta forma, a presente revisão narrativa pretende levantar uma análise sobre tais fatores de risco e proteção, além disso, fazer uma reflexão sobre a existência de relação entre a **síndrome da desmoralização** e a atitude de autoextermínio e também explorar as publicações disponíveis para estudos brasileiros, analisando os índices de ideação e comportamento suicida nos indivíduos com câncer, se há estudos sobre fatores de risco e proteção e se estes são os mesmos ou não quando comparados a outros países.

Esta revisão narrativa foi realizada a partir da busca de artigos científicos publicados nos últimos dez anos nas plataformas SCIELO (<https://www.scielo.org>), LILACS (<https://lilacs.bvsalud.org/en/>) e PUBMED (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>). Foram aplicados os seguintes descritores para as buscas na literatura disponível online: suicídio (suicide), comportamento suicida (suicidal behavior), ideação suicida (suicidal ideation), pacientes oncológicos (oncology patients), pacientes com câncer (patients with cancer).

## **Câncer e Saúde Mental**

Neoplasia, tumor maligno e câncer são denominações usadas para o adoecimento causado por mutações nas células localizadas em

algum órgão ou tecido do corpo, que deixam de seguir um desenvolvimento natural (divisão/multiplicação, amadurecimento e morte) e passam a ter crescimento anormal, desordenado e acelerado. Frequentemente, essa anomalia começa em uma região do corpo, mas pode apresentar capacidade de invadir outras localidades devido às suas características agressivas e incontroláveis, podendo, assim, causar metástases, características de estágios mais graves da doença, possuindo, então, potencial de causar a morte do indivíduo (Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2020); World Health Organization (WHO, 2021)). No ano de 2020, mais de 19 milhões de pessoas foram diagnosticadas com algum tipo de câncer, com registros de cerca de 10 milhões de mortes no mundo (Sung et. al., 2021). Trata-se, portanto, da segunda doença mais letal em nível global (WHO, 2021). No Brasil, para o mesmo período, foram registrados 626.030 novos casos e 232.030 mortes (INCA, 2021).

De acordo com Sung et al. (2021) caso nenhum projeto de intervenção e prevenção em grande escala venha a ser realizado, em 2040 serão estimados 28,4 milhões de novos casos mundiais, representando aumento de 47% em relação a 2020, resultando numa previsão de mortes de 16,3 milhões de pessoas. No Brasil, a previsão para os próximos dez anos é de um aumento de 42% na incidência de câncer e, conseqüentemente, espera-se que o número de óbitos também aumente significativamente (ONCOGUIA, 2020).

Diante destes dados, apesar do avanço no diagnóstico e no tratamento de neoplasias nas últimas décadas, percebe-se que essa comorbidade ainda carrega altos índices de incidência, prevalência e mortalidade. Adicionalmente, a falta de acurácia científica no esclarecimento do que leva ao desenvolvimento dessa doença e de cura efetiva e definitiva faz com que o indivíduo diagnosticado seja inserido num lugar incerto, imprevisível e incontrolável. Isto posto, não

é por acaso que o câncer é tido como potencial causador de sofrimento, dor e morte, fazendo com que o diagnóstico seja um gatilho para uma crise cognitiva e emocional extremamente difícil. Crise essa causadora de uma ruptura no fluir da vida, ocasionando um estresse prolongado em que a pessoa precisa lidar com um inevitável declínio físico, acompanhado de sofrimento, medo, desesperança, sensação de ameaça à vida e confronto com a possibilidade de morte, mesmo nas situações em que há perspectiva de bom prognóstico de cura (Dóro et al., 2004; Ferreira et al., 2016).

De acordo com Perina e Ciccone (2020), muitas perdas são inerentes ao processo em que o paciente oncológico está inserido. Com a ruptura do fluir da vida, ele perde a saúde, a identidade, a autonomia, as funções, os papéis, os sonhos e objetivos, entre muitos outros elementos que são fundamentais na vida de um indivíduo. Como consequência dessas tais perdas, o paciente é inserido na vivência do processo luto, que, infelizmente, não é validado socialmente por haver uma pressão da manutenção da positividade e da força, levando o indivíduo a experienciar isolamento e desamparo com relação ao seu sofrimento e dor. Entretanto, quando há um declínio da condição do paciente e este não tem possibilidade de cura, ele é inserido na vivência do luto antecipatório, que é validado socialmente, por isso recebe cuidados, atenção e validação da sua dor (Perina e Ciccone, 2020).

Outro fator analisado que pode intensificar a dificuldade de vivência desse processo é a percepção do paciente como sendo incapaz de lidar com os desafios intrínsecos à essa jornada. Fang et al. (2014) e Nanni et al. (2018) descrevem que entre 14 e 27,4% dos enfermos portadores de neoplasias podem apresentar a síndrome da desmoralização, que é definida pela incapacidade persistente no enfrentamento das crises existenciais e psicológicas, resultando no sentimento de fracasso permanente, desamparo, desesperança,

sofrimento, incompetência, perda de propósito na vida e falta de sentido. Entretanto, apesar dessa síndrome gerar prejuízo na qualidade de vida, saúde mental e resiliência do paciente, também podendo estar relacionada a transtornos mentais (Fang et al., 2014; Nanni et al., 2018), ela não é considerada um transtorno psiquiátrico, por isso, pode resultar na negligência do seu cuidado e tratamento (Fang et al., 2014).

Diante de impactos tão graves, sabe-se que os pacientes oncológicos apresentam maiores riscos para o desenvolvimento de transtornos mentais quando comparados à população em geral (Ng, Roder, Koczwara, & Vitry, 2018; Kawashima et al., 2019). De acordo com um levantamento recente feito por Wang et al., aproximadamente um terço desses pacientes são afetados por algum tipo de sofrimento mental, sendo a depressão o transtorno mais prevalente (Wang, Chang, Weng, Yeh, & Lee, 2020). No caso do Brasil, a prevalência de transtorno depressivo varia entre 22 a 32% e de ansiedade entre 30 e 32% em indivíduos acometidos por alguma neoplasia (Bottino, Fráguas, & Gattaz, 2009; Ferreira et al., 2019), números muitos maiores quando comparados com a população brasileira em geral, para a qual os índices de prevalência de transtorno depressivo e de ansiedade são de 5,8 e 9,3%, respectivamente (WHO, 2017).

Como observado anteriormente, o processo oncológico transforma a vida do paciente como um todo, acometendo os âmbitos físico, psicológico, comportamental, social e espiritual, sendo inúmeros os desafios enfrentados e as manifestações intensas de sofrimento (Carvalho, 1994; Kim et al., 2017). Diante dessa complexa congruência de fatores de estresse e sofrimento, levanta-se o questionamento sobre o comportamento suicida em pacientes com câncer.

Na atualidade, o suicídio é um problema de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019), cerca

de 800.000 pessoas morrem devido a esta causa por ano, ou seja, a cada 40 segundos uma pessoa morre por violência autoprovocada. Esse tipo de morte está entre as vinte comorbidades que mais mata no mundo, causando mais óbitos do que malária, câncer de mama, guerras e homicídios (WHO, 2019). No contexto brasileiro, para o ano de 2019 foram registradas 13.520 mortes por autoextermínio (DATASUS-Ministério da saúde, 2019). De acordo com a literatura, os índices de mortes autoprovocadas no Brasil estão aumentando. No período de 1980 a 2000, houve crescimento de 21% e, até 2006, o aumento foi de 29,5% (Mello-Santos, Bertolote, & Wang, 2005; Lovisi, Santos, Legay, Abelha, & Valencia, 2009). São números preocupantes que se tornam ainda mais assustadores quando é possível que o número de tentativas de suicídio pode ser de dez a vinte vezes mais frequentes do que os suicídios (WHO, 2014).

O comportamento suicida é um fenômeno extremamente complexo, multifatorial e multideterminado. Por isso, não há uma definição única ou dada por apenas uma disciplina, são múltiplas as teorias, pesquisas e explicações que abrangem parâmetros de cunho biológico, médico, psicológico, social, filosófico e espiritual que devem se complementar para abranger toda a sua heterogeneidade. Apesar disso, diversos estudos tem como linha comum a percepção de fatores de risco que aumentam a probabilidade de um indivíduo desenvolver o comportamento suicida (WHO, 2014; Botega, 2015; CDC, 2021). Tais fatores englobam aspectos: 1. sociodemográficos (gênero, idade, estado civil, etnia, religião); 2. transtornos mentais (depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, abuso e dependência de álcool/drogas, transtorno de personalidade, histórico familiar de doença mental, não acesso ao tratamento, ideação ou plano suicida, tentativas pregressas de suicídio, histórico de suicídio na família); 3. psicossociais (abuso físico e sexual, instabilidade familiar, ausência de apoio

social, perdas, acontecimentos estressantes, problemas financeiros, desemprego, aposentadoria, problemas legais, sistema de saúde falho, desesperança, desamparo, impulsividade, agressividade, ansiedade intensa, *bullying*, rigidez cognitiva e pensamento dicotômico, baixa autoestima); 4. acesso a meios letais; diagnóstico de doenças físicas incapacitantes, estigmatizadas, dolorosas ou terminais; 5. não adesão aos tratamentos. Do mesmo modo, todos os estudos sobre o comportamento suicida carregam um eixo compartilhado: a identificação da vivência de um sofrimento imensurável.

Como descrito anteriormente, o processo de adoecimento pelo câncer provoca no indivíduo a vivência de um turbilhão emocional muito intenso e sofrido, a ponto de suscitar o desejo de tirar a própria vida. De acordo com estudos, o diagnóstico de câncer é um fator de risco para o desenvolvimento do comportamento suicida (Balçı Şengül, Kaya, Şen, & Kaya, 2014; Santos, 2017; Das, 2019; Dwyer et al., 2019; Klaassen et al., 2019), sendo a taxa de morte por autoextermínio entre os pacientes oncológicos duas vezes maior do que na população geral (Anguiano, Mayer, Piven, & Rosenstein, 2012; Calati et al., 2018) e os riscos de ideação e comportamento suicidas de duas a quatro vezes maior (Park, Chung, & Lee, 2016). Moreno-Montoya, Palacios-Espinosa e Gracia-Ruiz (2017) mostram que 21% dos indivíduos com câncer analisados tiveram pelo menos um episódio de manifestação suicida no processo de adoecimento. Outro estudo aponta que em 88% de casos de suicídios cometidos por pacientes oncológicos, o câncer foi considerado como um fator estressor (Dwyer et al., 2019). Silva e Benincá (2018) demonstram recentemente que 12,5% dos pacientes oncológicos analisados apresentaram ideações suicidas, enquanto em um outro estudo brasileiro, realizado com pacientes oncológicos hospitalizados, foi observado que o risco para suicídio era maior para essa população quando

comparado a outros pacientes internados por outras comorbidades (Fanger et al., 2010; Silva e Benincá, 2018).

## **Câncer Como Fator de Risco Para o Comportamento Suicida**

O diagnóstico de câncer é descrito como um fator de risco para o desenvolvimento do comportamento suicida, entretanto, há algumas outras peculiaridades dentro do processo de adoecimento e tratamento que precisam ser destrinchadas. De acordo com os estudos levantados, além do diagnóstico, foram identificados os seguintes fatores de risco: fatores sociodemográficos; suporte social; período de tempo após o diagnóstico e tipo de câncer; estágio do câncer, fatores clínicos e sequelas; e transtornos mentais, descritos a seguir.

### **Fatores Sociodemográficos**

*I. Gênero.* O risco de suicídio aumenta para ambo os sexos quando há um diagnóstico de neoplasia, porém o risco de suicídio consumado é maior entre os homens (Kendal, 2007; Spoletini et al., 2011; Anguiano et al., 2012; Massetti, Holland, Jack, Ragan, & Lunsford, 2018; Dwyer et al., 2019; Zaorsky et al., 2019).

Em seu estudo com a população americana, Kendal (2007) evidenciou que a taxa de suicídio entre indivíduos do sexo masculino com algum tipo de câncer era 4,8 vezes maior do que em mulheres pacientes oncológicas. Para Massetti et al. (2018), a análise das bases dos centros onde são registrados todos dados de homicídio, suicídio e morte violentas por intenção indeterminadas dos Estados Unidos (*Centers for Disease Control and Prevention* [CDC] e do *National Violent Death Reporting System* [NVDRS]) mostrou que 81,8% dos suicídios em pacientes oncológicos foram realizados por homens. Do mesmo modo, Zaorsky et al. (2019), em um levantamento feito por meio da

investigação na base de dados do programa nacional americano *Surveillance, Epidemiology, and End Results* no período de 1973 a 2014, identificaram maior prevalência de homens (83%) nos suicídios entre os indivíduos acometidos com algum tipo de neoplasia.

Spoletini et al. (2011) afirmam que a agressividade e hostilidade direcionadas à equipe médica pode ser um sinal de suicídio iminente. Em seus estudos, a agressividade e o abuso de álcool foram mais comuns entre homens do que em mulheres, podendo explicar parcialmente as maiores taxas de suicídio em indivíduos do gênero masculino (Spoletini et al., 2011). Tal explicação é endossada por Kendal (2007), quando afirma que as mulheres, apesar de vivenciarem os mesmos problemas e questões no processo de adoecimento, são menos inclinadas a reagirem por meio da violência autodirigida.

*II. Idade.* Um outro aspecto identificado como sendo risco para suicídio foi a idade (Anguiano et al., 2012; Santos, 2017; Calati et al., 2018; Massetti et al., 2018; Dwyer et al., 2019; Zaorsky et al., 2019). Percebe-se que a ocorrência de suicídio no contexto do adoecimento neoplásico é maior entre os mais velhos. Conforme Massetti (2018), 77% das pessoas com câncer que morreram por suicídio tinham mais de 55 anos, sendo que para mais da metade das mortes autoprovocadas, 55,3% tinham mais de 65 anos. Anguiano et al. (2012), Santos (2017) e Dwyer et al. (2019) também identificaram que as maiores taxas estão entre os idosos (maiores de 65 anos). Todavia, em um levantamento feito por Calati et al. (2018), foram encontrados maiores riscos para comportamento suicida entre os maiores de 60 anos, mas também na faixa dos 40 aos 46 anos.

Em um levantamento dos fatores de risco entre os idosos com câncer, Santos (2017) informa que transtornos mentais - especificamente depressão -, carência de apoio social ou baixa qualidade da rede de suporte, vivência da síndrome da desmoralização, desesperança e desamparo, doença grave e maligna com prognóstico ruim,

grau de estabelecimento da doença, tipo e local acometido pelo câncer e tempo de diagnóstico configuram-se como aspectos que devem alertar os profissionais da equipe de saúde na busca de prevenção da morte autoinfligida entre os indivíduos da terceira idade portadores de neoplasia.

*III. Outros fatores sociodemográficos.* De acordo com os estudos de Kendal (2007), Santos (2017), Massetti et al. (2018) e Zaorsky et al. (2019), há maior prevalência de suicídio entre brancos.

Uma explicação dada reside no fato de que nas outras etnias, fatores como, crenças religiosas; suporte familiar; rejeição cultural ao suicídio, teriam impacto protetivo importante (Kendal, 2007), sendo este último fator evidenciado quando se comparam estudos com divergências culturais e de conceituais em relação ao suicídio no Ocidente *versus* Oriente. Em Taiwan, por exemplo, a taxa de mortalidade anual por suicídio em pacientes com câncer foi de 288,9/100.000 habitantes, ao passo que nos Estados Unidos, 31,4 a cada 100.000 habitantes/ano (Fang et al., 2014).

Além disso, outro aspecto de risco para o suicídio foi o desemprego, já que estaria associado à ocorrência de depressão que, por sua vez, é um importante fator no comportamento suicida. O emprego seria, por conseguinte, um fator de proteção não só por proporcionar recursos sociais, mas também como uma forma de o paciente exercer seu papel social (conexão com os outros e com a sociedade) (Fang et al., 2014). Contudo, os estudos analisados não traziam aspectos como nível de escolaridade, status social e outros fatores sociais como objeto de investigação, sendo evidente a necessidade de maior aprofundamento nessa temática para o levantamento dos aspectos sociodemográficos que poderiam estar associados ao suicídio.

## **Suporte Social**

Há relatos de que a qualidade do suporte social pode ser um fator de proteção para o comportamento suicida, mas também um fator de risco (Fang, 2014; Balçı Şengül et al., 2014; Santos, 2017). Em seu levantamento sobre o comportamento suicida em pacientes oncológicos idosos, Santos (2017) enfatiza que a falta de apoio social contribui para o aumento da taxa de suicídio nessa faixa etária, sendo então este apoio uma variável importante na prevenção do suicídio, pois quanto maior a satisfação com a rede de suporte, menos graves tornavam-se os sintomas depressivos. Balçı Şengül et al. (2014) apresentam resultados similares ao concluírem que as tentativas de suicídio entre pacientes com câncer, independente da faixa etária, estavam relacionadas com suporte social limitado e de baixa qualidade, por isso, uma boa rede de apoio teria impacto positivo na saúde mental e física. Neste mesmo estudo, percebe-se que quanto mais grave e avançada estava a doença, menor era o apoio social recebido pelo enfermo. Para Calati et al. (2018), a avaliação do suporte social ajudaria na identificação de novas estratégias direcionadas para a prevenção do suicídio.

De acordo com Fang et al. (2014), Park et al. (2016), Santos (2017) e Zaorsky et al. (2019), ser casado é um importante recurso de suporte social, já que pode proporcionar maiores chances de estabilidade financeira e amparo emocional. Para tais autores, pessoas solteiras possuem maior propensão ao desenvolvimento do comportamento suicida, uma vez que apresentam sentimentos de solidão, desamparo e desesperança, os quais desempenham papel importante na determinação desse comportamento. Em uma linha contrária, Massetti et al. (2018) evidenciam que os pacientes com mais riscos para o comportamento autodestrutivo eram casados ou viúvos, o que pode confirmar que a qualidade do suporte social é o que determina

o risco para suicídio e não a presença ou falta desse suporte.

A qualidade do suporte familiar é preponderante na temática do apoio social. Associado a isso, Park et al. (2016) afirmam que “ter um membro da família como cuidador pode ter uma influência significativa no risco de suicídio em pacientes com câncer avançado” (p. 4.835). Em outras palavras, a capacidade da família de dar continência, a habilidade de acolher e fazer com que o paciente se sinta pertencente, a abertura para comunicação e diálogo, a promoção de autonomia e liberdade para o familiar acometido e a troca de afetos são fundamentais para a prevenção do comportamento suicida.

### **Período de Tempo Após o Diagnóstico e Tipos de Câncer**

Uma das grandes questões que vem sendo pesquisadas é a associação entre o risco de suicídio, o tempo de diagnóstico da neoplasia e o tipo de câncer associado. Em relevante revisão, Aguiano et al. (2012) indicam que há maior risco para a morte autoprovocada, tanto em pacientes homens como em mulheres, nos primeiros doze meses a partir do diagnóstico, sendo que parece haver maior ameaça para casos de câncer de próstata, pâncreas, pulmão e de cabeça e pescoço. Mais recentemente, Calati et al. (2018) constatam que, para tipos de câncer com prognóstico ruim, o maior risco para suicídio estaria concentrado nos primeiros três meses após o diagnóstico, já nas neoplasias de risco baixo a moderado, a ameaça para a morte autoinfligida estaria mais elevada nos primeiros 12 a 14 meses do diagnóstico. Wang et al. (2018), mencionam que o risco para suicídio parece ser maior no primeiro mês do diagnóstico em pacientes que tiveram diagnóstico para câncer de faringe, lábios e cavidade oral, porém, com as taxas de risco declinando após o sexto mês do diagnóstico.

Já em um estudo de coorte pareado com pacientes com tumores de órgãos sólidos, Klaassen et al. (2019) apresentam resultados que

indicam que o maior risco para a morte autoprovocada estaria nos primeiros cinquenta meses após o diagnóstico, sendo que, nos pacientes com câncer de pulmão, bexiga e cabeça e pescoço o risco de suicídio foi identificado como mais elevado. Nesse estudo, há o levantamento de três hipóteses para o risco de suicídio mais alto nesses determinados tipos de câncer Klaassen et al., 2019. A primeira delas aponta que o procedimento cirúrgico necessário em casos de câncer de cabeça e pescoço e de bexiga está associado a comorbidades severas e geram como sequela a dismorfia corporal, o que poderia estar relacionado com depressão, diminuição da autoestima e ideação suicida. Uma segunda explicação seria a de que essas três neoplasias estariam associadas com tabagismo e o abuso de álcool, que por si já são fatores de risco independentes para o suicídio. Por último, estes tipos de câncer tem correlação com maior gravidade da comorbidade (doença com estágio mais avançado) com baixa sobrevida, o que já foi evidenciado como fator importante para o desenvolvimento do comportamento suicida, como será discutido no próximo item.

Similarmente, Dwyer et al. (2019), em uma análise de dados sobre as mortes por suicídio no período de 2009 a 2013 na Austrália, relatam que o risco para o comportamento suicida em pacientes oncológicos era maior nos primeiros doze meses a partir do diagnóstico. Entretanto, nesse estudo não foi encontrada correlação entre gênero, idade, o tipo de câncer, presença de metástase e o comportamento suicida (Dwyer et al., 2019). Já as constatações de Zaorsky et al. (2019) indicam que os tipos de cânceres mais comumente associados aos pacientes que cometeram o suicídio foram o pulmonar, de cabeça e pescoço, testículos, bexiga e linfoma de Hodgkin. Diferentemente dos estudos anteriores em que foi identificado que o maior risco de suicídio estava nos primeiros meses após o diagnóstico, Henson et al. (2019) apontam que o risco de morte por suicídio

aumenta após os primeiros seis meses do diagnóstico, principalmente para pacientes com mesotelioma, câncer pancreático, de esôfago, pulmonar e de estômago.

## **Estágios do Câncer, Fatores Clínicos do Tratamento e Sequelas**

Outro tema discutido pelos estudos apreciados foi a correlação entre os riscos de desenvolvimento do comportamento suicida e os diferentes estágios do adoecimento, fatores clínicos e sequelas do tratamento e da doença em si.

Klaassen et al. (2019), além de perceberem a associação entre o risco de suicídio com o tempo de diagnóstico e com o tipo de câncer, também mencionam a correlação com o avanço do adoecimento e o mau prognóstico. Conclui-se, nesse estudo, que pacientes que estavam vivendo um estágio mais avançado e agravamento da doença (estádio IV) ou eram diagnosticados com um tipo de neoplasia com prognóstico ruim sofriam maiores riscos de depressão, ideação suicida e de morte autoprovocada (Klaassen et al., 2019).

Em geral, pacientes que apresentaram prejuízos físicos, psicológicos e sociais significativos tinham maiores riscos para suicídio (Aguiano et al., 2012). Balcı Sengül et al. (2014) afirmam que a incidência de ideação e comportamento suicida aumentava também de acordo com o aumento da severidade da doença e com as experiências de choque com a notícia de progressão, de novas metástases ou com a aproximação da terminalidade devido à deterioração da qualidade de vida, aumento da dependência física, fracasso no manejo da dor, crescimento da depressão e perda de esperança. Ainda, Dwyer et al. (2019) discorrem que a dor é um fator preditivo importante para o suicídio, estando presente em 66% dos pacientes oncológicos que cometeram suicídio.

Neste contexto, Park et al. (2016), a partir de um estudo transversal com 600 pacientes oncológicos realizado na Coréia do Sul, afirmam que o avanço e o agravamento da doença acompanhados dos efeitos colaterais da terapêutica que reduzem autonomia, qualidade de vida e bem-estar, trazem prejuízos nas atividades diárias e nas relações sociais, estando relacionados a um estado psicológico ruim (transtornos mentais), podendo aumentar a possibilidade do desenvolvimento de uma conduta autodestrutiva. De acordo com esse estudo, 40,6% dos pacientes com câncer avançado apresentavam algum tipo de pensamento relacionado à abreviação da vida, sendo que 24,7% dos pacientes responderam que gostariam de tirar a própria vida e 2% haviam tentado suicídio. No caso do fracasso do manejo da dor, os pacientes que a sentiam com muita intensidade apresentavam maiores risco de suicídio, uma vez que se encontravam em grande sofrimento e estresse. Além disso, a intensidade da dor estava relacionada à maior gravidade da doença, concluindo-se que o manejo adequado desta seria fundamental para prevenção da morte autoinfligida (Park et al., 2016).

Conclui-se, então, que a administração adequada da dor teria impacto preponderante na qualidade de vida, no bem-estar e na diminuição do risco de morte autoinfligida. Em todo caso, o estudo resalta a necessidade de pesquisas mais aprofundadas sobre esse tema.

## **Transtornos Mentais**

Sabe-se que um importante fator de risco para suicídio na população em geral é a presença de transtorno(s) mental(is) (Botega, 2015; WHO, 2019), o que não difere do cenário da oncologia. Em um estudo realizado no Brasil por Fanger et al. (2010), em que foram analisados 675 pacientes com câncer hospitalizados com o propósito de analisar prevalência e fatores associados a depressão e

comportamento suicida, foi constatado que um a cada cinco pacientes apresentavam depressão e aproximadamente 5% manifestavam risco para suicídio, dado que os fatores identificados como sendo de risco incluíam o uso de psicofármacos ao longo da vida, fracasso no manejo da dor e diagnóstico de depressão. Além disso, foi identificado que a depressão afeta a adesão ao tratamento, influencia na evolução do câncer e traz prejuízos na qualidade de vida. Um fator importante pontuado por esse estudo diz respeito à detecção da depressão em pacientes oncológicos como um desafio, uma vez que os sintomas somáticos dessa doença se assemelham muito aos efeitos colaterais dos tratamentos rotineiramente empregados no campo da oncologia (quimioterapia e radioterapia), podendo levar a equipe de saúde a subestimar ou não detectar os sintomas depressivos (Fanger et al., 2012).

Nessa mesma linha, Aguiano et al. (2012) discorrem que a depressão seria um fator determinante no comportamento suicida, dado que os indivíduos com neoplasia que eram diagnosticados com depressão tinham quatro vezes mais chances de manifestar desejo de acelerarem a própria morte quando comparados aos que não apresentavam esse transtorno. Também, deste conjunto de pacientes com depressão, 50% tinham ideação suicida (Aguiano et al., 2012). Balci Sengül et al. (2014) concluíram que os pacientes oncológicos que haviam tentado suicídio apresentavam depressão, crise de ansiedade, além de baixo nível social e estágio avançado de doença, sendo que a depressão foi caracterizada como a mais frequente. Naquele caso, a taxa de depressão maior estava entre 10 e 25% dos pacientes. Fang et al. (2014) relataram ainda que 36% dos pacientes oncológicos enfrentam algum tipo de sofrimento psicológico, sendo que entre estes, a prevalência de depressão é muito alta.

Em seu levantamento, Santos (2017) traz que metade dos

indivíduos com câncer que morreram por suicídio tinha o diagnóstico de depressão maior. Também ressalta que outros fatores deveriam ser levados em consideração na atenção ao paciente que poderia estar em risco de suicídio, incluindo: ansiedade, desamparo, síndrome de desmoralização, que por sua vez pode gerar desesperança, angústia e solidão. Esse autor discorre que o suicídio seria um meio de manter o controle e uma alternativa consoladora diante de uma situação de impotência, temor, desesperança e sofrimento insuportável e, por isso, deve ser constantemente avaliado e acompanhado pela equipe da saúde mental (Santos, 2017). Acrescentando ao que foi elaborado sobre esse tema, Park et al. (2016) ressaltam um outro fator a ser considerado no estudo dos riscos para suicídio é a ansiedade. Para os autores, o nível alto de ansiedade e o transtorno depressivo trariam prejuízos graves na qualidade de vida, acarretando no sentimento de perda de sentido na vida, diminuição do bem-estar espiritual (considerado um fator de proteção) e potencialização da ideação e comportamentos suicidas. Além do mais, os autores sugerem por meio desse estudo que a correlação depressão-suicídio na Coreia do Sul não seria significativa, mas sim a correlação alta nível de ansiedade e suicídio (Park et al., 2016).

Já Fang et al. (2014), Tang, Wang e Chou (2015) e Nanni et al. (2018) afirmam que a síndrome de desmoralização é tão significativa quanto a depressão na predição de risco de suicídio. Essa síndrome, como descrita anteriormente, como uma incapacidade persistente em lidar com as emoções intrínsecas ao processo de adoecimento, gerando desamparo, desesperança e sentimentos de incompetência, está presente em 14 a 27,4% dos pacientes. Entre 21,7 a 33% dos indivíduos com neoplasias apresentavam depressão concomitante com a síndrome de desmoralização (Fang et al., 2014). Já no levantamento feito por Tang et. al. (2015), 28,8%

das pessoas com câncer apresentavam a síndrome de desmoralização e a prevalência de depressão estaria entre 15 a 20%, ou seja, podem ser esperadas maiores taxa de desmoralização, o que aumentaria o risco para suicídio caso essa síndrome continue sendo negligenciada pela equipe médica e, conseqüentemente, não tratada. Em estudo recente realizado por Nanni et al. (2018), do total de pacientes analisados, 25,1% apresentavam sintomas significativos de desmoralização e 8,2% manifestaram ideações suicidas. Dos indivíduos que apresentavam ideações suicidas, 77% foram diagnosticados com depressão e 23% com níveis de desmoralização moderada e severa, significando que nem todos os pacientes que apresentam comportamento suicida são depressivos, mas apresentam sinais de desmoralização (Nanni et al., 2018).

De acordo com o estudo de Fang et al. (2014), a desmoralização teve maior influência na ideação suicida do que a depressão, tendo sido identificado que a ‘perda de sentido na vida’ é um importante fator do efeito dessa síndrome na ideação suicida, porém no cenário em que se apresenta depressão associada com a desmoralização, os riscos aumentavam ainda mais. Entretanto, esses estudos (Fang et al., 2014; Tang et al., 2015), assim como identificado por Santos (2017), ressaltam que os efeitos colaterais do tratamento oncológico podem confundir e mascarar uma possível depressão, o que levaria ao atraso do tratamento e risco aumentado para o desenvolvimento do comportamento suicida. Desta forma, o trabalho da equipe de saúde mental é proposto como fator de proteção, voltado à busca de se melhorar e fortalecer as estratégias de enfrentamento, envolvendo construção de significados e sentidos, colaborando para melhor adaptação do paciente às suas novas condições (Fang et al., 2014).

Um ponto a ser considerado vem da reflexão levantada por Perina e Ciccone (2020), que afirmam que o paciente oncológico

experiencia diversos lutos, consequentes das muitas perdas que são intrínsecas ao processo. Lutos esses que não são validados socialmente, levando ao não cuidado, suporte e amparo da dor, que resulta numa maior vulnerabilidade desse indivíduo. Além disso, Botega (2015) afirma que a vivência do processo de luto é um fator importante de risco para o comportamento suicida, o que pode levantar a possibilidade de o luto não validado ser mais um fator de risco para o paciente. Contudo, ressalta-se que não foram encontrados estudos que façam essa associação, evidenciando a necessidade de mais pesquisas direcionadas a esta temática.

## **Considerações Finais**

Apesar dos estudos analisados terem sido realizados em diferentes países, com amostragens diversas e parâmetros não necessariamente comparáveis entre si, conclui-se que o diagnóstico de câncer é um risco por si só para o desenvolvimento do comportamento suicida. Além disso, outros fatores de risco no processo de adoecimento e tratamento foram identificados e analisados nos diversos estudos.

Por outro lado, foi possível identificar fatores de proteção que seriam fundamentais na prevenção da morte autoprovocada, como, por exemplo, cuidado com a qualidade da rede de suporte social, maior precisão no manejo da dor, acesso à equipe multidisciplinar e identificação e tratamento precoce dos transtornos mentais.

Nos estudos avaliados, identifica-se grande atenção para os pacientes oncológicos que apresentam comorbidades psiquiátricas e, por conseguinte, o diagnóstico e tratamento do transtorno psiquiátrico neste paciente passam a ser estratégias importantes na prevenção, aliados ao suporte psicossocial da equipe cuidadora.

Em relação à esta equipe, outro aspecto de extrema relevância na prevenção é a conscientização do suicídio como um fator a ser

considerado e não negligenciado, assim como o treinamento da mesma para que seja capaz de identificar e cuidar do paciente que apresenta comportamento suicida. O grupo deve estar preparado para conversar com seus pacientes sobre este tema, encontrar oportunidades de reunir informações para planejar e atuar de maneira responsiva ao risco de suicídio. O diálogo aberto tem ação importante na redução do sofrimento, oferecendo material para melhor avaliação daquele indivíduo e fortalecendo a relação paciente/família e equipe de saúde. Ainda, foi reconhecido que o vínculo do paciente com o seu médico e com a equipe multidisciplinar é fundamental na prevenção do comportamento suicida, o que leva a ressaltar que a intervenção para a melhora da comunicação entre essas partes e a busca de uma aliança consolidada com a equipe de saúde torna-se imprescindível para este cuidado.

Todavia, foram analisados apenas três estudos brasileiros sobre a relação entre câncer e suicídio, evidenciando-se a necessidade de mais pesquisas na temática para que seja possível entender qual é o cenário no Brasil quanto ao suicídio em pacientes oncológicos, incluindo levantamento das estatísticas de prevalência, riscos sociodemográficos para o comportamento suicida, a análise da presença de ideação suicida nesses pacientes, tipos de câncer e estágios que apresentam mais riscos. Ao final, espera-se demonstrar as peculiaridades dessa esfera para o contexto brasileiro.

Perante o comportamento suicida nos pacientes oncológicos, são necessárias acuidade, compreensão e sensibilidade para a prevenção, amparo e respeito àquele ser humano que está vivenciando um sofrimento exorbitante, mas que pode não possuir recursos para lidar com tal situação sozinho. Nesta revisão narrativa, ficou evidente que a jornada do paciente oncológico é de extrema complexidade, abrangendo diversas áreas da inteireza humana, sendo a suicidologia

uma abordagem a ser inserida para a prevenção de morte por autoextermínio e melhor amparo do indivíduo em sofrimento. Para isso, quanto mais pesquisas, informações e treinamentos a equipe de saúde tiver acesso, mais preparada estará para oferecer ajuda, suporte e cuidado na prevenção do suicídio ao paciente oncológico que, naquele momento, estará enfrentando um período tão crítico em sua jornada.

## Referências

- Anguiano, L., Mayer, D. K., Piven, M. L., & Rosenstein, D. (2012). A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer nursing*, 35(4), E14–E26. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e-31822fc76c>
- Balcı Şengül, M. C., Kaya, V., Şen, C. A., & Kaya, K. (2014). Association between suicidal ideation and behavior, and depression, anxiety, and perceived social support in cancer patients. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 20, 329–336. <https://doi.org/10.12659/MSM.889989>
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed Editora LTDA.
- Bottino, S. M. B., Fráguas, R., & Gattaz, W. F. (2009). Depressão e câncer. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 36(Suppl. 3), 109–115. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000900007>
- Calati, R., Fang, F., Mostofsky, E., Shen, Q., Di Mattei, V. E., Garcia-Foncillas, J., Baca-Garcia, E., Cipriani, A., & Courtet, P. (2018). Cancer and suicidal ideation and behaviours: Protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 8(8), e020463. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020463>
- Carvalho, M.M. (org.). (1994) *Introdução à Psico-oncologia*. Campinas, SP: Editora Livro Pleno LTDA.

- Centers for Disease Control and Prevention {CDC}. (2021). *Risk and protective factors*. Recuperado em 17 de abril, 2021, de <https://www.cdc.gov/suicide/factors/index.html>
- Das, M. (2019). Patients diagnosed with cancer at increased risk of suicide. *The Lancet. Oncology*, 20(2), e75. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(19\)30007-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(19)30007-5)
- DATASUS-Ministério da Saúde. (2019). Óbitos por causas externas no Brasil: CID10, X60-X84. Recuperado em 20 de setembro de 2021. [TabNet Win32 3.0: Óbitos por Causas Externas - Brasil \(datasus.gov.br\)](http://tabnet.datasus.gov.br)
- Dóro, M.P.; Pasquim, R.; Medeiros, C.R.; Bitencourt, M.A.; & Moura, G.L. (2004). O câncer e sua representação simbólica. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(2): 20-34. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000200013>
- Dwyer, J., Dwyer, J., Hiscock, R., O'Callaghan, C., Taylor, K., Ross, M., Bugeja, L., & Philip, J. (2019). Characteristics of patients with cancer who die by suicide: Coronial case series in an Australian state. *Psycho-oncology*, 28(11), 2195–2200. <https://doi.org/10.1002/pon.5207>
- Fang, C. K., Chang, M. C., Chen, P. J., Lin, C. C., Chen, G. S., Lin, J., Hsieh, R. K., Chang, Y. F., Chen, H. W., Wu, C. L., Lin, K. C., Chiu, Y. J., & Li, Y. C. (2014). A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(12), 3165–3174. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2290-4>
- Fanger, P. C., Azevedo, R. C. S., Mauro, M. L. F., Lima, D. D., Gaspar, K. C., Silva, V. F., Nascimento, W. T. J., & Botega, N. J. (2010). Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(2), 173-178. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000200015>

- Ferreira, A. S., Bicalho, B. P., Neves, L. F. G., Menezes, M. T., Silva, T. A., Faier, T. A., & Machado, R. M. (2019). Prevalência de ansiedade e sepressão em pacientes oncológicos e identificação de variáveis predisponentes. *Revista Brasileira De Cancerologia*, 62(4), 321-328. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n4.159>
- Henson, K. E., Brock, R., Charnock, J., Wickramasinghe, B., Will, O., & Pitman, A. (2019). Risk of suicide after cancer diagnosis in England. *JAMA psychiatry*, 76(1), 51–60. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3181>
- Instituto Nacional de Câncer (2020). *O que é câncer?* Recuperado em 16 de março, 2021, de <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>.
- Instituto Nacional de Câncer (2021). *Estatísticas de câncer*. Recuperado em 16 de março, 2021, de <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>.
- Kawashima, Y., Yonemoto, N., Inagaki, M., Inoue, K., Kawanishi, C., & Yamada, M. (2019). Interventions to prevent suicidal behavior and ideation for patients with cancer: A systematic review. *General hospital psychiatry*, 60, 98–110. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.07.003>
- Kendal W. S. (2007). Suicide and cancer: A gender-comparative study. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 18(2), 381–387. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdl385>
- Kim, G. M., Kim, S. J., Song, S. K., Kim, H. R., Kang, B. D., Noh, S. H., Chung, H. C., Kim, K. R., & Rha, S. Y. (2017). Prevalence and prognostic implications of psychological distress in patients with gastric cancer. *BMC cancer*, 17(1), 283. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3260-2>
- Klaassen, Z., Wallis, C., Chandrasekar, T., Goldberg, H., Sayyid, R. K., Williams, S. B., Moses, K. A., Terris, M. K., Nam, R. K., Urbach, D., Austin, P. C., Kurdyak, P., & Kulkarni, G. S. (2019). Cancer

- diagnosis and risk of suicide after accounting for prediagnosis psychiatric care: A matched-cohort study of patients with incident solid-organ malignancies. *Cancer*, 125(16), 2886–2895. <https://doi.org/10.1002/cncr.32146>
- Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31(Suppl. 2), S86-S93. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>
- Massetti, G. M., Holland, K. M., Jack, S., Ragan, K. R., & Lunsford, N. B. (2018). Circumstances of suicide among individuals with a history of cancer. *Psycho-oncology*, 27(7), 1750–1756. <https://doi.org/10.1002/pon.4720>
- Mello-Santos, C., Bertolote J. M., Wang Y. P. (2005) Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000). *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27(2),131-4. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000200011>
- Moreno-Montoya, J., Palacios-Espinosa, X., & Gracia-Ruiz, J. (2017). Association between religion and suicidal behaviors in cancer patients. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4), 209-214. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.007>
- Nanni, M. G., Caruso, R., Travado, L., Ventura, C., Palma, A., Berardi, A. M., Meggiolaro, E., Ruffilli, F., Martins, C., Kissane, D., & Grassi, L. (2018). Relationship of demoralization with anxiety, depression, and quality of life: A southern european study of italian and portuguese cancer patients. *Psycho-oncology*, 27(11), 2616–2622. <https://doi.org/10.1002/pon.4824>
- Ng, H. S., Roder, D., Koczwara, B., & Vitry, A. (2018). Comorbidity, physical and mental health among cancer patients and survivors: An Australian population-based study. *Asia-Pacific journal of clinical oncology*, 14(2), e181–e192. <https://doi.org/10.1111/ajco.12677>
- ONCOGUIA (2020). *Brasil deve ter aumento de 42% nos casos de cân-*

- cer na próxima década, diz estudo*. Recuperado em 22 de março, 2021, de <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/brasil-deve-ter-aumento-de-42-nos-casos-de-cancer-na-proxima-decada-diz-estudo/13862/42/>
- Park, S. A., Chung, S. H., & Lee, Y. (2016). Factors associated with suicide risk in advanced cancer patients: A cross-sectional study. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 17(11), 4831–4836. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2016.17.11.4831>
- Perina, E. M., Ciccone, A. O. (2020). A vida por um fio: O luto no adoecimento pelo câncer. In G. Casselato (Org.). **Luto por perdas não legitimadas na atualidade**. São Paulo: Summus Editorial.
- Santos, M. A. (2017). Câncer e suicídio em idosos: Determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3061-3075. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.05882016>
- Silva, B. M., & Benincá, C. (2018). Ideação suicida em pacientes oncológicos. *Revista da SBPH*, 21(1), 218-231. Recuperado em 02 de maio de 2021, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582018000100012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100012&lng=pt&tlng=pt)
- Spoletini, I., Gianni, W., Caltagirone, C., Madaio, R., Repetto, L., & Spalletta, G. (2011). Suicide and cancer: where do we go from here?. *Critical reviews in oncology/hematology*, 78(3), 206–219. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.05.005>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: Cancer Journal for Clinicians*, 0, 1-41. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Tang, P. L., Wang, H. H., & Chou, F. H. (2015). A systematic review and meta-analysis of demoralization and depression in patients with cancer. *Psychosomatics*, 56(6), 634–643. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2015.06.005>

- Wang, S. M., Chang, J. C., Weng, S. C., Yeh, M. K., & Lee, C. S. (2018). Risk of suicide within 1 year of cancer diagnosis. *International journal of cancer*, 142(10), 1986–1993. <https://doi.org/10.1002/ijc.31224>
- Wang, Y., Duan, Z., Ma, Z., Mao, Y., Li, X., Wilson, A., Qin, H., Ou, J., Peng, K., Zhou, F., Li, C., Liu, Z., & Chen, R. (2020). Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. *Translational psychiatry*, 10(1), 263. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00950-y>
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Recuperado em 17 de abril, 2021, de [file:///C:/Users/Note/Downloads/9789241564779\\_eng.pdf](file:///C:/Users/Note/Downloads/9789241564779_eng.pdf)
- World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Recuperado em 02 de abril, 2021, de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=BBE7DFE0A8D2ABAA30B3B3859C760736?sequence=1>.
- World Health Organization (2019). *Suicide in the world: Global health estimates*. Recuperado em 17 de abril, 2021, de <file:///C:/Users/Note/Downloads/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>
- World Health Organization (2021). *Cancer*. Recuperado em 16 de março, 2021, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Zaorsky, N. G., Zhang, Y., Tuanquin, L., Bluethmann, S. M., Park, H. S., & Chinchilli, V. M. (2019). Suicide among cancer patients. *Nature communications*, 10(1), 207. <https://doi.org/10.1038/s41467-018-08170-1>.

