

O que fazer? • Como ajudar? • O papel da prevenção • Fatores de proteção • Posuvenção • O luto dos sobreviventes

1 | Suicídio na atualidade

Andrea Amaro Quesada, Carlos Henrique de Aragão Neto,
Josianne Martins de Oliveira e Marina Saraiva Garcia



Prevenção ao Suicídio



DISQUE
SAÚDE
136



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
MULHER, DA FAMÍLIA E
DOS DIREITOS HUMANOS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

COORDENAÇÃO GERAL

Ministro interino da Saúde

Eduardo Pazuello

Secretária da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Mayra Isabel Correia Pinheiro

Diretor do Departamento de Gestão da Educação em Saúde

Vinícius Nunes Azevedo

Coordenadora-Geral de Ações Estratégicas, Inovações e Avaliação em Saúde

Musa Denaise de Sousa Morais de Melo

Equipe Técnica

Adriana Fortaleza Rocha da Silva, Bethânia Ramos Meireles, Cidália Luna Alencar Feitosa de Oliveira, Daniele Alencar Neves Bremgartner, Janáinna Nogueira da Silva, Juliana Ferreira Lima Costa, Priscila Neves Dalcin, Rosanna Rocha Amazonas e Rosany Ferreira Rios Fonseca

OPAS/OMS

Coordenação Geral

Monica Padilla

Equipe técnica

Maria Alice B. Fortunato, Cristiane Gosch Scolari e Catarina Magalhães Dahl

CURSO PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

Concepção e Coordenação Geral

Cliff Villar

Coordenação Executiva

Ana Cristina Barros

Coordenação Adjunta

Patrícia Alencar

Coordenação de Conteúdo

Renata Nayara da Silva Figueiredo

Coordenação Pedagógica

Patrícia Brun

Consultoria Técnica de Psicologia

Carlos Henrique de Aragão Neto e Andrea Amaro Quesada

Editorial e Revisão

Thaís Brito Mendonça

Projeto Gráfico

Amaurício Cortez

Edição de Design

Andrea Araujo e Kamilla Damasceno

Design e Diagramação

Karla Saraiva

Arte finalização

Miqueias Mesquita

Ilustração

Rafael Limaverde

Coordenação de Produção

Gilvana Marques

Produção

Rebeca Saboia e Beth Lopes

Marketing e Estratégia

Wanessa Lugoe

Performance Digital

Natércia Melo, Fernando Diego e Isadora Colares

Assessoria de Comunicação

Joelma Leal

Estratégia e Relacionamento

Alexandre Medina, Adryana Joca e Juliana Menezes

FUNDAÇÃO DEMÓCRITO ROCHA (FDR)

Presidência

João Dummar Neto

Direção Administrativo-Financeira

André Avelino de Azevedo

Gerência Geral

Marcos Tardin

Gerência Editorial e de Projetos

Raymundo Netto

Análise de Projetos

Aurelino Freitas, Fabrícia Gois, Emanuela Fernandes

UNIVERSIDADE ABERTA DO NORDESTE (UANE)

Gerência Pedagógica

Viviane Pereira

Coordenação de Cursos

Marisa Ferreira

Designer Educacional

Joel Bruno

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

Q54s Quesada, Andrea Amaro

Suicídio na atualidade / Andrea Amaro Quesada, Antônio Gilberto Ramos Nogueira, Carlos Henrique de Aragão Neto e Vagner Silva Ramos Filho. – Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020.

15 p. : il. color.

(Curso Prevenção ao Suicídio; fascículo 1).

ISBN 978-65-86094-30-5

1. Transtornos mentais e emocionais. 2. Suicídio. 3. Prevenção ao suicídio. I. Nogueira, Antônio Gilberto Ramos. II. Aragão Neto, Carlos Henrique de. III. Ramos Filho, Vagner Silva. IV. Título.

CDD 616.858445

Elaborado por Francisco Edvander Pires Santos - CRB-3/1212



Todos os direitos desta edição reservados à:

Fundação Demócrito Rocha

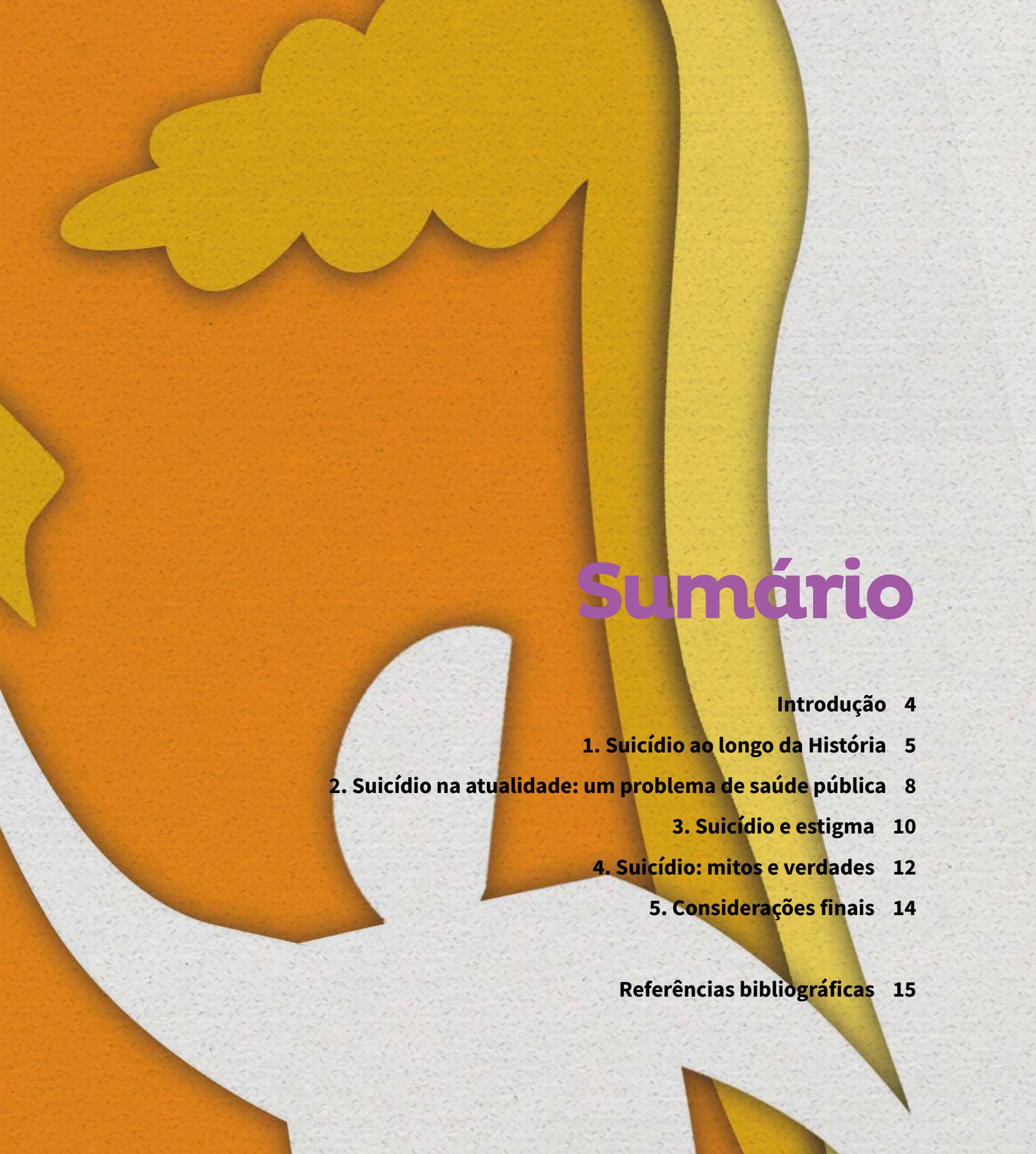
Av. Aguanambi, 282/A - Joaquim Távora

CEP: 60.055-402 - Fortaleza-Ceará

Tel.: (85) 3255.6037 - 3255.6148

fdr.org.br | fundacao@fdr.org.br

Esse fascículo é parte integrante do projeto "Ações Integradas de Educomunicação para prevenção ao Suicídio e da Automutilação" que entre si celebram a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde e a Fundação Demócrito Rocha, através da Carta Acordo nº SCON2020-00088.

A stylized graphic on the left side of the page. It features a large orange sun with a yellow center and a yellow tree with a thick trunk and a cloud-like canopy. The background is a light grey with a fine, repeating pattern.

Sumário

| | | |
|-----------|---|-----------|
| | Introdução | 4 |
| 1. | Suicídio ao longo da História | 5 |
| 2. | Suicídio na atualidade: um problema de saúde pública | 8 |
| | 3. Suicídio e estigma | 10 |
| 4. | Suicídio: mitos e verdades | 12 |
| | 5. Considerações finais | 14 |
| | Referências bibliográficas | 15 |

INTRODUÇÃO

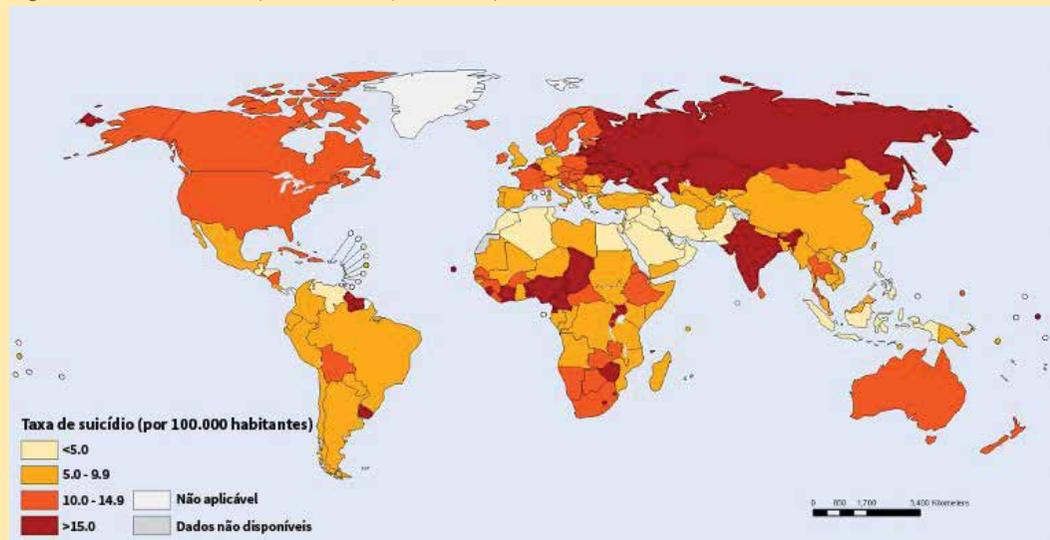
D

e acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de um milhão de pessoas morrem, todos os anos, por suicídio (MCKEON, 2009). A cada 40 segundos, uma vida é perdida no mundo. A partir da década de 1990, o fenômeno do suicídio

começou a ser tratado como problema relevante de saúde pública pela OMS (WHO, 2014), requerendo um olhar cuidadoso e atento. Esse índice é ainda mais preocupante entre os jovens com faixa etária de 15 a 29 anos, sendo a segunda principal causa de morte no mundo, ficando atrás apenas das mortes por acidentes de trânsito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). A figura 1 ilustra as taxas de suicídio padronizadas por idade. De 2010 a 2016 (data da última pesquisa), observou-se uma queda global de 9,8% no índice de suicídios. Contudo, o Brasil foi na contramão e, nestes seis anos, apresentou um aumento de 6% (OMS, 2016).

Ao longo da história, o conceito de suicídio foi sofrendo transformações. Acredita-se que o primeiro a utilizar o vocábulo “suicídio” foi o abade Desfontaines, no ano de 1737, na França (CORRÊA; BARRERO, 2006). Já em língua portuguesa, o uso do termo data de 1936 (MELLEIRO; CORRÊA, 2018). Oriundo do latim, o termo significa a ação de retirar a própria vida: *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar). Trata-se de um fenômeno complexo e multideterminado, que envolve uma interação de fatores genéticos, epigenéticos, ambientais, socioculturais, psiquiátricos e psicológicos. Além disso, é caracterizado pelos estigmas, uma marca inquestionável neste contexto. Portanto, a sua prevenção requer a atuação de uma equipe interdisciplinar. A melhor estratégia diante de um problema é enfrentá-lo com responsabilidade e sensibilidade.

Figura 1. Taxas de suicídio padronizadas por idade (por 100 mil habitantes), ambos os sexos. 2016



Fonte: Organização Mundial da Saúde



1. O SUICÍDIO AO LONGO DA HISTÓRIA

○ O suicídio perpassa a história da humanidade, apresentando diversas formas de compreensão e significado, ora sendo autorizado e até mesmo encorajado em determinadas circunstâncias e em alguns períodos, ora sendo reprovado social-

mente e penalizado como ato que atenta contra a existência da sociedade. Na cultura oriental, o suicídio, por vezes, tinha a conotação de ato honroso. No Japão, inclusive, era comum a prática do *harakiri*¹ por aqueles que perderam a honra.

Desde a Pré-História (antes de 2000 a.C.), há registros de ocorrência de morte voluntária no Egito. Segundo relatos bíblicos, o suicídio era visto de forma neutra, algumas vezes sendo até mesmo valorizado. Dentre os casos, pode-se citar: Saul (Samuel 31:4), Sansão (Juízes 16:29,90), Rei Zinri (Reis 16:18), Aitofel (Samuel 17:23) e Judas Iscariotes (Mateus 27:5).

No contexto greco-romano, encontram-se relatos de suicídios de grandes pensadores, como Demóstenes, Pitágoras, Sócrates e Sêneca. Tal ato era permitido apenas para os integrantes de algumas classes sociais, sendo vedado aos escravos e soldados. Há de se registrar a existência de corrente divergente na Grécia quanto ao suicídio, baseada na ideia de que as decisões não poderiam ser tomadas em função do indiví-

1. O *harakiri* é o suicídio ritualizado praticado por nobres e guerreiros no Japão, cujos reflexos persistiram até o século XX (QUADROS, 2010).



duo, mas, sim, do contexto social, como defendido por Aristóteles, não podendo ainda abrir mão dos deveres para com a divindade, segundo Platão. Para Pitágoras, a alma e o corpo, em conjunto, seriam regidos por relações numéricas e harmônicas, de modo que tal equilíbrio não poderia ser quebrado pelo suicídio (MINOIS, 1998).