# Prevenção do Suicídio em Pessoas Idosas: um Estudo de Revisão Narrativa

*Luíza H. de Castro Victal e Bastos  
Juliana Bredemeier*

O suicídio é um fenômeno complexo, multideterminado, e são diversos os fatores de risco para sua ocorrência, constituindo-se em um problema de saúde pública. Os fatores de risco são biológicos, psicológicos, ambientais e culturais. Entre os fatores de risco relacionados à saúde estão a dificuldade de obter acesso e atenção no momento oportuno, a facilidade de acesso aos meios para o autoextermínio, a divulgação sensacionalista da mídia em relação aos suicídios, o estigma associado ao comportamento suicida e uso de substâncias psicoativas (Sampaio & Telles-Correa, 2013; Botega, 2015; World Health Organization [WHO], 2014, 2019).

Existem os riscos relacionados à comunidade e aos relacionamentos, incluindo guerras e fatores estressores, aspectos culturais, discriminação e violência. No que se refere aos fatores de risco individuais, elencam-se a tentativa prévia de suicídio, transtornos mentais, perdas financeiras, uso abusivo de substâncias psicoativas e outros suicídios na família (WHO, 2014). A palavra “suicídio” está relacionada ao “ato de terminar com a própria vida e ideias periféricas, menos evidentes, relacionadas à motivação, intencionalidade e à letalidade” (Botega, 2015, p. 12).

A prevenção do suicídio envolve uma série de atividades, desde melhores condições de vida até o tratamento de transtornos mentais. No documento *Preventing suicide, a global imperative* (WHO, 2014), a Organização Mundial da Saúde (OMS) informa que a taxa global de suicídio no mundo é de 11,4 mortes por 100.000 habitantes,

sendo maior entre os homens (15/100.000) e menor para as mulheres (8/ 100.000). Conforme Sampaio e Telles-Correa (2013), o suicídio constitui problema de saúde pública, não sendo apenas uma questão de sofrimento individual.

De acordo com a OMS (WHO, 2014), a taxa de suicídio é mais alta para homens e mulheres com 70 anos ou mais em quase todas as regiões do mundo, embora, em alguns países, as maiores taxas de morte por suicídio sejam de jovens entre 15 a 29 anos. Os países de baixa e média renda concentram 79% das mortes por suicídio no mundo, com maiores taxas entre adultos jovens e idosos, em contraste com países ricos onde as taxas são mais elevadas na faixa etária de adultos jovens. Quanto ao gênero, em países mais ricos a taxa de suicídio de homens é três vezes maior em relação ao suicídio de mulheres. Em países de baixa e média renda, essa proporção é de 1,5 homens para cada mulher que morre por suicídio (WHO, 2014).

Assinala-se que o conhecimento sobre o comportamento suicida confirma a multideterminação das condutas suicidas e os estudos epidemiológicos contribuem para a identificação de fatores de risco e proteção para o suicídio na população em geral e em grupos de maior risco (WHO, 2014). Apresentando similaridade com a literatura internacional, os estudos epidemiológicos no Brasil sobre o suicídio mostram que as taxas são maiores em idosos quando comparadas à população em geral (Cavalcante & Minayo, 2012; Alves, Maia, & Nardi, 2014; Carvalho et al., 2017).

Segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) (2016), as taxas e os métodos do comportamento suicida variam de acordo com a região, os grupos populacionais e o momento histórico. Embora os dados epidemiológicos das tentativas de suicídio e do suicídio sejam um fator relevante para a construção de estratégias de prevenção do agravo, o estigma ligado ao tema, a baixa capacidade de

vigilância e os processos de registro em alguns países têm como efeito a subnotificação. É fundamental que estes limites sejam considerados para a elaboração de políticas de prevenção em países ou localidades (OPAS, 2016).

Tendo em vista as questões apresentadas, este estudo de revisão narrativa tem por objetivo conhecer e discutir as ações de prevenção do suicídio de pessoas idosas. Busca discorrer sobre fatores de risco e proteção para suicídio em pessoas idosas, descrever as estratégias de prevenção e propostas de intervenção, identificar e discutir ações de prevenção ao suicídio de idosos no Brasil. O estudo visa a contribuir para a qualificação da prática clínica de profissionais e a implementação de ações institucionais ou comunitárias.

## **Envelhecimento e Suicídio**

Para a OMS, em 2002, aproximadamente 400 milhões de pessoas com 60 anos ou mais viviam em países em desenvolvimento e, em 2025, a previsão é de que se tenha 840 milhões de idosos vivendo nestes países. Entretanto, este rápido crescimento da população idosa não vem acompanhado de desenvolvimento socioeconômico, necessário para a promoção da qualidade de vida destas pessoas (WHO, 2005). O Brasil tem vivenciado, nas últimas décadas, uma transição demográfica com aumento significativo da população idosa, requerendo dos serviços de saúde uma organização para ofertar cuidados sistematizados e adequados. Ademais, o aumento da expectativa de vida aponta outros desafios, como a necessidade de suporte para a maior independência funcional, social e financeira dos idosos, constituindo demandas crescentes da população que envelhece, devendo considerar cada idoso em suas especificidades (Brasil, 2006a).

O envelhecimento ocorre de maneira progressiva e envolve inúmeras alterações, sejam fisiológicas, cognitivas, de personalidade, ou na vida social e familiar. Traz comprometimento orgânico e funcional para os idosos, muitas vezes ocasionando redução ou perda na autonomia, alteração na dinâmica e na renda familiar e perdas pessoais importantes que trazem prejuízos em seu cotidiano. A forma como o idoso vivencia o envelhecimento e percebe as mudanças vai depender do modo como interpreta essas alterações, e a melhor adaptação sofre influência direta do equilíbrio entre os fatores percebidos como positivos e negativos nesta fase do ciclo vital. Alguns idosos conseguem superar as adversidades e ressignificar a existência, apesar das restrições. Entretanto, todos esses fatores podem desencadear sentimentos de tristeza, estados depressivos ou depressão, os quais podem ter como desfecho o suicídio (Sousa et al., 2014; Figueiredo et al., 2015; Pedrosa, Duque, & Martins, 2016).

No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2015, independente de sexo, as maiores taxas de suicídio ocorreram na faixa etária acima de 70 anos, chegando a uma mortalidade de 8.9/100 mil habitantes. Quando considerada apenas a população masculina, a taxa de mortalidade foi de 17.1/100 mil habitantes (Brasil, 2017). Há que se considerar ainda que, no momento atual, em contexto de pandemia pelo vírus SARS-Cov2, embora ainda não seja possível avaliar o impacto da pandemia nas mortes por suicídio em idosos, as medidas implementadas para a redução da transmissão do COVID-19 trouxeram a necessidade de isolamento social, especialmente para os idosos, gerando impacto para a saúde mental deste grupo (Wand et al., 2020).

Quanto às tentativas de suicídio, em estudo realizado em dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Pinto e Assis (2015)

descrevem as tentativas de suicídio na população idosa brasileira no período 2000-2014 e indicam que a taxa de morbidade por tentativa de suicídio é mais elevada para idosos entre 60 e 69 anos de idade em relação à faixa etária de 70 a 79 anos na maioria dos estados brasileiros, se considerados os idosos em geral. Entretanto, se forem considerados os dados referentes às tentativas de suicídio em mulheres, a situação inverte-se (Pinto & Assis, 2015). Se considerados os idosos com 80 anos ou mais, as taxas são bem mais baixas, se comparadas a outras faixas etárias. Os dados alertam para o maior risco nas faixas etárias iniciais no processo do envelhecimento, momento no qual ocorrem mudanças significativas em suas vidas.

Tendo em vista a insuficiência de estatísticas sobre tentativas de suicídio, identificada em praticamente todos os países, pouco se sabe sobre o peso das tentativas em termos globais. Entretanto, as tentativas de suicídio são muito mais frequentes que a morte consumada em todo o mundo e estima-se que para cada suicídio consumado existem 20 pessoas que tentaram tirar a própria vida. Entre os idosos, o uso de métodos letais é maior em relação a outras faixas etárias, ocorrendo duas a três tentativas para cada óbito consumado, sendo a tentativa prévia importante preditor para a morte (WHO, 2014). Confirmando a maior letalidade das tentativas de suicídio entre os idosos, para esse grupo populacional, a presença de ideação ou tentativa de suicídio aumenta o risco de morte por suicídio (Cavalcante & Minayo, 2012; Holm, 2014; Pedrosa, Duque, & Martins, 2016).

Intoxicação por psicofármacos com motivação suicida é significativa entre os idosos no Brasil. Embora usualmente seja de baixa letalidade, a alta hospitalar necessita ser seguida da continuidade do atendimento e identificação de fatores protetores. A vulnerabilidade dos idosos à intoxicação por medicamentos é alta, sendo a realizada por ansiolíticos/hipnóticos e antidepressivos a forma mais

frequente, tornando necessárias ações públicas para a prevenção de intoxicações através do acesso racional aos psicofármacos. Carvalho et al. (2017) realizaram pesquisa de natureza documental a partir de fichas de notificação de um Centro de Assistência, e os resultados indicaram que as intoxicações ocorreram em sua maioria no próprio domicílio. Considerando que grande parte dos idosos residia sozinho, o tempo entre o evento e o socorro ocorreu em média em um prazo de oito horas, sendo o dobro do tempo para as ocorrências em jovens, aumentando o risco de morte por suicídio (Carvalho et al., 2017).

Quanto aos meios utilizados, no Brasil, o enforcamento aparece como o meio mais utilizado em ambos os sexos. Outros meios são arma de fogo e arma branca, intoxicação, envenenamento, queda de altura e afogamentos. Os óbitos ocorrem predominantemente no domicílio, sendo que 15% das mortes por suicídio na população idosa ocorrem dentro de hospitais ou instituições de longa permanência (Cavalcante & Minayo, 2012; Figueiredo et al, 2015; Cavalcante & Minayo, 2015; Minayo et al., 2017).

## **Prevenção do Suicídio em Idosos**

Considerando que o suicídio de idosos constitui uma questão para a saúde pública, conhecer seus fatores de risco e de proteção permite identificar e intervir em uma trajetória que se constitui ao longo da vida da pessoa. Neste sentido, Cavalcante e Minayo (2015) realizaram um estudo com 60 idosos que apresentaram ideação suicida ou tentativa de suicídio, visando a conhecer como estes idosos vivenciaram a crise e puderam superar o desejo de morrer. A pesquisa foi realizada em 13 cidades brasileiras, escolhidas por apresentarem taxa de morte por suicídio superior a 10/100 000. A análise indicou a presença de depressão, associada a perdas físicas, familia-

res, financeiras e ao abandono, além de outros fatores, como doenças crônicas, deficiência e comorbidades

É relevante destacar que, embora esses fatores apresentados compareçam na literatura como risco para o suicídio, a análise da fala dos entrevistados permitiu afirmar que a motivação para o autoextermínio comparece na história de vida de cada pessoa: “(...) é na dinâmica existencial e nos sofrimentos por elas considerados insuportáveis que o comportamento suicida se manifesta” (Cavalcante & Minayo, 2015, p. 1664). Outros trabalhos confirmam que o diagnóstico de depressão é o maior fator de risco para o suicídio em idosos, assim como o isolamento social, a perda do trabalho, a aposentadoria e a dependência física e financeira. Estes fatores impactam, principalmente, os idosos do sexo masculino (Minayo & Cavalcante, 2010, Meneghel et al., 2012, Sérvio & Cavalcante, 2013).

Eventos de vida estressantes, como mudanças políticas e econômicas, separação de famílias e amigos, bem como problemas interpessoais apresentam carga significativa para o aumento do risco de suicídio em idosos. Ausência de suporte social e problemas de saúde física apresentam correlação positiva com a depressão, aumentando os riscos para o suicídio, especialmente quando a depressão vem acompanhada do sentimento de desesperança. Por outro lado, relações positivas e bem-estar reduzem os riscos de comportamento suicida (Holm, 2014). A relação, identificada entre falta de suporte social, ideação suicida e depressão, necessita ser considerada na elaboração de propostas de prevenção mais abrangentes, possibilitando a associação com outros tipos de fatores (Sousa et al., 2014).

O conhecimento sobre os fatores que colocam os idosos em risco ou os protegem da morte autoinflingida é produzido, em sua maior parte, por estudo de autópsia psicológica, ou seja, estudo retrospectivo

que busca identificar as origens e as circunstâncias nas quais o suicídio ocorreu (Conwell, Orden & Caine., 2011). No Brasil, o estudo de autópsias psicossociais de idosos que morreram por suicídio, realizado por Sérvio e Cavalcante (2013), reafirma o suicídio como evento de causa multifatorial, envolvendo aspectos sociais, biológicos, mentais, econômicos. O uso de álcool é identificado como potencializador para o comportamento suicida, assim como personalidade impulsiva e diagnóstico de depressão. Esta última aparece como elemento de forte impacto, entretanto, sempre associada a outros fatores, conforme citado: “dinâmica familiar conturbada, relações afetivas fragilizadas, solidão, falta de sentido para a vida, crises financeiras e história de vida marcada por eventos trágicos e sofrimento recorrente” (Sérvio & Cavalcante, 2013, p. 172).

Em estudo de autópsia psicossocial, realizado por Sousa et al. (2014), foi identificado que a migração do campo para a cidade, produzindo rompimento dos vínculos sociais, culturais e dificuldade de adaptação à vida urbana, são fatores que predispõem à vulnerabilidade para o risco de suicídio, comparecendo como antecedentes ao suicídio da pessoa idosa. Na pesquisa, foram referidas pelos familiares verbalizações dos idosos antes do ato suicida que demonstravam o sentimento de desesperança. Corroborando com os estudos de Sérvio e Cavalcante (2013), outras situações de perdas e consumo excessivo de álcool foram citadas como experiências do idoso que antecederam ao suicídio (Sousa et al., 2014).

As questões relacionadas a gênero devem ser consideradas, quando se trata de prevenir o suicídio em idosos, tendo em vista o suicídio se apresentar de formas diferentes entre homens e mulheres. Embora, na maioria das sociedades, as questões de gênero estejam presentes, e as condições se apresentem desfavoráveis às

mulheres, as mortes por violência apresentam taxas mais elevadas para os homens, incluindo óbito por suicídio. Homens idosos apresentam maior risco e tentativas graves de suicídio e maior número de óbitos; mulheres apresentam um índice maior de tentativas, contudo, na maioria dos casos, de menor letalidade. Dessa forma, as políticas de prevenção devem considerar que idosos do sexo masculino representam o grupo de maior risco para o suicídio e apresentam taxas crescentes ao longo dos anos (Cavalcante & Minayo, 2012; Minayo, Meneghel, & Cavalcante, 2012).

No caso de homens mais velhos, a aposentadoria ou a inatividade altera o papel social e produz o desvalor simbólico, associado à perda do *status* econômico e social, atribuído ao trabalho ou ao emprego, impossibilidade para conseguir cumprir o papel social esperado, seja por doença, incapacitações, declínio financeiro ou humilhações. Para as mulheres, a morte autoinflingida aparece associada ao vazio após terem cumprido o papel social do cuidado com a família, a questões relacionadas com o casamento e violências sofridas. O avanço na igualdade nas questões de gênero, especialmente na área urbana, tende a modificar esse padrão (Meneghel et al., 2012; Minayo, Meneghel, & Cavalcante, 2012). Ressalta-se, então, o fator cultural como elemento a ser considerado na avaliação de vulnerabilidade para este grupo social.

Considerando que muitos idosos residem sozinhos, a chance de serem encontrados e ajudados em tempo hábil é menor nesse grupo etário, quando atentam contra a própria vida. Embora a tentativa de suicídio seja o principal preditor da morte autoprovocada, os profissionais que fazem esses atendimentos hospitalares ou serviços de emergência geralmente não realizam intervenções que possam reduzir os riscos, seja pelas características dos serviços, despreparo dos

profissionais ou dificuldade para lidar com estes pacientes. Situações que não necessitam de hospitalização são encaminhadas para os serviços de saúde mental, ocorrendo de forma burocratizada na maioria das vezes, e a continuidade no cuidado não é articulada com os demais serviços, não garantido o acesso oportuno (Minayo, Meneghel, & Cavalcante, 2012).

A especificidade do sofrimento da pessoa idosa não está contemplada na política de saúde mental, e os Centros de Atenção Psicossocial raramente consideram as peculiaridades do sofrimento na velhice. A articulação de forma organizada na rede e a resolutividade necessitam ser planejadas, sendo primordial a qualificação dos profissionais de saúde de todos os níveis de atenção para a verificação dos riscos de suicídio e o manejo adequado da crise. Além disso, os médicos de atenção primária estão em condições privilegiadas para identificar pessoas que apresentam depressão ou outros transtornos mentais. Tendo em vista o maior contato com a população, é importante que sejam capacitados para a identificação e tratamento. Assim, é oportuno desconstruir os tabus que pairam sobre o tema e oferecer orientações sobre o modo de prevenção, onde procurar ajuda e sobre espaços que ofereçam convivência e lazer (Sérvio & Cavalcante, 2013; Sousa et al., 2014; Vidal et al., 2013; Mann et al., 2005).

De acordo com Sérvio e Cavalcante (2013), a prevenção do suicídio deve incluir o apoio a familiares e pessoas próximas da pessoa, tendo em vista que a morte por suicídio tem reflexos na saúde física e mental destas pessoas, muitas vezes levando ao isolamento social, sentimento de culpa ou até outras mortes por suicídio: “A angústia daqueles que terão que conviver com a lembrança de um suicídio deve ser vista com atenção pelos profissionais da saúde, por representar um significativo fator de risco para ocorrência de outros suicídios” (Sérvio & Cavalcante, 2013, p. 172).

## **Estratégias de Prevenção do Suicídio em Idosos**

A promoção e a prevenção da saúde mental da pessoa idosa são essenciais para a qualidade de vida desse grupo etário, visando à redução de agravos, como depressão e morte por suicídio. A estimativa de crescimento de idosos no mundo indica que em 2050, a população acima de 60 anos de idade irá praticamente dobrar em relação a 2015. Viver mais pode significar conviver com maior carga de doenças, sendo um desafio para os sistemas em geral, especialmente os sistemas de saúde e social, e o estímulo ao envelhecimento saudável significa assegurar a capacidade funcional que promove o bem-estar da população idosa. Entretanto, as diferenças entre os países e entre as regiões em cada país refletem-se nas expectativas de vida. Assim, as intervenções que visam à melhoria das condições de vida na comunidade podem impedir que as pessoas se tornem frágeis ou dependentes de cuidado (WHO, 2019).

Conforme Leandro-França e Murta (2014), no Brasil, podem ser citadas algumas ações referentes às políticas públicas sociais, destinadas à população com mais de 60 anos, como o direito à seguridade social, estabelecido no artigo 194 da Constituição Federal de 1988; a Política Nacional do Idoso, aprovada em 1994 pela Lei n.º 8842; e o Estatuto do Idoso, sancionado pela Lei n.º 10.741 de 2003. Essas normatizações, consoantes com a política internacional, preveem o direito a uma velhice saudável e à implantação de intervenções de prevenção e promoção da saúde física e mental.

As diretrizes para a prevenção do suicídio no Brasil foram instituídas em 14 de agosto de 2006, por meio da publicação da Portaria MS-n.º 1876/08 de 2006 (Brasil, 2006b). Destacam-se como objetivos o desenvolvimento de estratégias de promoção de qualidade de vida e prevenção de danos, sensibilização da sociedade, considerando o suicídio como problema de saúde pública, fomento

e execução de projetos de qualidade, processo de organização da rede para intervenção no caso de suicídio e educação permanente dos profissionais da rede. Em 26 de abril de 2019, foi sancionada a Lei n.º 13.819, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Em seu texto, a Lei estabelece a cooperação entre União, Estados, Municípios e Distrito Federal, além da sociedade civil e instituições privadas, para a redução das tentativas e suicídios consumados e automutilação (Brasil, 2019).

A presença de vulnerabilidades para o comportamento de suicídio, com múltiplos fatores de risco e ausência de fatores de proteção, são aspectos importantes a serem avaliados para o comportamento suicida. Em estudo de autópsias psicossociais sobre suicídios de idosos (Sérvio & Cavalcante, 2013), identificou-se que os idosos verbalizaram o desejo de se matar, assim como sentimentos de desesperança, inutilidade, pessimismo em relação ao futuro e solidão. Esses sentimentos traduzem um não lugar social e o desamparo, vivido por grande parte daqueles que envelhecem. Ressalta-se que a ausência de apoio social, sentida pelo suicida, também é vivenciada pelos familiares na maioria das situações, trazendo o risco de desencadear outras mortes por suicídio na família, caso não sejam realizadas ações de cuidado de posvenção (Sérvio & Cavalcante, 2013).

No contexto da prevenção, são relevantes os cuidados de saúde pública com os idosos, fortalecendo os recursos pessoais, o estímulo aos vínculos afetivos e familiares e a participação na vida comunitária. A prevenção, visando diminuição dos riscos e a promoção da saúde, objetiva a redução das vulnerabilidades por meio do desenvolvimento de competências e recursos para o enfrentamento de situações desfavoráveis (Leandro-França & Murta, 2014; Oliveira et al., 2018; Brasil, 2003).

Para Conte et al. (2012), programas e intervenções, com o objetivo de reduzir o suicídio, vêm sendo propostos em todo o

mundo. De acordo com os autores, “O desafio da prevenção consiste em identificar pessoas em situação de vulnerabilidade, entender as circunstâncias que influenciam seu comportamento suicida e estruturar intervenções eficazes” (Conte et al., 2012, p. 2018). Embora traduzam, nessa proposta, o direcionamento para os grupos vulneráveis, os autores reafirmam as recomendações da OMS (WHO, 2014), que incluem estímulo à pesquisa, redução de acesso aos meios letais, desarmamento e controle da posse de armas, melhoria dos serviços de saúde, atendimento às pessoas com comportamento suicida, identificação precoce do sofrimento mental, barreiras em locais que possam ser utilizados para efetivar o ato suicida e controle de substâncias tóxicas.

Com base em Conwell et al., (2011), as abordagens preventivas para o suicídio, com foco no desenvolvimento de ações quando os idosos estão em maior risco, tendem a ser menos efetivas. Uma abordagem de saúde pública propõe a possibilidade de intervenção contínua, não se restringindo à intervenção nos grupos de maior risco. Tendo em vista a letalidade do comportamento suicida em idosos, as intervenções de prevenção são mais críticas nessa faixa etária.

As abordagens preventivas são descritas em três níveis: indicada, seletiva e universal. A intervenção indicada tem como alvo os indivíduos com sintomas e fatores de risco para o suicídio, assim como buscam a identificação e o tratamento para prevenir o comportamento suicida, sendo o mais comum o diagnóstico e tratamento da depressão. A intervenção identificada como prevenção seletiva tem como alvo indivíduos ou grupos assintomáticos que apresentam fatores de risco, como doenças crônicas ou isolamento social. As intervenções preventivas universais visam a toda uma população, independente de *status* de risco e objetivam mudanças no nível de exposição de toda a população, podendo ser identificada

em ações como alterações na legislação que têm como escopo o controle de armas de fogo e mudanças em embalagens de medicamentos. Uma abordagem de prevenção de suicídio para idosos deve incorporar elementos de prevenção indicada, seletiva e universal (Conwell et al. 2011).

No Brasil, identificam-se ações de prevenção e promoção à saúde mental como estratégias para promover o empoderamento dos idosos, a adaptação à aposentadoria e a redução da ansiedade, da depressão e do suicídio. Algumas experiências nesta perspectiva são práticas como a Universidade Aberta da Terceira Idade, Terapia Comunitária e programas de preparação para a aposentadoria. Estes últimos estimulam os participantes a adotarem comportamentos adaptativos à aposentadoria por meio de intervenções breves e monitoramento *follow-up*. Embora essas intervenções apresentem benefícios à saúde mental da pessoa idosa, sugere-se que as ações sejam articuladas e integradas, envolvendo a contribuição de diversos atores sociais (Leandro-França & Murta, 2014).

Em consonância com estes autores, Cavalcante e Minayo (2015) ressaltam a importância de iniciativas de proteção para o comportamento suicida. Ações, como prolongar as atividades e os relacionamentos dos idosos com a família e a comunidade; orientar os familiares, cuidadores informais e profissionais de saúde sobre fatores de risco que comparecem no processo de envelhecimento, tendo como foco o cuidado e a prevenção; prover tratamento em situações de ideações persistentes ou tentativa de suicídio; atenção à população idosa, por ser grupo vulnerável ao suicídio; e preparação da rede de saúde para identificar e tratar os sinais e riscos para o ato (Cavalcante & Minayo, 2015).

As estratégias mais eficazes são aquelas que contemplaram adesão dos idosos, dos familiares e da rede comunitária com o apoio dos

profissionais e serviços de saúde, sendo que a diversidade da rede de apoio apareceu diretamente relacionada à redução das situações de risco. A medicação, apesar de necessária em algumas situações, não deve ser a única oferta para os idosos em sofrimento, sendo necessário o apoio para que a vida se torne mais suave (Cavalcante & Minayo, 2015). Assim, identifica-se que as autoras ressaltam a importância de estratégias participativas, capacitação da rede de cuidados e investimento na promoção da vida.

Um estudo de revisão apresentado por Mann et.al. (2005) descreve as principais áreas de intervenção na prevenção do suicídio: conscientização e educação do público em geral, médicos de atenção primária, programas de *gatekeepers*, programas de *screening*, farmacoterapia, psicoterapia e cuidados de seguimento após tentativa de suicídio, restrição aos meios, mídia e educação médica.

Programas, baseados na atenção primária, propõem reduzir a ideação suicida e melhorar a depressão em pessoas idosas. Holm (2014) apresenta o Modelo de Cuidados Crônicos (CCM) como proposta conceitual que compreende seis componentes: “(i) recursos e políticas comunitárias; (ii) o sistema de saúde e a organização da saúde; (iii) suporte à autogestão; (iv) projeto do sistema de entrega; (v) apoio à decisão; e (vi) sistemas de informação clínica” (Holm, 2014, p. 2, tradução livre). O modelo considera que idosos deprimidos, que sofrem de dor emocional insuportável, necessitam “(...) ser capacitados para gerenciar suas experiências suicidas e tomar conta de suas vidas” (Holm, 2014, p. 2, tradução livre). As metas planejadas devem ser acordadas pela equipe, levando em consideração que os idosos, embora pareçam impotentes nesse momento, são agentes de seus próprios valores.

Oyama et al. (2006) avaliaram uma intervenção comunitária para a prevenção de suicídio entre idosos acima de 65 anos no

Japão. A intervenção, realizada no período 1999-2004, incluiu triagem de depressão, oficinas de psicoeducação e atividades em grupo. O número de mulheres participantes, durante o acompanhamento, foi maior do que o de participantes do sexo masculino. Concluiu-se que a intervenção reduziu em 74% o risco de suicídio para as mulheres participantes da intervenção, permanecendo inalterado para os homens. Para os autores, o estudo, apesar de suas limitações, indica que o rastreamento da depressão e a realização de atividades em grupo com psicoeducação têm efetividade para a redução do suicídio feminino.

## **Experiências de Prevenção do Suicídio em Idosos no Brasil**

A experiência do Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio é relatada por Conte et al. (2012), destacando que a criação do programa teve por finalidade o enfrentamento de altos coeficientes de mortalidade por suicídio no município de Candelária (RS), tanto na população total quanto na população idosa. Iniciado a partir de um grupo constituído para discutir o tema, a implantação do programa foi mobilizada pela constatação do despreparo da rede de saúde para identificar riscos e prevenir o suicídio, assim como para o atendimento às situações de tentativa. Embora 60% das pessoas que vieram a óbito por suicídio tivessem procurado a Unidade Básica de Saúde nos últimos 30 dias antes do acontecimento, na ficha dos pacientes, constavam somente as queixas clínicas, como angústia, dor no peito e taquicardia, sem associação ao risco de suicídio.

O programa de prevenção em Candelária teve início no ano de 2009 pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) com a colaboração

de outros parceiros institucionais e objetivou a construção de uma abordagem interdisciplinar e organização da rede de cuidados na prevenção do suicídio. As propostas do programa foram as seguintes: desmistificar e retirar o tabu a respeito do suicídio, capacitar os médicos e outros profissionais para a identificação do risco de suicídio e priorizar o atendimento das tentativas de suicídio no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Pessoas com ideação suicida passaram a ser atendidas na Atenção Básica, e foram implantadas ações seletivas junto a grupos vulneráveis, com ações direcionadas para pessoas que tentaram suicídio ou apresentaram ideação suicida e ações individuais, direcionadas a pessoas em situação de crise com identificação das situações de risco. No âmbito coletivo, foram trabalhados os preconceitos em relação ao suicídio, realizando discussão ampla e aberta sobre o tema. O programa foi elaborado na perspectiva da linha de cuidado, com estabelecimento de fluxos e compromissos que incluem a Atenção Básica, atenção hospitalar e serviço móvel de urgência. Foram incluídos ainda os bombeiros, policiais e técnicos da EMATER; estes últimos com a finalidade de melhoria de vida das famílias que vivem no meio rural. Com o propósito ainda de prevenção, foram implantadas ações de posvenção. Os autores acreditam que o programa ampliou “(...) o debate para não reduzir o suicídio a uma questão somente individual e pensá-lo, também, enquanto problema social que necessita soluções coletivas e comunitárias” (Conte et al., 2014, p. 2023).

Outrossim, observa-se que o projeto buscou integrar ações que contemplassem os níveis de prevenção indicado, seletivo e universal. Nesse sentido, está em consonância com a literatura e os dados epidemiológicos referentes ao suicídio que revelam uma multicausalidade, necessitando de estratégias abrangentes e qualificadas. Vale destacar que a estratégia considerou os CAPS como serviços

estratégicos para o atendimento e reafirmou a necessidade de investimento na rede de saúde mental, para que esta possa responder adequadamente às situações que envolvem suicídio.

Ferro et al. (2020), por meio de apresentação de relato de experiência realizada na cidade de Foz do Iguaçu, explanam a proposta e os resultados de um curso de extensão universitária. O curso, com duração de oito horas, foi realizado em 2017 e teve a participação de 69 profissionais, objetivando “instrumentalizar profissionais das áreas da saúde, assistência social, educação e outras, sobre a saúde mental do idoso no tocante à prevenção do suicídio e estratégias de trabalho em rede para intervenções compartilhadas” (Ferro et al., 2020, p. 3). A proposta metodológica foi baseada em aulas expositivas e oficinas de discussão, e os temas foram relacionados aos aspectos envolvidos no comportamento suicida da pessoa idosa. Os resultados foram avaliados por meio da fala dos participantes e instrumentos de avaliação. Para os participantes, o curso propiciou a mudança no olhar sobre o cotidiano dos idosos, sua saúde mental e promoveu o interesse dos participantes em trabalhar com o tema. Houve compartilhamento de conhecimentos entre os participantes e ministrantes do curso, em um processo dialógico e interdisciplinar. A estrutura do curso proporcionou aos participantes o conhecimento de uma rede e instituições, voltadas ao cuidado de idosos, e os participantes puderam pensar ações e projetos compartilhados (Ferro et al., 2020). Essa experiência abordou a capacitação de profissionais em uma perspectiva interdisciplinar, adotando a estratégia de nível universal, entretanto o impacto na redução de mortes por suicídio não foi avaliado.

## **Conclusão**

Apesar da redução nas taxas de suicídio no mundo, os suicídios vêm aumentando nos países em desenvolvimento, que apresentam reduzida capacidade para prover os cuidados em saúde e sociais no

momento que as pessoas necessitam, assim como promover a melhoria na qualidade de vida. Considerando que os idosos são um grupo de elevado risco para morte autoinfligida, este estudo de revisão narrativa teve por objetivo discutir o suicídio de idosos, com foco na prevenção, buscando identificar publicações de ações no Brasil.

O estudo indicou que, para os idosos, a depressão apareceu como o principal fator de risco para o suicídio, devendo ser diagnosticada e tratada adequadamente. Porém, a abordagem integral se torna fundamental, tendo em vista que o adoecimento é decorrente, em sua maioria, de fatores estressores, como perdas financeiras, solidão, violência intrafamiliar, doenças crônicas, conflitos familiares, humilhação e ausência de suporte social. Outros fatores relevantes para o autoextermínio são o uso de substâncias psicoativas, isolamento social, migração, perdas de vínculos, ausência de sentido para a vida e suicídio na família. Apesar da alta letalidade das tentativas de suicídio realizadas pelos idosos, especialmente para os homens, a vulnerabilidade desse grupo neste sentido ainda é pouco discutida.

A prevenção do suicídio em idosos requer, portanto, uma abordagem de saúde pública, não focada no modelo biomédico, mas em estratégias que busquem a promoção da saúde e o bem-estar social, tendo em vista que as situações, experimentadas durante a vida, interferem no modo como a pessoa percebe o envelhecimento. As abordagens preventivas necessitam ser baseadas no conhecimento dos dados epidemiológicos, da realidade psicossocial e no planejamento de estratégias com enfoque em prevenção indicada, seletiva e universal. O estudo indicou que estratégias, focadas na atenção primária, apresentam melhores resultados, sendo relevantes os seguintes aspectos: a educação permanente dos profissionais da rede, o investimento em políticas públicas humanizadas, as estratégias intersetoriais, a participação social e as pesquisas.

Em relação à implantação de ações de prevenção ao suicídio de idosos no Brasil, a pesquisa se baseou em duas publicações, sendo uma experiência no município de Candelária - RS, que adotou estratégia intersetorial, atendimento em rede e níveis de prevenção indicada, seletiva e universal; e outra, com experiência realizada em Foz do Iguaçu, realizada por instituição universitária e direcionada para a capacitação de profissionais. Não foram identificadas experiências de prevenção do suicídio em idosos por iniciativa de outras políticas públicas

Quanto às limitações desta revisão narrativa, verifica-se a necessidade de um aprofundamento maior da exploração da literatura estrangeira, considerando a vasta contribuição de publicações em outros países para o tema. Os limites para identificação de ações de prevenção do suicídio de idosos, implantadas no Brasil, estão colocados pelo fato de a investigação optar por restringir a pesquisa a artigos indexados em bases de dados, não acessando outras publicações, como dissertações, teses e anuários de congressos científicos que pudessem identificar ações realizadas em nível nacional.

Assim, frente ao exposto e às limitações apontadas, ressalta-se que prevenir o suicídio requer que o Estado, a sociedade e as famílias respondam ao desafio de encontrar soluções que contemplem as necessidades das pessoas que envelhecem, devendo buscar a redução das desigualdades e iniquidades, visando a uma vida com dignidade.

## Referências

- Alves, V. M., Maia, A. C. C. O., & Nardi, A. E. (2014). Suicide among elderly: A systematic review. *Medical Express*, 1(1): 9-13. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5935/MedicalExpress.2014.01.03>.
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.

- Brasil (2003). *Lei n.º 10.741/GM*, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Recuperado de <http://www.planalto.gov.br/ccivil>.
- Brasil(2006a).*Portarianº2.528/GM*,de19deoutubrode2006.Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html#:~:text=A%20finalidade%20primordial%20da%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde,brasileiros%20com%2060%20anos%20ou%20mais%20de%20idade](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html#:~:text=A%20finalidade%20primordial%20da%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde,brasileiros%20com%2060%20anos%20ou%20mais%20de%20idade)
- Brasil (2006b). *Portaria n.º 1.876*, de 14 de agosto de 2006. Institui as diretrizes brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. Recuperado de [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html).
- Brasil (2017). Suicídio: saber, agir e prevenir. *Boletim epidemiológico*, 48(30). Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde: Brasília, DF. Recuperado de <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>.
- Brasil. (2019) *Lei n.º 13.819*, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Recuperado de <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=1&data=29/04/2019&totalArquivos=62>
- Carvalho, I. L. do N. et al. (2017). A intoxicação por psicofármacos com motivação suicida: Uma caracterização em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(1), 129-137. Recuperado de Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160064>.
- Cavalcante, F. G., & Minayo, M. C. S. (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1943-1954. Recuperado de

Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800002>.

Cavalcante, F. G. & Minayo, M. C. S. (2015). Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1655-1666. Recuperado de Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.06462015>.

Conte, M. et al. (2012) Programa de Prevenção ao Suicídio: Estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17 (8) 2017-2026. Recuperado de:<<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800013>>. Epub 30 Jan 2013. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800013>.

Conwell, Y., Orden, K. V., & Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am*. 34(2), 451-68. Recuperado de Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002>

Ferro, L., Ferreira, I., & Menz, D. (2020). Saúde mental do idoso: Reflexões sobre a prevenção do suicídio e o trabalho em rede. *Revista Extensão em Foco*, 20, 01-17. Recuperado de <https://www.bing.com/search?q=SAÚDE+MENTAL+DO+IDOSO%3A+reflexões+sobre+a+prevenção+do+suicídio+e+o+trabalho+em+rede&form=ANNTH1&refig=3d68ad4f9b054da088c55fa0188c7f78>.

Figueiredo, A. E. B., et al. (2015). Is it possible to overcome suicidal ideation and suicide attempts? A study of the elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1711-1719. Recuperado de Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.02102015>.

Holm, A. L., Lyberg, A., Berggren, I., Åström, S., & Severinsson, E. (2014). Going around in a circle: A norwegian study of suicidal experiences in old age. *Nursing Research and Practice*, vol 2014, ID 734635. Recuperado de Doi: <https://doi.org/10.1155/2014/734635>

Leandro-França, C., & Murta, S. G. (2014). Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: Conceitos e intervenções. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(2), 318-329. Recuperado de Doi:

<https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001152013>.

- Mann, J. J., A, Apter., J,Bertolote., A,Beautrais.,D,Currier.,A,Haas.,U,Hergel.,J,Lonnqvist.,K,Malone.,A.Marusic.,L.Mehlum.,G,Patton., M,Phillips.,W,Rutz.,Z,Lihmer.,A, Schmidtke.,D.Shaffer.,M.Silveman.,Y,Takahashi.,A,Varnik.,D,Wasserman.,P,Yip.,H,Hendin. (2005). Suicide prevention strategies: S systematic review. *Journal of American Association*, 294(16), 2064–2074. Recuperado de Doi:10.1001/jama.294.16.2064.
- Meneghel, S. N., D.M.D,Gutierrez.,R.M,Silva.,S,Grubits., L. Z,Hesler.,R.F,Ceccon. (2012). Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1983-1992. Recuperado de Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800009>.
- Minayo, M. C. de S, Figueiredo, A. E. B., & Mangas, R. M. do N. (2017). O comportamento suicida de idosos institucionalizados: Histórias de vida. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*, 27(04), 981-1002. Recuperado de Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400007>.
- Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: Revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), 750-757. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020>.
- Minayo, M. C. S., Meneghel, S. N., & Cavalcante, F. G. (2012). Suicídio de homens idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2665-2674. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000016>.
- Minayo, M. C. S. ,F,G,Cavalcante.,R.M.N,Mangas.,J.R.A,Souza. (2012). Autópsias psicológicas sobre suicídio de idosos no Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. v. 17, n. 10, pp. 2773-2781. Recuperado de Doi: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000025>>.
- Oliveira, J. M. B. et al. (2018) Aging, mental health, and suicide: An

- integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [online]. 2018, 21, (04), 488-498 Recuperado de <<https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180014>>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Prevenção de la conducta suicida*. Washington, DC. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31167>.
- Oyama, H., et al. (2006). Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 60(1), 110-114. Recuperado de Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01468.x>.
- Pedrosa, B., Duque, R., & Martins, R. (2016). Suicídio no Idosos - o antecipar da morte. *PsiLogos, EPE*, 14(1). Recuperado de Doi: <https://doi.org/10.25752/psi.7409>.
- Pinto, L. W. & Assis, S. G. Estudo descritivo das tentativas de suicídio na população idosa brasileira, 2000 – 2014. (2015). *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 20(6), 1681-1692. Recuperado de Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.03532015>.
- Sampaio, D., & Telles-Correia, D. (2013). Suicídio nos mais velhos: fundamental não esquecer!. *Acta Médica Portuguesa*, 26(1), 1-2. Recuperado de Doi: <https://dx.doi.org/10.20344/amp.4003>.
- Sérvio, S. M. T., & Cavalcante, A. C. S. (2013). Retratos de autópsias Psicossociais sobre suicídio de idosos em Teresina. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(spe), 164-175. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000500016&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000500016&lng=en&tlng=pt).
- Sousa, G. S. et al. (2014). Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(49), 389-402. Epub 17 de março de 2014. Recuperado de Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0241>.
- Vidal, C.E.L., et al. (2013) Tentativas de suicídio: Fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde*

- Pública*. 29(1), 175-187/ Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/csp/2013.v29n1/175-187/#ModalArticles>
- Wand, A. P. F., et al. (2020). COVID-19: The implications for suicide in older adults. *International Psychogeriatrics*, 1–6. Recuperado de Doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610220000770>.
- World Health Organization (WHO). (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde* (S. Gontijo, Trad.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 60 p. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf).
- World Health Organization (WHO). (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneve. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/).
- World Health Organization (WHO). ([2019]). *Suicide in the world: Global health estimates*. World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>.

**Mulheres de  
Todas as Cores e  
Todas as Dores**

---

# **Suicídio em Mulheres com História de Violência Doméstica: Contribuições da Psicanálise**

*Anaíde Magalhães Silva Cristo*

A violência – em todos os seus níveis – deve ser compreendida como um fenômeno social e cultural o qual não se restringe à contemporaneidade, haja vista que, desde tempos remotos, ela vem se manifestando de modos e em contextos distintos. Podemos, assim, inferir que um ato de violência ou uma situação que desta decorre podem ter em sua gênese significados variados, dependendo das condições em que o fenômeno acontece. Para identificação de um fio condutor no estudo em voga, utilizamos referenciais que darão suporte às reflexões e discussões acerca da violência e, especificamente, no que concerne à violência doméstica contra mulheres, com os desdobramentos que advêm dessa realidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz a seguinte definição acerca da violência:

(...) o uso intencional de força física ou poder, ameaçados ou reais, contra si mesmo, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resultem ou tenham grande probabilidade de resultar em ferimento, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p. 5).

A OMS (2020) estabelece uma tipologia de três grandes grupos, segundo quem comete o ato violento, quais sejam: violência contra si mesmo (autoprovocada ou autoinfligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias).

Etimologicamente, trata-se de um termo que tem origem no latim (*violentia*) e faz referência ao termo *vis*, denotando um sentido de caráter violento ou bravo, força, vigor, potência, emprego de força física (Veschi, 2020, s/p). Tem-se, pois, a noção de uma força que se traduz em ato violento apenas quando extrapola com a perturbação da ordem ou com o rompimento de acordos e regras que são balizadores da ordem social.

É a imposição forçada de uma pessoa a outra, independentemente da forma, contexto e nível de relacionamento ou parentesco, sobre o qual os organismos estatais e a justiça têm a obrigação de velar. Pode surgir na privacidade da família, bem como no local de trabalho. (Veschi, 2020, s/p).

As expressões violência de gênero, doméstica e contra mulheres são as mais utilizadas para denominar esse grave problema que degrada a integridade da mulher, configurando-se em um problema social e de saúde pública, um fenômeno mundial, sem fronteiras de raça/etnia, classe social, crença, idade e escolaridade.

No caso da violência contra mulheres, a Organização das Nações Unidas (2006) define-a como sendo “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada” (p. 2).

Na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – evento que ocorreu em 1994, na cidade de Belém, estado do Pará –, definiu-se o fenômeno como “uma ofensa à dignidade humana e manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens” (Decreto Nº 1.973 de 01 de Agosto de 1996, Preâmbulo).

A legislação brasileira, por sua vez, conceitua violência doméstica como ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (Lei Maria da Penha, 2006).