Na Idade Média, com a queda do Império Romano e a proeminência da Igreja Católica, verifica-se uma mudança radical na percepção e compreensão do suicídio na cultura ocidental. Neste contexto, ganha grande destaque a doutrina de Santo Agostinho, sendo este o primeiro a manifestar

preocupação com o tema, considerando o suicídio como “perversão detestável” e “demoníaca”. Ele ainda propôs uma ressignificação do sexto mandamento, afirmando que o imperativo “não matarás” da Bíblia se estendia também ao próprio indivíduo (MINOIS, 1998; CORRÊA; BARREIRO, 2006). A filosofia medieval fez imperar uma moral que transforma o suicídio em um crime cometido ao mesmo tempo contra Deus e contra a própria sociedade, pois todo indivíduo tem um papel social a desempenhar, como já defendido por Aristóteles e, posteriormente, por São Tomás de Aquino na obra *Suma Teológica*.

Segundo Corrêa e Barrero (2006, p. 9), até o século XVII, o suicídio foi tratado, principalmente, por um viés filosófico-moral-religioso. Apenas no século XIX, tentou-se a abordagem mais científica com o psiquiatra francês Jean-Étienne Esquirol e com o sociólogo David Émile Durkheim, também oriundo daquele país. Durkheim, em sua obra clássica *O Suicídio*, iniciou um olhar social para o fenômeno. Afinal, para o autor, tudo é um fato social. Segundo ele, quanto mais coesa é a sociedade, menores são as taxas de suicídio, sendo o contrário verdadeiro — ou seja, quanto menos coesa esta, maiores as taxas de suicídio.

Na passagem do século XIX para o século XX, ocorre uma gradativa descriminalização do suicídio, baseada na ideia de que a sociedade deve acolher de forma compreensiva pessoas em risco de tirar a própria vida. Neste contexto, surge a teoria psiquiátrica, a qual teve como principais expoentes os médicos Philippe Pinel, precursor da Psiquiatria, e Jean Étienne Dominique Esquirol, sendo este último o responsável pela sistematização da referida teoria.

A teoria psiquiátrica defendia que o suicídio estaria sempre relacionado com uma doença mental, isto é, propunha a existência de estreita relação entre o suicídio e as patologias de ordem psíquica, sobretudo a depressão, então chamada de melancolia (CORRÊA; BARRERO, 2006). Em suma, a teoria psiquiátrica deu significativo impulso para os estudos científicos na área da Suicidologia. Com o crescimento da perspectiva científica na abordagem do suicídio, os estudos sobre este tema nas Ciências Humanas, na Estatística, na Bioética e nas Neurociências aumentaram significativamente. Esse movimento abriu caminho para que, na década de 1990, a OMS tenha reconhecido o fenômeno do suicídio como problema de saúde pública (BOTEGA, 2015).

A tabela 1 mostra as diferentes perspectivas ao longo da história (CORRÊA; BARRERO, 2006, p. 9-10):

Tabela 1. História do Suicídio ao longo dos anos. Fonte: CORRÊA; BARRERO, 2006.

| DADOS | EVENTO | CONCEITO |
|---|--|--|
| Antes de 2000 a.C. | Suicídios relatados no Egito | Suicídios existem desde a Pré-História |
| 1000 a 500 a.C. | Suicídios bíblicos | Suicídio visto de forma neutra, às vezes até gloriosa |
| 400 a.C. | Hipócrates atribuiu o suicídio à melancolia | Suicídio como consequência da depressão |
| 240 d.C. | Ptolomeu II proíbe os escritos de Hegesias | Repressão de escritos que possam estimular o suicídio |
| 354 a 430 d.C | Escritos de Santo Agostinho | O suicídio é o grande pecado |
| 452 | Concílio de Arles proclama que o suicídio é um crime, resultado de uma fúria demoníaca | O suicídio precisa ser punido |
| 563 | Concílio de Praga recusa ritos cristãos aos suicídios | Punição para as almas dos sobreviventes |
| 593 | Concílio de Toledo | Excomunhão da vítima do suicídio |
| 967 | Rei Edgar da Inglaterra aplica a lei civil | O suicídio se torna um crime |
| 1300s | <i>Felo de se</i> ; as leis permitem confisco de propriedades e a execração de corpo de suicidas | Punições públicas e seculares para a vítima e para os familiares |
| 1632 a 1677 | Spinoza atribui o suicídio às dificuldades físicas ou psicológicas | Motivo não natural |
| 1628 | Burton publica <i>Anatomy of Melancholia</i> | Atitude clínica é introduzida |
| 1644 | <i>Biathanatos</i> , de Donne, é publicado | A vítima de suicídio é defendida |
| 1827 | Esquirol publica <i>Sur la Monomanie</i> | O suicídio é um problema psiquiátrico |
| 1850 | Leis de confisco e da execração são combatidas | Estigmatização aberta do suicídio torna-se difícil. Abrem-se as discussões sobre a alienação |
| 1897 | Durkheim publica <i>Le Suicide</i> , 1897 | Suicídio visto por um viés social |
| 1920 | Freud publica <i>Além do Princípio do Prazer</i> | Abordagem psicológica do suicídio |
| 1976 | Asberg e Cols publicam estudo sobre serotonina e suicídio | Abordagem biológica do suicídio |
| A partir da década de 1980 do século XX | Surgem movimentos públicos e organizados em defesa da eutanásia, do suicídio assistido e do suicídio | Morte voluntária como liberdade individual |

2.

SUICÍDIO NA ATUALIDADE: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA



suicídio pode ser definido como: “Todo ato executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a sua morte, através de um meio no qual o indivíduo acredita que vai resultar no fim da sua vida” (CORRÊA; BARRERO, 2006, p. 30).

Segundo Turecki e Brent (2016, p. 25), trata-se “de um ato autolesivo fatal com alguma intenção de morrer”. É importante ressaltar que o ponto central da intencionalidade do ato suicida varia conceitualmente (MCKEON, 2009).

Trata-se de um processo complexo, multifatorial, que envolve uma interação de aspectos sociais e individuais. Dentre os fatores de risco sociais, pode-se citar: ausência de suporte social, isolamento social, *bullying*, *cyberbullying*, perda de emprego e crises econômicas. Já os fatores de risco individuais englobam história familiar, genética, mecanismos epigenéticos, adversidades na primeira infância, principalmente, abusos físicos, sexuais e negligência (fatores distais ou de predisposição); deficit cognitivos, alta ansiedade, uso de substâncias psicoativas e álcool, traços de personalidade e alta impulsividade (fatores mediadores ou de desenvolvimento); desesperança e psicopatologias (fatores

precipitantes ou desencadeadores) (TURECKI; BRENT, 2016). Epigenética é a ciência que estuda como as experiências modificam a expressão gênica. É importante ressaltar que não há alterações na sequência do DNA (MCGOWAN, 2009). Estas modificações, por sua vez, podem passar de geração a geração. A relação entre tais fatores pode ser observada na figura 2.

Dentre as psicopatologias, observa-se um maior índice de suicídio na depressão, transtorno afetivo bipolar (TAB), transtornos de personalidade, transtorno de abuso de substância, esquizofrenia e transtornos de ansiedade (TA), requerendo uma maior

atenção. É preciso considerar, também, as ocorrências de doenças graves, crônicas degenerativas, bem como as indutoras de dor crônica e a perda de um ente querido. Outros fatores de risco relevantes são os ambientais, como fáceis acessos aos meios letais e a dificuldade de acesso aos centros de cuidados à saúde (TURECKI; BRENT, 2016). A vivência/exposição ao suicídio de terceiros é outro fator preocupante. Isso porque estima-se que filhos que presenciaram o suicídio de um de seus pais apresentam três vezes mais riscos de desenvolver comportamento suicida (LUNDE *et al.*, 2018).

Figura 2. Fatores de risco para o suicídio: fatores individuais, sociais e ambientais

| FATORES DE RISCOS INDIVIDUAIS | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Genética | Mudanças epigenéticas | Deficit cognitivos | Ansiedade, desesperança |
| Histórico familiar | Exposição precoce ao estresse | Traços de personalidade | Impulsividade |
| Psicopatologias | | Uso de substâncias | |
| FATORES SOCIAIS | | | |
| Mudanças repentinas | Crises financeiras e sociais | | Isolamento social |
| FATORES AMBIENTAIS | | | |
| Mídias, facilidade de acesso aos meios letais e dificuldade de acesso aos centros de saúde | | | |

Fonte: TURECKI; BRENT, 2016, p. 23 (figura com modificações).



3. SUICÍDIO E ESTIGMA



suicídio é envolto por tabus, preconceitos e estigmas, cuja origem remonta à Antiguidade Clássica e Idade Média com a criminalização do ato. O estigma pode ser entendido como um fenômeno de ordem coletiva, que pode trazer para o indivíduo prejuízos

biopsicossociais. Podem surgir sentimentos de vergonha, fracasso, rejeição, culpa, isolamento familiar e social, desesperança, dentre outros (SCHOMERUS, 2015).

Nesse contexto, é fundamental o cuidado com as mídias sociais e outros meios de comunicação, que podem contribuir para o aumento ou redução dos estigmas, bem como para prevenção ou potencialização do risco de suicídio. O estudo do pesquisador norte-americano David Phillips, em 1974, analisou taxas de suicídio nos Estados Unidos entre 1946 e 1968. Ele concluiu que as taxas de suicídio cresciam de forma significativa de sete a dez dias após suicídios serem noticiados em primeiras páginas de jornais. O caso clássico que precipitou o avanço dos estudos sobre o efeito de contágio se deu em Viena, após uma epidemia de suicídios no metrô. Este fato foi associado à publicação dos casos em periódicos locais. Tão logo alguns periódicos pararam de noticiar as mortes por suicídio, o número de casos diminuiu. O efeito de contágio relacionado à notícia de casos de suicídio

é denominado de “efeito Werther”, usado pela primeira vez na década de 1960 pelo pesquisador Phillips. Este termo deriva do livro do romancista alemão Goethe, *Os Sofrimentos do Jovem Werther*, cujo protagonista tira a própria vida no final da obra. Naquele momento, foram encontrados vários jovens mortos por suicídio com o livro ao seu lado. Isso fez com que a leitura do romance fosse associada diretamente à morte destes jovens (apud CORRÊA; BARRERO, 2006). Nesse sentido, é importante o trabalho em parceria com a mídia para que as notícias de casos de suicídios sejam voltadas para a prevenção, não para a indução.