No Brasil, segundo dados do *Atlas da Violência*, divulgado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2020), entre os anos de 2008 e 2018, houve um incremento de 4,2% nos assassinatos de mulheres, sendo uma mulher morta a cada duas horas.

Considerando o período de 2020, a pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, em conjunto com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2020), revela o acréscimo nas taxas de assassinatos de mulheres no Brasil.

Durante os primeiros dias do isolamento social, os boletins de ocorrência apontaram aparente diminuição da violência de gênero. No entanto, os números de feminicídios e homicídios femininos revelaram-se em ascensão, apontando para um incremento da violência doméstica e familiar. Entre março de 2019 e março de 2020, São Paulo teve um aumento de casos de 46% e duplicou na primeira quinzena de abril. No Acre, houve um aumento de 67% no período e, no Rio Grande do Norte, o número triplicou em março de 2020. (IPEA, 2020).

Esses indicadores levam-nos a sugerir que o contexto pandêmico do coronavírus contribuiu para o aumento dos indicadores de feminicídio no País. Isso porque a pandemia impôs a todos um regime de confinamento, a fim de evitar o contágio global da Covid-19, o que se configurou em uma dupla ameaça para milhares de mulheres: o medo da contaminação e do seu opressor.

O regime de isolamento imposto como medida de prevenção para conter a disseminação do vírus trouxe maior vulnerabilidade para a vida de milhares de mulheres já expostas à violência doméstica,

por precisarem permanecer por mais tempo no mesmo ambiente do agressor (IPEA, 2020).

A complexidade do fenômeno torna cada vez mais urgente pensar quais são os reflexos da violência doméstica contra mulheres. Isso porque, sob as mais variadas formas de violência que porventura ocorram, não é incomum a presença de sofrimento psíquico desencadeador de morte por suicídio (Moretto, Goerght & Silva, 2018), um elemento que não pode ser ignorado na pauta das discussões.

Diante de tais pressupostos, o presente artigo se propõe a apresentar uma revisão narrativa, articulando questões relativas à violência doméstica contra mulheres – em suas dimensões subjetivas, social, histórica, cultural –, e ao suicídio ou à tentativa de suicídio como ato de ressignificação face à impossibilidade de lidar com o drama. Como aporte teórico foi utilizado o elemento trauma, pelo viés da psicanálise, com o intuito de clarificar a motivação para o ato suicida.

Nessa perspectiva, no processo investigativo emergem dois questionamentos, visando sustentar essa articulação, a saber: Quais fatores levam tantas mulheres a tolerarem a repetição de atos de violência? Com o ato de suicídio, estariam as mulheres vítimas de violência doméstica tentando eliminar a própria dor de existir?

Na tentativa de trazer contributos para um debate fundamental na sociedade contemporânea e de responder às questões apontadas, o trabalho foi estruturado em três partes. Na primeira, aborda-se a violência contra mulheres, como uma condição determinada pelos papéis de gênero, numa cultura patriarcal que legitima a violência doméstica. A segunda parte traz uma leitura do suicídio, como possibilidade de uma ressignificação diante da dor provocada pelos atos de violência vivenciados pela mulher. Por fim, na terceira parte, concentra-se a discussão sobre o trauma psíquico à luz da psicanálise,

vivenciada pelo sujeito de forma frequente, assim como as consequências em sua subjetividade.

## **Violência Contra Mulheres: Uma Realidade Múltipla e Complexa**

A violência contra mulheres é um fenômeno multifacetado, que abrange questões históricas, sociais, culturais e políticas. Durante muitos anos, esse tipo de violência não teve o reconhecimento da sociedade, tampouco na esfera jurídica. Foi somente através do movimento feminista, iniciado no ano de 1968, que esse fenômeno passou a ter mais visibilidade.

Apesar de acontecer no espaço privado e, predominantemente, dentro das residências, trata-se de uma questão de caráter público, logo requer o enfrentamento de um sistema o qual possa garantir direitos, como segurança, proteção e justiça a essas mulheres, hoje vistas como sujeitos de direitos, mas que ainda lutam por autonomia e liberdade.

No bojo das mudanças em prol das garantias de direitos às mulheres, em 1979 foi promulgada, pelas Nações Unidas, a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW - Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women - Decreto Nº 4.377 de 13 de Setembro de 2002).

No Brasil, em 13 de setembro de 2002 o referido documento foi promulgado pelo decreto supracitado (Brasil, 2002), com a denominação de Convenção das Mulheres, sendo este o primeiro tratado internacional sobre Direitos Humanos de Mulheres.

Parte I - Artigo 1º – Para os fins da presente Convenção, a expressão “discriminação contra a mulher” significará toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que

tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo (Decreto Nº 4.377 de 13 de Setembro de 2002).

A Lei Maria da Penha nº 11.340 (2006), e a Lei do Femicídio nº 13.104 (2015), são consideradas dois grandes marcos normativos para a efetivação dos direitos femininos em sua luta contra a violência doméstica. A primeira foi relevante, na medida em que tipifica como crime esse tipo de violência nas famílias brasileiras, descortinando uma triste realidade, até então omitida no âmbito da jurisprudência. A segunda, fortalecida com o arcabouço de defesa presente na Lei Maria da Penha, possibilita dar visibilidade aos homicídios cometidos contra mulheres subordinadas a uma única condição: a de ser uma mulher.

Para Oliveira, Costa e Souza (2015), esse tipo de violência está vinculado a um modo de dominação-subordinação que determina os papéis de cada sexo, com um modelo social que coloca as mulheres em uma condição inferior em relação aos homens e acrescenta que uma determinação biológica predeterminada, *a priori*, influencia a forma de sentir, pensar e perceber o mundo (Oliveira, Costa & Souza, 2015).

Em nosso percurso para melhor compreender esse fenômeno, é importante conhecer os conceitos de gênero e patriarcado, visto que compõem uma estrutura a qual alimenta essa opressão. A Lei Maria da Penha (2006), no Capítulo I, Art. 5º, prescreve que se “configura violência doméstica e familiar contra mulher qualquer ação e omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”.

Observa-se, pois, que a noção de gênero envolve características que classificam os indivíduos desde o nascimento, quando reconhecidos pelo sexo biológico, como homens ou mulheres, definindo a sociedade como binária, separando os papéis sociais e produzindo relações de poder entre os gêneros, chamado de patriarcado.

Entende-se, por conseguinte, o patriarcado como o poder dos homens sobre as mulheres e que se manifesta em diversas relações, sejam estas pessoais, sociais ou de trabalho. A socióloga Saffioti (2011), em seu livro *Gênero, patriarcado, violência*, aponta para o gênero como sendo um elemento a-histórico e apolítico, ao argumentar que o patriarcado deixa explícito o vetor dominação-subordinação.

O patriarcado refere-se a milênios da história mais próxima, nos quais se implantou uma hierarquia entre homens e mulheres, com primazia masculina ... o conceito de gênero carrega uma dose apreciável de ideologia. E qual é esta ideologia? Exatamente a patriarcal, forjada especialmente para dar cobertura a uma estrutura de poder que situa as mulheres muito abaixo dos homens em todas as áreas da convivência humana. (Saffioti, 2011, p. 136).

Assim, o patriarcado, como estrutura de poder entre os gêneros, sob a égide da cultura, dos mecanismos legais e institucionais, pode ser percebido como a base da violência contra as mulheres.

Considerando esse cenário, o conceito de interseccionalidade cunhado por Kimberlé Williams Crenshaw na década de 1980, é uma possibilidade de pensar o fenômeno da violência doméstica que historicamente foi negligenciado. De forma conceitual, a interseccionalidade “trata da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras” (Crenshaw, 2002, p. 177). São marcadores

sociais que trazem à tona as relações de poder socialmente produzidas e capturam consequências desses eixos de subordinação.

Crenshaw (2002) complementa que as mulheres, de algum modo, estão submetidas à discriminação de gênero, mas também a outros fatores ligados às suas identidades sociais – classe, casta, raça, cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual –, o que realça a maneira como os grupos de mulheres irão vivenciar a discriminação.

Para Navasconi e Moscheta (2017), pelo conceito da interseccionalidade as múltiplas formas de ser mulher ganham visibilidade, ou seja, é “não mais tentar apreender ou analisar a realidade através de um ou outro conceito isoladamente, como é o que se tentava fazer a partir do conceito de gênero, por exemplo, é pensar categorias de classificação dos sujeitos de forma relacional e articulada” (Navasconi & Moscheta, 2017, p. 12).

Dessa forma, pensar as diferenças como uma construção social e valorizar as histórias em suas particularidades, possibilita analisar os atravessamentos a que as mulheres estão submetidas, para assim poderem sair da invisibilidade, do vazio, da apatia que silenciam dores. A questão interseccional é vista como uma das formas de combater as opressões múltiplas e imbricadas, conforme sustenta Lima (2016). A interseccionalidade como ferramenta faz as categorias de gênero, raça, classe ou orientação sexual não serem divididas, na medida em que a divisão impede a compreensão do fenômeno como um todo inclusive, pode auxiliar na elaboração de políticas públicas (Lima, 2016).

As diversas formas de opressão são perpetradas por parceiros, familiares, conhecidos, entre outros, e incluem estupros, diversos abusos, violência racial, assassinatos, entre outras. Minayo (2006) ressalta, ainda, que é preciso desnaturalizar os abusos, as situações de maus tratos e as manifestações de opressão,

sendo necessário retirar do âmbito privado essa condição de violência, a fim de conferir maior visibilidade social para o fenômeno.

Neste momento de pandemia, a situação tende a agravar-se, na medida em que o isolamento dá margem à invisibilidade para a crescente onda de violência doméstica contra as mulheres. Pressupõe-se que a permanência em casa, como medida de proteção ao contágio da Covid-19 é, por si mesma, um perigo mortal para as mulheres, já que torna invisível a violência contra a sua integridade física e moral. É evidente que um ato de violência tem consequências devastadoras na vida de uma pessoa e pode deixar marcas profundas, culminando em silêncio e na completa submissão diante de situações tão humilhantes com efeitos destruidores na subjetividade. Diante disso, pode-se indagar: Quais fatores levam tantas mulheres a tolerarem a repetição de atos de violência?

Araújo (2018) afirma ser este um fenômeno que ocorre de diferentes modos e se relaciona à singularidade de cada pessoa envolvida. Ainda que haja aspectos semelhantes, cada mulher está assujeitada à situação de violência, de acordo com uma configuração particular de fatores, em uma relação muito peculiar. Diante disso, pensar no trauma a partir da história de vida pessoal e dos múltiplos aspectos que circundam essa dinâmica relacional violenta pode auxiliar nessa compreensão (Araújo, 2018).

Em relação ao trauma, Lima e Werlang, (2011) o definem como uma dor irrepresentável, diante do sofrimento da violência no contexto doméstico. Assim, os traumas resultam em conflitos e sintomas psicológicos como reflexos provenientes dessa violência, sob as mais diversas conformações, e tendem a desencadear o suicídio ou a ideação suicida, que podem ser entendidos como advindas do sofrimento traumático (Lima & Werlang, 2011).

Moretto, Goerght e Silva (2018) apontam para a falta de estudos

com sondagem e análise do fenômeno do suicídio, a partir dos efeitos danosos da violência enfrentada por muitas mulheres em seu cotidiano. As autoras chamam atenção para a impossibilidade das vítimas de lidarem com a dor e o sofrimento traumático, o que pode direcioná-las ao adoecimento, culminando na eliminação da própria vida (Moretto, Goerght & Silva, 2018).

### **Suicídio: Lutando Contra as Dores da Alma**

Ao debruçar sobre o tema do suicídio, deparamo-nos com as limitações humanas. Pensar o suicídio juntamente com a violência de gênero é algo desafiador. No Brasil e no mundo estima-se que muitas mulheres com história de violência de gênero apresentam ideação suicida, no entanto, existe uma escassez de pesquisas mais recentes que possam ajudar a compreender essa inter-relação entre os temas.

No Brasil, a cada 46 minutos uma pessoa tira a própria vida. (Ministério da Saúde, como citado em Secretaria da Saúde do Estado da Bahia [SESAB], 2020). De acordo com a SESAB, entre os anos de 2010 e 2019, 8.833 casos de lesões autoprovocadas foram notificados, dos quais 5.169 foram casos de suicídio. Em 2019, 634 óbitos por suicídio foram registrados e até a data da comunicação destes dados já haviam sido notificados 384 óbitos em 2020 (SESAB, 2020).

Os estudos realizados pela OMS (2017) demonstram que 35% das mulheres em todo o mundo já sofreram violência física e/ou sexual de seus parceiros e, conseqüentemente, essas mulheres também apresentam maior risco de depressão, transtornos de ansiedade, uso de álcool e tentativa de suicídio.

Os pressupostos acima trazem à baila a outra indagação apontada no presente estudo: Com o ato de suicídio, estariam as mulheres vítimas de violência doméstica tentando eliminar a própria dor de existir?

Não há uma única explicação para se compreender os motivos pelos quais as pessoas cometem ou tentam o suicídio, embora no Manual de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde (2006) considere-se que grande parte das pessoas sob o risco de suicídio apresentem três características próprias: ambivalência, impulsividade e a rigidez/constricção (Ministério da Saúde, 2006).

Shneidman (1985, como citado em Scavacini, 2018), considerado o pai da suicidologia moderna, afirma que o suicídio é uma doença de múltiplas dimensões que acomete um indivíduo carente o qual acredita ser a morte a melhor solução para resolução de um problema. Ainda de acordo com Shneidman (1985), como citado em Scavacini, 2018, p. 32), “para haver um suicídio é fundamental a combinação dos seguintes elementos: sentimento de dor intolerável; atitude de autodesvalorização; constricção marcada da mente com prejuízo das tarefas do dia a dia; sensação de isolamento intenso e desesperança”.

O suicídio, assim como a violência de gênero, não escolhe cor, etnia, sexo, condição econômica ou espaços sociais. O ato de tirar a própria vida sempre existiu e está presente em diversos lugares do mundo. Botega (2015), em seu livro *Crise Suicida* explana que a experiência humana diante da crise suicida pode ser dolorosa e vai depender da gravidade da situação, podendo levar o sujeito a estados de angústia, desamparo, incapacidade, esgotamento e, em casos extremos, provocar um colapso existencial que vai além da capacidade pessoal que tem o indivíduo de reagir e adaptar-se, o que potencializa a susceptibilidade ao ato suicida.

Aqui, mais uma vez, põe-se a compreensão do fenômeno do suicídio em foco, a partir do viés interseccional, tal como nas questões de gênero já discutidas. Há que se pensar a sobreposição de fatos e aspectos que estruturam o sujeito, levando-se em conta as amarras sociais como elemento potencial para o sofrimento psíquico.

Navasconi e Moscheta (2017) orientam que o suicídio precisa ser visto na sua multiplicidade de feições. Portanto, existe uma lacuna no que se refere ao modo de compreensão acerca desse fenômeno. Dessa maneira, poder olhar o fenômeno pela interseccionalidade permite a condução de manejos que não sejam os que reproduzem práticas de apagamento, que reforçam o olhar de exclusão, de não reconhecimento.

Naves (2014) assevera que a violência sofrida pela mulher retira dela o lugar de sujeito que deseja, passando a ocupar um lugar de passividade, de assujeitamento ao desejo do outro. Assim, a mulher submete-se a uma condição de violência e aos poucos parece perder a capacidade de pensar, de viver e acaba por silenciar em um vazio subjetivo.

As situações de conflitos na família de origem, as experiências de violência e os desentendimentos presenciados na infância geram marcas de desamparo e abandono. Dessa forma, as perdas e o abandono vivenciados na infância podem permanecer no psiquismo dessas mulheres com prejuízo no cotidiano, o que caracteriza o trauma. Todo esse sofrimento pode resultar em sintomas psicológicos, inclusive ideação suicida, relacionando assim o trauma vivido, a dor psíquica e o ato suicida como possibilidade.

Cassorla (2017, p. 41) nos permite compreender que o ato suicida está ligado a uma “cadeia de eventos que interagem entre si e com componentes individuais”. O autor adverte sobre os traumas vivenciados, de maneira precoce, os quais se tornam inconscientes e fazem com que a pessoa não consiga ligar com a situação real, percebendo e vivenciando essa realidade de maneira deformada, agindo como gatilho para a tentativa de suicídio (Cassorla, 2017).

Scavacini (2018) argumenta sobre como uma depressão ou a dor existencial de uma pessoa pode interferir na clareza de pensamentos,

de modo que ela encontre outros caminhos para resolver seus problemas e que não seja pela via da morte, compreendendo que a intencionalidade do ato de provocar a morte é mais intenso que a consciência plena do ato (Scavacini, 2018).

São muitas as possibilidades que podem levar à tentativa de suicídio e/ou à consumação. Para Correia (2011, p. 61), as mulheres, “ao mesmo tempo em que buscam a saída do sofrimento psíquico através do suicídio, contrariamente também deixam avisos que traduzem um pedido de socorro”.

Na esteira desse entendimento, Botega (2015) aponta que os serviços de saúde devem incorporar em seus protocolos um componente especial e rotineiro, que é a prevenção do suicídio, alertando que o profissional, por estar na porta de entrada do sistema de saúde e diretamente ligado ao sujeito em crise suicida, deve estar habilitado para utilizar estratégias visando à condução, utilizando na prática as medidas necessárias, de acordo com as políticas de saúde pública.

## **O Trauma Analisado sob a Ótica da Psicanálise**

Para pensar as contribuições da psicanálise em relação à violência de gênero e o suicídio, foi escolhido, como parte da teoria psicanalítica, o trauma psíquico decorrente de tais fenômenos, trabalhando-se, portanto, a inter-relação entre trauma, dor psíquica e ato. Laplanche e Pontalis, no *Vocabulário de Psicanálise*, afirmam que trauma

um acontecimento na vida do indivíduo que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que coloca o indivíduo para responder de forma adequada e pelos transtornos e efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica. (Laplanche & Pontalis, 1977, p. 678).

Os autores complementam que “excesso, surpresa, sobressalto,

paralisia e bloqueio designam o essencial do traumático” (Laplanche & Pontalis, 1977, p. 678). Já na perspectiva freudiana, o conceito de trauma pode ser definido como “um choque violento, de uma efrusão sobre o aparelho psíquico” (Favero, 2004, p. 19). Dito de outra maneira, um acontecimento ocorrido tão intensamente em um momento da vida do sujeito que, de algum modo, torna-se impossível simbolizar, ou seja, colocar em palavras.

O trauma se refere a uma intrusão que chega ao sujeito, de fora dele, como uma dor que não pode ser representada psiquicamente e que gera impactos no processo de subjetivação, já que o acontecimento não é assimilado pelo psiquismo. O senso comum concebe o trauma como a irrupção de algo que perturba o sujeito através de um discurso socialmente prescrito, uma generalização, sem considerar as diferenças que se constituem ao longo da vida, ou melhor, por meio de um apagamento das complexidades e especificidades com que cada um vai lidar com as situações vividas desde o seu nascimento (Fassim & Rechtman, 2011).

Ao abordar em seus estudos o tema da histeria, Sigmund Freud (1976) apresenta o trauma como uma experiência real, sendo a origem do conflito psíquico gerador do sintoma. O trauma acontece em dois momentos: no primeiro, o traumático é da ordem do inconsciente enquanto depósito de experiências ocorridas na infância e suprimidas na consciência, dada a impossibilidade da criança de colocá-las em palavras, elaborando-as; já no segundo momento, as experiências antes silenciadas, mas não esquecidas, retornam por um evento que se liga ao anterior, que estava indeterminado e sem representação, de maneira que uma experiência tende a ativar outra a qual não se atribuiu sentido preliminar.

A psicanálise revela que determinados fenômenos podem ser

observados na vida de certas pessoas como uma repetição. Freud (1920, p.14) fala de uma “perpétua repetição da mesma coisa ligada a um traço de caráter essencial e expresso por uma repetição das mesmas experiências”. Tal formulação freudiana se constitui em aporte teórico acerca da problemática das mulheres que vivem em situação de violência e que mantêm suas vidas fixadas a tais condições.

Se, por um lado, está a violência na dinâmica familiar, marcada pelo excesso de maus tratos que deixam à mostra um cenário de desamparo e fragilidade, de uma exposição de efeito danoso produzido no psiquismo dessas mulheres, por outro, é pelo ato da tentativa de suicídio que se vislumbra a possibilidade de sair de cena, uma suposta solução.

De acordo com Lima e Werlang (2011), diante do trauma que caracteriza uma dor que não se inscreve, e que resulta em tanto sofrimento, não é surpreendente que surjam sintomas psicológicos como a ansiedade, a depressão, desesperança e mesmo a ideação suicida (Lima & Werlang, 2011). É essa condição de destrutividade, seja de si ou do outro, que torna o ato suicida uma possibilidade que advém do não reconhecimento da dor psíquica.

Se o modo de olhar o suicídio e a violência contra a mulher não sair da invisibilidade, e passar para o campo do cuidado, do reconhecimento, o que se apresenta é o silêncio. No silêncio há angústia, que fala de algo, de uma inquietação que leva ao limite do sofrimento, que pode levar a morte literal.

Emerge dessa reflexão a importância da escuta na clínica psicanalítica, cujo trabalho será realizado a partir do discurso do analisante baseado nos fenômenos de linguagem que se apresentam nos ditos e no dizer. (Carvalho, 2014). Por meio da relação dialética que ocorre entre analista e analisante, possibilita-se uma transformação subjetiva, de maneira a modificar processualmente sua posição enquanto sujeito de desejos.

A partir dessa dialética, torna-se possível a interrupção do ciclo de repetições, fundado como efeito da dor proveniente da impossibilidade do aparelho psíquico de simbolizar, de atribuir sentido ao sofrimento e à sua causa. O suicídio é a resposta ao real, sendo que, para a psicanálise, o real é o impossível de ser dito. Na psicanálise, quanto mais se fala, menos se atua. Nessa direção, o discurso narrativo passará pelo mesmo lugar por diversas vezes e, ao fim, pode-se promover uma mudança de posição do sujeito, substituindo o gozo da morte pelo desejo de saber, um saber sobre o real, uma aposta no ato analítico comopositor ao ato suicida, conforme salienta Carvalho (2014).

Tfouni e Laureano (2005) trazem a interpretação como inerente ao homem, visto que inserido no simbólico o sujeito precisa dar sentido a todo o momento. As autoras apontam que na psicanálise, desde os primórdios do trabalho freudiano a interpretação sempre teve papel fundamental. Segundo Lacan (1998, p. 599):

A interpretação, para decifrar a diacronia das repetições inconscientes, deve introduzir na sincronia dos significantes que nela se compõe algo que, de repente, possibilite a tradução – precisamente aquilo que a função do Outro permite no receptáculo do código, sendo a propósito dele que aparece o elemento faltante.

Então, de acordo com Tfouni e Laureano (2005) a interpretação na psicanálise vai de encontro ao sintoma e ao desejo do sujeito, que surgem a partir de fragmentos do inconsciente, que submerge no discurso através dos atos falhos, lapsos, repetições e esquecimentos, por exemplo.

Carvalho (2014) acrescenta ainda que, na clínica do suicídio, o analista deve acolher o sofrimento do sujeito, sem inferência sobre o ato. O trabalho se baseia em falar sobre a dor, sem julgamento moral, ético ou religioso. Ao verbalizar, o sujeito teria acesso aos significantes que geraram os equívocos de sentidos e mal-entendidos que o acompanham ao longo da vida.

## Considerações Finais

O cenário de violência doméstica contra a mulher, agravado com a pandemia de Covid-19, tem se apresentado como uma demanda de reflexões e estudos teórico-práticos, de modo a possibilitar uma melhor compreensão do fenômeno aqui analisado e do seu desdobramento para o ato ou a ideação suicida.

As análises advindas da presente investigação permitiram verificar que a violência contra mulheres abrange questões históricas, sociais, culturais e políticas. Trata-se de um tipo de violência que ainda apresenta certas peculiaridades, por estar vinculada a um modo de dominação-subordinação, determinada pelo sexo biológico e que coloca as mulheres em condição inferior aos homens.

Evidentemente um ato de violência tem consequências na vida psíquica e física das mulheres submetidas a essa condição, de maneira que podem deixar marcas profundas, culminando em silêncio e submissão diante do fato que se repete no cotidiano.

Quanto à ideação suicida ou mesmo à consumação dessa prática pelas mulheres vítimas da violência doméstica, evidenciou-se que tal decisão é desencadeada pelos traumas surgidos no decorrer da vida e diante dos conflitos cotidianos em que a vítima se torna cada vez mais impossibilitada de lidar com as subjetividades inerentes à alma feminina, encontrando no suicídio o redimensionamento para um drama de dimensões avassaladoras.

A recorrência da violência intrafamiliar sugere como reflexo os sintomas psicológicos e conflitos existenciais que tendem a desencadear o suicídio ou a ideação suicida, tendo como gênese as situações traumáticas experienciadas pelas mulheres. O referencial psicanalítico consistiu em importante auxílio para se perceber a posição da mulher à mercê do desejo do Outro, talvez por estar encoberto por um discurso dominante ao qual, por questões ideológicas, sente-se identificada.

Nesse cenário, a psicanálise assume a importante função de, no ato analítico, fazer o sujeito falar em vez de atuar, pois o que é dito em análise encontra significação e provoca mudanças. A análise vai convocar o reaparecimento do sujeito de desejo o qual teve sua condição sujeito abolida e que parece fixado em uma satisfação mortífera diante do seu sofrimento.

Quanto aos objetivos propostos no estudo, estes foram alcançados, na medida em que se procedeu a uma articulação entre os elementos temáticos – violência doméstica contra as mulheres e suicídio –, sem perder de vista as importantes contribuições da psicanálise. O arcabouço teórico foi relevante para responder aos questionamentos e assim fomentar o debate acerca de dois fenômenos recorrentes na sociedade mundial.

Resta dizer que continuam imprescindíveis novas investigações frente à temática, cujos debates devem se estender a outros segmentos sociais, para além da academia. Em síntese, ficou evidente que, se por um lado, o suicídio traz às mulheres vítimas da violência doméstica um redimensionamento de sentidos, por outro lado, a psicanálise pode ser uma âncora que vai resgatá-las a uma possível nova existência.

## Referências

- Araújo, M. F. (2008). Gênero e violência contra a mulher: O perigoso jogo de poder e dominação. *Psicol. Am. Latina*. [online] n.14, p. 0-0. ISSN 1870-350X. Retirado de <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&tlng=pt)>.
- Botega, N. J. (2015). *Crise Suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Carvalho, S. A. (2014). *A morte pode esperar?* Clínica psicanalítica do suicídio. Salvador: Associação Campo Psicanalítico.

- Cassorla, R. M. S. (2017). *Suicídio: Fatores inconscientes e aspectos socioculturais - uma introdução*. São Paulo: Blucher.
- Convenção de Belém do Pará (1994). *Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher* - Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Organização dos Estados Americanos – OEA. Recuperado de<<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>.
- Correia, C.M. (2011). *Vivência de violência doméstica em mulheres que tentaram suicídio*. Repositório Institucional – Universidade Federal da Bahia – Ufba, 2011. Recuperado de<<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12877>>.
- Decreto nº 1.973, de 1º de Agosto de 1996*. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Presidência da República. Recuperado de<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1996](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996)>.
- Fassin, D. & Rechtman, R. (2011). *L'empire du traumatisme: enquête sur la condition de victime*. Paris: Flammarion.
- Favero, A. B. (2009). A noção de trauma em psicanálise. *Psicol. clin.* vol. 21 n. 2. Rio de Janeiro, 2009. Recuperado de <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652009000200017](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000200017)>.
- Freud, S. (1976). Estudos sobre a histeria. In: Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. II. p. 184-231. Recuperado de<<http://www.periodicoshumanas.uff.br/>>.
- Freud, S. (1996). Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920-1922). Recuperado de<<http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obrascompletas-imago-vol-18-1920-1922.pdf>>.

Freud, S. (1997) Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. *Edição standard brasileira das obras de psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XVIII, Rio de Janeiro. (Trabalho original publicado em 1920-1922). Recuperado de<<http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obrascompletas-imago-vol-18-1920-1922.pdf>>.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2020). (Org.). *Atlas da Violência*. 2020. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: IPEA; FBSP, 2020.

Lacan, J. (1979) *O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (2001) *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

*Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006* (Lei Maria da Penha). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal... e dá outras providências. Não paginado. Recuperado de<[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm)>.

*Lei nº 13.104, de 09 de março de 2015*. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio. Diário Oficial da União, Brasília, 24 de janeiro de 1967. Não paginado. Recuperado de<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm)>.

Lima, G. A. F. (2016). *A interseccionalidade entre gênero e raça no Programa 'Mulher, Viver sem violência'*. 47 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas) - Universidade de Brasília, Brasília-DF.

Lima, G. Q., Werlang, B.S.G. (2011). Mulheres que sofrem violência doméstica: contribuições da psicanálise. *Psicologia em Estudo*,

- 16 (4), 511-520. Recuperado de<<https://doi.org/10.1590/S1413-73722011000400002>>.
- Macedo, M. M. K., Werlang, B.S.G. (2007). Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 10 (1), 86-106. Recuperado de<<https://doi.org/10.1590/S1516-14982007000100006>>.
- Minayo, M. C. S. (2006). *Violência e saúde* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Temas em Saúde Collection. 132 p. ISBN 978-85-7541-380-7. Recuperado de SciELO Books .<<http://books.scielo.org>>.
- Ministério da Saúde. (2006). *Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio*. Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) Faculdade de Ciências Médicas Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).
- Moretto, M. T., Goerght, A.; Silva, Q. D. (2018). Suicídio de mulheres: A (in)visibilidade da violência doméstica como causa da morte autoinflingida. *Anais do Congresso Internacional de Direito Público dos Direitos Humanos e Políticas de Igualdade*, 1(1). Retirado em <<https://www.seer.ufal.br/index.php/dphpi/article/view/5762>>.
- Oliveira, A. C. G. A., Costa, M. J. S. & Sousa, E. S. S. (2015). Femicídio e violência de gênero: Aspectos sociojurídicos. *Revista Tem@*, 16 (24,25), 21-43. Recuperado de<<http://revistatema.facisa.edu.br/index.php/revistatema/article/view/236/pdf>>.
- Navasconi, P. V. P., Moscheta, M. S. (2017). *O existente inexistente: A interseccionalidade de raça, sexualidades e suicídio*. V Simpósio Internacional de Educação Sexual - SIES, 2017. Universidade Estadual de Maringá (UEM). Recuperado de<<http://www.sies.uem.br/trabalhos/2017/3179.pdf>>.
- Naves, E. T. (2014). A mulher e a violência: Uma devastação subjetiva. *Revista Subjetividades*, 14 (3), 454-462. Recuperado

de<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-07692014000300009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692014000300009&lng=pt&tlng=pt)>.

Organização Mundial da Saúde (2002) - *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi e Rafael Lozano. Recuperado de<<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br>>.

Organização das Nações Unidas (ONU). *Relatório do Secretário-geral, Estudo a fundo sobre todas as formas de violência contra a mulher*, A/61/122 Add.1, 6 de julho de 2006, § 368, 2006.

Pimentel, S. (1979). *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - Cedaw 1979*. Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres.

Saffioti, H. I. B. (2004). *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.

Scavacini, K. (2018). *O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio*. (Tese de doutorado) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Secretaria da Saúde da Bahia (2020). *OMS alerta: Suicídio é a 3ª causa de morte de jovens brasileiros entre 15 e 29 anos*. Publicado em 10/09/2020. Recuperado de<<http://www.saude.ba.gov.br/2020/09/10>>.

Veschi, B. (2020). *Etimologia de violência*. Recuperado de<<https://etimologia.com.br/violencia>>.

# Mulheres: Trans, Travestis e Cis Negras, da Exclusão ao Suicídio?

*Kátia Érica Novais Ribeiro  
Juliana Bredemeier*

Falar sobre suicídio é abordar um fenômeno que atinge cerca de 800 mil pessoas por ano, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014). Em média, a cada 40 segundos morre uma pessoa no mundo, de modo que esse é considerado um problema de saúde pública (OMS, 2014). Considera-se que as tentativas sejam em maior número do que os suicídios, podendo alcançar estimativas 10 a 20 vezes maiores do que as do suicídio. A cada ato, é gerado um efeito dominó que atinge não só a vítima, mas também todos em sua volta. O suicídio é a segunda causa de morte entre os jovens com idades em torno dos 15 a 29 anos. Esse fenômeno é carregado de diversos fatores, em que o indivíduo, diante de uma dor ou situação que se apresenta sem solução, vê a morte como única possibilidade (OMS, 2014).

As estimativas sobre suicídios divergem de um país para outro, havendo uma tendência de os países de baixa e média renda carregarem as maiores estimativas. Estima-se que os suicídios, ocorridos nesses países, representam em torno de 75% de todos os casos do mundo. O Brasil ocupa o 8.º lugar no *ranking* de registros de óbitos por suicídio. Dados de 2012 indicam que 32 pessoas morreram por suicídio diariamente no Brasil, chegando-se a um total de 11.821 registrados oficialmente (OMS, 2014).

Os números dos suicídios também se diferenciam dentro dos países, com índices elevados entre minorias e aqueles que são socialmente excluídos ou que enfrentam algum tipo de discriminação

(OMS, 2014), como, por exemplo, mulheres trans, travestis e CIS negras.

Por conta de todos os prejuízos psíquicos e financeiros gerados pelo suicídio, esta temática tem sido muito estudada pela literatura especializada. Há pesquisadores interessados em identificar, por exemplo, os fatores predisponentes para o suicídio (Botega, 2015; Scavacini, 2011; Bertolote, 2012). Nesse sentido, há pesquisas que apontam que questões de gênero e etnia/raça podem ter importância na determinação dessa ocorrência (OMS, 2014).

A Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) (2021), em seu Dossiê 2020, apresentou dados recentes envolvendo o suicídio na população trans e travestis. Em 2019, foram contabilizados 10 atos consumados; em 2020, 16 atos (ANTRA, 2021). Pressupõe-se que o suicídio nessa população não seja notificado corretamente, pois algumas informações são perdidas, principalmente no preenchimento das fichas de notificações. Outro desafio, reportado no dossiê, é a falta de reconhecimento de gênero por parte dos parentes da vítima, ao fazerem a notificação (ANTRA, 2021).

Na trajetória de vida, essas pessoas sofrem, primeiramente, com a exclusão familiar e escolar. Uma vez sem acesso à educação, acabam perdendo oportunidades de trabalho, o que pode resultar na condição de moradoras de rua – espaço não livre de exclusão, sendo elas, em sua maioria, negras. Estima-se que em torno de 42% da população transexual já tentou suicídio. Dados apontam que 13 anos é a idade que mulheres trans e travestis são excluídas do seio familiar (ANTRA, 2019).

No ano de 2009, as mulheres negras correspondiam aproximadamente um quarto da população brasileira (50 milhões de mulheres), conforme o Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA) (2013). As

mulheres negras são vítimas duas vezes da exclusão, uma pela condição de desigualdade de gênero (sofrem discriminação por serem mulheres) e a segunda, por serem negras (Santos, 2016). Elas enfrentam maiores dificuldades de acesso à escolaridade, moradia e rendimento individual e familiar (Batista, 2004).

Sobre o suicídio, o risco entre as adolescentes e jovens negras já foi apontado como até 36% superior do que em brancas. Dito de outra forma, a cada 10 suicídios, envolvendo adolescentes e jovens, seis ocorre com negras (Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2018).

Registros, realizados entre os anos 2012 e 2016, demonstraram um aumento de 55,4% nos suicídios entre a população negra, enquanto, nas demais raças/cores de pele, o crescimento foi de 39% (Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2018).

Desta forma, este artigo partiu da necessidade de se colocar em pauta a discussão a respeito do suicídio entre as mulheres trans, travestis e CIS negras e sua exclusão, uma problemática enfrentada por elas diariamente, no seio familiar, escolar, no trabalho, em serviços de saúde e em outras instituições. Essa exclusão é, quase sempre, um dos elementos presentes na compreensão das motivações para o suicídio.

A presente revisão narrativa, então, teve como objetivos identificar e analisar os problemas enfrentados pelas mulheres trans, travestis e CIS negras, partindo da exclusão como principal fator que contribui ou potencializa o suicídio dessas mulheres. Espera-se, com isso, produzir um material, capaz de esclarecer profissionais da saúde e da educação, bem como sensibilizar as esferas da assistência social e da saúde para a importância do desenvolvimento de políticas públicas, sensíveis às reais necessidades dessa população. Tendo em vista a insuficiência de materiais disponíveis acerca da temática “suicídio

na população trans, travestis e cis negras”, este artigo é necessário e urgente para a geração de discussão sobre a necessidade de criação, divulgação e acesso a políticas públicas que visam à prevenção e posvenção do suicídio dessas mulheres.

## **A Exclusão no Brasil**

Qual é relação do suicídio com as mulheres trans, travestis e CIS negras? Para falar das mortes dessas mulheres, primeiramente, devemos olhar para a questão da exclusão, vilão número um na vida dessas mulheres.

No Brasil, o conceito de exclusão não é algo novo. Historicamente, o país é marcado por ações sociais excludentes (Veras, 1999). O termo “exclusão” é diversificado, ou seja, pode ser utilizado para explicar diversas situações, e, por esta razão, a palavra em foco é duramente criticada por alguns autores.

No início do século, a exclusão foi considerada como algo perigoso e que poderia impedir a evolução social, logo, por tal perigo, deveria ser destruído. Portanto, três motivos podem ser dados para explicar o porquê da comparação da exclusão como algo perigoso e terrível (Souza & Rangel, 2017).

O primeiro motivo está relacionado ao requerimento de melhores condições e qualidade de vida populacional e mudança social. O segundo está associado à meritocracia e comportamentos de competição, valorizados pela sociedade moderna. São dois mecanismos excludentes, pautados em excluir quem não é considerado apto e em eleger os mais aptos. Com esse sistema de pensamento, o sucesso e o fracasso são atribuídos apenas ao indivíduo, como se dependesse apenas dele conseguir um bom emprego, casa ou, até mesmo, uma boa formação. O terceiro está ligado às condições culturais.

Desse modo, percebe-se o indivíduo considerado diferente como alguém que representa ameaça, uma praga, como, por exemplo, pessoas com deficiência, orientação sexual, etnia e aspectos socioeconômicos diferenciados (Souza & Rangel, 2017).

Sendo assim, a inclusão é participante da mesma categoria de valor, da mesma base epistemológica da exclusão, de modo que ambos os termos coexistem. Em outras palavras, em certas situações, o indivíduo pode ser incluído e, em outras, ser excluído (Souza & Rangel, 2017).

Nesse sentido, de acordo com Sawaia (2001, p. 8),

A sociedade exclui para incluir e esta transmutação é condição da ordem social desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão. Todos estão inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações, que se desdobram para fora do econômico (...).

A seguir, o foco desta pesquisa passa a estar nas mulheres trans, travestis e CIS negras.

## **Mulheres Trans e Travestis**

O Brasil lidera o *ranking* de países em que mais morrem transexuais e travestis, por homicídio e suicídio. Apesar de haver poucos estudos sobre assunto, já se sabe que o número de suicídio na população trans e travestis tem aumentado (ANTRA, 2021).

Os fatores de risco para suicídio, específicos para essa população, têm relação com o modo como a sociedade a trata e como ela mesma se relaciona com a transgeneridade. É importante destacar que, erroneamente, muitos têm associado o suicídio dessas mulheres

a um possível arrependimento de cirurgias de readequação sexual realizadas (ANTRA, 2018). Sobretudo, a saga dessas mulheres tem início na exclusão familiar, a partir do momento em que sentem a necessidade de revelar a questão de gênero para os familiares. Nesse momento, a vida delas muda por completo, sendo que muitas são expulsas de casa ainda muito jovens. Segundo o Dossiê da ANTRA, 13 anos é a idade média em que acontece a expulsão. Quando não são expulsas, passam a sofrer diversas violências, dentre elas, a violência sexual, física e psicológica (ANTRA, 2021). Uma vez excluídas pela família, enfrentam diversas dificuldades para o acesso à educação e ao trabalho.

Quando acontecem episódios em que percebem a exclusão, por não se encaixarem em padrões estabelecidos socialmente, as relações familiares são testadas. Caso a família não disponha de recursos saudáveis de enfrentamento para a situação, o desenvolvimento da saúde biopsicossocial dessas mulheres pode ser afetado. Nesse caso, a família poderá ser um fator de risco para o suicídio. Quando presente, a exclusão familiar demonstra-se como fator que gera o agravo de depressão e que pode ser um dos gatilhos para as tentativas de suicídio. Por outro lado, quando a família consegue oferecer apoio e acolhimento, torna-se um importante fator de proteção (Melo, Silva, & Mello, 2019).

As mulheres trans e travestis negras são a maioria nas ruas, as que mais morrem, vítimas de homicídios, e as que sofrem a maior diversidade de violências. O álcool, as drogas e a prostituição são meios de sobrevivência, encontrados para suportar as adversidades, impostas socialmente (ANTRA, 2021).

## **Escola: um Ambiente de Exclusão?**

A escola, espaço pensado para acolher e instruir, passa a ser um local que também produz e reproduz preconceitos, estigmas e discriminação em questões relacionadas à cor da pele, orientação sexual, gênero e deficiências. Estamos falando de uma instituição, marcada tradicionalmente por levar, em seu currículo, questões socialmente impostas. Tal postura torna a instituição a ser o segundo espaço a produzir exclusão, logo depois da família. A exclusão escolar fica evidenciada nesse ambiente de segregação, que parece ser pensado apenas para aqueles melhor aceitos socialmente: brancos, héteros, cristãos, alunos de classe média e que não possuem nenhuma deficiência. Tudo que não se encaixa no padrão acrescenta dificuldades de acesso a uma educação igualitária e de direito (Lima, 2020), resultando em uma exclusão real, mas, pouco legitimada.

Portanto, a permanência de mulheres trans e travestis nas escolas não ocorrem sem que haja um esforço da própria escola em realizar a regulação destas. A presença delas, no ambiente escolar, resulta em falatórios, incômodos, estranhamentos e olhares, carregados de curiosidade, desestabilizando a rotina escolar (Santos, 2015). Enfrentam dificuldades como o uso do banheiro, o *bullying*, os contextos pedagógicos que não integram suas histórias e violências. No uso do banheiro, meninas trans e travestis são obrigadas a usarem o banheiro masculino, enquanto meninos trans devem usar o banheiro feminino. Outras dificuldades enfrentadas são o uso do nome social e as identidades de gênero. Todos esses elementos contribuem para a evasão do ensino (Lima, 2020).

Ressalta-se também que, na universidade, a estigmatização e o preconceito dos quais os transexuais e travestis são alvo diariamente têm influência no baixo número dessa população na Ensino Superior (Lima, 2020).

## Identidade de Gênero e Nome Social?

Compreende-se por gênero uma das identidades que compõem os indivíduos (em equivalência às identidades sexual, étnica e de classe), em que componentes culturais e sociais são colaborativos. Na identidade de gênero, refere-se à identificação da pessoa ao gênero masculino ou feminino (APA, 2014). Nessa designação, considera-se fundamentalmente a autopercepção, ou seja, a maneira como a pessoa se autodeclara socialmente é o que, de fato, importa quando a questão é ser mulher ou homem (Lima, 2020).

No entanto, vivemos em uma sociedade extremamente preconceituosa, que ainda considera o ser homem ou ser mulher a partir do sexo designado no nascimento. Na perspectiva da identidade de gênero, porém, a questão está em como os indivíduos se identificam e não, como foram designados ao nascerem (Lima, 2020).