Mais recentemente, a série televisiva americana *13 Reasons Why* (Os 13 porquês) foi tema de grande discussão sobre o aumento de suicídios nos Estados Unidos. A série relata os motivos que teriam levado a personagem principal a tirar a própria vida. Segundo estudo publicado na revista científica *JAMA Psychiatry*, após a exibição da série, houve aumento de 13% no número de suicídios entre jovens americanos, com prevalência para o gênero feminino (21%) (NIEDERKROTENTHALER, 2019). Aliás, a série não segue as melhores práticas preconizadas pela OMS², visto que há uma descrição minuciosa sobre o método utilizado e a culpabilização direta das pessoas envolvidas no seu processo de sofrimento.

Tais fatos demonstram a necessidade de que sejam observadas as recomendações sobre o tema na produção de obras fictícias sobre o comportamento suicida, revelando que não basta a mera abordagem ou a exposição de forma irresponsável.

2. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UM MANUAL PARA PROFISSIONAIS DA MÍDIA, 2000. Disponível em https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf.

Quanto ao combate ao estigma sobre o suicídio, a abordagem educativa é uma das estratégias a serem adotadas, uma vez que promove o conhecimento sobre o tema, com a conscientização para a gravidade do problema e a empatia com todos os envolvidos, ou seja, pessoas com comportamento suicida, familiares e amigos.



4. SUICÍDIO: MITOS E VERDADES



O fenômeno do suicídio é cercado de mitos construídos culturalmente e propagados pelo senso comum. Nesse sentido, é relevante que a sociedade conheça quais os critérios científicos correspondentes a cada mito, conforme expressos na tabela 2, construída a partir das informações de Corrêa e Barrero (2006, p. 230-231).

Tabela 2. Mitos e verdades sobre o suicídio.

| MITOS | VERDADES |
|--|---|
| As pessoas que tentam suicídio estão exercendo livremente a sua escolha | Sabemos que a grande maioria das pessoas que tenta suicídio padecia de um transtorno mental, diagnosticado ou não, no momento do suicídio. É difícil falar de liberdade de escolha nesse contexto, já que, em muitos casos, a doença mental altera o juízo crítico e a percepção que o indivíduo tem da realidade. |
| Quem quer se matar não fala | De cada dez pessoas que se suicidam, nove expressam suas intenções. Nos dias ou semanas anteriores ao suicídio, cerca de 60% dos que se suicidaram se consultaram com um médico a quem expressaram seus desejos de morte. |
| Todas as pessoas que tentam suicídio são deprimidas | As pessoas com depressão, até pela alta prevalência dessa condição na população geral, são os que se suicidam em maior número. Entretanto, nem todas as pessoas que tentam suicídio têm depressão, podendo padecer de vários outros transtornos mentais, como esquizofrenia, alcoolismo, transtornos de personalidade, dentre outros. Vale ressaltar que pessoas sem um diagnóstico de transtorno mental também podem fazer tentativa de suicídio. |
| Perguntar a uma pessoa sobre seus desejos de morte aumenta o risco de realizá-lo | Está demonstrado que falar sobre suicídio com uma pessoa com tal tendência, ao invés de incitá-la, reduz o risco de cometê-lo e pode ser a única possibilidade que se oferece ao indivíduo para uma análise de seus propósitos autodestrutivos. |
| A prevenção ao suicídio é tarefa dos psiquiatras | É certo que os psiquiatras são profissionais experimentados na detecção do risco de suicídio e no seu manejo, mas não são os únicos. Qualquer interessado em auxiliar pode ser um valioso colaborador em sua prevenção. |
| Os que tentam suicídio não se suicidam | Uma tentativa de suicídio é o mais importante preditor de futura tentativa e de suicídio. Cerca de 1% a 2% dos que tentam suicídio vão se suicidar durante o primeiro ano depois de sua tentativa, e entre 10% e 20% vão fazê-lo ao longo de suas vidas. |
| As crianças não se suicidam | Depois que uma criança adquire o conceito de morte, pode vir a cometer suicídio. Embora seja relativamente raro quando comparado a outras faixas etárias, crianças também se suicidam. |
| Quando uma depressão grave melhora, já não há risco de suicídio | Quando uma pessoa começa a melhorar de um quadro depressivo grave, o risco de suicídio na realidade é maior. Isso ocorre pelo fato de as principais drogas usadas no tratamento da depressão, os antidepressivos, terem um período de latência em seu efeito antidepressivo, e nas ideias suicidas que acompanham a depressão (até cerca de quatro a seis semanas). Entretanto, em um período de tempo mais curto (cerca de duas semanas), o paciente se sente bem mais disposto, ocorre a redução da lentificação psicomotora, seus movimentos ficam mais ágeis, e, assim, o risco de suicídio fica maior. |
| Os que tentam cometer suicídio não desejam morrer, apenas chamar a atenção | Algumas pessoas podem tentar se matar com o objetivo de chamar a atenção, mas é um grande erro etiquetá-las como chantagistas, chamadoras de atenção etc., pois são pessoas que passam por dificuldades e, por falha em seus mecanismos de adaptação, estão pedindo ajuda da única forma que conseguem. Por outro lado, a maior parte dos que tentam suicídio deseja efetivamente morrer e seria um erro ainda maior não considerar isso devido ao risco iminente de morte que apresenta. |
| Não devemos falar sobre suicídio, pois isso pode aumentar o risco | Falar sobre suicídio não aumenta o risco. Muito pelo contrário: falar com alguém sobre o assunto pode aliviar a angústia e a tensão que esses pensamentos trazem. |
| Os meios de comunicação não podem contribuir para a prevenção ao suicídio. Nada do que divulguem poderá demover um suicida de sua intenção | Os meios de comunicação podem converter-se em valiosos aliados na prevenção ao suicídio se enfocarem corretamente a notícia sobre o tema e se cumprirem a sugestão dos pesquisadores em suicídio sobre como difundir-la. Além disso, muitos dos potenciais suicidas são ambivalentes em relação às suas intenções e estão procurando maneiras de se livrar do sofrimento. |