As travestis são pessoas que experienciam papéis de gênero feminino, sem se identificar como homens ou como mulheres. Elas apresentam componentes de um terceiro gênero ou de um não gênero (Silva, Silva, Coelho, & Martiniano, 2017).

Sabe-se que, durante muito tempo, indivíduos que se autoafirmaram de modo incongruente com o sexo designado eram tratados como doentes. Apenas mais recentemente essa ocorrência foi retirada dos manuais diagnósticos de transtornos. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da American Psychiatric Association, é uma classificação de transtornos mentais e critérios associados, desenvolvidos, com intuito de auxiliar no estabelecimento de diagnósticos de fácil compreensão dos transtornos. É referência na prática clínica e, nas últimas seis décadas, passou por diversas edições (APA, 2014).

CID significa “Classificação Internacional de Doenças”, e já foram realizadas dez atualizações e revisões deste código”. CID-10 é a

classificação utilizada no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS), elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) e engloba todas as doenças. Já o DSM-5 é mais específico, pois está focado apenas nos transtornos mentais (APA, 2014). CID-10 e DSM-5 são as referências de critérios diagnósticos mais usados pelos profissionais da saúde, entretanto há diferenças de critérios entre ambos.

Atualmente, o que está incluído no DSM-5 (APA, 2014) tem relação com o sofrimento, decorrente dessa incongruência e não, com a incongruência em si.

Sofrimento que pode acompanhar a incongruência entre o gênero experimentado ou expresso e o gênero designado de uma pessoa. Embora essa incongruência não cause desconforto em todos os indivíduos, muitos acabam sofrendo se as intervenções físicas desejadas por meio de hormônios e cirurgia não estão disponíveis. O termo atual é mais descritivo do que o anterior “transtorno de identidade de gênero”, do DSM-IV, e foca a disforia como problema clínico, e não como identidade por si própria (...) (APA, 2014, p. 451).

Quanto ao nome social, este é um direito, conquistado por essa população, que se percebe com uma incongruência em relação ao sexo designado e, conseqüentemente, em relação ao nome que consta no registro geral de nascimento. Entende-se por nome social aquele pelo que as pessoas preferem ser chamadas/os e que tem congruência com sua identidade de gênero. O direito ao nome social é garantido pela Portaria n.º 1.820/2009 (2009). Sendo assim, o nome social é considerado um elemento importante no processo de adequação de gênero (Silva, Silva, Coelho, & Martiniano, 2017).

## O Acesso à Saúde e ao Trabalho

O acesso às instituições de saúde também é cercado por muitas dificuldades que impedem a adesão ao cuidado integral com a saúde. Os desafios vão desde a falta de reconhecimento e respeito à identidade de gênero, passando pela falta de profissionais de saúde, qualificados para trabalhar com essa população, até atitudes preconceituosas, emitidas por esses profissionais (Silva, Silva, Coelho, & Martiniano, 2017).

A exclusão dessa população nos serviços de saúde pode gerar afastamentos dos cuidados oferecidos pelos serviços de promoção e proteção à saúde. Quando o nome social é respeitado nesses espaços (escola, unidades de saúde, empresas e outras instituições), o processo de exclusão diminui, melhorando, assim, o acolhimento que, por sua vez, gera vinculação e retorno dessa população nessas instituições (Silva, Silva, Coelho, & Martiniano, 2017).

Outra questão muito importante relacionada à saúde é a cirurgia de readequação genital, um dos direitos conquistados por eles. A cirurgia passou por um longo debate até ser aprovada e fora realizada pela primeira vez no Brasil, na década de 70 (Arán, Murta, & Lionço, 2009). Atualmente, para que a pessoa possa se submeter ao processo, é exigido que tenha, no mínimo, 21 anos, que faça acompanhamento psiquiátrico, psicológico, endocrinológico e que tenha auxílio da assistência social para que seja realizada.

Em relação ao acesso ao mercado de trabalho, o baixo nível de instrução, resultante da frequente evasão escolar, desempenha um papel importante, como demonstrado na Figura 1. Quando conseguem uma vaga em alguma empresa, enfrentam perseguições constantes por colegas, superiores ou, até mesmo, por clientes transfóbicos, dificultando, portanto, a permanência na vaga. Outro ponto a ser mencionado é a falta de preparo das empresas, para garantir a

entrada e a estabilidade de mulheres trans/travestis nas vagas oferecidas (ANTRA, 2021). Desta forma, no mercado de trabalho, também sofrem com a exclusão, completando um processo circular de exclusão que gera sofrimento mental e pode levar ao suicídio.

**Figura 1.** Ciclo de exclusão mulheres trans e travestis:



K. É. N. Ribeiro (comunicação pessoal, 18 de setembro de 2021).

## **Mulheres CIS Negras**

Antes de iniciar a discussão sobre o processo de exclusão das mulheres CIS negras, é necessário explicar o termo “CIS gênero”, usado com referência à determinada pessoa que se identifica com o sexo atribuído ao nascimento (Spizzirri, Ankier, & Abdo, 2017).

O processo de exclusão das mulheres negras CIS parte, primeiramente, da questão racial. O racismo, sofrido pelas adolescentes e mulheres negras, produz sentimentos que, com frequência, estão relacionados a um mal-estar emocional, levando à depressão e baixa autoestima, e, em alguns casos, ao suicídio.

No período da escravidão, os negros recorriam ao suicídio como uma tentativa de livrar-se dos sofrimentos ao qual eram submetidos ou como ato de resistência à escravidão. As mortes por suicídio aconteciam por meio da recusa de alimentos, por enforcamento (comum entre os homens), afogamento (entre mulheres), uso de armas de fogo e branca. Um estímulo para o uso do recurso do suicídio vinha do fato de haver a certeza da reencarnação com regresso à terra natal, o que livraria a pessoa do cativo e do desespero frente aos castigos rigorosos (Tavares, 2017).

Na atualidade, a exclusão, em diversos espaços, por consequência do racismo, constitui-se em contexto favorável para a ocorrência do suicídio (Aguiar, 2012).

Tornar-se ou assumir-se negra, em uma sociedade racista, não é tarefa fácil. Assumir a textura natural do cabelo é ato de resistência e reafirmação de identidade. Cada vez mais, observam-se mulheres enfrentando a transição capilar; outras, entretanto, ainda não se sentem livres para isso. O simples fato de se ter que refletir sobre mostrar ou não o cabelo crespo natural já é gerador de dor e muita angústia (Gomes, 2002).

Essas questões com o cabelo iniciam-se desde muito cedo. Ainda na infância, as meninas passam por dolorosos rituais de manipulação do cabelo praticados pela mãe, tia ou irmã mais velha. Porém, ao contrário do que se tem no imaginário, o processo de modificação capilar não iniciou a partir do uso de produtos químicos e alisamento do cabelo com pente ou ferro quente, mas, sim, com tranças. As tranças foram as primeiras técnicas, utilizadas para o alisamento (Gomes, 2002), mas, hoje, têm sido muito utilizadas para iniciação da transição capilar ou, também, como uma forma de afirmação de identidade.

Durante muito tempo, os traços das mulheres negras eram

descritos com termos que causavam desconforto e inferiorização, como, por exemplo: lábios de beiços, nariz de fornalha, nariz de batata, cabelo ruim, cabelo duro etc. Assinala-se que o efeito dessas imposições estéticas foi o de que muitas meninas e mulheres negras acabaram se identificando com o ideal caucasiano de beleza e recorreram ao relaxamento capilar, cremes clareadores e afinação do nariz pelas cirurgias plásticas (Gonzales, 1984).

### **Mulheres CIS Negras: Pressão Familiar e Escolar**

Não é apenas do contexto social distal que derivam pressões para a consonância com a norma caucasiana. No ambiente familiar e escolar, as meninas negras escutam coisas, tais como “brando é belo”, “bonito é o cabelo liso” e “cabelo crespo é sujo”. Esse tipo de preconceito gera ódio ao próprio corpo, à cor da pele, ao cabelo e a toda característica afrodescendente (Silva, Caetano, & Nanô 2020). Ser negra (o), no ambiente familiar, difere do que é ser negra em outros espaços (Gomes, 2002).

É preciso lembrar ainda que as condutas discriminatórias intencionais na vida das mulheres negras envolvem violências físicas, psicológicas e sexuais. Elas sofrem discriminação no trabalho, no âmbito educacional e em outras instituições. São mulheres que passam por dupla exclusão, tanto em função da questão racial quanto da questão de gênero, não pertencendo a nenhum grupo tido como dominante socialmente (Santos, 2016). Elas não são nem homem negro, nem mulher branca (Ribeiro, 2019). Na concorrência por uma vaga de trabalho, competem de forma desigual com as mulheres brancas e/ou com homens (Santos, 2016).

As exigências, no espaço escolar, são totalmente diferentes do que é demandado no ambiente familiar. No espaço familiar, as exigências vêm como espécie de cuidado, tentativas de proteção que

nem sempre conseguem evitar os apelidos e as piadas de mau gosto que acontecem nas escolas, ao serem utilizadas expressões pejorativas, tais com “cabelo de Bombril”, “nega do cabelo duro” ou “cabelo pixaim”. Os apelidos deixam marcas na vida das crianças e adolescentes negras, influenciando a autoestima e contribuindo para a depressão e o suicídio. Essas situações são exemplos das primeiras experiências de exclusão do corpo negro (Gomes, 2002).

Quando a questão é voltada para relacionamentos amorosos, as mulheres negras enfrentam vários tipos de violência, legitimadas pela estigmatização, herdada desde os tempos da escravidão, em que mulheres com boa aparência eram escolhidas pelos senhores como parceiras sexuais, estupradas diariamente e submetidas a diversos tipos de humilhação. Na atualidade, reina a crença de que mulheres negras são mais ardentes e eróticas sexualmente em comparação com mulheres brancas, o que é justificado pelo tamanho das nádegas ou qualquer outra parte corporal à qual se atribua sensualidade. A mulher negra tem o direito de amar anulado pelo histórico de estigmas e estereótipos socialmente estabelecidos (Carneiro, 2003).

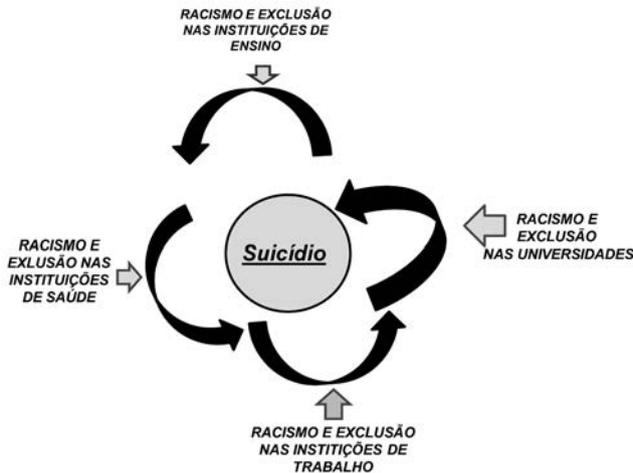
São elas as principais em muitos lugares, como nos empregos que oferecem uma renda menor do que o necessário para sobrevivência. Cerca de 48% das mulheres pretas estão em serviços domésticos. O imaginário da população está acostumado a vê-las associadas a cargos, como os de cozinheira, faxineira, servente, trocadora de ônibus ou inserida na prostituição (Gonzales, 1984).

Elas também são maioria na experiência de criar sozinhas os seus filhos (mães solo), não contando com a presença do parceiro, seja em virtude da separação ou falecimento, são as principais na chefia da família (Carneiro, 2003).

No Ensino Superior, o número de mulheres, nas universidades, vem crescendo em comparação aos homens, porém as mulheres

negras situam-se em posição evidentemente inferior em relação às mulheres brancas, como indicado na Figura 2. Em média, 10,8% de mulheres brancas conseguem entrar no Ensino Superior e somente 5,6% da soma de pretas e pardas conseguem o acesso (Góis, 2008).

**Figura 2.** Ciclo de exclusão mulheres cis negras:



K. É. N. Ribeiro (comunicação pessoal, 18 de setembro de 2021).

## Mas, afinal, o que é racismo?

Em seu livro *Racismo Estrutural*, Silvio Almeida (2019) esclarece que, antes de tudo, o racismo é uma relação de poder de um grupo sobre o outro e, neste caso, dos brancos sobre os negros. Ao contrário do que anda sendo disseminado, não existe racismo reverso (racismo ao contrário). Para existir o racismo reverso, os brancos teriam que passar pelo mesmo processo histórico de escravidão pelo qual os negros passaram, resultando na perda de identidade e cultura, entre outros prejuízos. Por esse motivo, o termo “racismo reverso” é considerado, em si mesmo, uma fala racista (Almeida, 2019).

O racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem

a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertencam (...) (Almeida, 2019, p. 32).

Outros dois pontos importantes a serem discutidos são o preconceito e a discriminação racial. Apesar de haver certa relação desses termos com o racismo, há divergências. A discriminação racial se refere à diferenciação de tratamento, oferecida à integrantes de grupos racialmente identificados. Podendo ser de forma direta ou indireta, o racismo traz o poder como ponto principal, o que impossibilita atribuição de desvantagens ou vantagens por questão racial (Almeida, 2019).

O preconceito racial refere-se ao julgamento, com base em estereótipos, a respeito de pessoas pertencentes a certos grupos racializados, ou seja, à crença de que determinada cultura ou etnia são menos capazes ou são inferiores (Almeida, 2019).

### **Racismo estrutural, institucional e individual**

No entendimento do filósofo, Silvio Almeida (2019), o racismo deve ser classificado em três perspectivas. A primeira é denominada “racismo individualista”, e, deste ponto de vista, o racismo é um tipo de patologia, ou seja, o indivíduo racista é considerado como alguém que possui algum tipo de doença. É um fato de ordem ética ou de caráter psicológico coletivo, individual ou até imputado a grupos isolados, uma discriminação de forma direta, mesmo que isto ocorra de maneira indireta. Nessa concepção, destaca-se a possibilidade de não considerar a existência do racismo, mas, de preconceito (Almeida, 2019).

A segunda perspectiva é a do racismo institucional, em que este não se refere somente a comportamentos de um único sujeito, po-

rém é compreendido como resultante do modo de funcionamento das instituições, que favorecem as desvantagens e privilégios com base na raça, o que ajuda a manter o domínio de determinado grupo no poder. Dessa forma, predomina o domínio majoritariamente de homens brancos em diversos espaços públicos (Legislativo, Judiciário, Ministério Público e instituições privadas), principalmente em posições de poder, com existência de padrões e regras que impedem, de forma direta ou indireta, a ascendência de negros (Almeida, 2019).

A terceira perspectiva é a do racismo estrutural que é resultante da própria estrutura social, ou seja, o racismo, na perspectiva estrutural, não é algo anormal, mas, sim, “normal”, normal, porque constitui-se nas relações sobre padrões de normalidade (relações econômicas, políticas, familiares e jurídicas) (Almeida, 2019).

## **Considerações Finais**

O presente artigo evidenciou o ciclo de exclusão, como fator que pode contribuir para o suicídio de mulheres trans., travestis e CIS negras, exclusão esta percorrida pelas mulheres na sociedade, durante todo o seu ciclo vital.

Primeiramente, discutiu-se o caminho de exclusão das mulheres trans. e travestis, especificando que, a partir do momento em que revelam para a família quem são e como se sentem, essas meninas passam a sofrer diversos tipos de violência e exclusão. Quando não são amparadas pela família, acabam sem o acesso à escola, seja por não aguentarem a estigmatização e a discriminação dentro do espaço escolar, seja por não se sentirem acolhidas. Algumas, ainda, não conseguem se manter na escola por falta de moradia, e as ruas também passam a ser locais de exclusão, principalmente para as mulheres trans, e travestis negras. Além disso, as instituições

de saúde ainda dispõem de profissionais que, muitas vezes, não estão preparados para trabalhar com essa população. Por todos esses motivos, o caminho de exclusão, percorrido em diversos espaços (família, escola/universidade, trabalho), pode trazer como consequência o suicídio.

Já as experiências de exclusão das mulheres negras têm como ator principal o racismo. Presente no cotidiano dessas mulheres, verificou-se que o racismo é barreira para a autoaceitação e impede uma boa qualidade de vida, especialmente no que se refere a empregos com remuneração justa, ao acesso aos estudos e a serviços de saúde de boa qualidade. Conforme verificado nesta revisão narrativa, a falta de acesso à educação e ao trabalho são, por sua vez, fatores contribuintes para o suicídio.

A elaboração deste artigo teve, como principal dificuldade, a falta de materiais e dados que abordassem as questões voltadas para as mulheres trans., travestis e CIS negras. Destaca-se, como limitação do trabalho, o fato de não terem sido abordadas as questões relativas à experiência dessas pessoas na velhice.

Espera-se que cresça o número de pesquisas e aumente o interesse acadêmico que abrangem a realidade dos grupos minoritários. São necessárias mais pesquisas sobre as questões raciais e de gênero e que sejam abordados os impactos psicológicos, econômicos, sociais, políticos e materiais na vida dessas mulheres. Faz-se necessário, também, inserir, no currículo escolar, tanto no nível Fundamental quanto no Superior, disciplinas que abranjam a realidade trans, travestis, assim como questões raciais, bem como preparar os profissionais de saúde, para melhor atender e acolher essa população.

Com base nos dados aqui levantados, ressalta-se a necessidade de fortalecimento de políticas públicas que visem à prevenção e proteção dessas pessoas, o que poderia resultar na redução dos casos

de suicídio. Aumentar as publicidades (informações) em meios de comunicação, o número de cotas (nas mídias, nas universidades e trabalho) que garantam a permanência dessas mulheres nesses espaços, além do fortalecimento dos movimentos sociais, são ações muito importantes para evitar a exclusão dessas pessoas.

## Referências

- Almeida, S. L de (2019). Racismo estrutural. In D. Ribeiro (coord.). *Feminismo Plurais*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen. 24-57p.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. Ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed.
- Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil. (2021). In B. G. Benevides, & S.N. B. Nogueira (Orgs). *Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020*. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE.
- Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil. (2019). In B.G. Benevides & S. N. B. Nogueira (Orgs). *Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019*. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE.
- Arán, M., Murta, D., & Lionço, T. (2009). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva* 14(4): 1141-1149.
- Aguiar, G. O. (2012). O suicídio entre jovens negros na perspectiva durkheimiana. *Ciberteologia. Revista de Teologia & Cultura* - Ano VIII, 38.
- Batista, L. E. (2004). Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 10 (1). Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança. 01314-000, São Paulo, SP.
- Bertolote, J. M. (2012). *O Suicídio e sua Prevenção*. São Paulo:

UNESP. 2012

- Botega, J. N. (2015). *Crise Suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Carneiro, S. (2003). Mulheres em movimento. *Estud. av.* 17(49), São Paulo Sept./Dec.
- Gomes, N. L. (2002). Trajetórias escolares, corpo negro e cabelo crespo: reprodução de estereótipos ou resignificação cultural? *Rev. Bras. Educ.* 21, Rio de Janeiro Sept./Dec.
- Gonzales, L. (1984). Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs*, 223-244.
- Gois, J. B. H. (2008). Quando raça conta: um estudo de diferenças entre mulheres brancas e negras no acesso e permanência no ensino superior. *Rev. Estud. Fem.* 16(3):743-768. ISSN 1806-9584. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000300002>.
- Instituto de Pesquisa Aplicada (2013). *Dossiê Mulheres Negras retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil*.
- Lima, T. (2020). Educação básica e o acesso de transexuais e travestis à educação superior. *Revista do Instituto de Estudos Brasileiro.* 77 São Paulo Sept./Dec. 2020 Epub Dec 14.
- Melo, D., Silva, B. L., & Mello, R. (2019). A sintomatologia depressiva entre lésbicas, gays, bissexuais e transexuais: um olhar para a saúde mental. *Rev Enferm.* 27: e 41942, UERJ, Rio de Janeiro.
- Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. (2018). *Parceria para reduzir os índices de suicídio na população negra*. Recuperado de <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/setembro/parceria-para-reduzir-indice-de-suicidio-na-populacao-negra>.
- Organização Mundial da Saúde (2012). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10* Volume 3. Ed. 7. São Paulo: Edusp.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Preventing suicide (WHO): a*

*global imperative*. Geneva.

- Portaria n.º 1.820/2009 de 13 de agosto de 2009 dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. (2009). Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html)
- Ribeiro, D. *Lugar de fala*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen (2019).
- Santos, D. B. C. (2015). A biopolítica educacional e o governo de corpos transexuais e travestis. *Cad. Pesqui.* 45(157), São Paulo July/Sept.
- Santos, N. J. S. (2016). Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. *Saúde soc.* 25(3) Jul-Sep.
- Scavacini, K. (2011). *Suicide Survivors Support Services and Postvention Activities*. (Dissertação de mestrado). Department of Public Health Sciences, Master Program in Public Health, Mental Health Promotion and Suicide Prevention. Karolinska Institutet, Suécia.
- Silvia, L. K. M, Silva, A. L. M. A., Coelho, A. A. C, & Martiniano. (2017). Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: Elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 27(3): 835-846 2017. Rio de Janeiro, 27(3): 835-846.
- Silva, O. H. F, Caetano, R. S. O., & Nanô, J. P. L. (2020). Meninas negras e política: Combatendo o racismo e fomentando a participação delas no espaço público. *Cadernos Pagu*, Minas Gerais.
- Souza, S. C. M., & Rangel, M. (2017). Exclusão/exclusão: Múltiplos olhares, diferentes significados. *RPGE- Revista on line de Política e Gestão Educacional*, 21(2): 1063-1075, nov.
- Spizzirri, G., Ankier, C., & Abdo, C. H. N. (2017). Considerações sobre o atendimento aos indivíduos transgênderos. *Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São*

*Paulo*. 22(4): 176-9.

Tavares, J. S. C. (2017). Suicídio na população negra brasileira: Nota sobre mortes invisibilizadas. *Revista Brasileira de Psicologia*, 04(01), Salvador, Bahia.

Veras, M. P. B. (1999). *Exclusão social – um problema de 500 anos. As artimanhas da exclusão social: Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes.

**Luto por Suicídio  
e Questões de  
Manejo Ético na  
Prática do  
Profissional de  
Psicologia**

---

## **Luto por Suicídio: Especificidades de um Rompimento**

*Giovana Kreuz  
Juliana Bredemeier*

A morte e o luto são aspectos naturais e normais que integram a vida, ou seja, nossa trajetória é atravessada por um acúmulo de perdas e estas podem ser vistas como gatilhos para respostas que parecem inadequadas ou excessivas de luto. Além disso, as perdas são frequentemente ignoradas ou não validadas e, as perdas não resolvidas, são muitas vezes encontradas na raiz de problemas de saúde mental posteriores. Assim, qualquer perda deve ser definida no contexto de uma vida e não pode ser vista como um evento isolado (Humphrey & Zimpfer, 2008).

Pensar sobre a possibilidade de morte de qualquer pessoa com a qual tenhamos um vínculo significativo é naturalmente provocador de desconforto, independente das circunstâncias. No entanto, viver um evento tão intenso quanto a morte de um ente querido por suicídio é aterrador pelo próprio impacto da perda, além de implicar circunstâncias que podem ser ainda mais complicadoras. Para Fontenelle (2008) o processo de luto pela morte por suicídio se expressa no silêncio, na ausência do que dizer, no inconformismo, na incredulidade. Por isso, a perda de um ente querido por suicídio adiciona camadas de complexidade para uma experiência que, por si só, já é dolorosa (Iglewicz, Tal & Zisook, 2018), pois neste tipo de morte permanecem inquietações, lacunas traduzidas por “interrogações que nunca serão inteiramente respondidas” (Fontenelle, 2008, p.141). Nesse sentido, ficam em aberto aqueles questionamentos que envolvem os “porquês”, insistentes de uma tal forma que quase

são podem ser preenchidos pelos vislumbres dos “se”, “se eu estivesse lá”, e “se eu conseguisse prever o que ele faria”, e “se eu não tivesse saído para trabalhar aquele dia”.

São os espaços vazios de sentido que a pessoa que se foi deixa em quem ficou, podendo emergir sentimentos muito intensos de auto culpa, raiva, medo e profunda dor. Estas pessoas fortemente impactadas pelo suicídio, denominadas sobreviventes, experimentarão um luto com especificidades. Nas palavras de Fine (2018, p.8) é como se o enlutado entrasse “num mundo surreal em que as formas aceitas de luto não se aplicam”. Portanto, há singularidades para cada processo de luto, mas há também uma semelhança que une os sobreviventes.

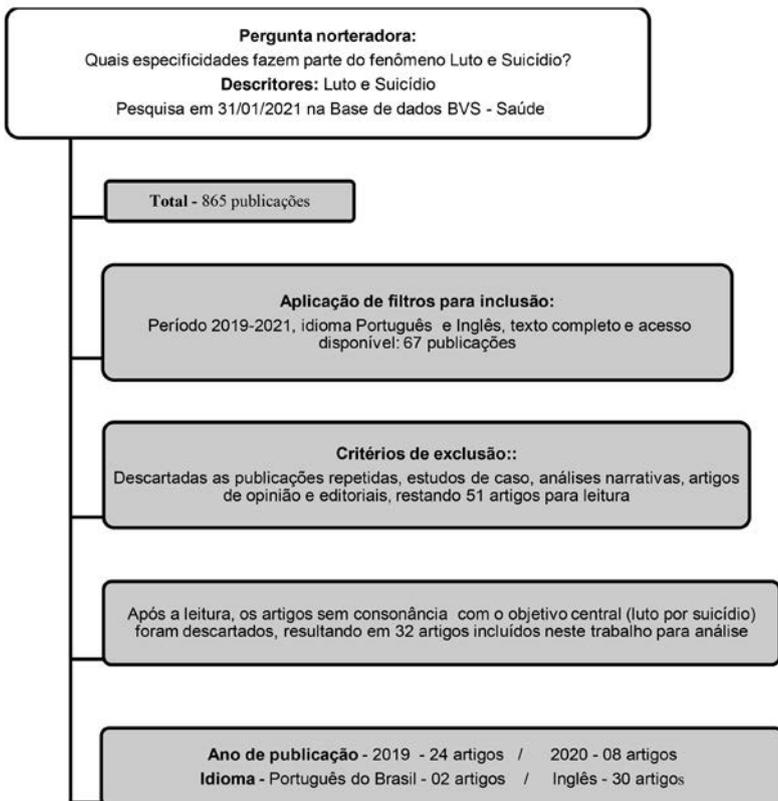
## **Método**

Este estudo, de cunho qualitativo, que abrange a localização, acesso e descrição de publicações atuais, caracteriza-se como uma revisão de literatura do tipo narrativa e está norteada pela seguinte questão: Quais especificidades fazem parte do fenômeno Luto e Suicídio?

Estudos revisionais, segundo Souza, Silva e Carvalho (2010) podem utilizar-se de etapas estruturais, sendo inicialmente necessário definir a pergunta norteadora, que ao ser elaborada, concretiza os objetivos propostos e clarifica o eixo central de todo o trabalho. Sequencialmente, faz-se uma espécie de mapeamento com a busca de publicações ou amostragem na literatura, que fornecem um panorama acerca dos trabalhos existentes, permitindo acesso e compilação do material disponível, desde que estejam de acordo com os critérios estabelecidos (figura 1). Na fase de coleta de dados, deve ocorrer a extração das informações contidas no material selecionado (figura 2). Após, constrói-se uma análise crítica dos estudos incluídos, de acordo com o método de análise definido, para então, proceder a

discussão dos resultados, podendo abranger discussão de evidências, vieses e inferências, assim como a comparação de dados. Ao final, a apresentação da revisão geralmente consta como uma forma de demonstrar a compreensão do trajeto percorrido e classificação adotada. No entanto, essas etapas sequenciadas podem ser adaptadas, nas revisões narrativas, conforme as “seções definidas pelo autor com títulos e subtítulos, de acordo com as abordagens do assunto” (Rother, 2007, p.1).

**Figura 1.** Fluxograma



produzido pelo autor (2021)

Com base neste roteiro, verificada a questão norteadora, utilizamos como procedimento as buscas no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que abrange as bases de dados LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO, em 31/01/2021 selecionando as publicações entre 2019 e 2021, com os descritores Luto e Suicídio. O recorte para este período se fez devido ao fato de existir um trabalho anterior, ainda não publicado, que abrange todos os trabalhos publicados até 2019. Ao serem inseridas as palavras Luto and Suicídio nesta base de dados, automaticamente, a pesquisa abrange as publicações em todos os idiomas indexados e, posteriormente, seleciona-se por meio de filtros, aqueles de interesse, não sendo necessário repetir a busca, pois os resultados serão idênticos. Como critérios de inclusão, foram selecionadas publicações após uso de filtros (idiomas Português do Brasil e Inglês, textos completos e disponíveis, publicados no período de 2019-2021) e, os derivados de pesquisas e relatos de experiências, além disso, o trabalho deveria ter como objetivo central o luto por suicídio. No primeiro acesso foram encontradas 865 publicações. A aplicação dos critérios de inclusão e exclusão resultou em 67 publicações, cujos títulos e resumos foram lidos. Como critérios de exclusão, estabeleceu-se descartar as publicações duplicadas, os estudos de caso, as análises narrativas, os artigos de opinião, os relatos de experiência, os editoriais e todos aqueles que não estivessem de acordo com o eixo central Luto e Suicídio, restando 51 artigos.

Após a leitura prévia destes 51 artigos, analisando-se mais atentamente a temática central das publicações e sua consonância com os objetivos deste trabalho, sendo o luto por suicídio o eixo condutor, resultaram 32 artigos incluídos para discussão nesta pesquisa, sendo 24 publicados no ano de 2019, oito no ano de 2020 e nenhum até Janeiro de 2021, data do acesso. Destes, dois se encontravam em

idioma Português do Brasil e, os demais, 30 artigos em Inglês. O processo de mapeamento, ou seja, identificação e de inclusão dos artigos está apresentado na Figura 1.

A análise do conteúdo dos artigos selecionados foi feita com base no método de Bardin (2011), ou seja, procede-se com uma primeira leitura do material, quer seja flutuante ou organizada, permitindo a observação de elementos concernentes à questão norteadora, que neste trabalho definiu-se sendo “Quais especificidades fazem parte do fenômeno Luto e Suicídio?”. É a atividade que “consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações” (p.126). Os textos incluídos são uma amostragem do universo daquela temática e assumem o status de representatividade. Na sequência, após a exploração do material, inicia-se a fase de análise propriamente dita, esta fase reuniu a descrição de todos os artigos na íntegra (no trabalho original), mas que não foram transcritas neste artigo, pois extrapolaria o limite de páginas prescrito. Portanto, a análise permitiu o processo de codificação, ou seja, “saber a razão por que se analisa”. A codificação corresponde a uma transformação, realizada por meio de recorte e agregação, atingindo uma representação do conteúdo em pauta, ou da sua expressão (Bardin, 2011, p.135). É importante salientar que a análise de conteúdo pode se desmembrar na análise temática, que consiste em descobrir “núcleos de sentido”, onde se faz o recorte do sentido e não da forma (Bardin, 2011, p.135). Destes recortes é possível verificar as particularidades temáticas e organizar a escolha as categorias, que neste trabalho consta como “Especificidades” e “Intervenção após um suicídio – Posvenção”. Nesta etapa da revisão realizamos a extração de informações de cada artigo selecionado e incluído, destacando-se o método utilizado, os resultados obtidos e uma breve consideração – gerada pela leitura e percepção da autora.

**Figura 2.** Panorama de informações contidas nos artigos incluídos

Artigo	Método	Resultados	Considerações
Autores, ano, título, fonte	Tipo de estudo, participantes, objetivos, métodos empregados	Principais achados do estudo	Leitura e percepção das autoras
1. Gregory et al. (2020). The experiences of people bereaved by suicide regarding the press reporting of the death: qualitative study. BioMed Central - BMC Public Health.	Tipo: estudo transversal. Participantes: funcionários e alunos (entre 18 e 40 anos) no Reino Unido, de 37 instituições educacionais (2010). Objetivo: recrutar adultos que haviam passado por luto pelo suicídio. Método: análise temática.	Foram investigadas as experiências da imprensa após o suicídio e elencados 3 temas principais, sendo destaque o papel negativo da imprensa.	A maneira como a imprensa aborda o tema impacta positiva ou negativamente os enlutados por suicídio.
2. Wagner et al. (2020). Online-group intervention after suicide bereavement through the use of webinars: study protocol for a randomized controlled trial. Trials Journal Biomed Central.	Tipo: estudo randomizado sobre a intervenção com grupos focais online. Participantes: 10 em cada grupo, 70 no total (18 e 75 anos). Objetivo: intervenção para a redução da depressão em enlutados por suicídio. Método: avaliação dos participantes por meio da aplicação de inventários cognitivo-comportamentais.	Estudo mostra a eficácia de um programa de intervenção realizado online em 12 módulos, incluindo um esquema de tratamento, vídeos de depoimentos e psicoeducação, sendo que os participantes apresentam melhores respostas adaptativas que os da lista de espera.	Os grupos fornecem um esquema de tratamento definido (instruções precisas, manual de procedimentos) que pode ser randomizado em blocos, conduzido por profissional capacitado e treinado.
3. Feigelman et al. (2020). Do Primary Care Physicians Help the Bereaved With Their Suicide Losses: Loss Survivor Perceptions of Helpfulness From Physicians. Omega Journal.	Tipo: pesquisa online. Participantes: 146 entrevistados. Objetivo: avaliar apoio recebido pós-suicídio, de seus médicos da atenção primária. Método: análise de dados.	Cerca de 48% dos entrevistados referem ter recebido ajuda de seus médicos e percebem isso como algo positivo.	A resposta de ajuda, oferecida por parte dos médicos, impacta positivamente na saúde mental dos sobreviventes.
4. Oxley e Sheehan (2020). Perceived Social Support and Mental Health After Suicide Loss. Crisis.	Tipo: pesquisa transversal online. Participantes: 195 sobreviventes. Objetivo: avaliar apoio social recebido pós-suicídio. Método: testagem/modelagem de regressão linear.	A percepção destes sobreviventes acerca do suporte social recebido pós perda por suicídio foi positiva e associada à diminuição de transtornos.	A resposta de apoio social impacta positivamente na saúde mental dos sobreviventes.
5. Finlayson-Short et al. (2020). A Survey of People With Lived Experience of Suicide-Related Behavior in Queensland, Australia. Crisis.	Tipo: pesquisa transversal online. Participantes: 175 pessoas (Austrália) de três grupos específicos. Objetivo: avaliar a busca e acesso de informações sobre comportamento suicida e cuidados. Método: análise de respostas em plataformas.	As percepções e experiências na busca e acesso à recursos de apoio (cuidados e informações) para pessoas com experiência de comportamento e luto por suicídio, tentativa de suicídio ou cuidados/cuidadores informais de pessoas com comportamento suicida, foram percebidas como inacessíveis, difíceis ou insuficientes por uma parte considerável de usuários.	As informações precisam estar acessíveis, serem flexíveis e proativas.
6. Link et al. (2020). The Burden of Farmer Suicide on Surviving Family Members: A Qualitative Study. Issues in Mental Health Nursing.	Tipo: estudo descritivo qualitativo. Participantes: sobreviventes fazendeiros Objetivo: avaliar a percepção sobre o significado do suicídio nesta população específica. Método: análise qualitativa das narrativas.	Fazendeiros enlutados pelo suicídio e sua percepção sobre o "fardo" deste suicídio na família, o acesso a recursos na comunidade e o apego à terra aparecem como categorias.	O impacto do suicídio nesta população específica afeta a relação com a comunidade e dificulta o acesso à recursos disponíveis.

<p>7. Köives et al. (2020). Suicide and sudden death bereavement in Australia: A longitudinal study of family members over 2 years after death. <i>Australian &amp; New Zealand Journal of Psychiatry</i>.</p>	<p>Tipo: estudo longitudinal. Participantes: 142 sobreviventes e 63 enlutados (Austrália). Objetivo: comparar reações de luto nesta população (suicídio) e em outras (morte por outros motivos). Método: questionários qualitativos.</p>	<p>O seguimento de reações individuais de luto pós-suicídio, em comparação com reações de luto por outros motivos, resultou em diferenças qualitativas importantes relativas ao luto prolongado, estigmatização, apoio.</p>	<p>Há especificidades nas respostas que evoluem o luto por suicídio.</p>
<p>8. Kreuz e Antonassi (2020). Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio. <i>Psicologia em Estudo</i> (Online).</p>	<p>Tipo: estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Objetivo: apresentar a proposta de intervenção com grupos de sobreviventes. Método: narrativa teórico-prática da experiência, qualitativa.</p>	<p>Proposta de intervenção de um grupo de apoio para enlutados sobreviventes do suicídio no que tange condução e manejo fundamentado.</p>	<p>Proposta de intervenção/posvenção.</p>
<p>9. Levi-Belz e Lev-Ari (2020). "Let's Talk About It": The Moderating Role of Self-Disclosure on Complicated Grief over Time among Suicide Survivors. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>.</p>	<p>Tipo: estudo longitudinal. Participantes: 156 sobreviventes. Objetivo: verificar quais fatores estão envolvidos no processo de luto. Método: inventários qualitativos.</p>	<p>A auto-revelação aparece como um fator altamente qualificado como fator protetor para lidar com luto por suicídio.</p>	<p>Fator de proteção como especificidade do luto por suicídio.</p>
<p>10. Eng et al. (2019). Use of Alcohol and Unprescribed Drugs after Suicide Bereavement: Qualitative Study. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>.</p>	<p>Tipo: pesquisa qualitativa, por meio de instrumento online. Participantes: 346 adultos de 18 a 40 anos na Grã-Bretanha. Objetivo: verificar uso de álcool e drogas entre os sobreviventes. Método: análise de dados.</p>	<p>Há incremento no uso de álcool e drogas após o suicídio de um parente ou amigo próximo.</p>	<p>O uso de substâncias pode ser uma das estratégias de enfrentamento no luto pós-suicídio.</p>
<p>11. Causer et al. (2019). What Is the Experience of Practitioners in Health, Education or Social Care Roles Following a Death by Suicide? A Qualitative Research Synthesis. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>.</p>	<p>Tipo: revisão sistemática de literatura (RSL). Objetivo: analisar quais são as características das experiências de trabalhadores em funções de saúde, educação ou assistência social após a morte por suicídio de um cliente, paciente, aluno ou usuário do serviço.</p>	<p>As 3 categorias encontradas envolvem a discussão sobre a necessidade de suporte destes profissionais envolvidos com a posvenção, a posvenção de maneira contextualizada de acordo com a cultura e a necessidade de capacitação destes profissionais.</p>	<p>Fatores como contextualização cultural, suporte e capacitação para profissionais precisam ser considerados na posvenção.</p>
<p>12. Rocha e Lima (2019). Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. <i>Psicologia Clínica. PUC-RJ</i>.</p>	<p>Tipo: revisão integrativa de literatura (RIL). Participantes: familiares sobreviventes. Objetivo: avaliar as peculiaridades no luto desta população.</p>	<p>Sentimentos presentes no processo de enlutamento de famílias que perderam entes por suicídio são consideradas como peculiaridades deste tipo de luto.</p>	<p>Peculiaridades como especificidades do luto por suicídio.</p>
<p>13. Miklin et al. (2019). What does it mean to be exposed to suicide?: Suicide exposure, suicide risk, and the importance of meaning-making. <i>Social Science &amp; Medicine</i>.</p>	<p>Tipo: entrevistas qualitativas. Participantes: 48 (EUA). Objetivo: avaliar o papel da reconstrução de significado para sobreviventes. Método: análise de informações.</p>	<p>A maior parte dos sobreviventes se envolveu em intensos processos de construção de significado após sua perda, e este fator auxiliou na moderação da vulnerabilidade.</p>	<p>A reconstrução de significado como fator de moderação da vulnerabilidade, pode ser considerada uma especificidade no luto por suicídio.</p>
<p>14. Azorina et al. (2019). The Perceived Impact of Suicide Bereavement on Specific Interpersonal Relationships: A Qualitative Study of Survey Data. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>.</p>	<p>Tipo: pesquisa online para coletar dados qualitativos. Participantes: 499 (Reino Unido). Objetivo: avaliar risco de suicídio nestes sobreviventes, abordando o relacionamento interpessoal (vínculo/apego e a qualidade o suporte). Método: análise temática das respostas de texto livre.</p>	<p>Nesta pesquisa foram encontrados quatro temas principais que versam sobre o desconforto, o retraimento social, o compartilhamento do luto, os apegos.</p>	<p>Necessidade de implementar suporte e educação continuada sobre como apoiar sobreviventes.</p>

<p>15. Kim (2019). Korean Teachers' Bereavement Experience Following Student Suicide Crisis.</p>	<p>Tipo: entrevistas/perguntas semiestruturadas. Participantes: 05 de professores Coreanos após o suicídio de alunos. Objetivo: analisar a experiência de luto desta população. Método: análise fenomenológica.</p>	<p>Experiências do processo de luto X universo do trabalho, sendo de difícil manejo ser o professor e o enlutado ao mesmo tempo, receio em demonstrar Continuidade da rotina de trabalho.</p>	<p>Necessidade de conhecer as especificidades desta população e propor suporte, posvenção.</p>
<p>16. Eisma et al. (2019). Does prolonged grief or suicide bereavement cause public stigma? A vignette-based experiment. Psychiatry Research.</p>	<p>Tipo: estudo experimental /testagem Participantes: 317 adultos, população aleatória. Objetivo: analisar se um diagnóstico de luto prolongado (vs. nenhum diagnóstico) e experiência de luto por suicídio (vs. homicídio e perda natural) causam estigma público. Método: análise das vinhetas e das respostas.</p>	<p>Ao ler uma das 6 vinhetas diferentes de uma pessoa com e sem PGD que havia perdido o cônjuge por suicídio, homicídio ou acidente vascular cerebral, os resultados apontam maior estigma para as mortes por suicídio.</p>	<p>O estigma é uma especificidade de morte por suicídio.</p>
<p>17. Levi-Beiz (2019). With a little help from my friends: A follow-up study on the contribution of interpersonal characteristics to posttraumatic growth among suicide-loss survivors. Psychological Trauma: theory, research, practice and policy.</p>	<p>Tipo: estudo longitudinal (18 meses). Participantes: 156 Objetivo: examinar os principais fatores interpessoais que influenciam o crescimento positivo entre os sobreviventes ao longo do tempo. Método: questionários, análise da modelagem de equações estruturais.</p>	<p>Pertencimento, apoio social e auto revelação são fatores que influenciam positivamente no PTG.</p>	<p>O incremento de intervenções psicoeducativas (onde pedir ajuda, onde buscar apoio, expressar-se) podem ser importantes para o crescimento pós-traumático.</p>
<p>18. Andriessen et al. (2019). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. BioMed Central - BMC Psychiatry.</p>	<p>Tipo: RSL. Objetivo: avaliar as evidências de eficácia das intervenções para pessoas enlutadas por suicídio</p>	<p>O estudo encontrou evidências escassas sobre a eficácia das intervenções e a qualidade da pesquisa neste campo.</p>	<p>Necessidade de sistematização metodológica nas pesquisas.</p>
<p>19. Levi-Beiz (2019). Is There Anybody Out There? Attachment Style and Interpersonal Facilitators as Protective Factors Against Complicated Grief Among Suicide-Loss Survivors. Journal Nervous and Mental Disease.</p>	<p>Tipo: qualitativo, questionários. Participantes: 156 sobreviventes. Objetivo: avaliar os fatores envolvidos no luto complicado. Método: questionários.</p>	<p>Os fatores de proteção contra o luto complicado apontam o apego seguro, a auto revelação e apoio social os fatores preponderantes associados.</p>	<p>Fatores de proteção envolvidos na especificidade do luto por suicídio.</p>
<p>20. Maple et al. (2019). Providing support following exposure to suicide: A mixed method study. Health &amp; Social Care in the Community.</p>	<p>Tipo: quantitativo, acesso a dados de plataforma de serviços. Participantes: dados de trabalhadores Australianos. Objetivos: investigar o apoio recebido na posvenção. Método: análise dos dados.</p>	<p>Resultados apontam a demanda de resposta, quem acessa o serviço, a auto revelação e o suporte recebido neste tipo de serviço gratuitamente. Trabalhadores referem recebimento de apoio, instruções sobre como manter saúde mental e manejar suas rotinas de trabalho como pontos positivos.</p>	<p>Instruções claras e apoio podem construir importante fato de proteção à saúde mental de enlutados pelo suicídio.</p>
<p>21. Spillane et al. (2019). How suicide-bereaved family members experience the inquest process: a qualitative study using thematic analysis. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being.</p>	<p>Tipo: entrevistas qualitativas semiestruturadas. Participantes: 18 familiares enlutados. Objetivos: analisar como se sentem diante do preenchimento de inquérito público oficial. Método: análise de conteúdo.</p>	<p>O inquérito público oficial (prática comum em alguns países) trouxe sentimentos de medo e angústia nestes familiares, aumentando fragilidades durante o processo.</p>	<p>Submeter pessoas enlutadas pelo suicídio ao cumprimento de exigências legais requer tato, esclarecimentos e boa condução para não incrementar sobrecarga.</p>

<p>22. Feigelman et al. (2019). Suicide Notes: Assessing Their Impact on the Bereaved. Suicide and Life-Threatening Behavior.</p>	<p>Tipo: pesquisa online. Participantes: 146 adultos. Objetivos: analisar o impacto das notas (cartas) de seus entes sobre a saúde mental de enlutados. Método: análise de conteúdo.</p>	<p>O impacto não variou entre quem recebe e quem não recebe as notas (cartas de seus entes falecidos por suicídio) sobre a saúde mental do sobrevivente. No entanto, o estudo trouxe piores resultados entre os enlutados que esperavam receber uma nota de suicídio e não receberam.</p>	<p>A expectativa de uma resposta (carta, nota, bilhete) do ente falecido pode ser um recurso de enfrentamento no luto por suicídio, piorando o quadro quando há expectativa e esta não se cumpre.</p>
<p>23. Lee (2019). Beyond Grief and Survival: Posttraumatic Growth Through Immediate Family Suicide Loss in South Korea. Omega Journal.</p>	<p>Tipo: estudo qualitativo, entrevistas semi-estruturadas. Participantes: 11 familiares (Coreia). Objetivos: avaliar crescimento pós traumático após perda por suicídio. Método: análise fenomenológica interpretativa</p>	<p>Há possibilidade de crescimento pós-traumático, sendo que mudanças positivas ocorreram no sentido da vida e valor nas relações.</p>	<p>Familiares que reconhecem mudança de valor na vida após uma perda significativa referem crescimento pós traumático.</p>
<p>24. Shields (2019). Angels of Courage: The Experiences of Mothers Who Have Been Bereaved by Suicide. Omega Journal.</p>	<p>Tipo: estudo exploratório-interpretativo. Participantes: 4 mães enlutadas por suicídio. Objetivos: avaliar papel dos grupos de apoio. Método: perspectiva fenomenológica.</p>	<p>Participantes apontam um importante papel dos grupos de apoio no processo de construção de significado pós perda por suicídio.</p>	<p>Grupos de apoio podem ser recursos de posvenção fundamentais para a construção de significado.</p>
<p>25. Lev-Ari (2019). Interpersonal theory dimensions facilitate posttraumatic growth among suicide-loss survivors: An attachment perspective. Death Studies.</p>	<p>Tipo: entrevistas Participantes: 124 Objetivos: apontar quais características interferem no crescimento pós traumático. Método: definição e análise do tipo de apego.</p>	<p>As características psicológicas que interferem no crescimento pós traumático no luto por suicídio mais relevantes neste estudo foram sobrecarga e estilo de apego.</p>	<p>Estilos de apego inseguro sobrecarga interferem no crescimento pós-traumático de maneira negativa.</p>
<p>26. Drapeau (2019). Predictors of Posttraumatic Growth in Adults Bereaved by Suicide. Crisis.</p>	<p>Tipo: questionários online. Participantes: 307 adultos. Objetivos: analisar os preditores de PTG. Método: análise de dados.</p>	<p>A quantidade de tempo desde a perda por suicídio não moderou a relação entre o enfrentamento auto relatado e o PTG, mas o uso de enfrentamento focado no problema mostrou associação mais forte com o PTG.</p>	<p>O tipo de enfrentamento interfere em melhores resultados para crescimento pós-traumático.</p>
<p>27. Scocco et al. (2019). Stigma, grief and depressive symptoms in help-seeking people bereaved through suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior.</p>	<p>Tipo: estudo transversal cruzando dados sociodemográficos e escalas. Participantes: 240 Objetivos: investigar como o luto e a depressão influenciam a percepção do estigma. Método: análise da Escala de Sobrevivente de Estigma de Suicídio, Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Luto Complicado (ICG).</p>	<p>Participantes acessaram consecutivamente uma iniciativa de suporte online, como foco para luto, depressão e estigma. Persistiu escores associando a intensidade dos sintomas depressivos, do tempo transcorrido, da relação com o falecido ao estigma percebido.</p>	<p>O estigma está fortemente associado ao sofrimento no luto por suicídio. Há reações qualitativamente diferentes a uma perda por suicídio, mesmo depois de transcorrido muito tempo do evento.</p>
<p>28. Machado e Swank (2019). Therapeutic gardening: A counseling approach for bereavement from suicide. Death Studies.</p>	<p>Tipo: descritivo. Participantes: enlutados por suicídio. Objetivo: apresentar uma proposta de jardinagem terapêutica. Método: relato de experiência.</p>	<p>Descreve a aplicação de uma abordagem inovadora para enlutados por suicídio, referindo o contato com a natureza por meio de jardinagem terapêutica.</p>	<p>Abordagem na posvenção.</p>
<p>29. Bottomley et al. (2019). Distinguishing the meaning making processes of survivors of suicide loss: An expansion of the meaning of loss codebook. Death Studies.</p>	<p>Tipo: análise de narrativas. Participantes: 8 Objetivos: investigar os processos de luto. Método: uso do the Meaning of Loss Codebook (MLC).</p>	<p>Investigação dos processos em sobreviventes de perda por suicídio (SOSL) sobre a reconstrução de significado. Os autores encontraram 2 respostas inovadoras em relação a estudos anteriores.</p>	<p>Respostas inovadoras de atenuação da estigmatização e defesa da imagem do falecido como recursos de enfrentamento e especificidades do luto por suicídio.</p>

<p>30. Kawashima et al. (2019). Parental Grief After Offspring Suicide and Adaptation to the Loss in Japan. <i>Journal Omega</i> (Westport).</p>	<p>Tipo: quantitativo e qualitativo. Participantes: 105 (Japão). Objetivos: investigar as reações de luto de pais e não-pais enlutados por suicídio. Método: análise de modelo estatístico.</p>	<p>Existem diferenças nas reações de luto entre pais enlutados por suicídio e aqueles que possuíam outros vínculos ou relacionamentos com o falecido (não-pais), pois os primeiros pontuaram mais para aspectos da perda e os demais para a construção de sentido.</p>	<p>Construção de sentido atua como um importante fator moderador no luto por suicídio (mais frequente para não pais).</p>
<p>31. Hagström (2019). "Why did he choose to die?": A meaning-searching approach to parental suicide bereavement in youth. <i>Death Studies</i>.</p>	<p>Tipo: entrevistas abertas com questões norteadoras sobre estigma. Participantes: 8. Objetivo: analisar a percepção de estigma entre jovem que perderam os pais por suicídio. Método: análise das narrativas.</p>	<p>Os participantes apontam formas de expressão (via culpa ou via busca de sentido) para o estigma, sendo a auto-revelação um recurso considerado importante (oral, escrita e variações).</p>	<p>Auto-revelação é um importante fator considerado no processo de luto por suicídio, uma especificidade que pode ser incrementada por diversas vias.</p>
<p>32. Scocco et al. (2019). Mindfulness-based weekend retreats for people bereaved by suicide (Panta Rhei): A pilot feasibility study. <i>Psychology and Psychotherapy</i>.</p>	<p>Tipo: estudo longitudinal. Participantes: 61. Objetivo: investigar os efeitos de um programa atenção plena (Panta Rhei). Método: questionário de Mindfulness.</p>	<p>Melhoria nos estados de humor, as qualidades da atenção plena e a autocompaixão em familiares e amigos de sobreviventes de suicídio.</p>	<p>Fornecimento de suporte para pessoas enlutadas atua na melhoria da percepção de bem estar.</p>

## Especificidades

Embora a pesquisa tenha obtido um considerável número de trabalhos sobre o luto por suicídio, os estudos com sobreviventes de perdas por suicídio, especificamente o estudo dos processos de cura, como afirma Levi-Belz (2019), nessa população ainda são muito escassos.

Mesmo com poucos estudos sistematizados sobre a intervenção com sobreviventes de uma perda por suicídio, é possível afirmar que a morte de uma pessoa significativa por suicídio é uma experiência dolorosa, impactante, traumática e duradoura (Maple, McKay, Hess, Wayland & Pearce, 2019) que pode perdurar prejudicando o funcionamento psicossocial e físico dos enlutados e, ainda assim, o recebimento de apoio social e profissional ser limitado, o que pode contribuir para piores resultados de saúde mental, incluindo risco maior de suicídio e tentativas, e maior incidência de luto complicado entre os sobreviventes (Azorina, Morant, Nesse, Stevenson, Osborn, King, & Pitman, 2019; Oexle, & Sheehan, 2020; Feigelman, Sanford, & Cerel, 2020; Wagner, Hofmann, & Maaß, 2020; et al., 2019).

Entre os estudos com sobreviventes de populações específicas, os autores trazem pesquisas sobre o luto de trabalhadores australia-

nos (Maple et al., 2019), de professores Coreanos (Kim, 2019), de profissionais de saúde, educação e assistência (Causer, Muse, Smith, & Bradley, 2019).

Além das questões emocionais que permeiam o luto, os sobreviventes podem experimentar forte estigma relacionado ao suicídio e os desafios da morte voluntária (Scocco, Preti, Totaro, Corrigan, & Castriotta, 2019; Bottomley, Smigelsky, Bellet, Flynn, Price, & Neimeyer, 2019), sentir medo e angústia diante da necessidade de enfrentar processos oficiais como o preenchimento de inquéritos e outras exigências públicas como dar respostas sobre a ocorrência (Spillane, Matvienko-Sikar, Larkin, Corcoran, & Arensman, 2019) e o impacto da intrusão, especulação e deturpação da mídia sobre a natureza das informações que os parentes se sentem confortáveis em divulgar (Gregory, Stevenson, King, Osborn, & Pitman, 2020).

Portanto, o luto por suicídio é um fator de risco para resultados adversos relacionados ao luto, funcionamento social, saúde mental e comportamento suicida (Andriessen, Krysinska, Hill, Reifels, Robinson, Reavley, & Pirkis, 2019), e por isso, intervenções específicas devem considerar que o sofrimento psicológico e o luto são reações qualitativamente diferentes quando a perda é por suicídio (Scocco et al., 2019).

Sendo assim, compreender os desafios deste tipo de luto requer o reconhecimento dos processos idiossincráticos de reconstrução de significado (Bottomley et al., 2019), como as respostas inovadoras denominadas de advocacia e destigmatização do falecido encontradas pelos autores. Neste sentido, os sobreviventes engajam-se na defesa da imagem da pessoa falecida (vida, sofrimento) e do comportamento suicida (sinais, prevenção, saúde mental) e podem auxiliar no processo de normalização da dor existencial, ou seja, reduzem o abismo que existe entre aqueles que acabam com suas vidas e aqueles

que não o fazem, minorando o estigma.

Mesmo com tantas especificidades, o luto por suicídio também guarda algumas semelhanças com outros tipos de perda, como as decorrentes de morte súbita e de mortes violentas, como a perda de apoio social, rejeição, estigmatização, busca de explicação, ideação suicida, reações somáticas e sintomas de depressão e ansiedade (Kölves, Zhao, Ross, Hawgood, Spence, & De Leo, 2020).

### **Intervenção Após um Suicídio: Posvenção**

Pesquisas recentes destacam que o número de pessoas expostas, afetadas e enlutadas por uma morte por suicídio é muito maior do que o estimado anteriormente e inclui redes mais amplas além de familiares próximos. É importante compreender as maneiras pelas quais o suicídio afeta diferentes grupos dentro dessas redes mais amplas, para que um apoio pós-intervenção seguro e apropriado possa ser desenvolvido e fornecido (Causer et al., 2019).

Por isso, programas para aumentar o apoio social após a perda do suicídio podem ser um aspecto importante da pós-intervenção do suicídio (Oexle & Sheehan, 2020) suporte e recursos mais flexíveis e acessíveis, oferecidos de maneira mais proativa poderia melhorar as experiências de usuário de pessoas afetadas por comportamentos relacionados ao suicídio (Finlayson-Short, Hetrick, Krysinska, Harris, Salom, Bailey, & Robinson, 2020). Apoio apropriado e oportuno fornecido por profissionais qualificados, por meio do fornecimento de suporte pós-intervenção, foi sugerido como uma forma de reduzir a morbidade e mortalidade associadas à exposição ao suicídio. As evidências sobre qual suporte, para quem e o momento do suporte são escassas (Maple et al., 2019).

No entanto, os sobreviventes que receberam apoio de seus médicos consideram que este suporte foi útil na maior parte dos re-

latos, interferindo na qualidade de sua saúde mental (Feigelman et al., 2020). Assim, os autores enfatizam a importância dos recursos de apoio e que estes precisam ser de fácil acesso, flexíveis, com linguagem adequada, qualificados, proativos e úteis (Oexle & Sheehan, 2020; Andriessen et al., 2019; Rocha & Lima, 2019; Causer et al., 2019).

Os autores defendem o uso de recursos que facilitem a autorealização, ou seja, a expressão e o compartilhamento da dor, também por meio de grupos informativos e de apoio presenciais e online, escrita de diários, poesias e cartas ao falecido, assim como a prática de atenção plena, os depoimentos direcionados, o teatro e, uma atividade considerada inovadora para o manejo do luto por suicídio, a jardinagem terapêutica. Tais intervenções podem ser conduzidas por profissionais ou facilitadores capacitados (Machado, & Swank, 2019; Kreuz, & Antoniassi, 2020; Maple et al., 2019; Hagstrom, 2019; Scocco, Zerbinati, Preti, Ferrari, & Totaro, 2019).

Ainda com tantos desafios diante de uma perda por suicídio, os pesquisadores lançam luz ao processo de Crescimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth), onde o sobrevivente elabora um sentido, constrói um significado (Miklin, Mueller, Abrutyn, & Ordonez, 2019; Hagstrom, 2019; Wagner et al., 2020; Bottomley et al., 2019; Shields, Russo, & Kavanagh, 2019) para o suicídio e, de acordo com a qualidade da sensação de pertença, apego, apoio social, estilo de enfrentamento consegue algo como compreender a dor mais inimaginável que já viveu e transpor para a valorização das coisas realmente importantes na vida, como os relacionamentos afetuosos e íntimos (Drapeau, Lockman, Moore & Cerel, 2019; Lev-Ari & Levi-Belz, 2019; Lee, Kim & Enright, 2019; Levi-Belz, 2019).

## Conclusões

O universo doloroso de uma perda por suicídio inclui especificidades que contemplam de maneira muito singular este tipo de perda, mas também conecta semelhanças com outros tipos de perdas. Por isso, pensar uma abordagem para a escuta, acolhimento e intervenções focadas no sobrevivente requer flexibilidade e proatividade, delicadeza e acessibilidade, disponibilidade e estudo contínuo para a construção de uma posvenção consistente em conteúdo e fornecedora de continência em meio à dor devastadora. Por isso, este trabalho apresentou e descreveu as especificidades encontradas nas publicações atuais sobre luto por suicídio, sendo a questão do estigma um importante e recorrente fator de risco para os sobreviventes. No entanto, a auto revelação e a possibilidade de crescimento pós-traumático também são especificidades positivas que as publicações indicam como evidências de caminhos de melhoria nas intervenções mais efetivas.

Reconhecemos que este trabalho apresenta limitações em relação ao acesso em bases de dados, à não sistematização rigorosa e à dificuldade em estabelecer parâmetros de inclusão e exclusão replicáveis, mas apesar disso, a leitura desta revisão pode contribuir para uma ampliação e atualização de informações relevantes sobre os aspectos, fatores e peculiaridades que o enlutado por suicídio enfrenta. A compreensão destas especificidades é fundamental para a elaboração de políticas públicas destinadas a esta população específica, mesmo que guardadas as semelhanças entre este e outros tipos de luto, a morte por suicídio apresenta um potencial de devastação que exige a criação de programas de posvenção acessíveis, qualificados, conduzidos por profissionais treinados e que reconheçam o sofrimento gerado pelo suicídio promovendo o diálogo entre sociedade-sobrevivente.

Ainda que as pesquisas revelem a escassez de evidências científicas para a eficácia de algumas ações, refletindo sobre a necessidade de um contorno metodológico mais rigoroso, de investimentos e de capacitação dos profissionais facilitadores – sendo todos estes apontamentos necessários para a condução de futuras pesquisas clínicas e acadêmicas e também para a qualificação de ações na posvenção – é possível vislumbrar nos estudos que a maior parte dos sobreviventes necessitará de acolhimento e, algumas pessoas, por sua vez, precisarão de intervenções específicas pós-suicídio, pois o luto por suicídio realoca a questão da existência, do significado e do valor das relações e, mesmo que o sobrevivente não veja inicialmente um sentido para tamanha violência, sem meios de preencher o vazio da ausência, o fato de poder buscar referências no compartilhamento da dor é acalento fundamental. Por isso, as especificidades do luto por suicídio, quando decodificadas, permitem que os sobreviventes recebam reconhecimento, validação e apoio mais sensíveis, humanos e tecnicamente adequados para vivenciarem suas dores singulares.

## Referências

- Andriessen, K., Krysinska, K., Hill, N.T.M., Reifels, L., Robinson, J., Reavley, N., & Pirkis, J. (2019). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: A systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry*. Jan 30;19(1):49. doi: 10.1186/s12888-019-2020-z. PMID: 30700267; PMCID: PMC6354344.
- Azorina, V., Morant, N., Nesse, H., Stevenson, F., Osborn, D., King, M., & Pitman, A. (2019). The Perceived Impact of Suicide Bereavement on Specific Interpersonal Relationships: A Qualitative Study of Survey Data. *International journal of environmental research and public health*, 16(10), 1801. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101801>

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70.
- Bottomley, J. S., Smigelsky, M.A., Bellet, B.W., Flynn, L., Price, J., & Neimeyer, R. (2019). A Distinguishing the meaning making processes of survivors of suicide loss: An expansion of the meaning of loss codebook. *Death Stud*; 43(2): 92-102, 2019.
- Causser, H., Muse, K., Smith, J., & Bradley, E. (2019). What Is the Experience of Practitioners in Health, Education or Social Care Roles Following a Death by Suicide? A Qualitative Research Synthesis. *Int J Environ Res Public Health*. Sep 7;16(18):3293. doi: 10.3390/ijerph16183293. PMID: 31500266; PMCID: PMC6766076.
- Drapeau, C.W., Lockman, J.D., Moore, M.M., & Cerel, J. (2019). Predictors of Posttraumatic Growth in Adults Bereaved by Suicide. *Crisis*. 2019 May;40(3):196-202. doi: 10.1027/0227-5910/a000556. Epub 2018 Oct 30. PMID: 30375239.
- Eisma, M.C., Te Riele, B., Overgaauw, M., & Doering, B.K. (2019). Does prolonged grief or suicide bereavement cause public stigma? A vignette-based experiment. *Psychiatry Res*. Feb;272:784-789. doi: 10.1016/j.psychres.2018.12.122. Epub 2018 Dec 24. PMID: 30832199.
- Eng, J., Drabwell, L., Stevenson, F., King, M., Osborn, D., & Pitman, A. (2019). Use of Alcohol and Unprescribed Drugs after Suicide Bereavement: Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. Oct 24;16(21):4093. doi: 10.3390/ijerph16214093. PMID: 31652934; PMCID: PMC6862291.
- Feigelman, W., Sanford, R.L., & Cerel, J. (2020). Do Primary Care Physicians Help the Bereaved With Their Suicide Losses: Loss Survivor Perceptions of Helpfulness From Physicians. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 80(3):476-489. doi:10.1177/0030222817742822
- Feigelman, W., Sanford, R., & Cerel, J. (2019). Suicide Notes: Assessing Their Impact on the Bereaved. *Suicide Life Threat Behav*.

- Jun;49(3):859-867. doi: 10.1111/sltb.12489. Epub 2018 Jul 5. PMID: 29978504.
- Fine, C. (2018). *Sem tempo de dizer adeus: Como sobreviver ao suicídio de uma pessoa querida*. São Paulo, SP: WMF Martins Fontes.
- Finlayson-Short, L., Hetrick, S., Krysinska, K., Harris, M., Salom, C., Bailey, E., & Robinson, J. (2020). A survey of people with lived experience of suicide-related behavior in Queensland, Australia: Their experiences with available resources. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 41(1), 39–46. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000602>
- Fontenelle, P. (2008). *Suicídio: O futuro interrompido - guia para sobreviventes*. São Paulo, SP: Geração Editorial.
- Gregory, P., Stevenson, F., King, M., Osborn, D., & Pitman, A. (2020). The experiences of people bereaved by suicide regarding the press reporting of the death: qualitative study. *BMC Public Health*, 20:176.
- Hagström, A.S. (2019). “Why did he choose to die?”: A meaning-searching approach to parental suicide bereavement in youth. *Death Stud*; 43(2): 113-121.
- Humphrey, M.G., & Zimpfer, D.G. (2008). *Counselling for Grief and Bereavement*. Londres: SAGE Publications Ltd.
- Iglewicz, A., TAL, I., & Zisook, S. (2018). Grief Reactions in the Suicide Bereaved. In E. Bui (Ed.). *Clinical Handbook of Bereavement and Grief: Reactions, Current Clinical Psychiatry*. LLC. Chapter 7, p.139-160. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-65241-2\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-319-65241-2_7)
- Kawashima, D., & Kawano, K. (2019). Parental Grief After Offspring Suicide and Adaptation to the Loss in Japan. *Omega* (Westport). 2019 May;79(1):34-51. doi: 10.1177/0030222817710139. Epub 2017 Jun 4. PMID: 28578637.
- Kim, J.E. (2019). Korean Teachers’ Bereavement Experience Following Student Suicide. *Crisis*. Jul;40(4):287-293. doi:

- 10.1027/0227-5910/a000578. Epub 2019 Mar 19. PMID: 30888225.
- Kölves, K., Zhao, Q., Ross, V., Hawgood, J., Spence, S.H., & de Leo, D. (2020). Suicide and sudden death bereavement in Australia: A longitudinal study of family members over 2 years after death. *Aust N Z J Psychiatry*. Jan;54(1):89-98. doi: 10.1177/0004867419882490.
- Kreuz, G., & Antoniassi, R. P. N. (2020). Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio. *Psicologia em Estudo*, 25. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.42427>
- Lee, E., Kim, S.W., & Enright, R.D. (2019). Beyond Grief and Survival: Posttraumatic Growth Through Immediate Family Suicide Loss in South Korea. *Omega (Westport)*. Sep;79(4):414-435. doi: 10.1177/0030222817724700. Epub 2017 Aug 9. PMID: 28792352.
- Levi-Belz, Y. (2019). With a little help from my friends: A follow-up study on the contribution of interpersonal characteristics to posttraumatic growth among suicide-loss survivors. *Psychol Trauma*. Nov;11(8):895-904. doi: 10.1037/tra0000456. Epub 2019 Mar 25. PMID: 30907613.
- Levi-Belz, Y., & Lev-Ari, L. (2019). “Let’s Talk About It”: The Moderating Role of Self-Disclosure on Complicated Grief over Time among Suicide Survivors. *International journal of environmental research and public health*, 16(19), 3740. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193740>
- Levi-Belz, Y., & Lev-Ari, L. (2019). Is There Anybody Out There? Attachment Style and Interpersonal Facilitators as Protective Factors Against Complicated Grief Among Suicide-Loss Survivors. *J Nerv Ment Dis*; 207(3): 131-136.
- Lev-Ari, L., & Levi-Belz, Y. (2019). Interpersonal theory dimensions facilitate posttraumatic growth among suicide-loss survivors: An attachment perspective. *Death Stud*. 2019;43(9):582-590. doi:

- 10.1080/07481187.2018.1504351. Epub 2018 Oct 4. PMID: 30285584.
- Link, K.A., Garrett-Wright, D., & Jones, M.S. (2020). The Burden of Farmer Suicide on Surviving Family Members: A Qualitative Study. *Issues Ment Health Nurs.* Jan;41(1):66-72. doi: 10.1080/01612840.2019.1661048. Epub 2019 Nov 26. PMID: 31770042.
- Machado, M.M., & Swank, J.M. (2019). Therapeutic gardening: A counseling approach for bereavement from suicide. *Death Stud.* 2019;43(10):629-633. doi: 10.1080/07481187.2018.1509908. Epub 2018 Sep 28. PMID: 30265846.
- Maple, M., McKay, K., Hess, N.C.L., Wayland, S., & Pearce, T. (2019). Providing support following exposure to suicide: A mixed method study. *Health Soc Care Community.* Jul;27(4):965-972. doi: 10.1111/hsc.12713. Epub 2019 Jan 24. PMID: 30680822.
- Miklin, S., Mueller, A.S., Abrutyn, S., & Ordonez, K. (2019). What does it mean to be exposed to suicide?: Suicide exposure, suicide risk, and the importance of meaning-making. *Soc Sci Med.* Jul;233:21-27. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.05.019. Epub May 18. PMID: 31153084.
- Oexle, N., & Sheehan, L. (2020). Perceived Social Support and Mental Health After Suicide Loss. *Crisis.* Jan;41(1):65-69. doi: 10.1027/0227-5910/a000594. Epub 2019 Apr 29. PMID: 31030548.
- Rocha, P. G., & Lima, D. M. A. (2019). Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. *Psicologia Clínica*, 31(2), 323-344. <https://dx.doi.org/10.33208/PC-1980-5438V0031N02A06>
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X Pesquisa narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 2. São Paulo, SP.
- Scocco, P., Preti, A., Totaro, S., Corrigan, P.W., Castriotta, C., & SO-PROXI Team. (2019). Stigma, grief and depressive symptoms in

- help-seeking people bereaved through suicide. *J Affect Disord.* Feb 1;244:223-230. doi: 10.1016/j.jad.2018.10.098. Epub 2018 Oct 11. PMID: 30366261.
- Scocco, P., Zerbinati, L., Preti, A., Ferrari, A., & Totaro, S. (2019). Mindfulness-based weekend retreats for people bereaved by suicide (Panta Rhei): A pilot feasibility study. *Psychol Psychother.* 2019 Mar;92(1):39-56. doi: 10.1111/papt.12175. Epub 2018 Mar 6. PMID: 29512287.
- Shields, C., Russo, K., & Kavanagh, M. (2019). Angels of courage: The experiences of mothers who have been bereaved by suicide. *Omega (Westport)*. Dec;80(2):175-201. doi: 10.1177/0030222817725180. Epub 2017 Sep 7. PMID: 28882098.
- Souza, M.T., Silva, M.D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: O que é e como fazer. São Paulo, SP: Einstein, 8(1 Pt 1):102-6.
- Spillane, A., Matvienko-Sikar, K., Larkin, C., Corcoran, P., & Arensman, E. (2019). How suicide-bereaved family members experience the inquest process: A qualitative study using thematic analysis. *Int J Qual Stud Health Well-being*;14(1):1563430. doi: 10.1080/17482631.2018.1563430. PMID: 30693845; PMCID: PMC6352946.
- Vosgerau, D. S. A. R., & Romanowski, J. P. (2014) Estudos de revisão: Implicações conceituais e metodológicas. *Revista de Diálogo Educacional*, (14)41, 165-189.
- Wagner, B., Hofmann, L., & Maaß, U. (2020). Online-group intervention after suicide bereavement through the use of webinars: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 21, 45. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3891-5>.

# **Prepotência ou Impotência, Por que é tão Difícil para o Psicólogo Clínico Lidar com o Comportamento Suicida? – Questões Sobre o Manejo e a Ética**

*Marise da Silva Vidal*

*Juliana Brendemeier*

Este artigo surge pela experiência direta na prática clínica e de questões suscitadas a partir do desafio de lidar com a enorme demanda de pacientes com ideias suicidas ou clientes que já haviam vivenciado tentativas anteriores.

Atender a tais demandas exige tanto responsabilidade quanto ética e deve levar o psicólogo clínico a questionamentos sobre os seus conhecimentos, a sua interlocução com a rede integrada de saúde mental e o seu próprio preparo emocional para lidar com questões de vida e morte. O assunto convida também a reconhecer os próprios preconceitos e ideias sobre a temática do suicídio, da morte, do desejo de morte, assim como as suas ideias acerca da esperança, do sentido da vida e do “estar com” esse outro que o procura.

Dessa forma, observa-se que é de grande utilidade discutir a questão do preparo individual bem como a formação profissional que habilita o psicólogo clínico a atender a tal demanda. Para isso, se crê necessário levantar questões sobre quais poderiam ser os recursos necessários e os possíveis manejos clínicos, passando pela reflexão a respeito das orientações éticas e das nuances individualizadas cabíveis para o tratamento.

A partir da ilustração acerca das dificuldades que são trazidas em alguns casos sucintamente citados, pretendemos elucidar o que perpassa esta clínica e refletir sobre o quanto a qualificação, oferecida nos cursos de graduação aos profissionais de psicologia, constrói

ou não, uma base para o exercício profissional diante das crises e, ainda, verificar se este acompanha o cenário da saúde pública.

## **Sobre o Suicídio**

O primeiro ponto que devemos levar em consideração para o preparo do psicólogo em relação ao atendimento ao paciente com ideias suicidas ou tentativas é que este profissional deve conhecer minimamente o tema “suicídio”.

O termo “suicídio” é conhecido desde o século XVII (Botega, 2015) e pode ser entendido, em sua vertente central, como o ato de terminar com a própria vida. Segundo o Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa Michaelis (2015, p. 107), a palavra significa “ato ou efeito de suicidar-se” e, no sentido figurativo, “ruína ou desgraça, provocada em si mesmo, espontaneamente ou por falta de discernimento”. Levy (1979) define o termo como a autoeliminação consciente, voluntária e intencional.

Historicamente, o suicídio faz parte da humanidade. Embora não exista uma data específica de relato do primeiro caso de suicídio, a “Enciclopédia da História Geral Delta” afirma que, durante uma cerimônia em Ur, em 2500 a.C, 12 pessoas ingeriram bebidas tóxicas e deitadas esperaram para morrer (Kalina & Kovadloff, 1983). Esse momento foi o primeiro ato suicida descrito na história.

Para Cassorla (1991), quem pensa em suicídio fala em suicídio, tenta suicídio e assim o faz porque está sofrendo. O suicídio depende de um processo de escolha do indivíduo que decide findar com a própria vida e, como processo de escolha, retoma o Existencialismo como visão de um homem.

O Existencialismo é uma corrente filosófica, em que o homem é visto como ser-no-mundo, com liberdade e responsabilidade por suas escolhas. Essa consciência de que ele é um homem que não pode

fugir de sua condição de liberdade de escolha gera angústia. A angústia não é somente um sentimento negativo, ela surge justamente quando a pessoa toma consciência de que a sua existência humana é construída por suas escolhas (Sartre, 1946).

Conforme Sartre (1946), o indivíduo se angustia, pois se vê em uma situação em que tem que escolher sua vida, seu destino, sem buscar apoio ou orientação de ninguém. Nesse ato, o homem percebe sua responsabilidade e se angústia, porque está fazendo escolhas para si e será o único a sofrer as consequências.

Embora o suicídio possa ser um fenômeno, caracterizado pela pouca mensurabilidade de uma série de fatores (psicológicos, biológicos, culturais etc.), no final do século XIX, Émile Durkheim (1897) apontou que é possível observar dados estatísticos para compreender a relação entre sua incidência e certas variáveis demográficas, como sexo, faixa etária, estado civil e crenças religiosas. Pesquisas têm procurado vincular essas variáveis ao grau de interação social entre os indivíduos e a sociedade, como elemento central da explicação sociológica desse fenômeno.

Em seu livro, “Suicídio”, escrito em 1897, Durkheim apontou que o número de mortes voluntárias varia de acordo com o grau de integração e supervisão do indivíduo na sociedade. Ao comparar católicos, protestantes e judeus, o autor acredita que o enfraquecimento das conexões tradicionais (visíveis na família, na sociedade política e nos campos religiosos) é um sinal de superindividualização, perda de coesão e um aumento nas mortes voluntárias. Por outro lado, o excesso de integração social também levou ao suicídio, como, por exemplo, no exército, onde costuma haver uma inclinação para a impessoalidade, disposição para desistir, obediência passiva, submissão absoluta e impersonalismo. Durkheim também destacou que, durante as crises industrial ou econômica e financeira, a taxa de

suicídio aumentou. Isso ocorreu, já que, em um estado irracional, ou seja, quando a ordem coletiva é perturbada, a sociedade torna irrestritas as paixões individuais.

Ressalta-se que suicídio é um fenômeno complexo para o qual não existe uma única causa ou uma única razão. É o resultado de uma complexa interação de fatores e é considerado uma das principais causas de morte no mundo (OMS, 2020).

Como explica Botega (2016), o suicídio é um problema de saúde pública e, apesar de envolver questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais, observa-se que, na quase totalidade dos casos, encontra-se presente um transtorno mental, identificado em 90% dos casos. O risco de suicídio varia conforme o transtorno, sendo mais comumente associado à depressão e aos transtornos por uso de álcool (OMS, 2014). Como citado por Fukumitsu (2019), em toda tentativa de compreender a morte por suicídio, é preciso avaliar a fundo os múltiplos fatores envolvidos. A autora observa que existem fatores de risco que estão relacionados aos aspectos sociais e individuais, como: tentativas anteriores, transtornos psiquiátricos, condições clínicas incapacitantes, história familiar de suicídio, alcoolismo, condições socioeconômicas, luto e histórico de abuso na infância, entre outros.

Émile Durkheim (1897) salienta a necessidade de compreendermos os tipos sociais do suicídio, observando diretamente as causas que levam a este ato. Desde o século XIX, esse filósofo francês apontava a importância da compreensão do suicídio em seu aspecto social. Para Durkheim, a decisão de se matar seria a expressão individual de um fenômeno coletivo. Esse ato estaria sustentado por um conjunto de fatores que são inerentes à vida em sociedade e que podem predispor algumas pessoas a interromper a sua existência (Silva, Prates, Cardoso, & Rosas, 2018).

Ainda assim, é fundamental ressaltar que o suicídio é uma questão de saúde pública e chega aos profissionais psicólogos que atendem tanto na área pública quanto no âmbito privado. Os números são estarrecedores e fazem com que seja extremamente necessário que esses profissionais compreendam a importância de abordar o tema de maneira responsável e realista, de forma a contribuírem para a sua prevenção. A falta de informação e esclarecimento sobre os riscos dos comportamentos autodestrutivos, bem como sobre as formas de intervenção e prevenção por parte dos profissionais de saúde pode acarretar grande descompasso entre as necessidades daqueles que apresentam a ideação suicida e a tomada de atitudes, não somente das pessoas de seu convívio como também de profissionais da rede de saúde (Barbosa, Macedo, & Silveira, 2011).

## **O Comportamento Suicida**

O comportamento suicida pode ser compreendido como uma série de comportamentos, dentre os quais estão o pensamento (ou ideação) suicida, o planejamento para o suicídio, a tentativa de suicídio e o suicídio propriamente dito, os quais, em geral, são motivados por crenças de desesperança (Marback, & Pelisoli, 2014).

Segundo Wenzel, Brown e Beck, citados em Marback e Pelisoli (2014, p. 47), “a ideação suicida é compreendida como pensamentos, crenças, imagens, vozes ou qualquer outra cognição mencionada pelo indivíduo que se refere a acabar com a própria vida”.

Quando consideramos, porém, o planejamento para a realização do suicídio, estamos falando de o indivíduo incorrer em uma organização prévia e escolhas a respeito dos detalhes para a efetivação do ato, como escolher o método a ser usado, um local, uma data, preparar um ambiente, escrever uma carta de despedida, entre outros. Quando falamos em tentativa de suicídio, trata-se já de uma ação

colocada em prática, considerada autolesiva ou autoagressiva, contudo, não fatal, que não levou o indivíduo à morte. Entretanto, seja por quais circunstâncias forem, estas podem, ainda assim, deixar sequelas graves ou não. Já o suicídio se caracteriza, então, pela intencionalidade, pelo planejamento e comportamento altamente danoso, que tem como resultado a morte. Como sugerem Zana & Kovács (2012, p. 2), “Observa-se um grau de intencionalidade crescente, à medida que se passa da ideação suicida para desejos, ameaças, tentativas, até o ato consumado”..

### **Clínica do Suicídio – Medos e Inseguranças dos Psicólogos**

Para a realização deste estudo, foi considerada a experiência de uma das autoras (MSV) no atendimento a pacientes com ideação suicida ou com relato de tentativas de suicídio anteriores ao atendimento psicoterapêutico. Foi possível observar que, ao lidar com tal demanda, estamos também lidando com nossos próprios conceitos e preconceitos a respeito do suicídio e que, além disto, somos levados a questionar se, de fato, nos preparamos para garantir ou oferecer o melhor possível a esses pacientes.

A questão tanto está relacionada ao sujeito psicólogo, quer dizer, à pessoa que ali se oferece para o acolhimento desse ser que está em sofrimento, quanto ao arcabouço e à formação deste profissional, de forma que possa assegurar que estará capacitado para atender à referida demanda.

Ao pensarmos esta clínica, da intervenção nos casos de ideação ou tentativas de suicídio, crucial compreender se os cursos de psicologia oferecem os recursos necessários para que os que vão atuar na área possam arcar com a responsabilidade de uma clínica do suicídio. Igualmente é importante questionar se a formação do psicólogo acompanha, ao longo dos tempos, as demandas de saúde pública,

alinhadas às estatísticas e políticas preventivas.

Quando um profissional se depara com casos de ideação suicida, fica evidente a necessidade de que tenha conhecimento do contexto da rede de saúde pública na qual estes pacientes estão inseridos. O atendimento desse tipo de demanda requer que sejam identificados aspectos não apenas da rede de assistência com que se pode contar, como ainda de todos os recursos que possam servir para ampliar a possibilidade de cuidado. Um cuidado efetivo não pode ser dado sem que este profissional insira, no seu leque de possibilidades, os projetos de prevenção e atenção emergencial que são oferecidos localmente.

Na atualidade, considerando os atendimentos feitos de forma remota, maior ainda deve ser a preocupação a respeito do conhecimento da rede local de inserção do paciente e não apenas do local onde atua o psicólogo.

De forma a ilustrar as dificuldades que alguns casos podem trazer, citamos, a seguir, algumas situações, vivenciadas no atendimento clínico para a discussão.

Uma paciente adulta, casada, busca terapia após os seus filhos entenderem que algo se passava em seu estado psíquico. Ela vinha se mostrando muito irritada, dormia muito pouco, trabalhava muito e sem descanso. Também se alimentava pouco, estava emagrecendo em demasia e tinha discurso sempre muito queixoso e desanimado a respeito da vida. Sua visão sobre si mesma era de que tinha que ser forte o tempo todo e não tinha reconhecimento de que seu estado pudesse representar qualquer adoecimento.

Relatava que já não havia espaço em sua vida para o prazer, a diversão ou o autocuidado, que vivia para servir aos outros e sobrecarregava-se com o trabalho, o que parecia uma forma de não ter que olhar mais profundamente para o seu desagrado diante da vida. Há muitos anos, dormia muito pouco e sentia profunda solidão. Seu

casamento era uma falácia, mas não se via com disposição para mudar essa situação. Devido à necessidade de melhorar a qualidade de seu sono, foi encaminhada para um psiquiatra, contudo demorou muito a aceitar esta intervenção. Embora tivesse sido resistente à busca de terapia, fez um bom vínculo com a psicoterapeuta e, aos poucos, foi se permitindo contar que desejava que a vida acabasse, mas afirmava que não tomaria jamais atitudes para tal – apenas não via mais sentido e torcia para que alguma tragédia a arrebatasse.

Após aceitar o acompanhamento psiquiátrico, foi diagnosticada a depressão e introduzida a medicação. Houve melhora nas condições de sono e agitação, porém, em uma discussão em família, disse, para que todos ouvissem, que melhor seria morrer. Naquele momento, demonstrou atitudes que os filhos interpretaram como intenção de possível suicídio. Os filhos tomaram providências imediatas, buscando atendimento emergencial e contactando tanto psiquiatra quanto psicoterapeuta. Entretanto, no atendimento emergencial, os profissionais da rede pública de saúde entenderam que não existia risco de suicídio e não indicaram internação a ela.

A paciente retornou às sessões, sentindo-se ainda mais vulnerável, porque sua família não soubera suportar a sua fala sobre o fato de não mais desejar a vida. Ficou indignada por terem-na tratado como uma pessoa em surto e não compreenderem a sua raiva. Relatou que, se naquele momento, não tivera intenção nenhuma de se matar, no entanto, depois de tudo, desejava mais do que nunca que a vida acabasse.

A questão que se colocava para a terapeuta agora era a da avaliação de risco. Até que ponto poder-se-ia confiar na preponderância da lógica racional da paciente e até que ponto a família poderia ter se perdido na falta de compreensão do sofrimento desta mãe, sempre vista como autossuficiente e poderosa e agora, associada à depressão.

Houve permissão da paciente para que a psicoterapeuta fizesse contato com a família, a fim de entender melhor o que fora percebido como risco, mas a paciente questionou sobre o seu direito em relação à sua própria vida e ao sigilo na terapia, eis que desejava poder falar livremente, sem medo de que, ao dizê-lo, fosse ser levada a uma emergência para internação.

Sua solicitação não somente parecia ser por sigilo, mas também, por acolhimento ao próprio mal-estar diante da vida. Seguindo o que ensinam os protocolos, a psicoterapeuta buscou acercar-se de cuidados para prevenir o ato, questionando claramente se havia intenção em acabar com a própria vida ou ainda se havia planos ou deliberações. Sua solicitação era para que tivesse com quem dividir a respeito de sua dificuldade do viver e que também pudesse, apesar da depressão, ser valorizada na sua sanidade. Declara, então, à psicoterapeuta que a sua maior necessidade talvez fosse de confirmação de um outro que sustentasse com ela o risco – não mensurável nem para ela mesma – e que confiasse nela, na suposição de que poderia sobreviver apesar de seu sofrimento.

Esse excerto traz para a nossa atenção algumas das questões que perpassam o atendimento ao paciente com ideação suicida e que pretendemos discutir. Na análise dessa passagem, queremos ressaltar que os aspectos, ligados à maneira como o psicólogo se depara com o anúncio do desejo de morrer, e os pontos de sua prática são tocados a partir disto.