Fonte: CORRÊA; BARRERO, 2006.

5.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

enfrentamento deste problema de saúde pública deve ser realizado mediante uma ampla conscientização da comunidade sobre o suicídio, seus fatores de risco e proteção, além da ampliação e fortalecimento

da rede especializada para assistência e pronta intervenção. Deve-se ainda reconhecer que, nas últimas décadas, o suicídio tem sido objeto de debate público, o qual deve ser encorajado e difundido em todos os segmentos da sociedade.

Como consequência da difusão do tema, os debates públicos devem ainda incentivar a realização de mais estudos, com engajamento das mais diversas áreas do conhecimento, tais como as Ciências da Saúde e as Ciências Humanas, com aprofundamento das discussões e, por fim, a fixação de parâmetros cientificamente comprovados acerca das melhores práticas de prevenção, sobretudo com relação à população mais jovem.

É importante que educadores, profissionais de saúde, membros da sociedade e autoridades promovam conjuntamente a conscientização sobre o tema. A educação é uma ferramenta efetiva de prevenção. Além disso, é preciso a realização de programas voltados para a prevenção, como os cuidados necessários com os enlutados de uma morte por suicídio.

No Brasil, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM) criaram a campanha “Setembro Amarelo”. Realizada anualmente no mês de setembro, esta campanha visa conscientizar sobre a importância da prevenção ao suicídio. Ela tem despertado

atenção para o tema e alertado sobre os fatores de risco, sobretudo a relação do suicídio com as doenças mentais. Além disso, tem ressaltado a necessidade do fortalecimento de fatores protetivos e da capacitação de profissionais de saúde habilitados para detectar e intervir em situações de risco de suicídio.

O tema também tem sido pauta da agenda governamental. É importante citar a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, criada por meio da Lei nº 13.819/2019 e sancionada pelo Presidente da República, Jair Bolsonaro. Ela cria um sistema nacional, com estados e municípios, para prevenção do suicídio e da automutilação e

um serviço telefônico gratuito para atendimento ao público. A Lei ainda determina que a notificação compulsória destes casos deve ter caráter sigiloso nos estabelecimentos de saúde, segurança, escolas e conselhos tutelares. Nesse contexto, o Governo Federal, por meio do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), lançou, em abril de 2019, a campanha Acolha a Vida, visando à prevenção do suicídio e da automutilação. A iniciativa é voltada a todas as faixas etárias, com atenção especial para crianças e adolescentes. O tema Políticas Públicas e suicídio será abordado no fascículo 2.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOTEGA, N. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre, ed. Artmed, 2015.

CORRÊA, H., BARRERO, S. P. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo. Editora Atheneu, 2006.

LUNDE et al. **Systematic literature review of attempted suicide and offspring**. Int. J. Environ. Res. Public Health, v.15, n.5: 937, 2018. doi: 10.3390/ijerph15050937.

MCKEON, R. **Suicide behavior: advances in psychotherapy**. Cambridge, MA, Ed. Hogrefe, 2009.

McGOWAN, P.O. et al. **Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse**. Nature Neuroscience, v.12, p. 342-348, 2009.

MELEIRO, A., CORRÊA, H. **Comportamento Suicida**. In Meleiro, Alexandrina (coordenadora). **Psiquiatria: estudos fundamentais**. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016**. Boletim epidemiológico, n. 15, v.50, 2019.

MINOIS, Georges. **História do suicídio**. Lisboa: Ed. Teorema, 1998.