A questão que se busca levantar a respeito da prepotência ou da impotência do psicólogo diante desta clínica foi suscitada por uma fala dessa paciente, na qual ela colocou que seria muita prepotência da psicóloga pensar que teria controle sobre sua escolha diante do viver ou morrer. Sua fala leva a uma reflexão sobre o que precisa, então, o psicólogo para não se sentir impotente diante do comportamento suicida.

Afinal, será que temos possibilidade de encontrar o caminho do meio entre a prepotência e a impotência? O que precisa o psicólogo para se sentir potente diante do comportamento suicida? Qual a possibilidade de ouvir o outro no seu desejo de morte? Como respeitar o sujeito em sua solicitação de ter um outro que o ouça nesse desejo de morte e conter seu (do psicólogo) ímpeto de salvar, salvaguardar e coibir? Como confiar que suas intervenções podem ajudar? Será possível confirmar esse sujeito de direito e manter com ele um contrato quando este já não se sente capaz de ter contrato algum?

Em um segundo excerto, tem-se uma cliente jovem, maior de idade, contudo, dependente financeiramente dos pais que, ao iniciar um processo psicoterapêutico, buscou certificar-se com a terapeuta acerca do contrato de sigilo. Após compreender as condições em que o psicólogo é forçado a fazer notificações, relata ter, no passado, realizado uma tentativa de suicídio nunca antes revelada.

Na sequência de seu processo terapêutico, a paciente apresentou ideação suicida e contou com o apoio terapêutico para lidar com seu medo de voltar a incidir em uma tentativa. Entretanto, fez a complicada solicitação ao psicólogo de que este não relatasse o risco à família e não expusesse o seu segredo.

As questões que se colocam aqui perpassam questões éticas e técnicas. Trazem ao psicólogo a necessidade de conhecer bem os fatores de risco e de proteção, envolvidos no cuidado com o sujeito singular, que é o paciente. Também impõem um posicionamento diante das orientações do Código de Ética (Brasil, 2005) que, conforme veremos mais adiante, não deve ser entendido como algo que aprisiona o profissional (e o paciente), mas que orienta e salvaguarda, conforme a sua utilização. Caberá ao psicólogo a escolha do melhor manejo terapêutico em cada situação.

Importante ressaltar que, desde 2011, as notificações de violência doméstica, sexual e outros tipos tornaram-se compulsórias

para todos os serviços de saúde do Brasil, sendo estes públicos ou privados. Por outro lado, a Portaria do Ministério da Saúde, n.º 1.271, de 06 de junho de 2014 (Brasil, 2014) atualizou a lista de doenças e agravos de notificação compulsória, atribuindo caráter imediato à notificação de casos de violência sexual e tentativa de suicídio para as Secretarias Municipais de Saúde. Situações como esta devem nos trazer a percepção da importância da notificação como instrumento de cuidado, sendo a notificação uma possibilidade primeira para a inclusão de pessoas em situação de violência ou risco em linhas de cuidado, visando a prover atenção integral e produzir ações de prevenção.

Quando o psicólogo se depara com uma situação em que o indivíduo que se pretende auxiliar deseja a morte, encontra-se com a sua própria angústia de ter que olhar para a finitude. Segundo Dutra (2011, p. 154), “é difícil para o homem olhar de frente a sua finitude, porque, ao fazê-lo, além de enfrentar a certeza da morte, toma consciência de que ninguém jamais poderá viver por ele, desvelando-se, assim, o seu “poder-ser”. O autor chama de “poder-ser” remete à responsabilidade por sua própria vida e suas próprias escolhas.

Desta forma, o psicólogo precisa colocar em suspenso os seus próprios medos e lidar com a ideia de que, diante do desespero, o extermínio da própria existência pode ser visto como uma saída. Nesse caso, o profissional se encontra diante de um ser que precisa de acolhimento e cuidado e não, de uma atitude julgadora ou autoritária. Depara-se, portanto, não apenas com o reconhecimento das próprias limitações do seu papel, mas também, de sua responsabilidade.

Kovács (2013) indica que os profissionais de saúde podem sentir o ato ou a tentativa do suicídio como um ataque, pois foram formados para salvar vidas. Assim, quando uma pessoa não deseja viver, isto causa confusão para estes profissionais, pois “as premissas de sua vocação são confrontadas” (Kovács, 2013, p. 74). Para a autora,

quando um suicídio é efetivado, causa nos profissionais sentimentos, como raiva, culpa e ansiedade.

É preciso lembrar que o suicídio é um tabu, um assunto muitas vezes evitado, uma ocorrência vivida em um luto silencioso e envergonhado, e os psicólogos são sujeitos, inseridos na mesma sociedade e cultura que o engendra. A sociedade possui uma dificuldade imensa em lidar com essa temática e com o próprio sujeito que tenta suicídio, o qual, por sua vez, busca omitir suas intenções. Sendo assim, para acompanhar um sujeito que traz o desejo de morte, o psicólogo terá que perceber as suas próprias limitações e angústias e se questionar a respeito de sua capacidade de solidariedade e acolhida.

Em seu estudo sobre a “Educação para a morte”, Kovács e Junqueira (2008) destacam que a inserção do tema “morte” na formação do psicólogo é crucial, porque, em sua prática, seja na psicologia clínica, na psicologia escolar, organizacional e em seus vários campos de atuação, este profissional precisa estar preparado para identificar processos mórbidos ou autodestrutivos, presentes nas atitudes, nem sempre conscientes, daqueles submetidos aos seus cuidados.

Nesse contexto, uma das questões que se coloca para o psicólogo é conseguir perceber se o paciente realmente poderá comunicar sua intencionalidade de se matar. Segundo a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, estabelecida pela Portaria n.º 1.876, de agosto de 2006 (Brasil, 2006), deve-se observar os seguintes aspectos: o grau de isolamento do paciente, a redução drástica das atividades cotidianas, a conclusão de assuntos pendentes, o ato de preparar testamentos e os graus de solidão, de desamparo e de incompetência relatados pelo sujeito.

Fukumitsu (2005) aponta que um ponto importante, para que o psicólogo possa se sentir resguardado na relação com o paciente com ideação suicida, é o estabelecimento de um contrato terapêutico

claro em que possa ficar especificada, por exemplo, a possibilidade de contactar a família ou uma rede de apoio do paciente, no caso da necessidade de assegurar a vida deste. O contrato deve se basear na relação de confiança construída entre paciente e terapeuta. Também deve ficar claro para o paciente que a internação poderá ser levada em consideração e poderá ser decidida, mesmo sem a anuência da pessoa, caso haja risco de vida.

O medo de que ocorra o suicídio parece que irá sempre se personificar a partir de uma fala sobre o desejo de morte ou a partir de uma experiência anterior em que este sujeito tenha sido capaz de buscar a tentativa de matar-se. Porém, esse medo não pode fazer com que o profissional deixe de levar em consideração o que lhe é solicitado pelo cliente, a apuração do manejo mais adequado e uma condução ética e respeitosa.

### **O Código de Ética do Psicólogo e as Suas Recomendações**

O Código de Ética do Psicólogo (Brasil, 2005), conforme Resolução CFP n.º 010/05, estabelece que toda profissão é definida a partir de um corpo de práticas que busca atender às demandas sociais, devendo o exercício da profissão ser norteado por elevados padrões técnicos e pela existência de normas éticas que garantam a adequada relação de cada profissional com os seus pares e com a sociedade, como um todo. Assim, o principal objetivo de todo Código de Ética é o de nortear a prática dos psicólogos, assegurando um padrão de conduta que fortaleça o reconhecimento social da categoria.

Dessa forma, o Código de Ética não representa um conjunto fixo de normas que não sofreria alterações de acordo com o tempo. Pelo contrário, deve sempre levar em consideração as mudanças e atualizações tanto da sociedade quanto das profissões. Assinala-se ainda que, desde a sua concepção, o Código de Ética do Psicólogo

já salienta a importância de o profissional estar atento a estas novas configurações e manter reflexão contínua sobre este próprio Código (Brasil, 2005)

O Código de Ética do Psicólogo (2005) deve ser entendido, portanto, como um instrumento, capaz de delinear as responsabilidades e os deveres do psicólogo, oferecer diretrizes para a sua formação e balizar os julgamentos das suas ações, contribuindo para o fortalecimento e a ampliação do significado social da profissão. Estabelece que psicólogos fundamentem sua conduta, com base no respeito, na liberdade, na dignidade, igualdade e integridade do ser humano. O Código deve servir como um norteador e não, como um delineador de ações para o psicólogo. Questões, como quebra de sigilo, participação da família, indicação de internação, manejo de crise ou encaminhamento do paciente para outros profissionais da rede, serão todas estabelecidas caso a caso, não levando-se em conta não as normas rígidas, mas, a avaliação do profissional para o melhor manejo terapêutico, com base nas melhores evidências científicas disponíveis.

## **A Formação Profissional**

Quando consideramos a complexidade do comportamento suicida, entendemos que é fundamental que os alunos do curso de psicologia conheçam, ao longo de sua formação, as questões relacionadas ao tema, para que possam ser capacitados a criar estratégias eficazes para o acolhimento de tal demanda em sua futura atuação profissional e não incorram em atitudes iatrogênicas ou não éticas.

Considerando isto, buscamos verificar, a partir do *ranking* de psicologia da Folha de São Paulo (2019), em uma análise dos três melhores cursos de psicologia dentre as universidades públicas do Brasil, se estes incluem, em suas disciplinas, o tema do suicídio e de sua prevenção em suas disciplinas.

Encontramos, neste *ranking* das faculdades de psicologia, de acordo com a colocação relativa ao critério “qualidade de ensino”, as seguintes universidades, respectivamente em primeiro, segundo e terceiro lugares – Universidade de Brasília, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Universidade Federal de Minas Gerais.

Buscamos, então, verificar se os cursos oferecem disciplinas que contemplem o tema “suicídio” e a “prevenção deste”. Nossa questão maior é perceber, selecionando um corte específico limitado, se o psicólogo recebe, desde a sua formação, subsídios para orientá-lo na compreensão, no acolhimento e na intervenção aos pacientes com ideação suicida.

Na Grade Curricular da Universidade de Brasília, encontramos uma única disciplina que traz, em seu conteúdo programático, a questão do suicídio e sua prevenção. A disciplina “Intervenção em Crise” aponta para referências, tais como o “Programa de Saúde Mental, Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio” (1993) ou “Comportamento suicida”, de Werlang & Botega (2004).

Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, não encontramos, no Currículo do Curso de Psicologia, nenhuma disciplina que fizesse menção direta ao tema do suicídio em seu título. O *site* da universidade não oferece acesso às ementas e referências bibliográficas de cada disciplina, de modo que não foi possível averiguar a existência do tema “suicídio” em seu corpo teórico.

Ao pesquisarmos sobre a matriz curricular da Universidade Federal de Minas Gerais, também encontramos dificuldade em acessar as ementas, que não se encontram disponíveis, nem foi possível identificar, no currículo, nenhuma disciplina que tratasse diretamente do tema do tema em foco.

Isto nos chama atenção, pois se entende que as universidades deveriam promover a aproximação da formação em psicologia com

as questões de Saúde Pública atuais. Neste sentido, acredita-se que é fundamental importância instrumentalizar melhor os profissionais em conformidade com as demandas de saúde do contexto social contemporâneo, garantindo maior adequação dos profissionais às necessidades da realidade, com maior preparo técnico.

O papel do psicólogo deve ser, conseqüentemente, perpassado pela contribuição na prevenção e na conscientização a respeito do suicídio e vai além do acolhimento e tratamento, de forma a contribuir efetivamente para que os índices de suicídio não cresçam. Desta maneira, é fundamental que as universidades tragam o tema do suicídio de forma ampla e contextualizada, seguindo as Diretrizes Brasileiras do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, conforme a Portaria n.º 1.876, de 14 de agosto de 2006 (Brasil, 2006). Essas diretrizes orientam os objetivos para uma estratégia nacional de prevenção do suicídio, ou seja, apontam para o desenvolvimento de estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos. Além disso, para o desenvolvimento de estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade a respeito do suicídio, como um problema de saúde pública, que pode ser prevenido, orienta para uma organização de uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, de forma a garantir o acesso a diferentes modalidades terapêuticas.

Considerando esta pequena amostra, podemos começar a imaginar que ainda estamos muito aquém em matéria de preparação desse profissional psicólogo, para que possa sentir-se preparado em sua formação e atender à demanda, relativa ao acompanhamento do paciente com ideação suicida. Este deverá recorrer, posteriormente, a cursos de especialização, de forma a ter acesso ao arcabouço necessário.

## Considerações Finais

Ao longo do processo de revisão da literatura, foi possível observar que há avanços na divulgação da prevenção do suicídio, mas que este assunto permanece ainda como um tabu, inclusive para os profissionais da área da psicologia. O assunto ainda subtrai os profissionais de uma zona de conforto e os desafia em conhecimento técnico e manejo clínico.

O atendimento de pacientes com este tipo de demanda exige do psicólogo um trabalho pessoal que contemple o autoconhecimento e análise de sua própria saúde mental, questões imprescindíveis para melhor oferta de serviço ao paciente com ideação suicida ou tentativa de suicídio.

Considerando a dimensão social da prevenção do suicídio, é essencial poder identificar as redes de apoio com as quais o paciente pode contar, tanto em termos de suporte familiar e de amigos, como de toda a rede de especialistas que, eventualmente, pode estar acompanhando esse sujeito em suas distintas demandas. Orienta-se fortemente que se busque estabelecer contato com esses profissionais, a fim de que se trabalhe de forma interdisciplinar, para a melhor compreensão e manejo do caso. Finalmente, acredita-se que é primordial mapear e conhecer toda a rede de suporte público de saúde na localidade em que está inserido esse paciente.

Sabe-se que o psicólogo conta com o Código de Ética do Psicólogo (Brasil, 2005), de forma a fundamentar sua conduta, porque este serve de guia e de proteção nos casos em que tenha dúvida e necessite embasar suas condutas clínicas. Esclarece que poderá buscar o contato com a família do paciente a partir de sua autorização e consento, de forma a fornecer importante apoio e tornar a família um suporte de enfrentamento e superação do sofrimento do paciente. Além disso, é possível optar pela quebra de sigilo, caso o profissional entenda

que possa haver risco, podendo ser esta uma forma de manejo menos prejudicial.

Considerando a intenção de reconhecer a inclusão do tema do suicídio e sua prevenção nas disciplinas das universidades públicas do Brasil, podemos enfatizar que a dificuldade de acesso às ementas e conteúdos disciplinares foi um fator limitador do trabalho de pesquisa. Sugere-se que o acesso a essas informações deva ser facilitado, conforme prevê a Portaria 40, de 27 de dezembro de 2010, do Ministério da Educação (Brasil, 2010). Observa-se que, quanto menor for o contato do profissional com esse tópico durante a vida acadêmica, maior será a sua dificuldade para atuar na prevenção do suicídio, e que esta formação é fundamental para uma atuação mais eficaz. De toda forma, temos motivos para acreditar que a prevenção do suicídio ainda carece de maior atenção nos cursos de psicologia.

O trabalho com o paciente que sofre e percebe a morte como uma saída está longe de ser um trabalho fácil ou de pouco investimento por parte do psicólogo. Exige técnica, conhecimento, treinamento, muito trabalho pessoal e um outro recurso primordial. Este elemento é o que nos une e pode estruturar um verdadeiro encontro: o amor. Amor puro, no sentido da suspensão de julgamentos; amor de compreensão do sofrimento humano; amor pela humanidade e fragilidade em cada sujeito; amor pela profissão escolhida. Não é tarefa fácil manter a esperança, temer sem esmorecer ou ainda renunciar à prepotência de salvar. Não é fácil lidar com a impotência do acompanhar sem governar ou ditar. Mas tal qual na música de Elis Regina (1979), dar asas “à esperança equilibrista”, pois “a esperança dança na corda bamba de sombrinha e, em cada passo dessa linha, pode se machucar”. E temos, então, o lugar do psicólogo, de estar junto na corda bamba e saber que vale a pena ali estar. Que nesta metáfora da apresentação circense, cada apresentação vencida, fará valer a pena.

Que nem a prepotência, nem a impotência sejam maiores que a esperança e o amor.

## Referências

- Barbosa, F. O, Macedo, P. C. M., & Silveira, R. M. C. (2011). Depressão e o suicídio. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, 14(1):233-243, jun. Recuperado de < [Http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a13.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a13.pdf) >.
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: Avaliação e Manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J. (2016). *Comportamento suicida: Epidemiologia*. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil, Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564- pusp-25-03-0231.pdf>
- Brasil. (2014). *Portaria n.º 1.271, de 6 de junho de 2014*. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html)
- Brasil. (2010). *Portaria 40, de 27 de dezembro de 2010*. Ministério da Educação. Recuperado de [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=16763-port-norm-040-2007-seres&Itemid=30192#:~:text=Institui%20o%20e%20DMEC%2C%20sistema,disposi%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20indicadores%20de%20qualidade](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16763-port-norm-040-2007-seres&Itemid=30192#:~:text=Institui%20o%20e%20DMEC%2C%20sistema,disposi%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20indicadores%20de%20qualidade)
- Brasil. (2006). *Portaria n.º 1.876, de agosto de 2006*. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Ministério da Saúde. Recuperado de <https://bvsms>.

saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\_14\_08\_2006.html

Brasil. (2018). *Resolução n.º 597, de 13 de setembro de 2018*. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Recuperado de [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZ-C2Mb/content/id/52748594/do1-2018-11-30-resolucao-n-597-de-13-de-setembro-de-2018-52748138](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZ-C2Mb/content/id/52748594/do1-2018-11-30-resolucao-n-597-de-13-de-setembro-de-2018-52748138)

Brasil. (2005). *Resolução CFP n.º 010/05*. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>

Cassorla, R. M. S. (1991). *Do suicídio: Estudos brasileiros*. Campinas: Papirus.

Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa Michaelis (2015). Melhoramentos: São Paulo.

Durkheim, É. (1837). *O suicídio*. [S.l.: s.n.].

Dutra, E. (2011). Pensando o suicídio sob a ótica fenomenológica hermenêutica: Algumas considerações. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(2):152-157. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672011000200006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000200006&lng=pt&tlng=pt).

Folha de São Paulo (2019). *Sobre o ranking de psicologia da Folha de São Paulo*. Recuperado de <https://ruf.folha.uol.com.br/2019/ranking-de-cursos/psicologia/>

Fukumitsu, K. (2019). *O Sobreviventes enlutados por suicídio: Cuidados e intervenções* (1ª ed.). São Paulo: Summus. Recurso Digital.

Fukumitsu, K. O. (2005). *Suicídio e psicoterapia: Uma visão gestáltica*. Campinas: Livro Pleno.

Junqueira, M. H. R., & Kovacs, M. J. (2008). Alunos de psicologia e a educação para a morte. *Psicologia e Profissão*, 28(3):506-509. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932008000300006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300006&lng=pt&tlng=pt)

- Kalina, E, & Kovadloff, S. (1983). *As cerimônias de destruição*. Rio de Janeiro: Alves.
- Kovacs, M. J. (2013). Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3):69-82. São Paulo, set-dez.
- Kovács, M. H. R, Junqueira, M. J. (2008). Alunos de psicologia e a educação para a morte. *Psicol. Sienc. Prof.* 28(3). doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000300006>
- Levy, M. (1979). Introdução ao estudo do suicídio. *Boletim de Psiquiatria*, 12(1-4):1-12.
- Marback, R. B., & Pelisoli, C. (2014). Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2):122-129. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140018>
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Boletim epidemiológico*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Julho 2019 Recuperado de <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/17/2019-014-Publicacao-02-07.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2000). *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária. transtornos mentais e comportamentais departamento de saúde mental organização mundial da saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Retirado de [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_phc\\_port.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf)
- Pimentel, Adelma. (2003). *Psicodiagnóstico em gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.
- Regina, Elis.(1979). *O bêbado e a equilibrista, Essa Mulher*, WEA.
- Sartre, J. *O existencialismo é um humanismo*. (V. Ferreira, Trad). São Paulo: Abril Cultural, 1978 [1946]. (Os Pensadores)
- Silva, B. F. A, Prates, A. A. P, Cardoso, A. A., & Rosas, N. (2018). O suicídio no Brasil contemporâneo. *Sociedade e Estado*,

33(2):565-579. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183302014>

Zana, A. R. Oliveira, & Kovács, M. Ju. (2013). O Psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(3):897-921. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812013000300006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300006&lng=pt&tlng=pt).

# Ações de Prevenção

---

# **Linhas de Cuidado ao Suicídio e a Política de Saúde Mental: um Panorama de Aquidauana/MS**

*Suélen Silva Arguelo*

*Juliana Bredemeier*

Nas últimas décadas, o cenário da saúde mental no Brasil sofreu significativas transformações, dentre elas, a implementação do Plano Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2001), que orienta e promove a humanização no cuidado ao paciente por meio do acolhimento, reinserção, autonomia, como também o protagonismo do paciente no tratamento.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (2008), aponta que mudança do Modelo de Atenção à Saúde Mental envolve a adoção de práticas integradas e articuladas, tais como o respeito aos direitos e à cidadania do portador de transtorno mental; a priorização da assistência extra-hospitalar e a redução das internações hospitalares por meio da constituição de uma rede substitutiva de serviços ambulatoriais, de atenção diária ou outros similares; a multidisciplinaridade, a abordagem psicossocial; as políticas de prevenção ao uso e dependência de substâncias psicoativas, a constituição de redes de assistência articuladas e o estímulo à reinserção social do portador de transtorno mental na sociedade.

Neste sentido, a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil fez com que o suicídio também seja uma pauta essencial nos debates e propostas de políticas públicas e nos espaços governamentais em todos os estados, fomentando ações de prevenção, uma vez em que a taxa de suicídio tem crescido exponencialmente e preocupado todas as nações. Dentre essas ações, cita-se o Plano de Ação em Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde

(OMS) para 2013-2020, cuja meta era reduzir em 10% a taxa de suicídio até o ano de 2020, e o Brasil foi um dos países signatários do plano (OMS, 2013 citado em Brasil,2017, p.9).

Outra ação de estimado valor foi disparada pelo Ministério da Saúde, por meio do Plano Nacional de Prevenção e Enfrentamento do Suicídio e da Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio (Brasil, 2017), propondo ações relacionadas à qualificação da vigilância e o fortalecimento da promoção em saúde, prevenção e posvenção do suicídio, destacando-se a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial, a gratuidade em ligações para o Centro de Valorização da Vida, a qualificação de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), e o atendimento em território indígena para a avaliação, manejo e redução da taxa de mortalidade por suicídio também neste público.

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), entre os anos de 2007 e 2016 foram registrados 106.374 óbitos por suicídio (Brasil, 2017). Com base em dados divulgados pela Secretaria da Vigilância em Saúde (2019), entre 2011 e 2018 foram notificados 339.730 casos de violência autoprovocada, sendo 154.279 ocorreram na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo 103.881 (67,3%) nas mulheres e 50.388 (32,7%) nos homens. Neste contexto, Mato Grosso do Sul é o terceiro lugar no *ranking* de casos entre estados no Brasil desde 2015, sendo que em 2017 a taxa foi de 9 mortes a cada 100 mil habitantes.

A microrregião de Aquidauana/MS apresenta um alto índice de suicídio. Somente no município e na cidade vizinha Anastácio/MS - que geograficamente são separadas apenas por três pontes -, tem em conjunto a prevalência de suicídios e tentativas de suicídios no período de 2007 a 2016 de 10,9 casos para cada 100.000 habitantes (Camargo, 2020).

Por todas essas razões, analisar o panorama da prevenção do suicídio neste município tornou-se relevante, pois poderá colaborar com a melhoria na atuação das equipes de saúde locais. Compreendendo-o, será possível construir estratégias mais abrangentes para a prevenção do suicídio na população dessa microrregião.

## **Apresentação**

Este trabalho apresenta um relato de experiência a partir das vivências da autora principal, atual Coordenadora do Programa Municipal de Saúde Mental, e que atua no município de Aquidauana/MS desde outubro de 2018 como psicóloga efetiva, lotada na Atenção Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento. O estudo consiste em compilar as ações em saúde mental e linhas de cuidados na prevenção do suicídio, realizadas pelas equipes que compõe a rede de atenção psicossocial, analisar as estratégias municipais adotadas como medidas de política pública em saúde mental e verificar se estas estão em consonância com a legislação vigente.

Todas as informações analisadas consideraram o período de maio de 2020 a maio de 2021, sendo extraídas através de reuniões e ações promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento do município de Aquidauana/MS, por meio do Programa de Saúde Mental. De forma complementar, as rotinas de trabalho das equipes foram acompanhadas para tomar conhecimento sobre a organização dos dispositivos de saúde nos atendimentos aos pacientes com comportamento suicida.

## **O Município e a Estrutura da Rede de Atenção Psicossocial**

O município de Aquidauana/MS está situado no sul da região Centro-Oeste do Brasil, no Pantanal Sul Mato-Grossense (Microrregião

de Aquidauana). Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), a população corresponde a 48.029 pessoas, sendo também a sede microrregional que atende outros municípios do estado do Mato Grosso do Sul, como: Anastácio (25.237 hab.), Bodoquena (7.838 hab.), Dois Irmãos do Buriti (11.467 hab.), Nioaque (13.862 hab.) e Miranda (28.220 hab.).

Atualmente, Aquidauana/MS possui 17 Unidades de Saúde da Família/Estratégias de Saúde da Família (ESF), que são pontos de cuidados na Atenção Primária em Saúde (APS), os quais atendem a população de acordo com seu território, possuindo um lugar de suma importância na RAPS.

Os dispositivos de saúde operam com uma equipe composta por 263 profissionais, que ficam sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento que faz parte do SUS, e atuam em conjunto com a equipe multidisciplinar. Esta equipe é responsável pelo desenvolvimento de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias como álcool e outras drogas (Brasil, 2006a).

A APS é composta por diversos programas, ações e estratégias que ofertam serviços multidisciplinares para a população, sendo considerada a principal porta de entrada no SUS. Nesse sentido, o Programa de Saúde Mental é responsável pela oferta de ações e cuidado em saúde mental, com base territorial e atuação transversal conjuntamente com outras políticas específicas, que buscam também o estabelecimento de vínculos de acolhimento (Brasil, 2003), sendo realizado o acompanhamento por meio de visitas domiciliares pelos agentes comunitários, consultas por enfermeiros, médicos, além do matriciamento das equipes dos ESFs e multidisciplinares.

Em 2011, foi constituída a Rede de Atenção Psicossocial, visando

à criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (Brasil, 2011). Tais ações são implantadas em conformidade com as portarias e normas técnicas do Ministério da Saúde e a avaliação situacional e populacional da região.

Os equipamentos disponíveis em Aquidauana/MS seguem descritos a seguir.

## **1. Rede de Atenção Primária**

### *1.2 Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família*

Em Aquidauana/MS, as unidades são responsáveis pelo acolhimento e estratificação de risco das pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool/tabaco e outras drogas. Os transtornos mentais, abuso ou dependência do álcool e drogas são fatores de risco para o suicídio (Brasil, 2006b), logo a detecção precoce realizada nas ESFs auxilia na prevenção do suicídio, na oferta do cuidado aos pacientes de baixo risco, no compartilhamento do cuidado com o Centro de Especialidades Médicas e CAPS II dos pacientes de médio e alto risco, além da articulação na rede intra e intersetorial.

Nas unidades de saúde, assim como em todas as unidades de saúde nacionais (Brasil, 2006a), os agentes comunitários têm como atribuição o cadastramento domiciliar, vínculo e responsabilidade pela população adscrita, incluindo os usuários de saúde mental, e têm um papel primordial na identificação dos casos que apresentam risco de suicídio.

Considerando a proximidade e o vínculo, as equipes das ESFs tem maior resolubilidade na atenção às famílias de seu território, tanto na identificação precoce das situações que evocam sofrimento e o risco de suicídio, como podem viabilizar o atendimento adequado

na rede e trazer para discussão com a equipe os casos de sua respectiva área (Brasil, 2013).

### *1.2 Equipe multiprofissional da APS*

O município apresenta em sua equipe dois psicólogos, dois assistentes sociais, quatro fisioterapeutas, três educadores físicos, um nutricionista e um podólogo. A equipe de apoio das unidades de saúde compartilha o cuidado com a atenção especializada nos casos de violência autoprovocada, havendo atuação intensa dos profissionais de psicologia. Em Aquidauana/MS, estes profissionais são responsáveis pelo acolhimento inicial e estratificação de risco da demanda de saúde mental, por meio de demanda espontânea e/ou referenciadas pelas equipes das ESFs, escolas, pronto socorro e assistência social.

Quando identificada a presença de ideação suicida, tentativa de suicídio e autolesão é utilizada a ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada de acordo com a Lei 13.819, de 2019, que estabelece a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil, 2019). Posteriormente, a equipe realiza o preenchimento da ficha de referência e contrarreferência e regula a vaga para a atenção especializada pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG), de acordo com o quadro apresentado de médio e alto risco pelo paciente. Nos casos com risco iminente de morte, acionam a equipe hospitalar e encaminham o paciente ao hospital para avaliação e condução do caso.

Cabe ressaltar, que dentre os serviços ofertados como consultas individuais e/ou compartilhadas, grupos, atendimentos domiciliares, palestras, rodas de conversa, estudos de casos contribuem para a construção e implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente em risco de suicídio e para a própria comunidade, capaz de promover saúde e atuar diretamente nos fatores biopsicossociais geradores de sofrimento.

## 2. Atenção em urgência e emergência

### 2.1 Pronto Atendimento (PS, UPA, SAMU)

As tentativas de suicídio são consideradas emergência médica. Portanto, o atendimento às crises por equipes especializadas de urgência e/ou emergência pode ser decisivo na prevenção do suicídio.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) iniciou suas atividades em 2012. Com a base fixa em Aquidauana/MS, a viatura de suporte básico é composta por 13 profissionais, também realizam o atendimento nas rodovias federais e estaduais entorno do município. Em casos de tentativas de suicídio, a equipe é acionada por meio da central, localizada na capital Campo Grande, pelo número 192 e segue o protocolo geral de atendimento a vítima.

Em Aquidauana/MS, o Hospital Regional “Doutor Estácio Muniz”, além dos munícipes, atende pacientes da microrregião, sendo um dos principais dispositivos de urgência e emergência ao pronto atendimento das crises em saúde mental e tentativas de suicídio. Contudo, é importante advertir que a unidade não possui um protocolo desenvolvido para toda a equipe e que esteja direcionado a esta demanda. Assim, apenas alguns profissionais seguem as orientações dadas há cerca de um ano pelo Programa de Saúde Mental, de maneira a cumprir o fluxograma implementado a partir da avaliação de risco do paciente que apresenta ideação suicida, tentativa de suicídio e autolesão para dar prosseguimento no atendimento destes casos.

Um grande desafio que vale destacar é o *déficit* no preenchimento sistematizado da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada. A justificativa observada para o não preenchimento desta ficha se deve ao fluxo de outras demandas da rotina de trabalho. No entanto, esta ficha deve fazer parte do protocolo de trabalho e de atendimento obrigatoriamente. Este preenchimento permite mensurar a real problemática enfrentada pelo município, uma vez

que a subnotificação, pode impossibilitar o acesso do paciente em risco à continuidade do cuidado por outros dispositivos da rede, aumentando as chances de agravamento do quadro clínico, inclusive novas tentativas de suicídio de suicídio ou suicídio.

Vale salientar que fora instituído em 2019 o plantão psicológico em feriados e aos finais de semana por profissionais de psicologia do CAPS II e equipe multidisciplinar da APS para o acolhimento dos pacientes e familiares no PS, pelo fato de o hospital dispor em sua equipe, somente de um psicólogo de segunda à sexta-feira em horário matutino e vespertino.

O atendimento no PS institui os seguintes passos: 1) Acolhimento e manejo do quadro psiquiátrico do paciente pela equipe plantonista; 2) Preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada; 3) Solicitação do comparecimento do psicólogo de plantão; 4) Atendimento psicológico e preenchimento da ficha de entrevista e avaliação de risco de suicídio; 5) Discussão de caso com a equipe e conduta baseada na classificação de baixo, médio e alto risco indicado; 6) Comunicação à APS, através da equipe multidisciplinar do paciente para formar linhas de cuidado e monitoramento com a ESF de referência do paciente; 7) Monitoramento do paciente até o processo de alta, garantindo que o mesmo seja assistido pela rede de atenção psicossocial.

### **3. Atenção Hospitalar**

#### *3.1 Hospital Geral*

Em Aquidauana/MS, a partir da avaliação do risco de suicídio após o acolhimento inicial no PS, o paciente de médio e alto risco recebe atendimento para a estabilização do quadro clínico – psiquiátrico, que inclui tentativa de suicídio. A partir conduta médica, se identificada ausência de suporte social, agitação psicomotora,

construção no plano de suicídio, necessidade de um período mais longo para avaliação e esgotados outros recursos terapêuticos é solicitado o internamento de curta permanência em outra unidade hospitalar.

O Hospital Funrural, adaptou dois apartamentos, sendo um feminino e um masculino, para receber pacientes que apresentam a necessidade de observação 24 horas da equipe médica. Há ainda em Aquidauana/MS um terceiro hospital, mas de natureza particular e que precisa ser integrado à rede de atenção psicossocial.

## **4. Atenção Psicossocial Estratégica**

### *4.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*

No ano de 2005, foi implantada a unidade Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, responsável por atender a microrregião de Aquidauana/MS. A equipe multiprofissional, realiza atendimentos conforme a Portaria nº336 de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), que instituiu as modalidades dos CAPS aos pacientes que apresentam transtorno mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, através de uma programação semanal com consultas individuais, coletivas, domiciliares e atendimento a família. Atualmente, o serviço de saúde não dispõe de um psiquiatra e não atende com a lógica de portas abertas preconizado pelo MS, sendo necessário encaminhamento e agendamento prévio para receber atendimento da equipe multiprofissional.

### *4.2 Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental*

Lotada no Centro de Especialidades Médicas (CEM), a equipe é composta por cinco psicólogos que ofertam psicoterapia individual regularmente e um profissional psiquiatra que realiza consultas uma vez ao mês para a microrregião de Aquidauana/MS. A equipe não oferece um protocolo especializado para pacientes que apresentam comportamento suicida ou autolesivo. No entanto, trabalham de

forma integrada com outros pontos de atenção da RAPS, além de estabelecer articulações com demais serviços do SUS e SUAS de forma a garantir direitos de cidadania e ação intersetorial.

Vale apontar que a Coordenação Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, no ano de 2020 deu início à formação do Comitê Estadual de Prevenção do Suicídio, contando com dois representantes do município de Aquidauana/MS, tendo como objetivo colaborar em ações estratégicas na região de Aquidauana, embora não apresente ações executadas in loco, justificadas pelo período da pandemia COVID-19.

## **A Prevenção do Suicídio**

O Brasil possui mais de 100 Portarias referentes à saúde mental que constituem diretrizes para o tratamento e a assistência dos pacientes e familiares, com necessidades relacionadas a transtornos mentais e com quadros de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas e álcool (Brasil, 2020).

A Política de Saúde Mental (Brasil, 2005) tem por desígnio determinar e executar ações que proporcionem a ampliação e o fortalecimento de atenção integral em saúde mental no município de Aquidauana/MS, através de redes de serviços resolutivas, considerando o perfil epidemiológico e demográfico.

De acordo com as Portarias vigentes, são previstas linhas de cuidados direcionadas às ações de promoção, prevenção e reabilitação. Deste modo, abarcam possibilidades de atendimento integral em Saúde Mental no território, contudo há a necessidade de criar instrumentos que possam avaliar a efetividade e resolutividade dos serviços ofertados aos pacientes de comportamento suicida.

Em Mato Grosso do Sul, um modelo de acolhimento e atendimento é a Rede de Prevenção do Suicídio (Arguelo, Constantino,

Camargo, Cauneto, 2018) do município vizinho, Anastácio-MS. Desenvolvida em 2017, após um suicídio consumado de uma adolescente, a Rede visa o cuidado aos casos de comportamento suicida e autolesivo. Além de oferecer o cuidado às famílias enlutadas por suicídio, realiza ações intersetoriais, articulação com a comunidade local e investimento nas equipes de saúde mental por meio de contratações de profissionais especializados, da disponibilidade de materiais e instrumentos para atendimentos da equipe multiprofissional, plantões diários da equipe técnica, formação continuada aos servidores e eventos de pequeno e grande porte com ênfase em temáticas de saúde mental e prevenção do suicídio.

Por sua vez, em Aquidauana/MS, mesmo diante de dados alarmantes, não são encontrados registros de metas e estratégias no Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021 (Prefeitura de Aquidauana, 2021) para a prevenção ao suicídio, tendo essa temática sido incluída somente em 2020 nas ações do Programa de Saúde Mental.

Camargo (2020), destaca que a celeridade no atendimento e encaminhamento de pacientes com transtorno mental e risco de suicídio, bem como, o treinamento dos profissionais é essencial para frear o aumento de casos.

O município de Aquidauana/MS utiliza em seus serviços de saúde o Sistema de Gestão em Saúde, Educação e Assistência Social (G-SEA), responsável por gerar informações para integração com os demais sistemas de alimentação obrigatória do Ministério da Saúde, como o E-SUS. Este sistema, quando devidamente preenchido, fornece informações mais precisas dos indicadores de saúde e a realidade do território das unidades de saúde, deste modo, contribui para adequar recursos e serviços para atender às necessidades de saúde e seus determinantes.

Além do cadastramento, o sistema possui o campo da CIAP –

Classificação Internacional de Atenção Primária, ele evidencia os motivos pelos quais a população busca o atendimento, apontando aspectos do sofrimento e enfermidade. A classificação também possibilita a qualificação da prática profissional, no que diz respeito ao planejamento de ações e educação permanente, bem como a estruturação do atendimento multidisciplinar através da construção do PTS.

Além disso, a formação continuada em saúde mental e prevenção ao suicídio ainda é inexpressiva. Na rotina de trabalho, é perceptível a resistência de profissionais que compõem as equipes de saúde no atendimento aos pacientes de saúde mental e que apresentam histórico de autolesão e tentativa de suicídio. Esta resistência ao aprimoramento do atendimento implica na execução eficiente da identificação, acolhimento, vínculo e avanço dos atendimentos destes pacientes. E é por meio da educação permanente que se conseguirá desconstruir os pré-julgamentos e práticas automatizadas e enraizadas no cotidiano das equipes, de forma a elucidar as dúvidas, tabus e promover um atendimento mais humanizado e acolhedor às pessoas em sofrimento.

Contudo, além dos projetos em andamento é importante favorecer o acesso aos serviços de saúde, um dos fatores protetivos a pacientes em risco de suicídio (Botega, 2015), como manter a equipe mínima do Centro de Atenção Psicossocial e mais profissionais de saúde mental na APS, média alta complexidade e urgência e emergência, a fim de reduzir filas de esperas e proporcionar o cuidado de maneira pontual e ordenada.

Na tabela abaixo apresenta-se como tem sido executada a Portaria 1.876, que estabelece as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006c), no município de Aquidauana/MS.

**Tabela 1:**

**Critérios das Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio e ações realizadas no município de Aquidauana/MS.**

<b>Critérios</b>	<b>Forma De Cumprimento</b>
1. Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos.	Estabelecimento de parcerias com a mídia em torno da promoção da saúde sobre os temas: Janeiro Branco, transtornos mentais, abuso de álcool e drogas, Agosto Verde; ações de prática corporal e atividade física realizada pela equipe multidisciplinar, academia da saúde e Fundação de Esporte Municipal; inclusão no PSE (2021) do tema suicídio e autolesão na ação Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz em escolas municipais e estaduais; formação e implantação dos Pontos Focais em parceria com psicólogos dos Médicos Sem Fronteiras (MSF) em aldeias indígenas.
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.	Entrega de material informativo e manual de prevenção do suicídio para profissionais da mídia em quatro rádios locais e um jornal, visando a abordagem responsável do suicídio; criação de quatro cards e cinco vídeos informativos em redes sociais oficiais da Prefeitura Municipal; material impresso disponibilizado pela Coordenadoria Estadual de Saúde Mental com a campanha “Não espere setembro para falar sobre suicídio”; participação na matéria Projeto de Vida, com o tema Resolução de Problemas no Setembro Amarelo em 2020.

<p>3. Organizar linhas de cuidados integrais em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas.</p>	<p>Reestruturação do Programa de Saúde Mental; oferta do atendimento psicológico online em todas as complexidades; implantação do serviço Telecuidado da APS; construção do protocolo da RAPS; implantação da estratificação de risco em saúde mental na APS, visando direcionar o cuidado de acordo com sua complexidade; implantação da avaliação de depressão pós-parto na APS; desenvolvimento do fluxograma de cuidado a paciente de comportamento suicida na APS; criação do fluxograma em saúde mental de crianças e adolescentes indígenas em risco de suicídio; plantão psicológico em fins de semana.</p>
<p>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.</p>	<p>Aplicação de formulário eletrônico aos profissionais da APS, considerando os itens do CIAP – psicológicos e sociais; treinamento e sensibilização do preenchimento correto da ficha E-SUS pelos profissionais da APS em casos de saúde mental e tentativa de suicídio.</p>
<p>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.</p>	<p>Não realizado</p>

<p>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</p>	<p>Implementadas melhorias no sistema G-sea; sensibilização e formação dos profissionais do setor público e privado sobre o preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada; reorganização do mapa de saúde mental da APS.</p>
<p>7. Promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;</p>	<p>Inclusão do CAPS II no sistema G-sea.</p>
<p>8. Promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização;</p>	<p>Treinamento do médico clínico geral para a assistência na APS dos transtornos mentais, etilismo, dependência química e risco de suicídio; acolhimento e cuidado do etilista e dependência química no SUS; incentivo à participação dos profissionais de saúde em cursos disponibilizado pelo governo federal e estadual sobre comportamento suicida e autolesão; formação de lideranças comunitárias, psicólogos da assistência social e saúde na atenção aos jovens aldeados através do MSF.</p>

Fonte: Elaborado pela autora

Por fim, baseado nas especificidades no suporte e prevenção ao suicídio, o município deve considerar a importância de adequar a estrutura para o funcionamento dos serviços e priorizar a celeridade na implantação dos leitos de saúde mental no hospital geral, acessibilidade dos serviços do CAPS II, investimento em recursos materiais e insumos, qualificação das práticas e dos serviços de saúde mental,

articulação da rede de suporte social para inclusão dos usuários na comunidade, a comunicação efetiva entre os profissionais que atuam na rede, o desenvolvimento de ações intersetoriais, a melhoria na integração dos componentes da RAPS, a responsabilização do profissional com o usuário e maior atenção aos profissionais que são insuficientes na composição das equipes.

## **Considerações Finais**

O suicídio está relacionado a múltiplos fatores, sendo necessário desenvolver ações de vigilância, prevenção e controle de forma integral a toda população. Neste ponto, o município de Aquidauana/MS vem aos poucos apresentando avanços no campo da saúde mental e a interação realizada por profissionais de saúde da gestão, promoção ou atenção neste último ano de 2020 exerce um papel primordial na prevenção e cuidado diante do comportamento suicida.

Ao descrever a rede de atenção psicossocial do município e avaliar se as diretrizes e normativas estão sendo aplicadas na rotina de atendimento, especialmente na prevenção do suicídio, é possível compreender o panorama da rede de atenção ao comportamento suicida e apontar caminhos futuros.

No que tange à legislação vigente, o município de Aquidauana necessita adequar os serviços de acordo com as portarias e leis preconizadas pelo SUS e a Política Nacional de Saúde Mental, para que haja efetividade no acolhimento e atenção a população e deste modo, seja possível desenvolver e implementar ações preventivas e emergenciais mais eficazes.

Como forma de contribuir para a ampliação de todo o trabalho realizado, propõe-se algumas recomendações para a gestão pública municipal que necessitam ser avaliadas e executadas.

**Tabela 2:****Recomendações para a gestão pública municipal de Aquidauana-Ms.**

<b>Item</b>	<b>Ações Recomendadas</b>
<b>A</b>	implantar abordagens e condutas profissionais baseadas em evidências científicas, atualizadas regularmente de acordo com manuais e referências técnicas para o manejo do comportamento suicida;
<b>B</b>	proporcionar formação aos profissionais do SAMU do protocolo básico de suporte à vida em crises de saúde mental e prevenção do suicídio, visando normatizar a abordagem assistencial da equipe;
<b>C</b>	promover acesso imediato a pacientes em risco de suicídio aos serviços de saúde disponíveis no município;
<b>D</b>	estabelecer uma rede de apoio e reabilitação para pacientes em risco de suicídio e para famílias enlutadas por suicídio;
<b>E</b>	realizar treinamento especializado no setor de saúde e intersetorial no acolhimento, avaliação, promoção e prevenção do suicídio;
<b>F</b>	implementação de fluxos assistenciais seguros e garantidos, afim de otimizar as tecnologias utilizadas e qualificar a assistência prestada;
<b>G</b>	construir de espaços coletivos de reflexão e avaliação na urgência e emergência de média e alta complexidade no acolhimento de pacientes em risco de suicídio;
<b>H</b>	promover a atuação das equipes de forma integrada e planejada, bem como, fomentar a educação permanente;
<b>I</b>	maior disponibilidade de profissionais de psicologia hospitalar e de saúde mental na rede municipal de saúde;
<b>J</b>	ampliação de uma rede de atenção e prevenção ao suicídio acessível, acolhedora e humanizada para toda população.

Fonte: Elaborado pela autora

## Referências

- Almeida, J. M. B. C. de (2019). Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 35, 11, Jul. Recuperado em 04 abril, 2021 de <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/906/politica-de-saude-mental-no-brasil-o-que-esta-em-jogo-nas-mudancas-em-curso>.
- Arguelo, S. S.; Constantino, É. V.; Camargo, G. P.; & Cauneto, A. S. (2018). Implantação da rede de atenção e prevenção ao suicídio de Anastácio/MS. In: *Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Campinas, Galoá. Recuperado em 09 de Março, 2021 de <https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/implantacao-da-rede-de-atencao-e-prevencao-ao-suicidio-de-anastacio-ms>.
- Botega, N. J. (2015) *Crise Suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). Lei N. 10.216, de 6 de Abril de 2001: Política Nacional da Saúde Mental. Brasília, 2001. Recuperado em 09 de março, 2021 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
- Brasil. Ministério Da Saúde. (2002). Portaria Nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Brasília, 2001. Recuperado em 09 de Março, 2021 de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)
- Brasil. Ministério da Saúde (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília. Recuperado em 10 de Abril, 2021 de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde (2006a). Secretaria de Atenção Básica.

Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Recuperado em 09 de Março, 2021 de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde(2006b). Estratégia nacional de prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília. Recuperado em 09 de março, 2021 de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)

Brasil, Ministério da Saúde (2006c). Portaria nº. 1.876, 2006. Diretrizes nacionais para prevenção do suicídio. Recuperado em 09 de março, 2021 de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html)

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2008) Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 75 p. Recuperado em 15 de Fevereiro, 2021, de [https://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_do\\_consumidor/diretrizes\\_assistenciais.pdf](https://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/diretrizes_assistenciais.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde (2010). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasília. Recuperado em 09 de Março, 2021 de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

Brasil. Ministério da Saúde (2011). Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Recuperado em 09 de Março, 2021 de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

Brasil. Ministério da Saúde (2013). Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176, p. il. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. CAB 34 Saúde Mental.

Brasil. Ministério da Saúde (2015). Cadernos Humaniza SUS, volume 5 Saúde Mental. Brasília. Recuperado em 21 de Abril, 2021 de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_volume\\_5.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde (2016). Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília. Recuperado em 09 de março, 2021 de: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/959-sas-raiz/dahu-raiz/urgencia-e-emergencia/12-urgencia-e-emergencia/20472-servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-193>

Brasil. Ministério da Saúde (2016). Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Recuperado em 09 de Março, 2021 de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html)

Brasil. Ministério da Saúde (2017). Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil : 2017 a 2020. Brasília. Recuperado em 15 Abril, 2021, de <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/17-0522-cartilha--Agenda-Estrategica-publicada.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde (2019). Lei Nº 13.819, de 26 de Abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Recuperado em 15 de Abril, 2021 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm)

Brasil. Ministério da Saúde (2020). Nota: Saúde Mental. Secretaria de Atenção Primária em Saúde. Recuperado em 15 de Abril,

2021 de <https://aps.saude.gov.br/noticia/10539>

Camargo. E. N; & Santos E. T. (2020). Prevalência e perfil socio-demográfico de suicídios e tentativas de suicídios ocorridos em Aquidauana e Anastácio/MS, Brasil, no período de 2007 a 2016: contribuição ao aperfeiçoamento de políticas de prevenção. *Ateliê Geográfico - Goiânia-GO*, v. 14, n. 01, abr/2020, p. 305 – 321. Recuperado em 15 de Abril, 2021 em <https://doi.org/10.5216/ag.v14i1.51318>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . Censo Brasileiro de 2010. Mato Grosso do Sul: IBGE, 2020.

OMS. (Organização Mundial da Saúde). Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Geneva: OMS, 2000. Recuperado em 13 de Abril, 2021 de [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicide-prev\\_phc\\_port.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicide-prev_phc_port.pdf)

Onocko-Campos, R. T. (2019). Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00156119, Ago. 2019. Recuperado em 09 de março, 2021 de <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/907/saude-mental-no-brasil-avancos-retrocessos-e-desafios> e de <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00156119>

Nóbrega, M. P. S. S., Mantovani, G. S., & Domingos, A. M. (2020). Recursos, objetivos e diretrizes na estrutura de uma Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20170864. Epub February 10, 2020. Recuperado em 09 de Março, 2021 de <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0864>

PMA/SMS – Prefeitura Municipal de Aquidauana. Secretaria Municipal de Saúde, 2018. Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021. Aquidauana: Planejamento da Saúde. Recuperado em 13 de Abril, 2021 de <http://www.aquidauana.ms.gov.br/planejamentosaude/01-plano-municipal-de-saude-pms/02-pms-2018-2021.pdf>

# Projeto de Desenvolvimento da Autoestima como Fator de Proteção de Suicídio entre Adolescentes Negros

*Patrícia Simplício da Silva*

## Introdução

De acordo com Meleiro e Bahls (2004, p. 14): “Etimologicamente a palavra suicídio deriva do latim e significa: sui= si mesmo e caedes=ação de matar”. Ou seja, é a ação de matar a si mesmo. A este ato se faz necessário conhecer e entender as minúcias deste comportamento e os fatores precipitantes.

Para Cassorla (1991), não existe circunstância única para o suicídio, este acontecimento é multicausal e envolve fatores intrínsecos e extrínsecos que vão se acumulando na vida do indivíduo através da interação de fatores constitucionais, ambientais, sociais, culturais, espirituais, religiosos, biológicos, psicológicos e relacionais de cunho pessoal e coletivo.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018) o suicídio se caracteriza como um problema social e de saúde pública, impactando no mundo inteiro. Este fenômeno foi a segunda principal causa de morte mundial no ano de 2016 entre jovens e adultos em idade produtiva de 15 a 29 anos, sendo também a décima causa morte mundial para indivíduos de todas as idades. Dentre as populações que apresentam alto risco de suicídio encontram-se idosos, refugiados, imigrantes, índios, gays, lésbicas, transgêneros e negros.

Aproximadamente cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio no mundo todos os anos, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos, e 20 ou mais tentativas ocorrem sem êxito. Dados da OMS

(2018) informa que os maiores índices são encontrados em adolescentes, comparado a qualquer outra idade, e que para cada suicídio de adolescente que acontece no mundo, ocorre pelo menos 40 tentativas não finalizadas. Em 2016 a cada 10 suicídios de adolescentes jovens, quatro eram brancos e seis eram negros.

Nessa perspectiva Aguiar (2012) traz reflexões acerca do sofrimento que se sobrepõe ao ato suicida, especificamente para os jovens negros, diante das discriminações e racismo que se acumulam na biografia desse sujeito, desde o seu nascimento, acarretando numa baixa autoestima. Pesquisas de Ceballos et al. (2015) apontaram várias evidências referenciando a relação entre autoestima e comportamento suicida.

De acordo com Teixeira (2002), a escola é um espaço oportuno para realização de ações que facilitem a prevenção do suicídio de adolescentes, pois através desse universo escolar podem-se ofertar aos educandos ações que os ajudem a identificar seus estados emocionais e falar sobre seus sofrimentos. “É possível prevenir o suicídio e ações de conscientização, psicoeducação e intervenção adequada podem contribuir na redução de mortes por suicídio” (Prado & Pinto, 2020, p. 75.1).

Esse projeto foi elaborado visando ofertar um espaço vivencial de escuta, debates e reflexões dentro de uma escola municipal no bairro do Jardim Veneza em João Pessoa/PB. Para implementação serão propostas dinâmicas vivenciais sobre autoconhecimento, percepção acerca da autoimagem, favorecimento do desenvolvimento da autoestima, troca de percepções entre os pares e promoção de perspectiva de vida e pertencimento.

Gera aproximação das evidências científicas disponíveis e importantes para o desenho desta proposta, para tanto foi realizada uma revisão bibliográfica das temáticas da adolescência, população negra, autoestima e suicídio.

A proposta desse projeto tem como objetivo principal prevenir a ocorrência de suicídio junto a adolescentes negros.

Pesquisa de Ceballos, Colorado, Arregocés e Verg (2015) afirmam que a baixa autoestima é um dos fatores de risco para o suicídio, por isso, o presente projeto se justifica pela importância do desenvolvimento da autoestima nesta referida população, acometida pelo suicídio em taxas maiores do que a população geral.

A apresentação da fundamentação teórica desse estudo foi dividida em três tópicos. No primeiro, foram expostas as concepções acerca da adolescência. No segundo, foi dada ênfase aos aspectos históricos da população negra e sua relação com o suicídio. Finalizando, foram apresentados achados científicos a respeito da autoestima e do suicídio.

## **Adolescência**

De acordo com a OMS (2000) a adolescência constitui-se em um processo de vivências orgânicas, pelo qual perpassam o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Essa etapa tem início por volta dos 10 anos até os 19 anos de idade.

Ao passar pelo processo de transição das etapas de desenvolvimento que envolve a infância, adolescência e adultez são comuns confrontos, autoquestionamento acerca da existência, do sentido e propósito de vida, assim como da morte, tudo isso vai se intensificando e internalizando conforme as contingências vivenciais ofertadas e formas de enfrentamento em relação às problemáticas da vida (OMS, 2000).

Moreira e Bastos (2015) afirmam que o período da adolescência é uma fase de mudanças físicas, psicológicas e sociais em que ocorrem: busca por identificação e definição da própria identidade, expectativa pela conquista da autonomia, ocupação de papéis

diversificados, previstos ou não. Tudo isso pode acarretar uma fase de muitos conflitos internos e externos em que atuam expectativas, contradições, frustrações e ambivalências. O indivíduo adolescente perpassa ainda por influência familiar, cultural e das relações estabelecidas com os pares, o que torna ainda mais esta fase envolvida por fragilidades, modificações, insegurança e possíveis sofrimentos psíquicos conforme este adolescente vivenciar os componentes estressores da vida diária, o que poderá desencadear conflitos, angústias, instabilidade, desequilíbrio e dificuldades que poderá torná-lo vulnerável ao comportamento suicida.

Dentre os fatores que mais sobressaíram destaca-se: depressão, desesperança, solidão, tristeza, preocupação, ansiedade, baixa autoestima, agressão por parte de pais e amigos, pouca comunicação com os pais, ser abusado fisicamente na escola, uso de substâncias psicoativas, ter uma pessoa conhecida com tentativa de suicídio e pertencer ao sexo feminino (Moreira & Bastos, 2015, p.450).

Nunes, Freire e Porfirio (2019) fizeram uma revisão integrativa de literatura com caráter descritivo, selecionando publicações desta temática entre os anos de 2012 a 2019. Os dados apontaram que no Brasil aconteceram 11.947 mortes por suicídio em pessoas de 10 a 19 anos no período de 2000 a 2015. Também foi observado que 85,32% dos suicídios ocorreram em adolescentes de 15 a 19 anos. Como fatores frequentemente associados ao risco do suicídio nesta faixa etária foram relatados depressão, desesperança, solidão, tristeza, preocupação, ansiedade, baixa autoestima, uso de substâncias e agressões. Pensamentos e atitudes que possam demonstrar desesperança, desespero e desamparo, também foram indicados como fator de risco potencial para suicídio nessa mesma população (Nunes et al., 2019).

## População Negra

De acordo com a cartilha Óbitos por Suicídio entre Adolescentes e Jovens Negros, com dados do período de 2012 a 2016, lançada pelo Ministério da Saúde do Brasil em maio de 2019, qualquer pessoa pode ser afetada pelo suicídio, no entanto os grupos mais vulneráveis são homens, pessoas com baixa escolaridade, idosos, adultos, população indígena, adolescentes e jovens negros (Brasil, 2019).

Os números citados na cartilha demonstram haver diferença significativa nos índices de suicídio conforme a etnia, portanto, diante dessa perspectiva, subteende-se que a raça pode ser um fator que contribui para o risco do suicídio. Os dados ainda apontaram para um crescimento de 12% na mortalidade por suicídio entre negros, sendo de 4,88 óbitos a cada 100 mil adolescentes e jovens negros em 2012 e de 5,88 óbitos a cada 100 mil em 2016. Já a mortalidade por suicídio, na população de adolescentes jovens brancos, permaneceu estável no mesmo período. Nessa comparação étnico-racial é possível observar que, no ano de 2012, a cada 100 suicídios em adolescentes jovens brancos, aconteceram 134 em adolescentes jovens negros. Em 2016, a cada 10 suicídios de adolescentes jovens, quatro eram brancos e seis eram negros. Naquele mesmo ano, foi identificado um risco 45% maior para a morte por suicídio entre adolescentes jovens negros em comparação aos adolescentes jovens brancos (Brasil, 2019).

A interpretação desses dados vai ao encontro do caminho da vulnerabilidade da população negra em decorrência de uma experiência de vida que envolve preconceito, desigualdades e discriminação racial, além da conjuntura do racismo estrutural os quais constituem fatores de risco para o suicídio. Adicionam-se a eles, a ausência de sentimentos de pertença, sentimentos de inferioridade, rejeição, negligência, maus tratos, abuso, violência, inadequação, inadaptação,

sentimentos de incapacidade, solidão, isolamento social, assim como a não aceitação da identidade racial, sexual e afetiva, de gênero e de classe social (Brasil, 2019).

Esse contexto de violência simbólica, física e psicológica poderá, portanto, ocasionar sofrimento, sentimentos de inferioridade e de não pertencimento ao meio social, acometendo, assim, a saúde psíquica com consequências danosas que podem culminar no suicídio (Navasconi & Moscheta, 2017).

Na análise da reportagem “Índice de suicídio entre jovens e adolescentes negros cresce e é 45% maior do que entre brancos”, publicada em 21 de maio de 2019, o G1- ciência e saúde, ligado às organizações Globo, relacionou o racismo estrutural ao sofrimento e adoecimento entre os jovens negros, tendo esses uma maior vulnerabilidade ao risco de suicídio 67% maior em comparação com os adolescentes brancos da mesma idade, entre 10 e 19 anos (Monari & Bertolli, 2019).

Em outra reportagem a agência de jornalismo Alma Preta, especializada na temática racial do Brasil, publicou no dia 21 de maio de 2019 a reportagem “Jovens homens negros são 67% mais vítimas de suicídio do que os brancos” (Monari & Bertolli, 2019).

Em uma autobiografia, Aguiar (2012) traz reflexões acerca do sofrimento que se sobrepõe ao ato suicida, especificamente para os jovens negros, diante das discriminações e do racismo enfrentado desde o seu nascimento, acarretando numa baixa autoestima. O adolescente negro que inicia neste período a descoberta da própria identidade poderá não se enxergar e nem se reconhecer perante essa sociedade que o separa, subjuga e inferioriza.

Assim, essa conjuntura relacionada ao racismo estrutural, que leva ao sofrimento e ao adoecimento psíquico, assim como a possíveis tentativas de suicídio, é o centro motivacional inicial para um con-

siderável aumento no índice do suicídio entre adolescentes e jovens negros (Monari & Bertolli, 2019).

Aguiar (2012) afirmou que historicamente os negros se suicidavam para se libertar do sistema racista e escravista, das prisões, humilhações, desigualdades, perseguições, maus tratos, exposição a condições desumanas e precárias de alimentação, higiene e saúde. Além disso, eram desprezados, excluídos, descartados, tratados como mercadorias, envolvidos em mitos sexuais, privados direitos como realizar rituais fúnebres e participar de eventos sociais, sem falar de toda crueldade e tortura a eles dirigida, de modo que eram envolvidos por uma crescente e infinita violência cultural. O sofrimento ficava evidenciado tanto para os que estavam morrendo gradativamente, como para os que presenciavam tamanho sofrimento e abandono social. Nesse sentido, historicamente, a população negra se visualizava inferior e como objeto, como um meio ou ferramenta para servir, satisfazer e trazer lucro aos brancos. Foi então, nesse contexto, que surgiam dúvidas sobre pertencimento: a que lugar esse negro pertencia.

Ninguém quer ser negro num país onde até o vocábulo que se presta para classificar etnicamente um grupo é designativo de tudo o que não presta. Os negros são os que mais morrem pela bala da polícia (...) são os que mais apanham da recessão e do desemprego, os que mais ocupam as celas dos manicômios e presídio (...) os que mais perambulam como crianças e adolescentes nas ruas, expostos à violência e às drogas. São os mais discriminados pela mídia (Conceição, 2005, p. 68).

Refletindo sobre esse contexto exposto por Conceição (2005), fica evidente a relação com a construção das ideias de Durkheim (2004), de que o suicídio traz, no seu cerne, motivações estabelecidas pela sociedade. O jovem negro pode não se reconhecer no meio desse

sistema excludente, desigual e desumano, acarretando, assim, numa baixa autoestima, principalmente por ter a percepção de que é difícil modificar o que já está enraizado pela sociedade: de que o negro não tem voz e vez e está sempre sendo subjugado, tratado com preconceito e desvalorização e possuindo com escasso espaço de crescimento, participação e oportunidade, por melhor que possa ser em tudo que realiza. Essa sociedade não oferece e nem oportuniza meios para que estes tenham o direito de exercer uma cidadania digna.

Na perspectiva social, fica subentendido que as relações são estabelecidas entre o indivíduo e a sociedade, independente da visão que cada cultura tem sobre o suicídio. Portanto é para a sociedade que o indivíduo sinaliza o seu protesto através da concretização do ato. Conforme ainda enfatizado por Durkheim (2004):

O homem é duplo, é porque ao homem físico se sobrepõe o homem social. Ora, este último supõe necessariamente uma sociedade que ele exprime e à qual ele serve. Quando ao contrário ele vem a se desagregar, quando já não a sentimos em nós se vê desprovido de todo fundamento objetivo. (p. 266).

Desse modo, o ato suicida é individual, porém engloba causas, valores e questionamentos sociais. Portanto, caso o indivíduo esteja vivenciando um contexto social desfavorável ou em desacordo com os seus ideais, e se sinta desintegrado, desconexo, subordinado ou incompreendido pelo meio social, por um grupo específico, ou por alguma pessoa, vivenciará conflitos ambivalentes, e isso poderá resultar numa atitude autodestrutiva.

Sobre a natureza social da ação, Minayo (1998) pontuou que deve ser verificada a influência dos fatores sociais e o quanto a sociedade tem responsabilidade pela despersonalização, alienação, patologização e aniquilamento do indivíduo, partindo, portanto, de tudo que o meio disponibiliza para o individual.

## **Autoestima e Suicídio**

Schultheisz e Aprile (2013) definiram a autoestima como a valorização subjetiva que a pessoa faz sobre si, levando em consideração sua história de vida, bem como os acontecimentos dessa trajetória que serão determinantes para o estabelecimento dos valores positivos ou negativos eleito por si próprio conforme as vivências. Também observaram que a autoestima está relacionada à autoaceitação, à autovalorização, à autoconfiança, à projeção de expectativas, à satisfação com a vida, à consideração de significância, assim como à visualização das próprias habilidades, de ser bem sucedido e valioso, trazendo um cunho significativo e evidenciado através das respostas dadas pelos indivíduos nas interações e eventos da vida.

Quando a autoestima é vivenciada de forma positiva, o sujeito se sente confiante e valorizado. A autoestima está diretamente relacionada à maneira como a pessoa estabelece seus objetivos, se aceita, se sente satisfeita com a sua identidade, valoriza o outro e estabelece suas expectativas e projetos. A perspectiva essencial da autoestima é o aspecto valorativo, que faz com que a pessoa esteja dotada de confiança e que se autovalorize (Coopersmith, 1989).

Na perspectiva de Branden (1995), a autoestima está diretamente relacionada com a concepção da autoeficácia, em relação às habilidades, competências e qualidade dos relacionamentos sociais estabelecidos, tudo isso relacionado ao enfrentamento dos desafios básicos da vida e da percepção de se sentir merecedor da felicidade. Assim, ter autoestima é fundamental para a conservação da vida, visto que torna os indivíduos ativos ou passivos quanto ao enfrentamento das vivências e sofrimentos originados das experiências (Branden, 1995).

Sobre o prisma da eficiência, Bandura (1994) definiu a autoeficácia como sendo “as crenças das pessoas a respeito de suas capacidades de produzir determinados níveis de desempenho que exercem

influência sobre fatos que afetam suas vidas” (Bandura, 1994, p. 71). De acordo com o mesmo autor, as mudanças nas etapas da vida, especificamente na adolescência, bem como as crenças estabelecidas nestas vivências, poderão contribuir para um descontrole pessoal, ausência de autoconfiança, exposição e influência à avaliação social, desmotivação e carência de engajamento, podendo então acarretar fragilidade, adoecimento psíquico e possível exposição a comportamentos de riscos (Bandura, 1997).

Schultheisz e Aprile (2013) enfatizam que o autoconceito e a autoimagem estão diretamente interligados à autoestima. O autoconceito está relacionado à como o indivíduo se percebe, seja por ideia ou imagem e ao conceito que tem de si próprio. Já a autoimagem está relacionada à concepção pessoal da própria personalidade ao absorver as aprendizagens das vivências ou imposições ao seu comportamento, aparência física ou função cognitiva, ou seja, a consciência de sua identidade e das conquistas, levando em consideração seu papel social, assim como seu valor e importância numa cultura ou sociedade. A autoimagem também tem uma função adaptativa e reguladora por absorver memórias episódicas e semânticas, traços da personalidade e valores que contribuem para manutenção e estabilidade do self, dando acesso a que se façam projeções para a vida, como se planejar e autoavaliar diante do desempenho dos papéis exercidos.

Pereira, Lopes, Gonçalves e Raposo (2017) verbalizaram que a autoestima, bem como a autoavaliação, estão relacionadas ao conceito de si, ou seja, às competências e ao apreço, e que são suscetíveis às influências das pessoas do convívio. Na perspectiva de Alva (2017), o poder da influência externa experienciada pela pessoa pode ter uma proporção tão grande de tal modo a impactar a integridade individual sob o olhar das construções positivas ou quando arraigado a críticas pode levar a pessoa ao declínio, afetando assim a autoestima,

levando a distorções na comunicação entre pensamento e sentimento, acarretando ideias de fracasso e dificuldade de integração social.

Tanto Pereira et al. (2017) quanto Alva (2017) enfatizaram que a autoestima é desenvolvida através das vivências diárias, moldadas conforme as contingências ambientais ofertadas e pelas relações estabelecidas, que irão influenciar na construção dessa autoestima, que serão determinantes para a construção da identidade pessoal. Como relataram Bandeira e Hutz (2010, p. 133) “a forma como nós vemos a nós mesmos é fortemente influenciada pela maneira como os outros nos veem”.

Os autores Schultheisz e Aprile (2013) também observaram que a construção interna e pessoal será influenciada e determinada pelo contexto social e cultural e pela identificação que o sujeito estabelece com o mundo exterior, influenciando na formação da própria autoestima. Também elencaram que a autoestima é um indicador importante para o desenvolvimento de uma boa saúde mental e bem estar por intervir na inter-relação afetiva, social e psicológica da população em geral.

Retomando a pesquisa de Ceballos et al. (2015) citada anteriormente, há várias evidências referenciando a relação entre autoestima e comportamento suicida, sendo observado que as pessoas que tinham baixa ideação suicida tinham uma autoestima elevada, enquanto que as pessoas que tinham alta ideação suicida tinha uma relação direta com a baixa autoestima. Isso corrobora com o argumento de Bandeira e Hutz (2010, p. 133) que afirmaram “a autoestima está relacionada à saúde mental e ao bem-estar psicológico e sua carência está relacionada a certos fenômenos mentais negativos como depressão e suicídio”.

Para Sukiennik (2000) na etapa de desenvolvimento da adolescência o suicídio poderá ser um caminho singular visualizado

na medida em que são vivenciados e evidenciados sentimentos intensos de baixa autoestima, assim como quadros psiquiátricos de grande risco.

## **Problemática e Justificativa**

Os estereótipos raciais, manifestados em diversas situações sociais, velados ou sutis, são danosos e afetam diretamente a autoestima e a construção da identidade social do adolescente negro, acarretando um grande sofrimento psíquico. Em casos mais graves, pode culminar num suicídio. Diante deste contexto, justifica-se a elaboração deste projeto de prevenção do suicídio na população adolescente negra numa escola pública, tendo como foco o desenvolvimento da autoestima nesta referida população e a redução das taxas de suicídio, tendo em vista conforme comprovado em pesquisas científicas, que a baixa autoestima é um dos fatores de risco para o suicídio.

### **Objetivo Geral:**

- Prevenir a ocorrência de suicídio junto a adolescentes negros.

### **Objetivos Específicos:**

- Propiciar debates e reflexões sobre os aspectos da identidade e promover autoestima com o objetivo de minimizar o impacto em relação ao estigma e preconceito que envolve essa população, fortalecendo a autoestima e contribuindo assim para a prevenção do suicídio.
- Promover o autoconhecimento dos adolescentes negros participantes deste projeto.
- Estimular reflexões e debates acerca do autoconceito, autoimagem com o objetivo de promover a autoestima.
- Fomentar conscientização acerca da autoaceitação, autovalo-

rização, autoconfiança e projeções para a vida.

## **Método**

Trata-se de uma proposta experiencial de um projeto de intervenção que será realizado em uma Escola de Ensino Fundamental I e II com programa do Ensino de Educação de Jovens e Adultos (EJA) da rede municipal de João Pessoa/PB, localizada no bairro Jardim Veneza. A escola tem funcionamento de segunda à sexta-feira. Fazem parte do corpo de educandos desta escola alunos da comunidade em geral. Atualmente, a escola não possui projetos de intervenção socioemocionais.

## **Participantes**

O critério para inclusão e participação desse projeto de intervenção é ser adolescente autodeclarado negro, de qualquer gênero, na faixa etária de 14 a 17 anos de idade, que seja estudante do ensino fundamental II ou EJA da escola ao qual esse projeto se destina.

## **Procedimentos**

Inicialmente foi realizada uma visita à escola objetivando conhecer e obter informações junto à direção responsável acerca da realidade vivencial dos educandos no contexto escolar e no que tange à família e as condições sociais, assim como especificamente quanto às necessidades de intervenções contínuas destinadas aos educandos adolescentes negros. Na oportunidade, foram conhecidos os professores, os coordenadores, a equipe técnica, assim como o Psicólogo que já atua na escola.

A partir das informações colhidas foi informada a direção da escola a oferta de uma palestra aberta e gratuita direcionada aos adolescentes em geral, alunos da referida escola, falando sobre au-

toestima e saúde mental. E que ao final da palestra será apresentado o projeto e informado os critérios para participação contidos no método de participantes descrito neste trabalho e posteriormente será passada uma lista de intenção de participação, com o objetivo de captar os adolescentes negros que tenham interesse em participar do projeto. Posteriormente a esse momento e conforme a lista preenchida e análise junto à direção da escola, de acordo com o número de participantes interessados, serão organizados grupos de no máximo vinte alunos por período de intervenção, estes serão contactados na própria escola junto com a direção. O projeto será efetivado com base vivencial, efetivada por dois profissionais de psicologia, tendo também como ponto de apoio o psicólogo que já atua na escola e este poderá ser um parceiro tanto na coleta de informações, como na avaliação, promoção de saúde mental, na identificação das problemáticas e intervenção junto aos educandos, educadores, equipe e família, assim como em estabelecer os devidos encaminhamentos, e participando e avaliando as ações proposta neste projeto.

Seguindo essa linha de intervenção e objetivando trabalhar o tema da autoestima como fator de proteção do risco de suicídio junto aos adolescentes negros, serão aplicadas dinâmicas para trabalhar o autoconhecimento, autoimagem, autoestima e perspectiva de vida.

Ao final das apresentações, informações colhidas, divulgação e aprovação da proposta, foi solicitado à diretora que assinasse o documento autorizando a efetivação da proposta prática de intervenção, que terá início tão logo as aulas presenciais retornem na referida escola.

O local de execução das atividades será uma sala de aula disponível dentro da mesma escola. O encontro será feito em sete sextas-feiras subsequentes, no período da manhã, no horário das 09:00 às 11:00 horas. O projeto será realizado em sete etapas, descritas a seguir:

### **1ª Etapa:**

Palestra aberta e gratuita direcionada aos adolescentes em geral, alunos da referida escola, falando sobre autoestima e saúde mental.

### **2ª Etapa:**

**Objetivo:** Roda de conversa para apresentação de forma circular e dinâmica.

**Dinâmica:** “Apresentação através de desenhos”

Materiais; uma folha para desenho e um lápis colorido ou caneta hidrocor para cada participante.

Procedimentos: Distribuídos os materiais da dinâmica, o aplicador explica o exercício: Cada qual terá que responder, através de desenhos, à seguinte pergunta: Quem sou eu? Os participantes terão 15 minutos para preparar a resposta, em forma de desenho. Posteriormente, a apresentação dos desenhos é feita em plenário. Os participantes, de forma interativa e livre, iniciam um diálogo para comentar as respostas da apresentação individual do desenho. Após o comentário do grupo, o componente comenta a própria resposta do desenho, promovendo, assim, uma interação entre os participantes.

Posteriormente a essa dinâmica será iniciado um diálogo aberto com o objetivo de saber como eles estão, quais são os pensamentos, sentimentos, necessidades, e expectativas envolvidas naquele momento.

### **3ª Etapa:**

**Objetivo:** Trabalhar o autoconhecimento.

**Dinâmica:** “Dinâmica do Espelho”

Materiais: caixas de presentes com um espelho dentro para cada participante.

Procedimentos: O condutor da dinâmica entrega uma caixa a cada participante e informa aos mesmos que dentro da caixa há uma foto de alguém muito importante e especial para cada um daquele

grupo de pessoas. Em seguida, o instrutor deve pedir aos participantes, um a um, para se posicionarem em frente à caixa e abri-la, mas sem revelar de quem é a “foto” que está dentro.

Os participantes são orientados a olhar-se dentro da caixa, onde estará um espelho, em seguida um de cada vez será estimulado a falar algumas das principais qualidades, habilidades, sentimentos e formas de ver o mundo daquela pessoa, mas sem revelar que fala de si mesmo. Quanto mais características apresentar, maior será sua reflexão e prática do autoconhecimento.

#### **4ª Etapa:**

**Objetivo:** Autoimagem (como me vejo e como as pessoas me veem)

**Dinâmica:** O jogo de envelope

**Materiais:** uma folha de papel A4, envelopes e canetas para cada participante.

**Procedimentos:** cada adolescente recebe uma folha e um envelope. Na folha deverá escrever três defeitos que reconhece em si mesmo. Eles também podem dizer características que eles não gostam e que gostariam de mudar. Em seguida, será solicitado que coloque a lista dentro do envelope e feche-o. Esse envelope vai levar o seu nome. Depois disso, os adolescentes irão passar para o parceiro ao lado dele e ele deve escrever três qualidades ou virtudes que ele reconhece na pessoa do envelope. Isso irá escrevê-lo do lado de fora. Então o envelope é passado para o parceiro à direita e ele fará o mesmo. O jogo terminará quando o envelope chegar às mãos do dono do dito envelope.

O objetivo deste jogo é mostrar a cada um que embora tenham defeitos eles também têm muitas virtudes. Na verdade, cada parceiro reconhece virtudes diferentes, talvez algumas coincidentes. Mas em qualquer caso, eles serão mais do que os defeitos que ele identificou.

Neste jogo os defeitos não são compartilhados, procurando que o participante fique com a agradável surpresa de todo o bem que os outros reconhecem nele.

### **5ª Etapa:**

**Objetivo:** Nutrir a autoestima

**Dinâmica:** “Carta de amor a si próprio”

**Materiais:** folha de papel A4 e canetas para cada participante.

**Procedimentos:** será solicitado aos participantes que escrevam uma carta de amor a si próprio e nela seja evidenciado as qualidades positivas, habilidades, talentos e potenciais. Os mesmos devem se elogiar, se compreender, se aceitar como são, e escrever palavras de amor, de incentivo, reconhecer os aprendizados, não se julgar e se perdoar por algo que possa ter feito de errado, além de se agradecer por todas as etapas e conquistas ao longo da vida.

### **6ª Etapa:**

**Objetivo:** Promover perspectiva de vida

**Dinâmica:** Refletindo sobre o Projeto de Vida

**Materiais:** folha de papel A4, caneta esferográfica e de hidrocor para cada participante.

**Procedimentos:** será solicitado aos participantes que respondam às perguntas de forma pontual, através de palavras, frases ou desenhos.

Quem sou eu? Quem eu quero ser? O que eu preciso fazer para alcançar meus objetivos? Quais caminhos devo seguir? Qual o meu papel no mundo?

### **7ª e última etapa:**

**Materiais:** folha de papel A4, caneta esferográfica e de hidrocor para cada participante.

Procedimentos: a última etapa será efetivada com objetivo de mensurar a ação, e será feito de forma coletiva e circular onde os próprios adolescentes irão fazer uma avaliação do projeto de forma escrita. De como foi para eles participarem das atividades propostas de forma dinâmica das temáticas que envolvem autoestima e vida e na oportunidade irão responder as perguntas: “O que lhes incomoda? Como se sentem? O que precisam? No que se comprometem?”. Com objetivo final de compreender a operacionalidade do projeto e o impacto despertado nesses adolescentes acerca da temática da autoestima.

É importante ressaltar que este projeto será executado por dois profissionais de Psicologia e duas pessoas para apoio do corpo técnico da escola. E que não receberá nenhuma ajuda financeira de qualquer órgão ou instituição. Sendo assim, todas as despesas ficarão a cargo da profissional responsável pelo projeto.

O projeto será executado de forma presencial, seguindo todos os critérios de proteção e recomendações estabelecidas pela OMS, em decorrência da situação atual da Pandemia do COVID 19.

Algumas fragilidades podem ser observadas como fatores que impeçam o sucesso na execução desse projeto, dentre elas: o atual cenário pandêmico da COVID-19 que impede a execução imediata; a preocupação em oferecer uma estrutura segura seguindo o distanciamento e as orientações da Organização Mundial de Saúde, também em relação à situação da pandemia; a não adesão do público alvo; o fato de ter apenas um profissional de psicologia que atende na escola; a falta de acesso à família; o desconhecimento da história de vida dos alunos; a escassez ou inoperância da rede de atendimento do sistema público de saúde, principalmente porque caso algum aluno esteja em situação de vulnerabilidade social ou com seus direitos violados, necessitará de encaminhamento e intervenção imediata e contínua.

## Considerações Finais

Diante do exposto neste trabalho, fica evidente que as altas e crescentes taxas de suicídio na população negra traz nas suas raízes um sofrimento cultural e estrutural desde os primórdios da escravidão, em decorrência do preconceito, desigualdade e discriminação racial. Ser da raça/etnia negra tem sido um fator de alto risco para o suicídio, o que é decorrente de uma violência biopsicossocial. Essa situação justifica a necessidade de criação de ações preventivas, as quais devem envolver espaços de compartilhamento, tanto de fala quanto de escuta.

Ao se trabalhar a autoestima com estes adolescentes pode-se ter a oportunidade de fortalecê-lo interiormente, fazendo com que ele busque se autorregular, se adaptar e responder a si próprio acerca da sua significância, aprendendo assim a desenvolver autoconfiança e agindo de forma equilibrada diante das problemáticas da vida, portanto esse adolescente negro poderá ser trabalhado e fortalecido acerca do seu olhar e aceitação sobre si próprio, se potencializando para que o mesmo compreenda que recebe influência do meio, mas que pode ter um papel de agente transformador que o modifica e busca por melhorias para sua vida e comunidade negra.

Em relação à baixa autoestima como fator de risco do suicídio, certamente ainda há muito a ser pesquisado, debatido e investigado, tendo em vista a literatura escassa acerca dessa temática, assim como do suicídio de adolescentes negros.

Conclui-se sobre a importância e a necessidade de trabalhos não somente de formas pontuais, mas de continuidade, bem como o desenvolvimento de ações que estimulem a valorização e o respeito a si próprio e em todas as vivências estabelecidas, levando em consideração a necessidade de promover saúde e fortalecimento da identidade pessoal e da autoestima, principalmente nesta população tão afetada

e envolvida por diversas formas de preconceito, violência, desvalorização, separação, sofrimento psíquico silêncio e invisibilidade.

Por todos esses aspectos se faz importante a aplicabilidade desse projeto, onde serão disponibilizados momentos para esses adolescentes estabelecerem vínculos, ouvir, partilhar, se expressar, se autoconhecer, refletir acerca das próprias habilidades e potenciais e validar as suas próprias qualidades. Essas reflexões ajudarão no fortalecimento psíquico e desenvolvimento da autoestima, além disso, poderá estimular transformações, promover perspectiva de vida e conseqüentemente contribuir para redução ao risco do suicídio.

## Referências

- Alva, M.C. (2017). Autoestima, hábitos de estudio y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Propósitos y Representaciones*, 5(1): 71-99.
- Aguiar, G. O. (2012). O suicídio entre jovens negros na perspectiva Durkheimiana. *Identidade*, São Leopoldo, RS, v.17
- Bandura, A. (1998). Self-Efficacy. In: Ramachaudran, V. S. *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press.v. 4, p. 71-81, 1994. Reprinted In: Friedman, H. (Ed.). *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, p. 15-41.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandeira, C. M., & Hutz, C. S.(2010). *As implicações do bullying na autoestima de adolescentes*. *Psicologia Escolar e Educacional*, v.14(1), 131-138.
- Branden N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Buenos Aires: Paidós.
- Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2019). Óbitos por Suicídio en-

- tre Adolescentes e Jovens Negros 2012 a 2016. Recuperado de: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos\\_suicidio\\_adolescentes\\_negros\\_2012\\_2016.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf)> Acesso em: 01 maio 2021.
- Cassorla, R. M. S. (1991). *Do suicídio: Estudos brasileiros*. 2.ed. Campinas: Papyrus.
- Ceballo, G. A., Colorado, Y. S., Arregocés, J.S., & Verg, L. M. G. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1): 15-22. Electronic Document Format(APA).
- Conceição, F. (2005). *Como fazer amor com um negro sem se cansar. E outros textos para o debate contemporâneo da luta antirracista no Brasil*. São Paulo: Terceira Margem, . p.68.
- Coopersmith, S. (1989) . *Coopersmith - self-esteem inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Durkheim, E. (2004). *O suicídio: um estudo sociológico*. São Paulo: Martins Fontes, p.266.
- Organização Mundial de Saúde. (2006). *Prevenção do suicídio: Um recurso para conselheiros*. Genebra: OMS. Recuperado de: <[http://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf)> Acesso em: 20 mar 2021.
- Organização Mundial de Saúde (2000). *Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Transtornos mentais e comportamentos. Genebra: OMS. Recuperado de: <[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_phc\\_port.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf)> Acesso em: 20 mar 2021.
- Meleiro, A. M. A. S., & Bahls, S.C. (2004). O comportamento suicida. In A. M. A. S. Meleiro, C. T. Teng, & Y. P. Wang, *Suicídio: Estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma.p.14.
- Minayo, M. C. S. (1998). A autoviolência, objeto da sociologia e pro-

blema de saúde pública: asociologicalconcernand a publichealth problem. *Cad. Saúde Pública[online]*. vol.14, n.2, pp. 421-428. ISSN 0102-311X. Recuperado de:<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-311X1998000200027>> Acesso em: 25mar 2021.

Monari, A. C.P., & Bertolli, C. Fº. (2019). Entre o debate público e o silêncio: Análise da cobertura jornalística online sobre a questão do suicídio de adolescentes e jovens negros no Brasil *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. out.-dez.;13(4):754-67 [[www.reciis.icict.fiocruz.br](http://www.reciis.icict.fiocruz.br)] e-ISSN 1981-6278 <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v13i4.1853>

Moreira, L. C. O., & Bastos, P. R. H. O. (2015). Prevalencia y factores asociados a la ideación suicida en la adolescencia: revisión de literatura. *Psicol. Esc. Educ. [online]*. vol.19, n.3, pp.445-453. ISSN 2175-3539. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>.

Navasconi, P. V. P., & Moscheta, M. S. (2017). Existente inexistente: A Interseccionalidade de raça, sexualidades e suicídio. Universidade Estadual de Maringá (UEM), Simpósio Internacional em Educação Sexual, V SIES. Maringá-PR.

Nunes, N. R., Freire, W. F., & Porfírio, R. B. M. (2019). Acolhimento da equipe de enfermagem frente aos adolescentes com ideias suicidas: Uma revisão integrativa de literatura. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 04, Ed. 11, Vol. 03, pp. 49-66.

Organização Mundial da Saúde. (2000). Departamento de Saúde Mental. Transtornos Mentais e Comportamentais. *Prevenção do suicídio: Manual para professores e educadores*. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/5/WHO\\_MNH\\_00.3\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/5/WHO_MNH_00.3_por.pdf). Acesso em: 18 Abr 2021.

Organização Mundial da Saúde (2018). Folha Informativa - Suicídio. Recuperado de: < <https://www.paho.org/bra/index.php?op->

[tion=com\\_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839](#)> . Acesso em: 14 Abr 2021.

- Pereira, H. P., Lopes, D.G., Gonçalves, M. C., & Raposo, J.J.V. (2017). Bem-estar psicológico e autoestima em estudantes universitários. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 12(2): 297-305.
- Prado, A. S., & Pinto, L. R. (2020). A contribuição da escola para prevenção do suicídio: Um enfoque nos fatores de risco. *Revista Mundi Sociais e Humanidades*, v.5 n. 1. p.75.
- Schudson, M. (2010) *Descobrimos a notícia: Uma história social dos jornais nos Estados Unidos*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Schultheisz, T. S. V., & Aprile, M. R. (2013). Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 3; 5(1): 36-48.
- Sukiennik, P. B. (2000). *O aluno problema* (2a ed.). Porto Alegre, Brasil: Mercado Aberto.
- Teixeira, C. M. F. S. (2002). A escola como espaço de prevenção ao suicídio de adolescentes: Relato de experiência. *Rev. Inter-ação*, Goiânia, v. 37, n.1. [online] Recuperado de: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/interacao/article/view/1509>> Acesso em: 19 mar 2021.