NIEDERKROTHENHALER, T. et al. **Association of increased youth suicides in the United States with the release of 13 Reasons Why**. JAMA Psychiatry, v.76, n.9, p.933-940.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Latest suicide estimates: crude, age-standardized, and by age groups, 2016**. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/estimates/en/

QUADROS, M.P.R. **Lealdade visceral: as origens do harakiri no Japão medieval**. **Revista Historiador Especial**, v.1, n.3, p. 85-94, 2010.

SCHOMERUS, G., STOLZENBURG, S. ANGERMEYER, M.C. **Impact of the Germanwings plane crash on mental illness stigma: results from two population surveys in Germany before and after the incident**. World Psychiatry, v. 14, n.3, p.362-362, 2015.

TURECKI G., BRENT D.A. **Suicide and suicidal behaviour**. Lancet, v. 387, p.1227-39, 2016.

AUTORES

Andrea Amaro Quesada

PhD em Neurociências e Cognição pela Ruhr-Universität Bochum. Mestre em Psicologia e Psicóloga pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Curso de Psicologia na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Professora do curso de Especialização em Neurociências e Reabilitação (UNIFOR). Professora do curso de pós-graduação em Neuropsicologia e Terapia Cognitiva Comportamental na Unichristus. Trabalhos apresentados em Congressos Nacionais e Internacionais (Alemanha, EUA, Japão, Argentina). Artigos publicados nos periódicos internacionais Psychoneuroendocrinology, Stress. Pesquisadora nas áreas de estresse, maus-tratos, Síndrome Congênita do Zika vírus e Fenilcetonúria (PKU). Autora do livro infantil-juvenil *A Caixa Mágica e a Busca do Tesouro Escondido*.

Carlos Henrique de Aragão Neto

Psicólogo e Psicoterapeuta; Especialista em Tanatologia; Formação em Estudos do Luto; Mestre em Antropologia (UFPI) com a dissertação “Os Aspectos Socioantropológicos da Tentativa de Suicídio”; Doutor em Psicologia Clínica e Cultura (UnB) com a tese “A Relação entre Autolesão sem Intenção Suicida e Ideação Suicida”; Membro da Associação Brasileira para Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS). Membro da International Society for the Study of Self-Injury (ISSS). Membro da International Association for Suicide Prevention (IASP).

Marina Saraiva Garcia

Psicóloga, formação em Terapia Cognitivo Comportamental pelo Beck Institute (EUA), especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), neuropsicóloga, Mestre em Medicina Molecular pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foi conselheira do Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (CRP-DF) na gestão 2016-2019 e vice-presidente no período de 2017 a 2019. Diretora Secretária da Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual (ABIPD) desde 2016. Atua como psicóloga na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) desde 2005 e trabalha no Centro de Referência, Pesquisa e Capacitação e Atenção ao Adolescente em Família (Adolescento) desde 2006. Atua na rede privada em Marina Saraiva - Clínica de Psicologia.

Josianne Martins de Oliveira

Médica formada pela Universidade Federal de Goiás. Psiquiatra Titular da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Residência Médica em Psiquiatria pela Pax Clínica – Instituto de Neurociência. Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência pelo Hospital São Vicente de Paulo. Diretora Secretária Adjunta da Associação Psiquiátrica de Brasília no período de 2017 a 2019, quando atuou como Coordenadora Regional da Campanha de Prevenção ao Suicídio do Setembro Amarelo. Trabalhou no Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada (Hospital da Criança de Brasília José Alencar) no período de 2016 a 2018, atuando como médica psiquiatra assistente e preceptora voluntária na Residência Médica de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica. Trabalhou na Saúde BRB Caixa de Assistência, atuando como médica psiquiatra assistente no período de 2014 a 2020 e como coordenadora da equipe médica e da psiquiatria no período de 2018 a 2019. Atualmente, é membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF), Diretora-Tesoureira da Associação Psiquiátrica de Brasília e atua na rede privada como médica psiquiatra assistente e diretora técnica médica da Clínica EKIP – Emil Kraepelin Instituto de Psiquiatria.

ILUSTRADOR

Rafael Limaverde

Nascido em Belém/PA, naturalizado cearense, formado em Artes Visuais pelo Instituto Federal do Ceará (IFCE), é xilogravurista e ilustrador. Possui mais de 40 livros ilustrados em diversas editoras do País. É um dos organizadores do “Festival de Ilustração de Fortaleza”, evento realizado dentro da Bienal do Livro do Ceará. É curador das seguintes exposições: “Eco Barroco”, no Centro Cultural Banco do Nordeste – Fortaleza/CE (2011); “Bestiário Nordestino”, na Multigaleria do Centro de Arte e Cultura Dragão do Mar – Fortaleza/CE (2016); “III Festival de Ilustração de Fortaleza”, que ocorreu durante a XII Bienal Internacional do Livro no Centro de Eventos do Ceará (2017).



DISQUE
SAÚDE
136

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

MINISTÉRIO DA
MULHER, DA FAMÍLIA E
DOS DIREITOS HUMANOS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