# Projeto Sobre\_vivendo: Intervenção Realizada com Adolescentes em Ambiente Escolar

*Aminny Farias Pereira*

*Alanna Bernardes da Silva*

*Ana Elise Ferro Maia*

*Juliana Bredemeier*

## Introdução

Adolescência, de acordo com o dicionário Ferreira (2010), é a fase da vida entre a puberdade e a idade adulta. No entanto, é necessário ir além da definição da palavra para que sejam compreendidas todas as mudanças decorrentes desse momento da vida, uma vez que, relacionado à maturação e ao desenvolvimento do organismo e mudanças na personalidade, cada momento é marcado por necessidades, impulsos e desejos daquele que, muitas vezes, ainda se comporta como criança, mas já não tem o mesmo corpo de criança. Nessa fase, as mudanças biológicas aparecem e forçam o indivíduo a ter que se acostumar não só com o novo corpo que está aparecendo, mas também com a necessidade de saber lidar com o que isso significa (Almeida, 2014).

Esse também é o período em que o indivíduo constitui a sua identidade, resultante das relações entre as questões biológicas e sociais que vão se formando por meio da vivência do indivíduo ao longo dos anos (Quiroga & Vitalle, 2013). Portanto, durante esse período, a pessoa vivencia o processo de construção da identidade e começa a projetar o seu futuro, o que demanda um enorme senso de responsabilidade e acarreta uma pressão que nem sempre aquele adolescente está pronto para enfrentar.

A adolescência, por si só, é complexa, já que conta com o misto

de novas experiências, alterações neurobiológicas intensas, busca pela identidade e construção de novos relacionamentos. Nesse momento, aquele indivíduo que acabou de sair da infância, na maioria das vezes sem precisar lidar com nenhum tipo de responsabilidade, se vê diante da necessidade de tomar uma série de decisões que, provavelmente, impactarão durante toda a sua vida. É muito comum a presença de sentimentos como vergonha, vontade de ser independente, necessidade de afirmar que não é mais criança, conflitos emocionais, etc. Essa também é uma fase em que a opinião e validação dos pares é de suma importância; por isso, geralmente esse é o momento em que se instalam as primeiras crises na autoestima, autoconfiança e autoaceitação do indivíduo (Paixão, Patias, & Dell’Aglío, 2018).

Para Paixão, Patias e Dell’Aglío (2018), autoestima na adolescência é essencial para o bom desenvolvimento do ser. Rosenberg (1965), afirma que a autoestima pode ser definida como um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo em relação ao seu próprio valor, competência, confiança, adequação e capacidade para enfrentar desafios e que se transforma em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo. A autoestima é considerada um determinante para a forma de a pessoa perceber, sentir e responder ao mundo. Ela está relacionada às experiências da pessoa ao longo da vida, e uma autoestima boa é fundamental para que o indivíduo desenvolva suas potencialidades (Paixão, Patias, & Dell’Aglío, 2018).

Ter uma autoestima saudável é extremamente importante, especialmente na adolescência, vale ressaltar que ela é capaz de influenciar o modo de ser, de sentir, de agir no mundo e também a forma de se relacionar com os outros, além de estar relacionada a diversos aspectos do desenvolvimento emocional (Freire & Tavares, 2011). A adolescência também potencializa as oscilações na autoestima, já que é uma fase de grandes transformações psicossociais (Andrade,

Fernandes, Viana, & Liz, 2017). Vale dizer que adolescentes que apresentam indícios de baixa autoestima dispõem de aproximadamente sete vezes a mais de chances de manifestar sintomas de transtornos psiquiátricos se comparados com aqueles que possuem uma elevada autoestima (Avanci, Assis, Oliveira, Ferreira, & Pesce, 2007). Estudos realizados por Li, Delvecchio, Di Riso, Salcuni e Mazzeschi (2015) e Steiger, Allemand, Robins, & Fend (2014), demonstraram existir relação entre autoestima e depressão em adolescentes e adultos jovens, tendo em vista que, quanto mais altos forem os níveis de sintomas depressivos, mais baixos serão os níveis de autoestima. Os autores observaram que o efeito da autoestima na depressão foi significativamente mais forte se comparado ao efeito inverso. Além do mais, nesses estudos também se observou a presença da correlação entre ansiedade e autoestima.

Conforme apresentam os estudos dos autores Kleiman e Riskind (2013), a autoestima é um importante mediador para o autossuporte e a ideação suicida, tendo em vista que o autossuporte e o suporte social resultaram no aumento da autoestima, amenizando assim a ideação suicida. Há indicações, inclusive, de pessoas que são mais propensas a apresentarem transtornos mentais, estando, portanto, suscetíveis a alterações dos sentimentos de autovalor em resposta a eventos negativos (Kleiman & Riskind, 2013).

Deste modo, promover a autoestima favorece também o desenvolvimento do autossuporte. Segundo Andrade (2014), o suporte é o conjunto de recursos adquiridos pela pessoa ao longo da vida, de modo que a elaboração do autossuporte está relacionado ao potencial, à independência e ao processo de amadurecimento do indivíduo. A falta ou a debilidade do autossuporte pode desencadear sentimentos e comportamentos disfuncionais como ansiedade, vergonha, insegurança, rigidez e timidez. Aprimorá-lo é fundamental para a

segurança e para o desenvolvimento do potencial de uma pessoa.

Com base no que foi aqui argumentado, criou-se um projeto cujo nome é “Projeto Sobre-vivendo”, o qual envolveu intervenções com alunos do ensino médio em uma escola no estado de Goiás, no ano de 2019. Apresentar o relato dessa experiência é o objetivo deste trabalho.

A relevância desta comunicação está na importância de compartilhar os procedimentos e a efetividade deste projeto interventivo, o qual é constituído de possibilidades de ações voltadas para adolescentes na prevenção do suicídio em escolas.

## **Contextualização**

Tendo por base a importância da autoestima e da autoaceitação em adolescentes, as autoras foram convidadas para elaborar uma ação interventiva para que esse tema fosse debatido de forma profunda em uma escola no interior de Goiás que estava passando por situações delicadas com os alunos, considerando que no ano anterior havia acontecido três tentativas de suicídio e um suicídio entre os alunos do ensino médio.

A escola não contava com profissionais da psicologia em sua equipe, portanto, contactou as psicólogas através de buscas por profissionais que atuavam com demandas de autoestima, autoaceitação e prevenção do suicídio, com disponibilidade para ir até a cidade realizar o diagnóstico escolar. A compreensão diagnóstica se deu por meio de questionários previamente aplicados pela escola aos alunos e professores, além de reuniões com a equipe de psicologia e pedagogia para melhor compreensão do funcionamento da escola e da relação entre os alunos.

Ao iniciar o psicodiagnóstico na escola, constatou-se que as principais queixas estavam relacionadas à baixa autoestima, falta de

autoaceitação e falta de autoconfiança, o que parecia ter estado envolvido em episódios anteriores de automutilação e nas tentativas de suicídio. A partir de então, as psicólogas iniciaram o planejamento das intervenções que seriam realizadas na escola, desenvolvendo dinâmicas e exercícios com o objetivo de trabalhar os temas identificados previamente. Considerando as mudanças que ocorreram a partir de 2020 e a necessidade de reajustar o fazer dos profissionais da psicologia devido a pandemia da COVID-19, houve a possibilidade de realizar adaptações nas intervenções oportunizando que estas ocorressem também na modalidade on-line.

O objetivo das intervenções foi estabelecido como o de desenvolver recursos entre os próprios alunos para que eles se tornassem rede de apoio uns dos outros, assim como fortalecer o autossuporte, a autoestima e a autoconfiança entre eles.

A ideia inicial proposta era de uma atividade única, prevista para acontecer apenas em um dia. No entanto, ao tratar de questões como rede de apoio, autoestima e autossuporte havia intensa mobilização por parte dos alunos, o que estimulou uma reorganização da proposta inicial. Desta forma, a equipe integrante do projeto decidiu ampliar a proposta de intervenção aumentando o prazo de atuação para abordar, inclusive, a temática do suicídio. O objetivo foi demonstrar as relações entre transtornos mentais e ideação suicida com a autoestima, a autoaceitação e a autoconfiança de adolescentes no contexto escolar.

A intervenção inicial teve início com uma palestra expositiva com os 198 alunos, abarcando de forma teórica e lúdica temáticas pertinentes acerca da adolescência e das questões que permeiam essa fase. Após a palestra, os alunos foram divididos em cinco grupos de 40 alunos. Nos grupos, foram realizadas dinâmicas, coordenadas por psicólogas, que visavam a ampliação da autoestima, o desenvolvimento do autossuporte e o fortalecimento das redes de apoio.

Posteriormente, as psicólogas ofereceram aconselhamento com periodicidade mensal à escola, desenvolvendo mais ações interventivas voltadas para os alunos e para as famílias. A trajetória de intervenção permitiu identificar que muitos adolescentes acessaram feridas profundas por meio das atividades iniciais, identificando conflitos parentais, falta de rede de apoio, e problemas com autoimagem, que desencadearam sintomas psicopatológicos.

## **Procedimentos**

As intervenções realizadas podem ser encontradas na Tabela 1.

### **Tabela 1:**

#### **Intervenções realizadas com alunos do ensino médio.**

Fonte: Elaborado pelas autoras.

<b>Nome da intervenção</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Duração (em minutos)</b>
Palestra: Saúde Mental no Ambiente Escolar	Oferecer psicoeducação sobre saúde mental, sua importância e maneiras de preservá-la.	Apresentação oral com utilização de recursos audiovisuais e interação entre palestrantes e o público.	120 minutos
Jogo dos Mitos e Verdades	Promover interação entre os alunos e suscitar a reflexão sobre temas pertinentes à saúde mental; observar os níveis de autoconhecimento.	Utilizou-se um auditório e recursos audiovisuais para apresentar perguntas e respostas do jogo. As perguntas eram destinadas aos alunos e tinha direito a responder aquele que levantasse a mão primeiro. Respondendo corretamente, o aluno era premiado com um chocolate. Caso o aluno se sentisse à vontade, poderia compartilhar algo relacionado à frase.	90 minutos
Roda de Conversa: Autoestima, Autoconfiança e Autoaceitação, o que são?	Estimular a reflexão e promover a prevenção de adocimentos psíquicos e emocionais decorrentes da baixa autoestima, da dificuldade de autoaceitação e autoconfiança.	Alunos dispostos em semicírculo; apresentou-se de forma oral e por meio de recursos audiovisuais o conceito de cada tema, buscando a interação e a troca de experiências dos estudantes.	120 minutos

<p>Dinâmica: Carta para si Mesmo</p>	<p>Promover a reflexão sobre si mesmo e os outros, enfatizar a importância de reconhecer os próprios valores, limites e qualidades, bem como motivar a construção dos sonhos.</p>	<p>Uma folha de papel e uma caneta para cada participante. A facilitadora da dinâmica solicitou que escrevessem como estavam se sentindo, quais expectativas tinham quanto ao futuro, quais os sonhos e como se viam daqui a 30 anos. Por último, iniciou-se o diálogo e partilha da dinâmica.</p>	<p>120 minutos</p>
<p>Dinâmica do Pirulito</p>	<p>Promover a criatividade na resolução de problemas e instigar a reflexão da importância do trabalho em equipe e da ajuda mútua.</p>	<p>Entregou-se um pirulito a cada aluno e foram instruídos a descascá-lo e segurá-lo com a mão direita, mantendo o braço esticado, não sendo permitido o dobrar e o braço esquerdo deveria ficar para trás. A facilitadora solicitou que colocassem o pirulito na boca, lembrando sempre das regras iniciais. Porém, como a regra consistia em não dobrar o braço, era impossível colocarem o próprio pirulito na boca sem a ajuda de outro colega. Portanto, na resolução, deveriam colocar o pirulito na boca de outra pessoa e assim sucessivamente.</p>	<p>120 minutos</p>

<p>Dinâmica: Sintonia das Bo- linhas de Papel</p>	<p>Estimular a interação entre os participantes, criar alianças e promover espírito de coletividade frente aos desafios.</p>	<p>Os participantes criaram duplas. Cada pessoa, uma de frente a outra, tinha em sua mão direita uma bolinha de papel. Orientou-se aos participantes colocar o braço esquerdo para trás e informou-se que não seria permitido o diálogo entre eles. Deste modo, seguindo as instruções, os participantes teriam que jogar a bolinha ao parceiro da frente para que ele pegasse e vice-versa. Cada vez que uma das bolinhas caísse, deveriam recomençar o jogo até conquistarem o objetivo.</p>	<p>120 minutos</p>
<p>Dinâmica: Trabalhando a Autoestima</p>	<p>Realizar psicoeducação sobre o que é a autoestima e como ela é capaz de influenciar positivamente e negativamente a vida cotidiana.</p>	<p>Explicou-se o que é a autoestima e posteriormente entregou-se uma folha de papel para cada participante, ela representaria a autoestima de cada um. Orientou-se que seriam lidas situações que prejudicam a autoestima e a cada frase lida, deveriam rasgar um tamanho proporcional ao prejuízo que tal situação causa à autoestima. Em sequência, foram lidas frases de situações que recuperam a autoestima e, a cada frase lida, os participantes deveriam juntar os pedaços de papel, como em um quebra cabeça. Por fim, abriu-se para o diálogo e reflexão sobre a vivência experienciada.</p>	<p>90 minutos</p>

<p>Dinâmica: Saia Da Roda</p>	<p>Desenvolver a autonomia e criatividade diante de situações conflitantes e de exposição. Visa auxiliar os participantes a pedirem ajuda de forma assertiva e reconhecerem a importância da rede de apoio.</p>	<p>Os participantes ficaram de pé dispostos em círculo e de mãos dadas. A facilitadora iniciou no centro do círculo, instruindo que cada pessoa que estiver naquele lugar deveria sair de lá de algum modo, sobretudo, só poderiam sair da roda de maneiras diferentes.</p> <p>A facilitadora começa e sucessivamente todos os participantes passam pelo centro da roda.</p> <p>Ao final, iniciou-se a reflexão e partilha sobre o momento vivenciado.</p>	<p>120 minutos</p>
<p>Dinâmica: Cada Um Por Si</p>	<p>Reforçar a importância do autocuidado e do cuidado para com as pessoas que estão em nosso convívio. Clarificar a eficácia da rede de apoio e do altruísmo.</p>	<p>Cada participante recebeu um balão e um pedaço de barbante. Foram instruídos a encher a bexiga e amarrá-la ao próprio tornozelo. Solicitou-se que todos caminhassem pela sala e então anunciou-se que quem entregasse a bexiga cheia ao final de 15 minutos receberia um prêmio.</p> <p>Finalizado o tempo, explicou-se que a dinâmica não era uma competição e que todos poderiam ter ganhado o prêmio se não tivessem sabotado os colegas. Deste modo, discutiu-se temas importantes a respeito da dinâmica.</p>	<p>90 minutos</p>

<p>Dinâmica: Quem Eu Mais Admiro</p>	<p>Identificar pessoas que inspiram e motivam os participantes. Levar à reflexão sobre autoestima.</p>	<p>Convocou-se que cada participante escrevesse em uma folha de papel cinco nomes e cinco qualidades de pessoas as quais admira. Pediu-se que falassem sobre essas pessoas e o motivo de admirá-las. É comum que poucas pessoas se auto nomeiem nesta atividade. Portanto levantou-se a reflexão sobre auto-percepção e autoestima.</p>	<p>120 minutos</p>
<p>Dinâmica: A Escada</p>	<p>Refletir sobre os valores construídos e adquiridos ao longo do tempo. Identificar semelhanças e diferenças nos valores pessoais, bem como suscitar o sentimento de identificação e respeito uns para com os outros.</p>	<p>A facilitadora pediu que os participantes caminhassem pela sala em silêncio pensando no que é mais importante em suas vidas. Após esse período, cada participante recebeu três pedaços de folha e uma caneta. Em cada tira de papel, deveriam escrever uma palavra que correspondesse a um valor importante em suas vidas. Enquanto todos escreviam, a facilitadora demarcou no chão com fita crepe três degraus de uma escada. Uma pessoa por vez se dirigiria aos degraus e colocaria em ordem decrescente de importância os valores que escreveu. Orientou-se a todos que observassem as diferenças e semelhanças existentes sobre os valores e o lugar que cada um ocupa na vida de cada pessoa. Após a observação, abriu-se o diálogo e a reflexão dos temas levantados pela atividade.</p>	<p>120 minutos</p>

## Resultado e Análise

Depois de um ano acompanhando a escola e o desenvolvimento dos alunos, foi possível identificar resultados extremamente satisfatórios obtidos por meio das intervenções.

Após a própria escola aplicar um questionário de acompanhamento, as psicólogas tiveram acesso às respostas dos alunos, as quais evidenciaram o impacto positivo no ambiente escolar. Foi possível identificar o fortalecimento do autossuporte, assim como a construção da rede de apoio entre eles. Observou-se também o impacto no desenvolvimento da autoestima saudável, o desenvolvimento do senso de autoeficácia e autovalor entre os alunos, que se comprovou por meio de falas e comportamentos expostos a seguir.

Uma das alunas participantes relatou que sempre se sentira sozinha, por ser muito tímida e ter muito complexo com sua voz. Porém, após as dinâmicas aplicadas visando a compreensão da importância das redes de apoio na escola, disse ter se sentido mais incluída, vista e respeitada, não tendo mais a sensação de estar sozinha e desamparada.

Sabe-se que relações problemáticas entre os alunos é um aspecto relevante para o desenvolvimento de baixa autoestima, comportamentos antissociais e transtornos (Machado, Dias, & Zappe, 2020). Por outro lado, a percepção de uma rede de apoio favorece o desenvolvimento social, a proteção pessoal e a inserção no mundo como cidadão. Vincular-se a tais redes para atuar em conjunto reduz as incertezas e os riscos no enfrentamento das questões pessoais, sociais e políticas e permite apreender a realidade em uma perspectiva integrada e mais totalizante. As redes de apoio representam um conjunto de conexões e inter-relações e expressam a complexidade da sociedade em que vivemos com a presença de fatores multicausais e multidependentes (Costa, Zeitonune, Queiroz, & García, 2015). O registro de frases como “parei de sofrer o *bullying* que eu sofria desde o jardim por causa do

meu peso” e “hoje me sinto respeitado e acolhido pelos meus colegas, e quando alguém me desrespeita já chegam outros me defendendo e lembrando de vocês” foi essencial para confirmar que as dinâmicas de fortalecimento dos vínculos e de compreensão da importância das redes de apoio foram eficazes. O preconceito e o *bullying* estão relacionados à sensação de poder, e provocam problemas emocionais e físicos, interferindo diretamente na autoestima. Ações *antibullying* devem ser voltadas tanto aos que praticam como às vítimas, e as intervenções realizadas na escola tiveram direcionamento para as duas partes, por isso considera-se que o problema foi solucionado de forma mais profunda (Guimarães, Matos, Santos, & Silva, 2020).

Outro ponto importante de efetividade da ação foi no desenvolvimento do autossuporte dos alunos, que ficou evidente por meio das frases como “me sinto mais preparado para lidar com minhas emoções”, “não ‘to’ mais me sentindo um fracasso”. Segundo Andrade (2014), o suporte é o conjunto de recursos adquiridos pela pessoa ao longo da vida para lidar com suas questões com mais segurança. É importante ressaltar que, quando se iniciou as ações na escola, as principais queixas estavam relacionadas à baixa autoestima, falta de autoaceitação e falta de autoconfiança.

Após as intervenções, houveram relatos de alunos de que estavam mais satisfeitos consigo mesmos, respeitando suas imperfeições e limitações. Conforme alega Brown (2016), somos constantemente bombardeados com imagens de sucesso e perfeição, o que nos faz acreditar que estamos sempre fora dos padrões aceitos pela sociedade, e durante a adolescência isso fica ainda mais latente. Pensando nisso, trabalhou-se com os alunos a importância da autoaceitação e do autoconhecimento para que pudessem compreender que cada um tem sua própria medida.

Outro aspecto trabalhado foi o do desenvolvimento de uma

autoestima saudável. Conforme argumentam Costa e Gomes (2017), a visão que o adolescente tem de si influencia diretamente o seu desenvolvimento saudável, assim como o seu senso de autoeficácia, autoconceito e autovalor. No início das intervenções, as psicólogas ouviam com frequência frases do tipo “eu não sou suficiente em nada que faço”, “não me sinto capaz”, “não vou ser ninguém na vida”. Contudo, ao final do processo ao longo do ano, essas frases deram espaço para frases como “não preciso ser bom em tudo, mas posso ser bom no que eu gosto”, “quero ser médico e sei que posso alcançar esse objetivo”, “tenho o controle da minha vida”, constatando o quanto a autoestima dos adolescentes foi impactada por meio das intervenções, possibilitando com que desenvolvessem o senso de autoeficácia e autovalor.

É importante ressaltar que durante o ano de 2019 a escola não apresentou nenhum caso de tentativa de suicídio ou suicídio entre os alunos, diferente do que estavam vivenciando nos anos anteriores. Devido ao sucesso do trabalho, o mesmo teria continuidade nos anos seguintes, porém com o início da pandemia isso não se tornou possível, o que faz com que as autoras não possuam dados referentes aos anos de 2020 e 2021.

## **Considerações Finais**

Levando-se em consideração os objetivos da intervenção proposta, qual seja, o de desenvolver recursos entre os próprios alunos para que eles se tornassem rede de apoio uns dos outros, assim como fortalecer o autossuporte, a autoestima e a autoconfiança entre eles, compreendemos que a avaliação qualitativa realizada entre os alunos aponta para a efetividade da proposta aplicada. Portanto, a análise dos resultados apontou que o Projeto Sobre-vivendo teve potencial transformador no contexto em que foi realizado.

Para intervenções futuras, considera-se relevante a ampliação do trabalho para as famílias, visto que, por mais que a escola esteja fazendo seu papel de se tornar um “lugar seguro” para os alunos, é de suma importância que a família também participe dessa transformação. A relação familiar é um aspecto relevante na questão do sentimento dos adolescentes em relação a si próprios, e o apoio da família é uma das bases que sustenta o adolescente e que pode dar um significado à sua existência. Tanto a família quanto a escola têm grande importância no resgate da autoestima e uma necessita da outra para o desenvolvimento saudável do indivíduo no ambiente escolar e na vida.

Com relação aos objetivos do presente relato de experiência, é expectativa das autoras que ele contribua para a inspiração do desenvolvimento de outras propostas de intervenção escolares focadas no desenvolvimento da autoestima, do autossuporte e da prevenção ao suicídio, cujo relato ainda é extremamente escasso na literatura brasileira.

Por fim, vale ressaltar que participar deste projeto foi uma oportunidade incrível de crescimento pessoal e profissional para todas as autoras. Falar sobre essa temática que ainda é um tabu em nossa sociedade é um grande desafio, mas é possível vislumbrar inúmeros resultados positivos quando se abre ao acolhimento e responsabilidade com aqueles que por vezes estão emocionalmente adoecidos. Adentrar neste tema, suscitou em nós diversos sentimentos, preocupações e desejos, mas ao final foi possível acompanhar o amadurecimento e o ajustamento criativo de cada uma para lidar com situações de intenso sofrimento emocional.

## **Referências**

Almeida, A. N. S. (2014). Adolescência e Psicopatologia. *Revista de Psicologia*. Vol. 17, nº. 27..

- Andrade, C. C. (2014). Autossuporte e Heterossuporte. In L. M. Fração & K. O. Fukumitsu (Orgs.), *Gestalt-terapia: Conceitos fundamentais* (pp. 147-162). São Paulo: Summus.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., Oliveira, R. V. C., Ferreira, R. M., & Pesce, R. P. (2007). Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 287-294.
- Brown, B. (2016). *A Coragem de ser Imperfeito*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Costa, R. F., Zeitoune, R. C. G., Queiroz, M. V. O., Gómez García, C. I., & Ruiz García, M. J. (2015). Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: Interface entre saúde, família e educação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(5), 741-747. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000500005>
- Costa, B. C. G.; Gomes, C. M. A. (2017). Validade da escala de cognições acadêmicas autorreferentes: Autoconceito, autoeficácia, autoestima e valor. *Avaliação Psicológica UnB*, 16(1), 87-96. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6675029.pdf>
- Ferreira, A. B. H. (2010). *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 3ª ed. rev. São Paulo: Positivo.
- Freire, T. & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(5), 184-188. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832011000500003&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832011000500003&script=sci_arttext)
- Kleiman, E. M. & Riskind, J. H. (2013). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation. *Crisis*, 34(1), 42-49. doi: 10.1027/0227-5910/a000159. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22846448/>
- Machado, J. C.; Zappe, J. G. & Dias, A. C. G. (2020). Relações entre autoestima, autoeficácia e percepções sobre a escola em adolescentes em conflito com a lei. *Revista da SPAGESP*, 21(1), 6-20.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702020000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000100002)

Matos, V., Silva, J., Santos, K., & Guimarães, V. (2020). Bullying, preconceito e autoestima: Discutindo as principais relações e distinções. *Psicologia Argumento*, 38(102), 647-668. doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.38.102.AO03>

Matos, V. J., Silva, J. P., Santos, K. D., & Guimarães, V. M. A. (2020). Autoestima e bullying: Uma revisão integrativa. *Revista Educar Mais*, 4(3), 557-590. <https://doi.org/10.15536/reducar-mais.4.2020.1904>

Paixão, R. F., Patias, N. D., & Dell'Aglio, D. D. (2018). Autoestima e Sintomas de Transtornos Mentais na Adolescência: Variáveis Associadas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e34436. Epub May 16, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34436>

Rentz-Fernandes, A. R. et al. (2017). Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais. *Revista de Salud Pública* [online], 19 (1), 66-72. <https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n1/66-72/>

Quiroga, F. L. & Vitalle, M. S. S. (2013). Adolescente e suas representações sociais: Apontamentos sobre a importância do contexto histórico. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23 (3), 863-878. <https://www.scielo.br/pdf/physis/v23n3/11.pdf>



# Autores

---



**ORIENTADORA: Juliana Bredemeier**

Orientadora dos Trabalhos Finais do Curso de Pós-Graduação em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio, Psicóloga (UFRGS, 2003) com experiência clínica, mestre em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS, 2005), Doutora em Psiquiatria (UFRGS, 2013). Coordenadora do Núcleo de Prática Baseada em Evidências e Diretora de Pesquisa (InTCC). Especialista em Psicoterapia Sistêmico-Cognitiva de Família e Casal (InTCC). Especialização em andamento em Terapia Cognitivo-Comportamental na infância e Adolescência (InTCC). High-School Counselor - Panamerican School of Porto Alegre. Professora de Pós-Graduação em diferentes Instituições de Ensino Superior. Mentora Científica.



**Abel Petter**

Psicólogo. Especialista em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Vita Alere/SP). Associado da Associação Brasileira de Estudos e Pesquisas em Suicídio (ABEPS).



**Alessandra Oliveira Ciccone**

Psicóloga. Especialista em Teoria, Pesquisa e Intervenções em Luto (4 Estações). Especialista em Psicologia Analítica Junguiana (FCM-UNICAMP) Especialista em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Vita Alere/SP). Membro da Coordenação do Instituto de Psicologia Phoenix e da Rede API-Phoenix Campinas. Atuação como Psicóloga Clínica (clínica particular) e em Psicooncologia (Oncocamp, Campinas-SP).



### **Aminny Farias Pereira**

Psicóloga. Especialista em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Vita Alere/SP). Formação continuada em Gestalt-Terapia pelo Instituto de Gestalt-Terapia de Brasília. Idealizadora do Projeto Sobre-vivendo.

### **Alanna Bernardes da Silva**

Psicóloga. Pós-graduada em Tanatologia pela Faculdade Unyleya e Especializanda em Psicologia da Saúde Hospitalar e Psico-oncologia pelo Instituto Monte Pascoal. Atua na área clínica e hospitalar

### **Ana Elise Ferro Maia**

Psicóloga. Pós-graduada em Gestalt-terapia pelo Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-terapia em Goiânia. Atua na área clínica.



### **Anaíde Magalhães**

Psicóloga. Psicanalista. Especialista em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Vita Alere/SP). Associada da Associação de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS). Participante inscrita do Espaço Moebius Psicanálise.



### **Caroline Dantas de Freitas**

Psicóloga. Residência Multiprofissional em Cuidado ao Paciente Oncológico (Hospital Sírio-Libanês). Especialista em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Vita Alere/SP). Psicóloga da Saúde Populacional do Hospital Sírio-Libanês e Psicóloga Clínica.



### **Flávia Caroline Figel**

Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica: Terapia Comportamental e Cognitiva. Especialista em Psicologia da Saúde. Especialista em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Vita Alere/SP). Mestre em Ciências pelo Programa de Psicobiologia da USP/RP. Atualmente trabalha na Escola de Saúde Pública do Paraná. Tem experiência nas áreas de Psicologia Clínica, Psicologia da Saúde, Saúde Pública e Prevenção do Suicídio.



### **Giovana Kreuz**

Psicóloga e Bacharel em Direito. Especialista Psicologia Hospitalar e da Saúde. Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto. Especialista em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Vita Alere/SP). Psicóloga do Hospital do Câncer UOPECCAN (2001-2011). Mestre Saúde Coletiva (UERJ), Doutora Psicologia Clínica (PUC-SP/LElu). Terapeuta EMDR. Docente e Psicóloga Clínica.



### **Júlia Zenni**

Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica (PUC-SP). Especialista em <Le psychique face à la naissance> (Paris 5 - Paris/França); Especialista em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Vita Alere/SP). Mestre em Psicologia Clínica (UCB-DF). Servidora da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).



### **Kátia Érica Novais Ribeiro**

Psicóloga. Especialista em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Vita Alere/SP). Pós-graduanda em Psicologia Hospitalar. Habilitação pelo Ministério da saúde: capacitação nos protocolos de manejo do Covid-19, atualização em saúde mental e atenção psicossocial na covid-19 (Fiocruz). atualmente realizando atendimento em consultório.



### **Luíza H. de Castro Victal e Bastos**

Psicóloga. Docente do Ensino Superior. Mestre em Ciências da Saúde (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Psicologia Clínica. Especialista em Psicologia Social. Especialista em Saúde Pública. Especialista em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Vita Alere/SP). Associada Fundadora da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS)



### **Marise Vidal**

Psicóloga Clínica. Gestalt - Terapeuta (IPGF RJ/2006). Especialização em Prevenção à Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (USP/2002). Especialização em Psicoterapia de Grupo, Família e casal (IGT-RJ/2014). Especialização em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Vita Alere/SP).



### **Myrthes Freitas Lopes Dezan**

Bacharel em Direito. Mestre em Segurança Pública. Especialista em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Vita Alere/SP). Especialista em Direito Público e Privado. Policial Federal aposentada. Certificação em Educação Parental Teen. Graduanda em Psicologia e Pós-graduanda em Educação 4.0



### **Nadja Maria Rocha de Albergaria**

Psicóloga. Pós-graduada em Intervenção na Autoleção, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Vita Alere/SP). Em formação em Gestalt-terapia. Atualmente atendendo adolescentes e adultos, on-line e presencial. Também atuando como voluntária em uma clínica.



### **Patrícia Simplício da Silva**

Psicóloga. Pós-Graduada em Intervenção na Autoleção, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Vita Alere/SP). Pós-Graduada em Psicologia Positiva pelo Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa, Faculdade Nossa Senhora de Lourdes.



### **Suélen Silva Arguelo**

Psicóloga. Especialista Cognitivo Comportamental da Infância e Adolescência (ITCC/MS). Especialista em Intervenção na Automutilação, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Vita Alere/SP). Pós-graduanda em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (ESP/MS). Associada Individual da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS).

# Organizadoras

---



### **Dra. Karen Scavacini**

Psicóloga. Co-Coordenadora do Curso de Especialização em Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio do Instituto Vita Alere. Fundadora do Instituto Vita Alere de prevenção e posvenção do suicídio e criadora do Mapa da Saúde Mental. Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (USP) e Mestre em Saúde Pública (Karolinska Institutet). Membro do Conselho Científico do CVV (Centro de Valorização da Vida), do *Suicide and Self Injury Committee* do Facebook e Representante do IASP (*International Association for Suicide Prevention*) no Brasil. Foi Diretora Técnica do CONATTS (Comissão Nacional de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio). Associada Fundadora e Diretora Científica da ABEPS (2016-2022). Facilitadora de grupos de apoio a pessoas em luto por suicídio. Autora de livros, campanhas e capítulos na área.



### **Dra. Daniela Reis e Silva**

Psicóloga Clínica e Hospitalar. Co-Coordenadora do Curso de Especialização em Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio do Instituto Vita Alere. Fundadora e Diretora do Instituto Acalanto Mestre e Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP). *Fellow in Thanatology* (Estados Unidos). Terapeuta de Família e Casais. Terapeuta Certificada em Bainspotting. Terapeuta Certificada/Supervisora em EMDR. Terapeuta Mates. Membro do IWG (*International Working Group on Death Dying and Bereavement*). Coordenadora do Grupo API/ES – Apoio a Perdas Irreparáveis. Integrante e Coordenadora do Grupo de Trabalho de Prevenção do Suicídio no Espírito Santo (GTPS-ES). Associada Fundadora e Diretora de Comunicação da ABEPS (2016-2022).

# Extras

---

## **1. Onde procurar ajuda e aprender mais sobre a prevenção e posvenção do suicídio:**

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV)–

[www.cvv.org.br](http://www.cvv.org.br)

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO (ABEPS) – [www.abeps.org.br](http://www.abeps.org.br)

INSTITUTO VITA ALERE – [www.vitaalere.com.br](http://www.vitaalere.com.br)

MAPA DA SAÚDE MENTAL – [www.mapasaudemental.com.br](http://www.mapasaudemental.com.br)

INSTITUTO ACALANTO – [www.acalanto.com.br](http://www.acalanto.com.br)

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION (IASP) – [www.iasp.info](http://www.iasp.info)

PODE FALAR – [www.podefalar.org.br](http://www.podefalar.org.br)

FALAR INSPIRA VIDA – [www.falarinspiravida.com.br](http://www.falarinspiravida.com.br)

## **2. Cartilhas e livros do Instituto Vita Alere que podem ser baixados gratuitamente:**

1. Prevenção do Suicídio na Internet: pais e educadores
2. Prevenção do Suicídio na Internet: adolescentes
3. Baralho terapêutico de prevenção do suicídio na internet
4. Como falar de forma segura sobre o suicídio
5. Posvenção e luto por suicídio
6. Autolesão: Guia de ajuda
7. Diversidade e Saúde Mental
8. Guia de Saúde mental
9. Saúde Mental de Adolescentes e Jovens (em parceria com o Unicef)
10. Histórias de Sobreviventes do Suicídio I, II e III (para comprar o livro impresso acesse [bit.ly/livrosvita](http://bit.ly/livrosvita))

### **3. Sobre o Instituto:**

O Instituto Vita Alere tem por visão uma sociedade mais aberta e atenta à saúde mental dos indivíduos, organizações e da própria sociedade, onde a promoção da saúde mental seja um objetivo contínuo, reduzindo preconceitos, criando consciência pública, falando abertamente, valorizando a vida, promovendo formas mais saudáveis de se relacionar e enfrentar os sofrimentos existenciais, facilitando a recuperação e tratamento.

Pioneiro no Brasil em sua área, foi fundado em 2013 com a missão de promover a saúde mental do indivíduo, organizações, instituições e sociedade, com o foco na promoção de saúde mental, educação sócio emocional, prevenção e posvenção do suicídio e autolesão, sendo referência na área através do desenvolvimento de projetos, tratamento especializado, pesquisa e atividades de educação, suporte e apoio, com inovação, dedicação, respeito e cuidado.

“Vita” vem do latim, significa VIDA e “Alere” CUIDAR/NUTRIR, portanto trabalhamos para cuidar e nutrir a vida das pessoas através de ações voltadas para a saúde mental.

### **Nossos objetivos:**

- Criar núcleos de atendimentos, pesquisa, ensino, extensão, informações e divulgações sobre educação sócio emocional, bem-estar, promoção de saúde mental, intervenção na autolesão, prevenção e posvenção do suicídio.
- Promover a saúde mental e a prevenção e a posvenção do suicídio, por meio de ações de conscientização, educação, apoio e tratamento.
- Capacitar profissionais da saúde e educação para manejo em crise suicida e autolesão, criando multiplicadores em diversos setores.

- Treinar profissionais da mídia e comunicação para lidarem e falarem de uma maneira cuidadosa e responsável sobre o tema.
- Desenvolver projetos customizados de educação sócio emocional, promoção de saúde mental, intervenção na autolesão, prevenção e posvenção em escolas, universidades, empresas e hospitais.
- Minimizar o sofrimento das pessoas e oferecer suporte em situações de autolesão, comportamento suicida e luto por suicídio.
- Estar conectado com as pesquisas e estudos mais atuais da área, no Brasil e no mundo, promovendo encontros científicos e treinamento adequado, desenvolvendo e aprimorando métodos de promoção de saúde mental, bem-estar, valorização da vida e prevenção do suicídio (primária, secundária, terciária e posvenção).
- Estimular projetos relacionados ao tema da promoção de saúde mental e suicídio, oferecendo suporte e consultoria, desde a concepção e implantação da ideia até a avaliação dos serviços.
- Oferecer grupos de apoio aos enlutados pelo suicídio e ajudar na criação, capacitação e manutenção de novos grupos pelo país.
- Somos associados ao IASP – Internacional Association for Suicide Prevention (Associação Internacional de Prevenção do Suicídio)

Nossa equipe é formada por psicólogos e profissionais da área da saúde e educação, especialistas, mestres e doutores que atuam na área de promoção de saúde mental, bem-estar, automutilação, prevenção, intervenção e posvenção do suicídio em diversos estados do país.

## **4. Algumas das Atividades Desenvolvidas:**

### *4.1 - Pós Graduação*

A Pós-graduação em Intervenção na Autolesão, Prevenção e Posvenção do Suicídio tem o objetivo de capacitar profissionais, de diferentes áreas do conhecimento, a atuarem de forma qualificada e humanizada com pessoas em situações de vulnerabilidade e com comportamento suicida.

O corpo técnico é formado pelos maiores nomes da suicidologia brasileira e internacional, que atuarão com a proposta de preparar e ampliar o olhar dos profissionais para além da prática clínica, bem como auxiliá-los no desenvolvimento de um raciocínio crítico diante desses temas de maneira respeitosa e empática.

No curso online (EAD), as aulas serão ao vivo e o aluno poderá interagir com colegas e professores em tempo real, além de acessar o conteúdo posteriormente na plataforma.

O curso oferece o que há de mais moderno em termos de produção de conhecimento. Partindo de uma abordagem transdisciplinar, as temáticas relacionadas à prevenção e posvenção do suicídio surgem a partir da diversidade das práticas em saúde mental.

O corpo técnico é formado pelos maiores nomes da suicidologia brasileira e internacional com formação diversificada e altamente especializada, o que possibilita uma interlocução entre teoria e prática fortalecida por uma ampla experiências em políticas públicas, nas diferentes formas de atuação em rede, atuação em diferentes contextos e comunidades, aproximação de uma maneira extremamente técnica sobre os aspectos do comportamento suicida, incluindo, sua avaliação, manejo clínico e social e tratamento.

A metodologia de ensino empregada tem por objetivo promover a aproximação gradativa entre os estudantes e os conteúdos, integrando passo a passo um novo fazer frente aos desafios da suicidologia.

#### Objetivo

- Oferecer conhecimento sobre a autolesão, a prevenção e a posvenção de suicídio com profissionais qualificados e reconhecidos no cenário nacional e internacional
- Capacitar pessoas de diferentes áreas para que possam realizar avaliação e intervenção diante do comportamento suicida, bem como a prevenção e posvenção ao ato
- Conduzir as aulas com uma abordagem multiprofissional, integrativa e atualizada com o contexto que estamos vivendo
- Proporcionar conhecimentos teóricos e práticos, de forma humanizada, para que o profissional saiba como aplicá-los no dia a dia de trabalho

A pós graduação é desenvolvida em parceria com a FAPPS (Faculdade Paulista de Assistência Social) e tem o apoio do Instituto Acalanto.

**PARA SABER MAIS ACESSE: [www.vitalere.com.br/pos](http://www.vitalere.com.br/pos)**

#### *4.2 Consultorias*

1. Desenvolvimento de Programas de Promoção de Saúde Mental, Prevenção e Posvenção do Suicídio
2. Identificação de necessidades em saúde mental e proposta de atividades específicas para públicos diversos
3. Psicoeducação e treinamento em habilidades sócio emocionais
4. Sensibilização para a temática
5. Capacitação de equipe de saúde e orientação educacional

### *4.3 Cursos, capacitações, oficinas, workshops e palestras:*

- a. Como promover saúde mental e bem-estar
- b. Famílias saudáveis em tempos de conexão constante
- c. Resiliência, autoestima e autocuidado
- d. Estigma e preconceito nos transtornos mentais
- e. Tecnologia e bem-estar
- f. Valorização da vida
- g. Identificando medos e superando frustrações
- h. Gerenciando conflitos e superando crises
- i. Identificando fatores de risco e de proteção em adolescentes
- j. Intervenção no processo de luto
- k. Programa A.P.O.I.A.R. de Prevenção do Suicídio
  - i. Aprender sobre o suicídio
  - ii. Perguntar
  - iii. Ouvir
  - iv. Incluir outros no cuidado
  - v. Agir
  - vi. Reconectar a esperança
- l. Conversando sobre ...
  - i. Saúde mental
  - ii. Ansiedade e estresse
  - iii. Depressão x tristeza
  - iv. Suicídio
  - v. Uso consciente da tecnologia e desafios virtuais
- m. Identificando e treinando pessoas chave (gatekeepers) no ambiente escolar

#### *4.4 Gerenciamento de crise*

Situações em que a empresa, escola ou universidade esteja lidando com transtornos mentais ou com comportamento suicida em seu ambiente, receba alguém pós internação psiquiátrica, afastamento por transtorno mental, tentativa de suicídio. As intervenções são específicas para cada local e propostas após análise detalhada da situação.

#### *4.5 Posvenção*

Quando ocorre um suicídio na escola/universidade, empresa ou em uma família, suicídios por contágio e luto complicado podem ocorrer. Restabelecer o equilíbrio, prevenir novos suicídios, acolher o luto e a culpa são alguns dos objetivos da posvenção.

#### *4.6 Campanhas*

1. Janeiro Branco – mês de conscientização em saúde mental
2. Setembro Amarelo – mês da prevenção do suicídio
3. Valorização da vida
4. A importância da saúde mental
5. Diálogos em família
6. #euestou
7. #festivalamarelo
8. #emcasacomsaúde
9. #éprecisofalar
10. #vocêsabia



**Como contatar  
o Instituto  
Vita Alere**

---

1. Website: [www.vitaalere.com.br](http://www.vitaalere.com.br)
2. Email: [contato@vitaalere.com.br](mailto:contato@vitaalere.com.br)
3. Endereço: Alameda Uananá, 200 - Moema, São Paulo-SP  
- CEP: 04060-010
4. Telefone: (11) 97647-0989
5. Facebook: [/vitaalere](https://www.facebook.com/vitaalere)
6. Instagram: [@vitaalere](https://www.instagram.com/vitaalere)
7. Youtube: [vita alere](https://www.youtube.com/vitaalere)
8. Pós graduação: [especializacao@vitaalere.com.br](mailto:especializacao@vitaalere.com.br) e <http://www.vitaalere.com.br/pos>

Realização:



INSTITUTO  
**VITA ALERE**  
DE PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO

Apoio:

