SUICÍDIO NO BRASIL

contextualização, vulnerabilidade e ações preventivas

> Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral Cristiane Gomes da Silva de Araujo André Luiz Jardim Alves Artur José Cabral Ester Senna Monteiro de Farias Mariana Novaes Leite Duarte de Castro Nathália Diniz Pereira Saulo Bastos Guerra Boechat



SUICÍDIO NO BRASIL

contextualização, vulnerabilidade e ações preventivas

Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral Cristiane Gomes da Silva de Araujo André Luiz Jardim Alves Artur José Cabral Ester Senna Monteiro de Farias Mariana Novaes Leite Duarte de Castro Nathália Diniz Pereira Saulo Bastos Guerra Boechat



encontrografia

Copyright © 2022 Encontrografia Editora. Todos os direitos reservados.

É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa autorização dos autores e/ou organizadores.

Editor científico

Décio Nascimento Guimarães

Editora adjunta

Tassiane Ribeiro

Coordenadoria técnica

Gisele Pessin Fernanda Castro Manhães

Design

Nadini Mádhava Foto de capa: Nadini Mádhava

Assistente de revisão

Letícia Barreto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

```
Suicídio no Brasil : contextualização,
vulnerabilidade e ações preventivas. -- 1. ed. --
Campos dos Goytacazes, RJ : Encontrografia
Editora, 2022.

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-88977-91-0

1. Bioética 2. Suicídio 3. Suicídio - Aspectos
psicológicos 4. Suicídio - Aspectos sociológicos
5. Políticas públicas de saúde 6. Saúde pública.
```

Índices para catálogo sistemático:

```
    Suicídio: Causa, mitos e prevenção: Problemas
sociais 362.28
    Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129
```



Comitê científico/editorial

- Prof. Dr. Antonio Hernández Fernández UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPANHA)
- Prof. Dr. Carlos Henrique Medeiros de Souza UENF (BRASIL)
- Prof. Dr. Casimiro M. Marques Balsa UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA (PORTUGAL)
- Prof. Dr. Cássius Guimarães Chai MPMA (BRASIL)
- Prof. Dr. Daniel González UNIVERSIDAD DE GRANADA (ESPANHA)
- Prof. Dr. Douglas Christian Ferrari de Melo UFES (BRASIL)
- Prof. Dr. Eduardo Shimoda UCAM (BRASIL)
- Prof.^a Dr.^a Emilene Coco dos Santos IFES (BRASIL)
- Prof.^a Dr.^a Fabiana Alvarenga Rangel UFES (BRASIL)
- Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida UNIR (BRASIL)
- Prof. Dr. Francisco Antonio Pereira Fialho UFSC (BRASIL)
- Prof. Dr. Francisco Elias Simão Merçon FAFIA (BRASIL)
- Prof. Dr. lêdo de Oliveira Paes UFRPE (BRASIL)
- Prof. Dr. Javier Vergara Núñez UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA (CHILE)
- Prof. Dr. José Antonio Torres González UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPANHA)
- Prof. Dr. José Pereira da Silva UERJ (BRASIL)
- Prof.^a Dr.^a Magda Bahia Schlee UERJ (BRASIL)
- Prof.^a Dr.^a Margareth Vetis Zaganelli UFES (BRASIL)
- Prof.^a Dr.^a Martha Vergara Fregoso UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA (MÉXICO)
- Prof.^a Dr.^a Patricia Teles Alvaro IFRJ (BRASIL)
- Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Barbosa Paiva Magalhães UFRN (BRASIL)
- Prof. Dr. Rogério Drago UFES (BRASIL)
- Prof.^a Dr.^a Shirlena Campos de Souza Amaral UENF (BRASIL)
- Prof. Dr. Wilson Madeira Filho UFF (BRASIL)

Este livro passou por avaliação e aprovação às cegas de dois ou mais pareceristas ad hoc.

Tributo ao incompreendido

Grande é a dor do suicida! Desejava ser querido, ser importante na vida, ao menos ter sido ouvido!

Morreu como se invisível fosse seu corpo e seu rosto. Como se um grito inaudível, pairasse pra seu desgosto!

Tal como ave sem alma, viveu, morreu, não existiu. Só agora ele se acalma, de viver já desistiu! Imaginou resistir, lutou com ferocidade, decidiu não prosseguir não deixou sequer saudade!

Então, o que houve, afinal?

– Foi por falta de esperança!

Deixou o mundo sem sinal, simplório, feito criança!

Ao seu triste coração, de destino incompreendido, nunca lhe assistiu razão, no silêncio consumido!

Hildeliza Boechat

Como seres sociais, somos vulneráveis às ações dos outros e dependentes do cuidado e apoio dos outros, em graus diversos e em vários momentos de nossas vidas. A vulnerabilidade universal desafia a ênfase em muitos debates sobre a autonomia e sugere que a bioética deve enfocar sobre as necessidades e proteção das pessoas vulneráveis (PESSINI, 2017, p. 81).¹

¹ PESSINI, Leo. Elementos para uma bioética global: solidariedade, vulnerabilidade e precaução. **Thaumazein**. Santa Maria, Ano VII, v. 10, n. 19, p. 75-85, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/1983. Acesso em: 02 ago. 2022.

Sumário

| Palavras prévias | 13 |
|--|----|
| Prefácio | 16 |
| 1. O suicídio à luz dos referenciais da Bioética global | 19 |
| Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral | |
| 2. Vulnerabilidade e suicídio por causas sociais3 | 33 |
| Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral | |
| 3. O suicídio no Brasil: as circunstâncias da violência autoinfligida4 | 49 |
| Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral | |
| Cristiane Gomes da Silva de Araujo | |
| Artur José Cabral | |
| 4. As estatísticas do suicídio no Brasil6 | 65 |
| André Luiz Jardim Alves | |
| 5. Causas, fatores de risco e possíveis manejos ao longo do | |
| desenvolvimento humano8 | 32 |
| Ester Senna Monteiro de Farias | |
| Saulo Bastos Guerra Boechat | |
| 6. Reflexos do suicídio na família e na sociedade | 97 |
| Mariana Novaes Leite Duarte de Castro | |

| 7. Ações e programas de prevenção ao suicídio | 109 |
|---|-----|
| Nathália Diniz Pereira | |
| Ações preventivas e o triunfar da vida! | 125 |
| Sobre os autores | 126 |

Palavras prévias

O objeto de estudo da Bioética é amplo, multifacetado e se expande em matizes cada vez mais ricos, sendo uma de suas grandes preocupações a dignidade da pessoa humana nas fases de major vulnerabilidade, que são o início e a finitude da existência humana. A vida digna, em condições de um ecossistema livre de impurezas e enfermidades tem sido o maior anseio rumo ao cumprimento dos ideais da agenda 2030 da ONU e, sem dúvida, a maior e mais ousada meta a ser cumprida rumo ao futuro sustentável do mundo e à sobrevivência da humanidade. Nessa linha de intelecção, impende destacar: à vida digna, há de corresponder a morte igualmente digna, sem dor e livre de sofrimento. Por esse motivo, o suicídio inquieta, desafia e descortina uma realidade dolorosa, em que o ser humano busca a própria morte e, valendo-se de meios violentos, instrumentos sangrentos e circunstâncias desumanas leva a efeito o ato de pôr fim à própria vida. Essa não é uma prática racional ou normal, mas se torna cada vez mais comum na sociedade, leva ao desespero a família, os amigos e demais pessoas do convívio daquele que se foi, deixando-os atônitos e com imensa interrogação ou mesmo sentimento de culpa.

A presente obra estuda uma realidade cruel e recorrente não só no Brasil, mas em todo o mundo. Muito temos pesquisado a respeito do suicídio, entretanto sem conclusões satisfatórias a respeito das causas. Sabemos, contudo, que as consequências são desastrosas. As medidas de prevenção ganham relevância e começam a ser estudadas de forma mais detida, a fim

de minimizar a ocorrência dessa prática que aterroriza as famílias e se torna relevante questão de saúde pública na atualidade, além de se constituir um desafio no âmbito da discussão bioética, apresentando, portanto, caráter multidimensional e interdisciplinar.

O autoextermínio não é de fácil compreensão, pois se consubstancia em ato contrário à natureza humana. A primeira atitude natural e esperada de qualquer pessoa em condições normais, ante um ataque, é defender-se, proteger-se de lesões ou ameaças, sendo desarrazoado e incompreensível a pessoa desejar (e buscar) a própria morte. Além disso, na maioria dos casos, o cenário do suicídio é traumático, constituindo-se verdadeira cena de terror, registrada de forma quase indelével na memória das pessoas que tiveram contato com essa realidade. Nessa perspectiva, a obra tem por objetivo buscar melhor compreensão acerca do fenômeno do suicídio e revelar de que forma pode dialogar com a Bioética Global e seus referenciais (vulnerabilidade, solidariedade e precaução) para intervir nessa drástica situação; conceituar e contextualizar suicídio; apresentar as alarmantes estatísticas no Brasil; desvelar fatores identificados como propulsores dos riscos e causas mais frequentes de suicídio; os reflexos deste ato às pessoas mais próximas e à sociedade; estudar estratégias e programas de prevenção. Todo esse caminho é trilhado pela intenção de informar a sociedade, as famílias e as próprias pessoas com ideações suicidas a fim de fornecer subsídios capazes de contribuir para que seja evitado o ato extremo.

A presente obra foi inspirada no âmbito do Projeto de Iniciação Científica (PIC) O suicídio como morte mistanásica, ora desenvolvido por cinco competentes e maduros estudantes-pesquisadores do 4º, 6º e 7º períodos do curso de Medicina da Unig (todos egressos de outra graduação, dois deles já mestres), Campus V, todos integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (GEPBIDH), coordenado por mim em Itaperuna, sob orientação das docentes Dra. Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral (pesquisadora e professora universitária) e Mestra Cristiane Gomes da Silva de Araujo (professora universitária e médica psiquiatra). A obra registra em sete capítulos as principais considerações advindas da pesquisa e dos estudos realizados pelos integrantes do PIC, com as orientadoras e a colaboradora Ester Senna Monteiro de Farias (Psicóloga hospitalar), objetivando aperfeiçoar o tripé sobre o qual se funda a formação na educação superior na universidade deste novo tempo: ensino, pesquisa e extensão. A efetiva integração do

saber se inicia com o ensino acadêmico, amadurece por meio da pesquisa e conquista a extensão na medida em que a sociedade toma ciência dos estudos realizados no âmbito da universidade. Então, a publicação, por seu caráter extensionista, exerce uma função social, qual seja, munir instituições e diversos segmentos da sociedade de informações e aporte teórico acerca de um tema sério e urgente, qual seja, o estudo científico do autoextermínio e estratégias de prevenção, a fim de intervir na realidade em busca de dias melhores e de um futuro promissor, em que a solidariedade seja um conceito não apenas da ordem do sentimento, mas da ação em favor de nossos iguais que padecem das ideações suicidas. Cremos na possibilidade de mudar estruturas, quebrar paradigmas e tornar a sociedade mais humana, solidária e fraterna.

Itaperuna, 7 de agosto de 2022.

Hildeliza Boechat Cabral

Pesquisadora. Doutora (Uenf, 2019) e Mestra (Uenf, 2015) em Cognição e Linguagem. Estágio Pós-doutoral em Direito Civil e Processual Civil (Ufes, 2021). Membro da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Membro da Asociación de Bioetica Juridica de La Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Membro do Instituto Brasileiro de Estudos em Responsabilidade Civil (IBERC). Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (Gepbidh). Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM). Membro do Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (BRASILCON). Docente dos Cursos de Direito e Medicina. E-mail: hildeboechat@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq. br/3000681744460902. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9871-8867

Prefácio

Ter sido convidada para prefaciar a presente obra, fruto de um projeto de Iniciação Científica e que trata de tema tão delicado quanto o do suicídio foi um presente que recebi neste ano, ainda pandêmico, de 2022. Muito obrigada, querida amiga e colega nas lides da docência, professora doutora Hildeliza Boechat!

Mas, qual a razão que está por trás dessa minha reação? A necessidade que sinto, na nossa sociedade, de investigarmos e de trazermos a público os resultados da pesquisa acerca de um assunto tão tabu nas nossas conversas cotidianas. Dizer que alguém cometeu suicídio é pensar, num primeiro momento, que aquela pessoa fracassou, que ela não deu conta de viver com seus problemas. Problemas esses, aliás, que são, em sua maioria, compartilhados por milhões de outras pessoas ao redor do globo. Todo aquele que já teve contato com um possível suicida ou suicida de fato sabe que ele pensa o pior de si mesmo. Ele se sente só. Ele precisa de amparo, de afeto, de cuidado, de solidariedade, de empatia, de alteridade. Será que estamos preparados para enfrentar tudo isso, para estender a mão, para ouvir, para tentar compreender? Muitas vezes será ao vivenciar o luto, que nos questionaremos sobre os fatos que seremos obrigados a enfrentar. Pode ser tarde. Não nos esqueçamos de que o suicida é um vulnerável. Não parece ter sido à toa que a vulnerabilidade dessa situação apareça não só no próprio título da obra, como também em um dos estudos aqui inseridos.

Ao longo dos sete textos que compõem o livro, os autores fazem um retrato bem lúcido e esclarecedor sobre o denominado *autoextermínio*. Eles jogam luz sobre um acontecimento tão taciturno. Eles explicitam e dão estatísticas importantes sobre o número de suicídios que ocorrem anualmente. Assim, aprendemos que, todos os anos, praticamente um milhão de pessoas no mundo se matam. O suicídio é, ao lado de doenças como o HIV e o câncer, uma das causas de morte mais frequentes na população mundial. Muitas vezes, mas não só, ele decorre de outro fenômeno muito recorrente atualmente, que é o da depressão. Aliás, já disseram que ela é o novo mal do século, e eu diria que se não for tratada pode elevar ainda mais o número de suicidas no mundo.

Importante ainda salientar que os autores também apresentam formas para tentar prevenir e combater a epidemia de suicídio existente na sociedade contemporânea, além de traçarem um panorama sobre os reflexos que o ato de autoexterminar-se tem sobre os familiares do suicida, sobre seu círculo de amigos, e, como tratado em um dos estudos desta coletânea, sobre a própria sociedade em que ele *supostamente* estava inserido. Afinal, sempre que alguém comete suicídio a sociedade também falhou. Reforça-se, com essas palavras, mais ainda a imprescindibilidade da leitura desta obra.

A obra que ora vem a lume deve ser lida, relida e, mais do que tudo, deve servir para reflexão, para a elaboração de políticas públicas efetivas contra esse mal. Não basta só a existência do "Setembro Amarelo", campanha organizada pela Associação Brasileira de Psiquiatria juntamente com o Conselho Federal de Medicina, a fim de que tenhamos êxito nessa batalha. Temos de olhar para nosso cônjuge, nosso companheiro, nosso colega de trabalho, nossos pais, filhos, netos, amigos, primos, tios, enfim, todos os que nos cercam com verdadeiro interesse. Coloquemos um fim à indiferença. Isto, com toda certeza, fará diferença!

Boa leitura!

São Paulo, Inverno de 2022.

Débora Gozzo

Pós-doutora pelo Max-Planck-Institut, Hamburgo/Alemanha. Doutora em Direito – Universidade de Bremen/Alemanha. Mestre em Direito – Universidade de Münster/Alemanha e pela USP/Brasil. Professora Titular do Mestrado em Ciência do Envelhecimento - USJT; Professora Titular de Direito Civil - USJT. Visiting Professor das Universidades de Bonn, Heidelberg/

Mannheim, e Bucerius Law School/Alemanha. Membro-fundadora da Academia Iberoamericana de Derecho de Família y de las Personas. Membro da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Líder do Grupo de Pesquisa: Do início ao fim da vida: uma discussão bioética sobre as inovações tecnológicas do século XXI. (USJT). Advogada e Consultora. @profa.deboragozzo

1. O suicídio à luz dos referenciais da Bioética global

Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral¹

A morte do suicida é diferente. Pois ela não é coisa que venha de fora, mas gesto que nasce dentro; o seu cadáver é o seu último acorde, término de uma melodia que vinha sendo preparada no silêncio do seu ser. A primeira morte não foi um gesto; foi um acontecimento de dor. Por isso ela é para ser chorada; não é um texto para ser lido. Mas no corpo do suicida encontra-se uma melodia para ser ouvida. Ele deseja ser ouvido. Para ele valem as palavras de César Vallejo: "su cadáver estaba lleno de mundo". O seu silêncio é um pedido para que ouçamos uma história cujo acorde necessário e final é aquele mesmo, um corpo sem vida.

(CASSORLA, 2021, p. 72).

¹ Pesquisadora. Doutora (Uenf, 2019) e Mestra (Uenf, 2015) em Cognição e Linguagem. Estágio Pós-doutoral em Direito Civil e Processual Civil (Ufes, 2021). Membro da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Membro da Asociación de Bioetica Juridica de La Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Membro do Instituto Brasileiro de Estudos em Responsabilidade Civil (IBERC). Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (Gepbidh). Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM). Membro do Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (BRASILCON). Docente dos Cursos de Direito e Medicina. E-mail: hildeboechat@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3000681744460902. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9871-8867

Considerações iniciais

Autoextermínio ou suicídio tem preocupado a Bioética em razão das crescentes estatísticas no mundo inteiro, razão pela qual o tema se tornou relevante questão de saúde pública. Para melhor compreensão, valemo-nos dos referenciais da Unesco sobre os quais se funda a Bioética Global: a vulnerabilidade, a solidariedade e a precaução. Nessa perspectiva, propomos um estudo do suicídio nesses três vieses a fim de compreender o suicídio, um fenômeno quase já comum na sociedade e com repercussões danosas na vida das pessoas próximas àquela que escolheu uma traumática forma de pôr fim à própria existência.

Os referenciais bioéticos atuam em defesa da vida e da dignidade humanas, estabelecendo um sistema de freios e contrapesos para intervir de forma positiva nas situações que inquietam a Bioética Global, de forma a minimizar os danos aos seres viventes e à sociedade. Cuidaremos de desenvolver logo após as relações entre o suicídio e a Bioética, em primeiro lugar, o referencial da vulnerabilidade, que trata dos riscos e os aspectos que lhe são inerentes; em segundo, as medidas concernentes à solidariedade, que exige ações positivas no sentido de auxiliar; por fim, as diretrizes de precaução, que visam sobretudo evitar riscos e diminuir danos. Todas essas considerações com fim último de buscar medidas capazes de prevenir o suicídio.

O autoextermínio e a Bioética

A Bioética estuda a vida em suas relações com a ética, nas diferentes manifestações em que se verificam a dialogicidade com as causas, consequências e efeitos. Em especial, a Bioética se preocupa com o início e o fim da existência humana e as condições em que ocorrem tais fenômenos, por assim dizer. Então, desde o momento da concepção até o último suspiro da pessoa são temas de interesse da Bioética. Pensar soluções para o suicídio como final da existência humana tem sido um desafio para a Bioética e também para a saúde pública. O suicídio se tornou, explicam Pessini *et al.* (2015, p. 167): "grave problema de saúde pública em todo o mundo e vem exigindo dos sistemas de saúde dos países políticas públicas eficazes em termos de proteção às pessoas vulneráveis e prevenção".

O autoextermínio ou suicídio é o ato deliberado, voluntário, pelo qual uma pessoa põe fim à própria vida de forma trágica. Encontramos várias definições dessas expressões e as consequências da prática, conforme constatamos a partir de matéria veiculada no site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020b): "[...] suicídio é um fenômeno complexo, multifacetado e de múltiplas determinações, que pode afetar indivíduos de diferentes origens, classes sociais, idades, orientações sexuais e identidades de gênero". No mesmo sentido, os bioeticistas de nosso tempo esclarecem que a explicação para esse ato não é singular nem simplória, sendo prudente deixar fora de acesso das pessoas com ideações suicidas algum instrumento ou recurso capaz de facilitar a execução da conduta imaginada, de forma a evitar a concretização:

Não existe uma única explicação abrangente e simples que revele por que as pessoas se suicidam. Muitos suicídios ocorrem impulsivamente e, nessas circunstâncias, o acesso fácil a meios como venenos, instrumentos cortantes ou armas de fogo pode marcar a diferença entre a vida e a morte de uma pessoa (PESSINI et al, 2015, p. 167).

Os mesmos bioeticistas enumeram alguns fatores psicossociais que podem concorrer para a conduta suicida, a título de exemplo, mencionam Pessini *et al.* (2015, p. 167), fatores sociais, psicológicos, culturais, pobreza, desemprego, ruína das relações sociais, depressão, outros transtornos mentais graves, consequências do álcool e outras drogas. No mesmo sentido, alguns motivos que contribuem para levar a efeito o suicídio são identificados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020b): contato com agrotóxicos, perda de emprego, crises econômico-políticas, discriminação sexual, agressões psico-físicas, aflições advindas do trabalho, ausência ou deficiência de autocuidado, desavenças no seio da família, perda de pessoa amada, enfermidades de várias naturezas, dentre outros.

Entendemos que muitas questões precisam ainda ser estudadas em vários aspectos a fim de melhor compreendermos essa temática, que causa pavor às famílias e às pessoas próximas àquela que se suicidou, sendo incalculável a extensão dos reflexos na sociedade. Pessini *et al* (2015, p. 165) afirmam que "O suicídio (matar-se deliberadamente) não deixa de ser uma trágica autodestruição que a pessoa impõe a si mesma". Explicam os autores que restam atrozes efeitos à família e aos amigos e, por anos a fio, perdura o tormento.

O cenário do suicídio é tenebroso e traumático a extremo para quem encontra o corpo, quer suspenso por uma corda ou lençol, quer ao lado de uma arma, quer nas águas de um rio ou praia, quer esfaqueada e de outras formas

que causam igual terror. O fato é que as pessoas a cada dia encontram novas formas de autodestruir-se, entretanto, a literatura bioética tem entendido que o suicida deseja na verdade, não é pôr fim à própria vida, mas terminar com o sofrimento que o consome, que o impede de vislumbrar uma saída para além daquela que lhe parece ser a solução: a morte. Sempre é uma cena terrível aos olhos de quem presencia. A conduta choca tanto que leva outras pessoas ao desespero, à depressão, à excessiva introspecção e até mesmo a se espelharem nessa conduta: "Existem indícios de que, para cada adulto que se suicidou, possivelmente mais de outros 20 tentaram se suicidar" (PESSINI *et al*, 2015, p. 166). Por todas essas declarações a respeito das consequências sociais do suicídio, percebemos a necessidade de mais pesquisas direcionadas a esse fenômeno, à forma como acontece, às circunstâncias em que acontecem, ao modo como as pessoas são encontradas mortas.

Vulnerabilidade

Este é o primeiro referencial: é um estado de fragilidade, debilidade de pessoas, conforme explica Amatriain (2017), estão expostas a riscos, físicos e/ou morais. Pessini (2017, p. 89) "A vulnerabilidade é uma palavra latina, deriva de *vulnus* (eris) que significa 'ferida'. Pode ser definida como a possibilidade de ser ferido". Schramm (2017) explica a vulnerabilidade como um estado em que as pessoas não estão aptas a se defenderem por si sós, dependem, portanto, de um cuidado especial.

Todos esses conceitos demonstram uma situação em que o ser humano não está em condições de igualdade, ao contrário, está sob condição passível de sofrer lesão, de ser ferida ou exposta a risco. Essas expressões demonstram qualidade de fraqueza, debilidade, precariedade. É necessário o reconhecimento de que todo ser vivente e em especial os seres humanos são vulneráveis, podendo a qualquer momento atravessarem uma situação de serem expostos a risco ou de serem feridos, ou seja, estamos suscetíveis de nos vermos vulnerados a qualquer momento, ou mais que isso, vencemos uma vulnerabilidade e outra já está à nossa espera, fato expresso com muita sensibilidade por Pessini (2017, p. 80):

O que fazer com os vulneráveis, em uma cultura que exige todos sejam fortes, capazes, produtivos e competitivos? Não se pode esquecer que a vida não deixa de ser uma passagem constante de uma vulnerabilidade para

outra vulnerabilidade. O sentido profundo do ser humano é o acolhimento e a proteção de sua vulnerabilidade.

Pois bem, diante dos mencionados aspectos, nos propomos a compreender a contextualização do suicídio à luz da vulnerabilidade, enquanto referencial da Bioética Global, por meio de quatro premissas: o suicídio depende da vulnerabilidade do agente com ideações suicidas; ao suicida falta capacidade de discernimento, portanto sua autonomia está comprometida; a pessoa escolhe uma forma trágica de morte; algumas pessoas têm a necessidade de culpar outras pessoas por sua conduta suicida.

O primeiro ponto que analisaremos é: o autoextermínio só se concretizará se a pessoa estiver em estado de vulnerabilidade, quando incapaz de se defender (por si só). Por que podemos afirmá-lo? Porque o suicídio (geralmente praticado de forma brutal, por meio do emprego de violenta agressão) é incompatível com a natureza humana, é completamente contrário ao instinto e à essência humana: nossos reflexos imediatos a uma ação de outrem é a reação de defesa, de autodefesa, neste caso específico. Quando nos sobrevém um ataque ou algo inesperado contra nossa pessoa, a primeira atitude é de nos defender, é a autodefesa. Então, quando passamos a buscar algo oposto à nossa natureza, a provocar um mal terrível a nós mesmos, algo errado está acontecendo. É preciso perceber a instabilidade tal capaz de levar a pessoa ao autoextermínio.

O segundo ponto é que, a nosso sentir, a pessoa que comete suicídio não está no exercício consciente de sua autonomia existencial; assim, a vulnerabilidade influencia em certa medida a autonomia, pois estando a pessoa vulnerada, é-lhe difícil tomar decisões livres, de modo que não podemos falar em autonomia se a pessoa não tem condições de, por si mesma, tomar decisões, além disso, a informação é imprescindível ao exercício da autonomia conforme ensina Catão (2004). No mesmo sentido, leciona Ribeiro (2006, p. 273): "[...] a autonomia não dispensa a capacidade". Por esse motivo, parece-nos muito claro que a pessoa vulnerada em razão de uma forte droga (lícita ou não), de depressão ou transtornos de várias espécies que acometem o ser humano (às vezes não identificável sem a devida assistência médica) não tem condições de se autogovernar, de exercer autonomia conferida ao ser humano em estado de capacidade. Parece-nos acertado entender que a pessoa ao suicidar-se o faz em estado de forte pressão psicológica ou sob intensa e incontrolável emoção em razão de depressão, enfermidades não diagnostica-

das nem tratadas, transtornos psicológicos. É importante destacar que o Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 2020a) veiculou a informação de que 96,8% dos casos de suicídio têm alguma relação com os transtornos mentais.

O terceiro ponto a identificarmos se refere à forma trágica como a pessoa escolhe morrer, maltratando-se violentamente. Essa questão traz várias inquietações à família, aos amigos, que ficam a indagar-se por que a pessoa escolheu sofrer até no momento da morte. A pessoa o faz sob forte tensão, por meio de condutas de autodestruição contra si mesmo, utilizando-se de instrumentos cortantes, perfurocortantes, arma de fogo, cordas, ou por meios cruéis como afogamento (pular de pontes), enforcamento, overdose de ansiolíticos ou de outras drogas indicadas para hipertensão. Em alguns casos, a ideação suicida se fixa em se atirar de altos prédios.

O quarto ponto, por derradeiro, é que algumas pessoas ao se suicidarem, têm a necessidade de deixar outrem como "culpado", ou seja, subjaz o desejo de vingança que se concretiza ao atingir uma pessoa da família ou a toda a família, causando-lhe mal-estar, remorso e outros sentimentos negativos, além de adoecimento como, por exemplo, a depressão. São clássicos os casos de suicidas que deixaram cartas, no passado e ainda hoje; outros deixam áudios contando como se sentiam marginalizados, como a solidão os consumia. Esse fato mostra-se como uma espécie de retaliação pela atenção que a família não concedeu à fragilidade, à enfermidade ou ao transtorno (ainda que transitório) experimentado pela vítima-agente.

Não podemos deixar de mencionar a acepção prospectiva da vulnerabilidade do estudioso Have (2014): ele entende as situações de exposição a riscos e de fragilidade como oportunidades de crescimento, como mola propulsora para o sujeito (re)inventar-se e buscar novos caminhos, respostas e soluções. Percebemos sua inovadora concepção de vulnerabilidade ao sugerir que a pessoa vulnerada pode ser agente de sua própria transformação para uma realidade melhor.

Após analisarmos a vulnerabilidade como referencial bioético, passando por quatro pontos que se tornam importantes aspectos, passaremos a outro conceito, também relacional, que é a solidariedade.

Solidariedade

A primeira noção de solidariedade, em sua forma conceitual elementar, básica e simplista seria um sentimento de compaixão em relação a nossos pares. Entretanto, além de empatia, diríamos que é uma misericórdia tal capaz de nos levar ao lugar do outro a ponto de sentirmos a sua dor e nos impulsionar a ajudá-lo sem esperar contrapartida, por meio de condutas positivas a fim de minorar a sua dor e melhorar as suas condições de vida. Adotando-se uma percepção mais apurada do ponto de vista bioético, solidariedade não é apenas um sentimento, pois requer convívio entre pessoas, atitudes, ações dirigidas à obtenção de um benefício que pode ser em prol de uma pessoa, grupo ou comunidade, consoante explica Pessini (2017, p. 79):

[...] a solidariedade é um conceito relacional associado com a intersubjetividade, ações comuns e obrigações mútuas. Ele se fundamenta na nossa condição antropológica de interdependência de uns para com os outros que representa uma obrigação positiva de agir em favor do outro.

Então, a solidariedade é um conceito relacional porque somente se concretiza na interrelação humana, no relacionamento e interação, no fazer, no agir, não se restringindo ao sentimento, mas ao intercâmbio, influenciando ao implementar melhorias na vida daquele que sofre ou necessita de ajuda. Assim, a solidariedade permite a dor do outro nos incomodar a ponto de nos mover em sua direção. Esse é nosso grande desafio: ter a visão da necessidade do outro e responder ao chamado (de nosso próprio ser) para agir em seu favor.

Pessini *et al.* (2015, p. 166) concebem a solidariedade como "uma atitude de ajuda, sem julgamento, mas de compreensão empática com a pessoa, mesmo discordando do ato"; eles explicam que, ao invés disso, existe uma herança histórico-cultural-religiosa que nos leva a culpabilizar o suicida, acontece que somente podemos responsabilizar quando a pessoa cometeu o ato de forma livre e consciente.

Pois bem, em face desses apontamentos, como analisar o referencial da solidariedade? Em primeiro momento, parece-nos que o referencial da solidariedade se aproxima dos princípios da beneficência e da não maleficência, pois fazendo o bem, já é um indício de que não se está a fazer o mal. Entretanto, em análise mais detida, entendemos que somente o princípio bioético

da beneficência está intimamente ligado ao referencial da solidariedade, porque o princípio da beneficência é intervencionista, caracteriza-se por fazer, buscando empreender condutas positivas no sentido de servir, ajudar, beneficiar nossos semelhantes. Ao que nos parece, o princípio da não beneficência se apresenta apenas no plano omissivo, estático, de não causar mal, não apresentando caráter de intervenção no sentido de ações diretamente voltadas para o auxílio aos nossos pares.

Outro importante aspecto se refere ao fato de a solidariedade como referencial da Bioética Global impor uma espécie de obrigação positiva dissociada, mas complementar ou talvez até suplementar, àquela oferecida pelo dever de assistência ao cidadão por parte do Poder Público. Nesse sentido, Pessini (2017) afirma:

A solidariedade não pode substituir a necessidade de proteção dos direitos e interesses individuais, mas, fornece uma importante ênfase dialógica e complementar a respeito das obrigações positivas que todos nós temos em relação aos outros, particularmente aquelas pessoas que, destituídas do mínimo necessário para se ter uma vida digna, necessitam de nosso apoio e cuidado. Nessa perspectiva, a solidariedade tem tudo a ver com o resgate da cidadania e dos direitos fundamentais de vida (PESSINI, 2017, p. 79).

O papel da solidariedade é, então, um difusor de atendimento ao necessitado, que não deve se operar somente por meio da assistência oferecida pelo Poder Público (apesar de saúde e educação estarem precarizadas) a partir dos direitos e garantias fundamentais emanados da Constituição Federal (BRA-SIL, 1988), mas em ação conjunta com a sociedade.

Há muito o que ser realizado por meio do atendimento humanitário em relação ao suicídio. Há campanhas de informação e prevenção, auxílio psicoemocional das quais podemos participar. Podemos ainda oferecer serviços ou auxílio financeiro, condutas que cada um de nós pode assumir a fim de cumprir a parte que lhe cabe, procurando postos de atendimento para oferecer serviço voluntário às pessoas deprimidas e necessitadas para que elas alcancem melhores condições de vida e dissipem as ideações suicidas.

O estudo do referencial bioético da solidariedade demonstrou a importância das ações adotadas pelas pessoas e a sociedade no sentido de auxiliar pessoas com depressão, doenças graves, usuárias de álcool e/ou de drogas lícitas ou não, com graves transtornos psicológicos como casos de suicídio passíveis de serem evitados. Ao agir em razão do referencial da solidariedade, por via de consequência direta, começa a adentrar o campo do próximo referencial a ser abordado, que é a precaução, procurando agir de forma intervencionista para evitar ou minimizar os danos e seus efeitos para a humanidade.

Precaução

Precaver-se significa adotar cautelas para evitar algum dano, conforme descrição do Dicionário Houaiss (2021, s/p.): "tomar medidas antecipadas para evitar (algo ruim); acautelar(-se)". No mesmo sentido, aplicar o referencial da precaução, invocado como princípio pela Unesco, explica Pessini (2017, p. 83),

[...] é agir procurando evitar ou diminuir "danos moralmente inaceitáveis", por sua seriedade e irreversibilidade e que afetam a vida dos seres humanos e do meio ambiente. Estes se apresentam como verdadeiras ameaças à vida e à saúde humanas.

Tratam-se de medidas de prevenção, intervenção, tais como a Bioética da proteção e da intervenção, baseadas em campanhas de esclarecimento, informações, distribuição de folhetos, cartilhas de tal forma que possamos alcançar uma perspectiva favorável em relação à minimização do suicídio no Brasil como fato evitável, uma vez que os transtornos mentais são identificados como principal fator desse ato atentatório perpetrado, com emprego de agressão a si mesmo, pois, conforme já se comentou, informou o Conselho Federal de Medicina — CFM (BRASIL, 2020a): "Cerca de 96,8% dos casos de suicídio estavam relacionados a transtornos mentais. Em primeiro lugar está a depressão, seguida do transtorno bipolar e abuso de substâncias".

Constatamos que o referencial da precaução se relaciona de forma estreita com o princípio bioético da justiça e da equidade, pois na medida em que buscamos promover a minimização de riscos, protegendo pessoas vulneradas de danos potenciais e reais, estamos contribuindo para a promoção de justiça social, na medida em que a realidade nos permite, mas como cidadãos, o que ainda não significa grande avanço para a sociedade e as pessoas que necessitam de ajuda psicoemocional. São necessárias muitas políticas públicas

voltadas para essa necessidade da sociedade que deixou de ser pontual para se tornar um clamor de toda a coletividade.

Devemos sempre trazer para o cotidiano, por meio de nossos propósitos e condutas, o referencial da precaução, que tem por finalidade prevenir riscos e evitar danos que: "por sua seriedade e irreversibilidade afetam a vida dos seres humanos e do meio ambiente" (PESSINI, 2017, p. 83), pois Pessini *et al.* (2015) referem-se a dados estatísticos indicando que um suicídio pode ser capaz de atingir outras 60 pessoas, afetando-as de forma drástica e ainda indícios de que, cada adulto que se suicida, pode influenciar outros 20 a tentarem praticar suicídio (PESSINI *et al*, 2015, p. 166). São mortes que chocam a família, os amigos e a sociedade, inclusive pessoas distantes, pois há comoção social, em razão da forma trágica como essas mortes acontecem.

O expressivo aumento da prática do suicídio tem preocupado as famílias, aos estudiosos e também a sociedade. Por esse motivo, não bastam políticas públicas se toda a sociedade não se envolver por meio de seus vários segmentos e instituições, a começar pelas universidades, fórum de debates, campanhas de esclarecimentos e informações a respeito do fato de que os transtornos são curáveis, sendo necessárias as atitudes corretas e tempestivas da família e das pessoas próximas aos que demonstrarem ideações suicidas.

Pessini *et al.* (2015, p. 166) explicam que a prevenção do suicídio deve ser hoje tema central dos serviços de saúde, pois os transtornos mentais, o consumo nocivo de álcool e outras circunstâncias análogas concorrem para muitos suicídios, por esse motivo, necessário se faz melhorar a atenção aos sujeitos que procuram ajuda. Em casos mais graves como de transtorno bipolar, de humor e de personalidade; depressão aguda; esquizofrenia e outros, torna-se urgente a necessidade de assistência de profissional especializado em saúde mental, explicam Pessini *et al.* (2015, p. 168).

Como atuar preventivamente em relação ao suicídio? A família deve observar sinais tais como o comportamento da pessoa, suas reações, pois esses indícios sempre estão presentes em muitas situações que a família somente percebe quando já não adianta mais.

Segundo Fukumitsu e Kovács (2021) para cada um suicídio, o agente passou por quatro tentativas, por isso a importância da intervenção dos profissionais de saúde mental, pois a comunicação da ideação e das tentativas deve contribuir para a escuta e a empatia. As tentativas podem apresentar uma

ambivalência: desejo de viver outra vida e o desejo de morrer. Assim, consoante lição de Fukumitsu e Kovács (2021, p. 58), "a linguagem dos suicídios, tanto para tentativas quanto para mortes consumadas, deve ser compreendida como a via pela qual os cuidados para com a pessoa que tentou suicídio e com o enlutado serão comunicados". É preciso escolher muito bem as palavras e até o tom de voz para comunicar esse fato às pessoas da família e à própria pessoa. Além disso, alguns sinais verbais ou comportamentais podem ser observados, de forma direta e indireta:

[...] como oscilação do humor, pessimismo, desesperança, desespero, ansiedade, dor psíquica, estresse acentuado, problemas associados ao sono (excessivo ou insônia), isolamento da família, de amigos e de eventos sociais, redução drástica das atividades cotidianas, conclusão de assuntos pendentes, escrita de testamento, solidão, desamparo e incompetência, aumento do uso de álcool e/ou outras drogas, interesse por situações de riscos, despedida de parentes e amigos, compra de armas, estoque de comprimidos, súbito interesse ou desinteresse em religião, fechamento de conta corrente, entre outros (FUKUMITSU; KO-VÁCS, 2021, p. 59).

O referencial da precaução se efetiva quando as medidas de cautela e assistência conseguem paralisar o caminhar da pessoa rumo ao suicídio e interromper a ideação suicida. Essa seria a materialização, a aplicabilidade do referencial da precaução. Atentemo-nos para a seguinte premissa: "A prevenção ao suicídio precisa ser uma colaboração coletiva, haja vista o fato de que nenhuma abordagem feita de forma solitária pode gerar um impacto relevante em um tema tão complexo e delicado" (SANTOS, 2020, p. 8).

Por esse motivo, entendemos que se conseguirmos extrapolar o âmbito pessoal e familiar para atingir a universidade, as escolas, as igrejas, os clubes, as associações e buscarmos desenvolver campanhas em maiores proporções, poderemos contribuir para a contenção da prática do suicídio no sentido de tornar melhor a vida de nossos pares, promovendo-lhes dignidade. Só assim então estaremos cumprindo os nobres objetivos bioéticos deste presente tempo. Caminhemos!

Considerações finais

O suicídio tem sido uma grande preocupação da Bioética e até mesmo uma grave questão de saúde pública, não somente no Brasil, mas em outros países do mundo. Um dos aspectos que prejudicam ou retardam a tomada de precaução tem sido a herança histórico-cultural da censura e a estigmatização das pessoas que sofrem transtornos de diferentes espécies, fato que as impedem de pedir ajuda e as levam a praticarem tentativa(s) de suicidar-se. As razões que levam as pessoas ao suicídio não são simplórias, podendo-se inferir como a grande questão que lhes é comum: as angústias e o sofrimento. Tampouco se pode afirmar que elas o fazem de forma impulsiva e que qualquer objeto que ofereça perigo pode lhes servir como arma, embora devam ser evitados, por precaução, cautela, o fácil acesso da pessoa em questão a esses tipos de instrumentos.

Pensamos que seja interessante estabelecer relações entre os referenciais da Bioética Global (vulnerabilidade, solidariedade e precaução) e os princípios da Bioética, quais sejam: autonomia, vulnerabilidade, beneficência, não--maleficência, equidade e justiça. Entendemos que a vulnerabilidade exerce forte interferência sobre a autonomia, pois como é possível discernimento se a pessoa se encontra vulnerada? Como pode decidir de forma livre se não consegue (em razão de grave depressão ou devido à ação de fortes drogas lícitas ou não) autogovernar-se? Então, somente podemos pensar a autonomia em face de condições para tomar decisões; por esse motivo, o suicídio se explica pelo viés do referencial da vulnerabilidade, a nosso ver, como um ato impulsivo e obsessivo, em razão de transtornos já mencionados. O referencial da solidariedade apresenta forte aproximação com o princípio bioético da beneficência porque visa fazer o bem aos próprios semelhantes. Por fim, concebemos o referencial da precaução intimamente relacionado ao princípio bioético da justiça e da equidade, pois, ao passo que objetiva diminuir os riscos, protege as pessoas, colocando-as a salvo de danos (potenciais e/ ou reais), fato que equivale a proteger os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, produzindo, em consequência, justiça e equidade.

Ao analisarmos o suicídio à luz dos referenciais bioéticos categorizados pela Unesco, concluímos que, em muitos casos, o suicídio pode ser evitado pela observação e acompanhamento com profissionais especializados em saúde mental, dentre outros importantes no momento de transtorno. Para isso, necessitamos de esforço conjunto de todos os segmentos da sociedade,

da implementação de políticas púbicas eficazes, com atendimento especializado pelo SUS, para que a classe socialmente vulnerada da população tenha acesso a essa assistência. Concluímos pela necessidade de participar de forma efetiva da campanha de prevenção e não apenas atuarmos de forma acadêmica e no campo do planejamento, mas buscar o aspecto prático, efetivo, por meio de um agir não somente em campanhas, mas em fóruns de discussão, em eventos educacionais e outras atividades especificas capazes de trazer como resultado o decréscimo nas estatísticas de suicídios praticados.

Referências

- AMATRIAIN, Roberto Cataldi. **Introducción a la bioética del siglo XXI**. Buenos Aires: Hygea, 2017.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Diário Oficial da União, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil 03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 09 mar. 2022.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. No Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, CFM e Associação Brasileira de Psiquiatria lançam a campanha Setembro Amarelo de 2020. **CFM**, 30 set. 2020a. *Online*. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/noticias/no-dia-mundial-de-prevencao-ao-suicidio-cfm-e-associa-cao-brasileira-de-psiquiatria-lancam-a-campanha-setembro-amarelo-de-2020/. Acesso em: 03 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio. **Ministério da Saúde,** 24 nov. 2020b. *Online*. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/prevençao-do-suicidio. Acesso em: 02 fev. 2022.
- CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat; CURTY, Walas Werdan. Suicidio a la luz de la bioética y las medidas de prevención. *In*: TINANT, Eduardo Luis (Director). **Anuario de Bioética y Derechos Humanos 2021**. IIDH Instituto Internacional de Derechos Humanos Capítulo para las Americas. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2021. Disponível em: http://www.iidhamerica.org/pdf/anuario-de-bioetica-y-derechos-humanos-202161b7794d0a4b8.pdf. Acesso em 03 fev. 2022
- CASSORLA, Roosevelt Moises Smeke. **Estudos sobre Suicídio**: Psicanálise e saúde mental. Editora Blucher, 2021. *Ebook*.
- CATÃO, Marconi de Ó. **Transplante de órgãos humanos e direitos de perso- nalidade**. Santana: Madras, 2004.

- FUKUMITSU, Karina Okajima; KOVÁCS, Maria Julia. De Quem é a Vida Afinal? Bioética na Prevenção do Suicídio e na Posvenção, *In:* MARQUETTI, Fernanda C. **Suicídio**: escutas do silêncio. São Paulo: Unifesp, 2021. p. 56-80. *Ebook.*
- HOUAISS. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa 3.0**. São Paulo: Objetiva, 2021. Disponível em https://groups.google.com/g/cracolandia/c/GsqOEa Ih6Y. Acesso em: 02 ago. 2022.
- HAVE, Henk ten. Vulnerability as the Antidote to Neoliberalism. **Revista Redbioética**/ **UNESCO**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 87-92, jan./jun. 2014. Disponível em: https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Art9-tenHave--A5V1N9-2014.pdf. Acesso em: 02 ago. 2022.
- PESSINI, Leo. Elementos para uma bioética global: solidariedade, vulnerabilidade e precaução. **Thaumazein**. Santa Maria, Ano VII, v. 10, n. 19, p. 75-85, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/1983. Acesso em: 02 jun. 2022.
- PESSINI, Leo *et al.* **Bioética em tempos de globalização**. São Paulo: Loyola, 2015.
- RIBEIRO, Diaulas Costa. Um novo testamento: testamentos vitais e diretivas antecipadas. *In:* PEREIRA, Rodrigo da Cunha (Coord.). Família e dignidade humana V Congresso de Direito de Família. Belo Horizonte, 2006. **Anais** [...] Belo Horizonte: IBDFAM, 2006.
- SANTOS, Jania Carolina Lemos F. **Suicídio:** um futuro que não precisa ser interrompido. 2020. 21 p. *Ebook*.
- SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? **Ciência e saúde coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 5, mai. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/G5RtQq4GXZb8SX-JYSYbPb8s/abstract/?lang=pt#:~:text=A%20bio%C3%A9tica%20de%20 prote%C3%A7%C3%A3o%20(BP,de%20sa%C3%BAde%2C%20para%20que %20sejam. Acesso em: 02 jul. 2022.

2. Vulnerabilidade e suicídio por causas sociais

Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral¹

Hoje em dia, tem-se uma consciência crescente de que a vulnerabilidade se liga aos processos sociais de globalização. Estes processos produziram mais riscos e ameaças para mais pessoas no mundo, e, ao mesmo tempo, enfraqueceu os mecanismos sociais de como lidar com esta realidade. Este contexto exige muito mais do que uma resposta individual, o que é necessário é uma ação sócio-política.

(PESSINI, 2017, p. 81)

Considerações iniciais

Alguém pode reputar curioso uma pesquisadora que se dedica ao estudo da morte digna há cerca de dez anos, interessar-se por pesquisar o suicídio ou autoextermínio, envolto em uma atmosfera de estigma, tabu, dores e interrogações próprias da forma de morrer por autoextermínio que, em regra, nada tem de digna. Acontece que a maioria da população brasileira vive mal e morre mal, em condições de alta vulnerabilidade. Então, toda questão que

¹ Doutora e mestra em Cognição e Linguagem (Uenf). Estágio pós-doutoral em Direito Civil e Processual Civil (Ufes). Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (Gepbidh). E-mail: hildeboechat@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3000681744460902. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9871-8867

diz respeito à morte indigna é a outra face da moeda que, por incomodar e inquietar tanto, torna-se imperioso estudá-la como corolário da vida igualmente indigna ou que se torna um tormento insuportável a partir de certo evento ou em razão de determinado fato. Por esse motivo, estudando a mistanásia, que é a morte indigna de pessoas cujas vidas banalizadas são ceifadas precocemente, mister estudar também o suicídio que, na maioria das hipóteses, ocorre em condições indignas e subumanas.

O suicídio é explicado como ato intencional pelo qual a pessoa põe fim à própria vida e entendido ainda no contexto da violência autoinfligida, categorizada pela OMS como ato de causar lesões a si mesmo, que engloba os comportamentos suicidas (suicídio, ideação suicida e tentativa de suicídio) e os autoabusos (autoagressões e automutilações). Trata-se de uma conduta radical e impactante para a família, pessoas próximas àquela que praticou o ato extremo e para a sociedade, que já convive com essa realidade no contexto de grave questão de saúde pública, devido às altas estatísticas alcançadas a cada dia. O suicídio é uma prática que não pode ser explicada de forma simples devido ao grande número de aspectos relacionados que influenciam a conduta do autoextermínio, que podem ser pessoais (internas), passando por várias situações (externas), até mesmo uma enfermidade grave. A complexidade do fenômeno requer estudo detalhado, sabendo-se que há ainda um universo insondável a ser explorado, pois o tema é multifacetado, multidimensional e interdisciplinar.

A pesquisa se inicia pelas possíveis causas sociais a levarem uma pessoa ao suicídio, tendo em vista a multiplicidade de situações que esse fato envolve, reconhecendo-se que, ao lado dessas, há causas de foro íntimo, pessoais e peculiares. Em segundo momento, estudamos a relação entre a vulnerabilidade e o suicídio, explicando a vulnerabilidade conceituada por sua etimologia como pessoas expostas a riscos físicos ou morais, naturais ou provocados (AMATRIAIN, 2017), considerando a existência de pessoas e grupos expostos a todo tipo de riscos e, que por si sós, não têm condições de defender-se, necessitam, portanto, da bioética da proteção e, em alguns casos, da bioética da intervenção. Por fim, a correlação que se estabelece entre os suicídios ocorridos em razão da precarização da vida, provocando mortes miseráveis e indignas.

É importante compreender que às práticas mais comuns de suicídio corresponde o conceito de mistanásia: morte indigna, precoce e com sofrimento, uma vez que o ato de pôr fim à própria vida se processa com emprego de violência e de instrumentos cortantes ou arma de fogo, fato que nos leva a crer que as referidas mortes são mistanásicas.

Entretanto, um aspecto não pode ser esquecido: quaisquer causas precisam ser pesquisadas, enfrentadas e evitadas e as medidas de prevenção se tornam obrigação de toda a população brasileira, em ações conjuntas de todos os segmentos da sociedade para a consecução de melhores condições de vida e de saúde da população vulnerada.

As causas sociais do suicídio

O suicídio é uma prática ocorrida em todo o mundo, mas no Brasil, em especial, as estatísticas têm crescido de forma preocupante, principalmente entre jovens e adolescentes. Muitas são as causas sugeridas por estudiosos ou pessoas da família, mas por se tratar de uma questão pertencente à esfera daquele que praticou o ato, as conclusões a respeito das causas se restringem aos indícios, às cogitações e às suposições a partir da análise de fatos que restam do cenário e dos objetos por ele deixados. No caso da tentativa, ou seja, se o agente não alcançou o resultado morte, ele pode esclarecer, mas nem sempre suas condições psicoemocionais permitem uma avaliação clara e objetiva acerca das razões que o levaram à prática da conduta.

Outra questão relevante, é saber se há autêntica vontade de morrer, se a pessoa desejava mesmo tirar a própria vida. O conceito de suicídio quase sempre faz alusão ao caráter intencional, entretanto, estudos levam a crer numa antítese, em sentimentos conflitantes, indicando quase sempre não uma intencionalidade no sentido de morrer, mas o desejo de pôr fim ao sofrimento, não à vida.

Antes de analisar as causas sociais do suicídio, importa destacar a importância da suicidologia que, segundo Scavacini e Silva (2021, p. 9) visa o cuidado integral com as pessoas que padecem tortura na alma ou perderam alguém, vislumbrando a promoção de saúde mental, educação socioemocional e melhoria da saúde pública, numa concepção multifatorial com diversos níveis de ações e estratégias preventivas. Segundo Ciccone (2021, p. 150) "trata-se de uma abordagem a ser inserida para a prevenção de morte por autoextermínio e melhor amparo do indivíduo em sofrimento".

O suicídio ocorre devido à interação de vários fatores, tais como o escape de profunda angústia associada a frustrações com excessivo estresse; redução de opções associada à desesperança, desamparo e ânsia por fuga, provocados por fatores de risco como "rompimentos emocionais, perdas reais ou imaginárias, transtornos depressivos, enfermidades graves, problemas mentais, falta de perspectiva de futuro, desemprego, aposentadorias sem alternativa de aproveitar a vida, queda no padrão vida e estresse cumulativo" (MINAYO et al., 2012, p. 2774). São sinais que implicam risco de suicídio identificados nas frases e condutas da pessoa.

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 (MELEIRO, 2021, p. 10).

Na medida em que evolui a sociedade, passamos a compreender o suicídio provocado por fatores internos, mas para além das questões pessoais, influências externas passam a causar o desejo de morte, que evolui para a possibilidade de pôr fim à própria vida, já que estudiosos concebem o suicídio como fruto de crises existenciais (intrínsecas) e outros com origens sociais (extrínsecas, externas ao sujeito).

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 (MELEIRO, 2021, p. 11).

Durkheim foi o precursor no estudo do suicídio como fato social. Muito jovem, aos 19 anos, publicou *O suicídio* (em 1897), uma obra de muita originalidade, cuja principal inovação foi incluir o método estatístico. Mas, para

além desse fato, o mérito de sua teoria tem sido alvo de críticas pelas lacunas do suicídio como objeto de estudo, uma pesquisa que ele mesmo delimitou ao recorte da "taxa social dos suicídios", não analisando outras condições referentes aos motivos de suicídios em particular. Entretanto, essa foi a delimitação que o sociólogo deu a seu objeto de estudo. Durkheim (2004, p. 23) demonstra conhecer essa limitação ao esclarecer:

Nosso intuito não é, pois, o de fazer o rol mais completo possível de todas as condições que possam contar na gênese dos suicídios particulares, mas pesquisar apenas aquelas que virão a constituir o fato determinado que chamamos de taxa social de suicídios.

Nessa linha de ideias, Durkheim distingue suicídio de tentativa: enquanto o primeiro provoca a morte "direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado" (DURKHEIM, 2004, p. 16), a segunda o ato é "interrompido antes de resultar em morte" (DURKHEIM, 2004, p. 16). Para Durkheim, a pessoa suicida, agente da conduta individual, porta-se de forma intencional e consciente, porém movido por fatores sociais; ele considera o suicídio um fator patológico, caso ocorra em contexto de anomia social (desordem com possibilidade de motivar um fato social patológico). Ele explica que, se a anomia persistir, poderá acarretar um quadro patológico na sociedade, observável por suas formas de exteriorização como violência, criminalidade e suicídio anômico.

Durkheim categoriza três espécies de suicídio: altruísta (a pessoa abdica da própria vida por uma causa nobre, maior, pois morrer é uma virtude); egoísta (origina-se de sofrimento causado pelo meio social e vontade de morrer; não compensa viver) e anômico (colapso entre o "eu" e contexto de caos/ anomia social: crises sociais, econômicas e morais). Conforme demonstrado, o autor não estuda o suicídio como conduta individual, pois este seria um fenômeno a ser cuidado pela psicologia. No entanto, embora o suicídio seja considerado, por sua natureza, uma conduta individual, o conjunto desses atos ocorridos em sociedade interessa à sociologia, pois esse conjunto não se constitui por meio de somas de suicídios individuais, mas, conforme explica Durkheim (2004, p. 18), "constitui por si mesmo um fato que é novo e sui generis, com unidade e individualidade e, pois, com sua natureza própria, e que, além disso, essa natureza é eminentemente social". Segundo o autor, na história de toda sociedade existe um conjunto de pessoas propensas ao

suicídio e tal propensão, deve ser estudada em seus fenômenos orgânico-psíquicos, no ambiente físico em que essas pessoas se encontram, ou seja, no cerne das causas sociais que originam os fenômenos coletivos. Ao conceber o suicídio como uma questão social, Durkheim (2004) explica que quanto maior a interação social entre as pessoas, menor a taxa de suicídios; portanto, minimizar o suicídio tem fundamento na convivência social.

Assim, conforme explica Meleiro (2021, p. 10), o suicídio é um fenômeno multifacetado, já que extrapola os limites de única área do conhecimento para somar aspectos neurobiológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais, religiosos, filosóficos, ambientais, epidemiológicos e individuais (intrapsíquicos e interpessoais).

O amplo conceito objeto de estudo da suicidologia, fruto de pesquisas recentes cada vez mais específicas a respeito do suicídio e seu contexto, no seio da qual Minayo *et al.* (2012, p. 2774), explicam as denominadas autópsias psicológicas, propostas por Shneidman (1981), que "analisam os diferentes graus de perturbação que levam uma pessoa a dar cabo à própria vida". Para Shneidman (2001) e Baechler (1975) (apud MINAYO *et al.*, 2012, p. 2774) "o suicídio é um ato consciente de autoaniquilamento, compreendido como um mal-estar multidimensional sofrido por um indivíduo vulnerável, que define um tema-problema para o qual o autoextermínio é percebido como melhor solução".

Nessa linha de intelecção, explica Cristo (2021, p. 192) a respeito de Shneidman (1985 apud Scavacini, 2018): considerado o pai da suicidologia moderna, caracteriza o suicídio como enfermidade multidimensional, que afeta uma pessoa carente, levando-o a crer na morte como melhor saída para seu problema.

[...] para haver um suicídio é fundamental a combinação dos seguintes elementos: sentimento de dor intolerável; atitude de autodesvalorização; constrição marcada da mente com prejuízo das tarefas do dia a dia; sensação de isolamento intenso e desesperança (SCA-VACINI, 2018, p. 32).

Adotando outro sentido, no artigo *Luto e melancolia*, Freud (1917) caracterizou a conduta suicida como espécie de autopunição, um desejo de morte dirigido a outrem, que se volta contra o próprio sujeito. Assim, o suicídio seria o ato de matar a si mesmo para não matar o outro. Ele confirmou três tendências suicidas identificadas pela psicopatologia: desejo de morrer, desejo de ser

morto, desejo de matar. Nesse caso, diferente da neurose ou psicose, o suicídio seria consequência de melancolia ou distúrbio narcísico grave: não um ato de loucura, mas a atualização da pulsão de morte através de uma passagem ao ato (acting out) (FREUD, 1917).

Alguns estudiosos do suicídio identificam a existência da pulsão como um impulso de ordem inconsciente, explicam-na a partir do ímpeto ora de vida ora de morte, com os quais o ser humano convive. Então, a pulsão de morte é uma questão considerada como inconsciente e, segundo Cassorla (2021, p. 229), "Devemos também considerar comportamentos, como os acidentes, o uso de álcool e drogas, além de doenças corporais e mentais, nos quais identificamos componentes suicidas inconscientes". Em outra obra, o autor analisa a pulsão de vida e de morte, explicando que se a pulsão de morte poupa a pessoa da morte por causas externas, resta-lhe morrer apenas em decorrência de causas naturais no devido tempo. Entretanto, se fatores pessoais ou psicossociais intensificam as pulsões de morte, mecanismos autodestrutivos que poderão acelerar a morte podem se manifestar, caso em que a morte já não é natural, mas antecedida de doenças, acidentes ou condutas de autoextermínio, conscientes ou não (CASSORLA, 2017, p. 14). O autor explica ainda que uma pessoa se suicida ou procura um profissional para ajudar a controlar seus impulsos, humanizando-se. E com a sociedade não é diferente, ou a humanidade se humaniza ou também se exterminará (CASSORLA, 2017, p. 21).

O que ele está dizendo? Nessa abordagem, Cassorla (2017) sugere que a humanidade é algoz de si mesma, na medida em que não se humaniza. Esse fato nos desperta para uma verdade implacável: precisamos humanizar os humanos para que se tornem solidários em termos relacionais e não somente ideológicos: precisamos extrapolar o plano da intenção e agir no sentido de tirar o foco de nós mesmos e volver os olhos aos nossos semelhantes, intervindo, auxiliando.

A relação entre vulnerabilidade e suicídio

A vulnerabilidade em sentido etimológico, explica Amatriain (2017), significa estar exposto a risco, sejam físicos ou morais. A vulnerabilidade é uma característica comum a todos os seres viventes, e os seres humanos estão sujeitos a maior ou menor grau, conforme as condições do contexto em que vivem. "Quanto maior a vulnerabilidade maior há que ser a proteção", afirma

Pessini (2017, p. 80). O bioeticista explica que não podemos nos esquecer de que a vida é uma passagem constante de uma à outra vulnerabilidade e que o ser humano tem uma enorme necessidade de proteção.

Explica Pessini (2017, p. 81): contraposto ao conceito de vulnerabilidade como condição humana (todos os seres humanos estão expostos a riscos), há outra espécie de vulnerabilidade específica e relacional (uma pessoa pode ser vulnerável em relação a agentes que a ameaçam, são expostas a tais ameaças, tem mitigada a capacidade de se proteger ou, ainda, sem condição de se proteger). Para superar a vulnerabilidade, é preciso priorizar ações de cuidado e assistência a elas. No primeiro caso, enfatiza-se a condição humana e a igual possibilidade de sofrimento; no segundo, destacam-se várias desigualdades, podendo tornar alguns vulneráveis, especialmente aqueles suscetíveis de serem feridos pelos outros. Segundo o autor, a vulnerabilidade cresce ainda em face das mudanças econômico-políticas associadas à globalização, estimulando o discurso da bioética a habilitar pessoas para lidarem com a ciência e a tecnologia. Com a globalização, os desafios da pobreza, desigualdade, degradação ambiental, fome, pandemias e tráfico de órgãos, esse discurso ficou insuficiente para conhecer, interpretar e superar esta realidade (PESSINI, 2017).

Have (2014), por seu turno, apresenta a vulnerabilidade como aspecto imanente a todos os seres humanos: a vulnerabilidade precisa ser concebida sob dois importantes aspectos: primeiro, significa que as pessoas são seres sociais e estamos abertos ao mundo; que podemos nos relacionar com outras pessoas e interagir com o mundo. A vulnerabilidade é um fenômeno positivo, pois é a base para a troca e a reciprocidade entre os seres humanos. Have explica que somente é possível nascer, florescer e sobreviver se nossa existência estiver ligada à existência de outros, estando a ideia de vulnerabilidade ligada à solidariedade, à reciprocidade, às necessidades de grupos e comunidades e não apenas às das pessoas de forma individual. Segundo aspecto: a vulnerabilidade (como traço da precariedade da existência humana), exige uma resposta diferente, de acordo com cada contexto social, que já não pode ser ignorado na análise bioética. Então, a bioética deve se concentrar na vulnerabilidade em nível global, em vez de se ater aos déficits individuais, a análise crítica deve alcançar determinantes externos que podem causar danos aos indivíduos. Assim, as respostas individuais são insuficientes, sendo necessária uma resposta coletiva, sob forma de ação social e política.

Por um lado, Schramm (2017) explica que as pessoas vulneradas (aquelas que já se encontram em estado de vulnerabilidade, já expostas a várias espécies de riscos) e que não podem por si sós se defenderem, precisam de especial atenção do Poder Público, necessitam ser cuidadas pela sociedade, por meio de instrumentos eficazes e adoção de sérias políticas públicas capazes de oferecer acolhimento, como é o caso da Bioética da Proteção.

Por outro lado, conforme explica Garrafa (2021), a Bioética da Intervenção é uma ferramenta capaz não exatamente de proteger, mas ajudar na busca de resoluções de situações sociais referentes à pessoa e à sociedade, sempre fixada nas evoluções sociais, por se constituir uma alternativa que busca analisar a bioética objetivando explorar o conhecimento científico como meio de encontrar respostas apropriadas aos macroproblemas e conflitos coletivos dos países pobres. Assim, a Bioética da Intervenção concebe a bioética como nova ferramenta método científico, pronta a analisar e intervir nas celeumas contemporâneas, visando, o maior benefício possível, para o maior número de pessoas, pelo maior tempo e capaz de resultar em melhores consequências coletivas, combatendo as vulnerabilidades individuais e coletivas, rumo à inclusão social, melhor condições de vida no mundo pretensamente globalizado, mas cada vez mais desigual.

Em face dos estudos a respeito da vulnerabilidade das pessoas, percebemos que a questão a merecer maior atenção reside na potencialidade que o mundo globalizado impõe, vulnerabilizando as pessoas, em especial, as que se encontram em condições já vulneradas, expostas a riscos físicos, morais, naturais ou provocados, assim como as que nutrem ideações suicidas por diferentes razões.

Então, reconhecer os riscos a que estão expostos esses seres humanos nos leva a crer, de fato, como Pessini (2017, p. 80), que "Não se pode esquecer que a vida não deixa de ser uma passagem constante de uma vulnerabilidade para outra vulnerabilidade", tendo em vista ainda a necessidade de contato, cuidado e atenção que essas pessoas acometidas de transtornos ou outras enfermidades nos conduzem a perceber que "O sentido profundo do ser humano é o acolhimento e a proteção de sua vulnerabilidade" (PESSINI, 2017, p. 80).

Assim, podemos e devemos agir no sentido de minimizar as dores e fragilidades das pessoas com que tentaram se suicidar, buscando a melhor forma de manejo em face do quadro e de suas necessidades específicas, pois elas estão atravessando difíceis momentos e o cuidado deve ser implementado como o melhor recurso.

De que forma o suicídio se conforma à mistanásia?

Antes de analisarmos "se" ou "porque" o suicídio configura morte mistanásica, é necessário explicar as questões basilares referentes ao conceito e à contextualização da mistanásia e das mortes mistanásicas no Brasil. A expressão mistanásia é um neologismo inspirado na doutrina bioética de Marcio Fabri dos Anjos, que a utilizou para designar a morte miserável de pessoas vulneradas, referindo-se à camada da população desprovida de importância social, cujas vidas não são valorizadas e a morte é igualmente miserável. Em minhas pesquisas de mestrado a respeito da vida e morte dignas, estudei a ortotanásia, e no doutorado, decidi estudar os vieses da morte indigna como corolário da vida indigna, pois me deparei com situações que saltavam aos olhos, que mereciam ser estudadas, trazendo-me enorme inquietação. Na medida em que me inteirava da literatura bioética a esse respeito, melhor percebia a necessidade de dar atenção às pessoas sem voz, que nas grandes massas populacionais padecem vida e morte miseráveis. Pude constatar, por meio de minha pesquisa, que muitas pessoas morrem sem assistência médica, de fome, de miséria e de abandono (não somente pelo Poder Público, mas pelo sistema, as instituições e em alguns casos, por suas próprias famílias). Fiz contato com uma realidade nada fácil de encarar e, nesse contexto, percebi os altos índices de suicídio no Brasil. As estatísticas da OMS e do Anuário de Segurança Pública são estarrecedoras (tão altas que são tratadas em um capítulo específico, adiante) e esses números são crescentes, fato que preocupa a sociedade, as famílias e de certa forma gera preocupação com os rumos desta questão em termos macro, na saúde pública.

No âmbito das pesquisas a respeito da mistanásia, a morte indigna por suicídio, acidentes de trânsito e falta de acesso aos serviços de saúde se revelam as maiores causas, as mais comuns e corriqueiras. Impende explicar que grande parte das pessoas que praticam suicídio são acometidas por transtornos psíquicos e, por não terem acesso ao tratamento gratuito, à auxilio ou atendimento especializado de saúde mental, elas põem fim à própria vida. Conforme lição de Cassorla (2017), "A pessoa que pensa em suicídio ou tenta se matar está, evidentemente, sofrendo. Quando ela não encontra formas de diminuir ou compreender esse sofrimento, que se torna insuportável, o suicídio parece ser a

única saída" (CASSORLA, 2017, p. 10). Então, a pessoa que planeja ou mesmo tenta se matar, está em sofrimento e, por não encontrar meios para se livrar de sua terrível agonia, encontra nas ideações suicidas a única opção para encerrar o sofrimento. Assim, para o autor, o suicida não tem intenção de morrer, ele só necessita pôr um ponto final ao seu pesadelo.

Mas, o que é mistanásia na conjuntura da realidade brasileira?

Mistanásia é a morte prematura, evitável, lenta e indigna de pessoas socialmente excluídas em consequência da banalização da vida humana, devido a causas diversas que vão desde o abandono social e doenças a outros riscos naturais ou provocados a que estão expostas as pessoas vulneradas (CABRAL, 2020, p. 27).

Temos mistanásia quando "pessoas fragilizadas morrem nas extensas filas de espera dos grandes hospitais antes mesmo de receberem a qualidade de 'pacientes': cenas corriqueiras nos atendimentos públicos de saúde nas capitais do Brasil" (CABRAL, 2020, p. 18). Temos mistanásia quando um corpo é encontrado sem vida, estirado em uma calçada dos grandes centros urbanos, as pessoas passam com certa naturalidade, pois já se habituaram à violência, ao cenário da morte miserável. Isso é mistanásia: pessoas vulneradas, sem importância social, cuja vida precarizada não foi merecedora de proteção (CABRAL, 2020). Todas as vezes que uma pessoa pula de uma ponte, uma janela de apartamento, dispara uma arma-de-fogo na própria cabeça, introduz no peito um instrumento perfurocortante ou se enforca numa corda, lençol ou similar, em regra, é um grito surdo à sociedade, um pedido de socorro, um ato de desespero incontido: é mistanásia, morte miserável e precoce, vida abreviada, antes de concluir o ciclo vital, interrupção de sonhos, planos e projetos (CABRAL, 2020).

Pessini et al. (2015) categorizam o suicídio como grave questão de saúde pública e salientam que pesquisas indicam que cada caso de suicídio, afeta em torno de 60 pessoas e, no caso de pessoas famosas, esse número é muito maior (PESSINI et al., 2015, p. 159). A taxa tem crescido e, segundo o Boletim Epidemiológico 33 (BRASIL, 2021, p. 3), analisado o risco de morte por suicídio "destaca-se a Região Norte, onde o maior risco de morte por suicídio ocorreu entre jovens de 15 a 19 anos". Os dados demonstram que todas as faixas etárias sofreram acréscimo, entretanto o aumento na faixa de idade jovem e adolescente cresceu foi mais significativo e ocorrem

quatro tentativas para cada um suicídio consumado, daí a relevância da intervenção dos profissionais de saúde mental, levando-se em conta o fato de que as ideações e tentativas devem ser tratadas a partir da escuta.

As estatísticas do autoextermínio são alarmantes, apesar das dificuldades encontradas para detectarmos com êxito esses números e buscarmos a consequente prevenção: estigmatização e sigilo; raros casos buscam ajuda; ausência de conhecimento e habilidade pelos profissionais da saúde para lidarem com o suicídio; divergência nos dados fornecidos pelos familiares; má qualidade das informações quanto aos prontuários médicos e atestados de óbitos; dificuldades quanto à determinação da intencionalidade suicida ou acidental ou homicídio; escassez de serviços para esclarecer mortes decorrentes de causas externas; não envio de dados ao Ministério da Saúde, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (MELEIRO, 2021, p. 11).

Muitas são as falhas das pessoas e do sistema quanto à qualidade das informações, mas a despeito de todas as dificuldades, enfatizam Figel e Bredemeier (2021, p. 17) a importância da participação da sociedade nas medidas de prevenção, de forma universal, objetivando maximizar a saúde e minimizar os riscos de suicídio, fato que se torna factível pela adoção do cuidado, disponibilização de ajuda e oferta de suporte social. A prevenção inclui estratégias diversas, desenvolvimento e implementação de políticas de acesso aos tratamentos de saúde mental, redução do uso abusivo de álcool, restrição do acesso a meios de suicídio, assim como informação por meio da mídia (FIGEL; BREDEMEIER, 2021).

Mais uma vez, cabe explicar a globalização como uma espécie de gatilho a disparar a cega concorrência, a desenfreada competição, o consumismo, pois a sociedade exige pessoas fortes, bem-sucedidas e capazes de vencer, de adquirir e de ostentar, sendo essa a mola propulsora para muitas situações de infelicidade, de insatisfação e consequente depressão. A maioria das pessoas não consegue lidar racionalmente com perdas e frustrações e, ao comparar a sua realidade com as vantagens estampadas na tela (não só da TV, mas dos sites de moda e das redes sociais digitais), vê-se em conflito por flagrar tamanho abismo entre sua vida e a impressionante "realidade" daquelas pessoas "felizes" do mundo virtual das redes sociais digitais, que somente compartilham vitórias. Nesse momento, caem em profundo descontentamento com a realidade de acordar cedo, pegar condução, trabalhar duro e retornar à casa tarde da noite, para um breve período de descanso. Somam-se a esses fatos a

renda escassa, o supermercado com elevados preços e a falta de assistência médico-hospitalar, ao buscar sem êxito atendimento para uma grave questão de enfermidade ou mesmo um caso corriqueiro de saúde. Todas essas situações afloram as desigualdades e, se a pessoa já tem algum transtorno psicoemocional, já se trona suscetível a atentar contra a própria vida.

Percebemos o suicídio como uma espécie de mal que acomete as pessoas no presente século e temos obrigação de juntos buscarmos melhorias no sentido de minimizar a prática do autoextermínio no Brasil.

Considerações finais

Afinal, por que o suicídio está ligado à vulnerabilidade? Por que se pode dizer que grande parcela das mortes por suicídio tem raízes sociais? E, ainda, por que configura morte mistanásica? São esses os principais questionamentos objetos deste estudo, respondidos de modo didático, para que o leitor extraia clara noção da articulação entre esses conceitos e a forma pela qual eles se conectam em uma relação de causa e efeito.

Pois bem, em primeiro lugar, impende destacar que o instinto natural do ser humano é proteger-se, defender-se, seja do ataque, seja da queda, seja da morte. Esse é o ato referente à pulsão da vida, à reação espontânea (sem juízo prévio de valor, apenas ante o risco ou perigo) e toda reação diferente dessa, deve ser vista como exceção e precisa ser investigada com seriedade, pois decepções, tristezas e amarguras todos nós atravessamos em diversos momentos da vida e quase todo ser humano, em algum momento, já pensou em desistir. O que não pode ocorrer é permitir que a pessoa cultive esse sentimento ou alimente as ideações negativas e ultrapassar a linha da "vontade de morrer" para "tirar a própria vida". Ela precisa ser ouvida, tratada e auxiliada.

Em segundo lugar, devo explicar que, a meu sentir, de forma clara e conclusiva, o suicida não tem vontade ou intenção precípua de pôr fim à sua vida. O que ele deseja é, devido ao estado de vulnerabilidade e às agruras pelas quais está passando, finalizar o seu próprio sofrimento, que parece insolúvel e eterno. Então, compreender o suicídio como um estado de vulnerabilidade representa admitir que as ideações suicidas podem e devem ser tratadas e interrompidas em tempo hábil para evitar a consumação do ato suicida.

A terceira questão é que grande parte dessas mortes têm origem na precarização e na desassistência social: as pessoas (sobre)vivem em situações de vida precária, sem assistência da família, da sociedade, em situação de saúde também precarizada, pois se ela necessitar de atendimento pelo SUS, certamente terá que enfrentar grandes entraves até obter (ou não) o atendimento que lhe é necessário. Nesse caso, temos a denominada morte mistanásica, em consequência de todo um contexto social impróprio ao sadio desenvolvimento da pessoa, ao atendimento médico-ambulatorial ou até mesmo psicológico e/ou psiquiátrico de que necessita, às mínimas condições para viver dignamente, fato que irá acarretar a morte indigna, de modo inexorável. Por isso, as questões sociais que circundam o suicídio são sérias: seria possível à pessoa que não consegue viver dignamente, morrer de modo digno? Que sentido teria essa preocupação? Subjaz a essa questão o fato de que a morte digna é exatamente consectária da vida digna.

A quarta questão, que não pode ser relativizada, é o enfrentamento desta séria questão social e de saúde pública: urgentes urgentes ações e estratégias de prevenção precisam ser adotadas, por meio de políticas públicas de atendimento à saúde mental da população que dela depende de forma gratuita pelo SUS, redes de apoio precisam ser implementadas, toda forma de ajuda deve ser mobilizada, por meio de trabalho voluntário nas escolas, equipes de esclarecimento e informação sobre o fato de que o autoextermínio, na maioria dos casos, é evitável. Vamos fazer a nossa parte!

Referências

- AMATRIAIN, Roberto Cataldi. **Introducción a la bioética del siglo XXI**. Buenos Aires: Hygea, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Boletim Epidemiológico n. 33, v. 52, set. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico svs 33 final.pdf. Acesso em: 26 jun. 2022
- CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. **Mistanásia em tempos de Covid-19**. Campos dos Goytacazes (RJ): Encontrografia, 2020.

- CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat; SILVA, Karla de Mello; MOREI-RA, Raquel Veggi. Inseminación domiciliaria, la bioética y efectos jurídicos. *In:* TINANT, Eduardo Luis (Director). **Anuario de Bioética y Derechos Humanos 2021**. IIDH Instituto Internacional de Derechos Humanos Capítulo para las Americas. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2021. Disponível em: http://www.iidhamerica.org/pdf/anuario-de-bioetica-y-derechos-humanos-202161b7794d0a4b8.pdf. Acesso em: 15 jan. 2021.
- CASSORLA, Roosevelt Moises Smeke. **Suicídio:** fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Edgard Blücher, 2017. *Ebook*.
- CASSORLA, Roosevelt Moises Smeke. **Estudos sobre Suicídio**. [s. l.]: Edgard Blücher, 2021. *Ebook*.
- CICCONE, Alessandra Oliveira. Câncer e Suicídio: Uma Análise Narrativa Sobre Fatores de Risco Para o Comportamento Suicida em Pacientes Oncológicos. *In:* SCAVACINI, Karen; SILVA, Daniela Reis e. **Atualizações em Suicidologia**: Narrativas, Pesquisas e Experiências. São Paulo: Instituto Vita Alere, 2021. p. 131-155.
- CRISTO, Anaíde Magalhães Silva. Suicídio em Mulheres com História de Violência Doméstica: Contribuições da Psicanálise. *In:* SCAVACINI, Karen; SILVA, Daniela Reis e. **Atualizações em Suicidologia**: Narrativas, Pesquisas e Experiências. São Paulo: Instituto Vita Alere, 2021. p. 182-203.
- DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo de sociologia. Tradução: Monica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- FIGEL, Flávia Caroline; BREDEMEIER, Juliana. Ambientes Nutridores como modalidade de Prevenção Universal do Suicídio. *In:* SCAVACINI, Karen; SILVA, Daniela Reis e. **Atualizações em Suicidologia**: Narrativas, Pesquisas e Experiências. São Paulo: Instituto Vita Alere, 2021. p. 14-35.
- FREUD, Sigmund. **Conferências introdutórias à Psicanálise**. Tradução: Sergio Tellaroli. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1917.
- GARRAFA, Volnei. A Bioética de Intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo dura sem perder a ternura movimento de insurgência antissistêmica e reterritorialização epistemológica da Bioética. Palestra online proferida por meio da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Campos dos Goytacazes, 10 horas do dia 22 de julho de 2021.
- HAVE, Henk ten. Vulnerability as the Antidote to Neoliberalism. **Revista Redbioética**/ **UNESCO**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 87-92, jan./jun. 2014.
- MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. Prefácio. *In:* SCAVACINI, Karen; SILVA, Daniela Reis e. **Atualizações em Suicidologia**: Narrativas, Pesquisas e Experiências. São Paulo: Instituto Vita Alere, 2021. p. 10-12.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* Autópsias psicológicas sobre suicídio de idosos no Rio de Janeiro. Temas Livres. **Ciências da saúde coletiva**, [s. l.], n. 17, v. 10, out. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000025 Acesso em 06 jul. 2022.
- PESSINI, Leo. Elementos para uma bioética global: solidariedade, vulnerabilidade e precaução. **Thaumazein**. Santa Maria, Ano VII, v. 10, n. 19, p. 75-85, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/1983. Acesso em: 02 ago. 2022.
- PESSINI, Leo *et al.* **Bioética em tempos de globalização**. São Paulo: Loyola, 2015.
- SCAVACINI, Karen. **O suicídio é um problema de todos**: A consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio. 742 f. Tese (Doutorado em Psicologia) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.11606/T.47.2018.tde-26102018-155834 Acesso em: 06 jul. 2022.
- SCAVACINI, Karen; SILVA, Daniela Reis e. **Atualizações em Suicidologia**: Narrativas, Pesquisas e Experiências. Apresentação, São Paulo: Instituto Vita Alere, 2021. p. 7-9.
- SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? **Ciência e saúde coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 5, mai. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/G5RtQq4GXZb8SXJYSYb-Pb8s/abstract/?lang=pt#:~:text=A%20bio%C3%A9tica%20de%20prote%-C3%A7%C3%A3o%20(BP,de%20sa%C3%BAde%2C%20para%20que%20 sejam. Acesso em: 02 ago. 2022.

3. O suicídio no Brasil: as circunstâncias da violência autoinfligida

Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral¹ Cristiane Gomes da Silva de Araujo² Artur José Cabral³

> "Em plena juventude ela tentou se matar. Despertando no hospital, deparou-se com uma enfermeira que a interpelou:

— Mas por quê, por quê?

Ela respondeu, sucinta, lúcida, plena de sua própria dor:

— Sem esperança.

Pesquisadora. Doutora (Uenf, 2019) e Mestra (Uenf, 2015) em Cognição e Linguagem. Estágio Pós-doutoral em Direito Civil e Processual Civil (Ufes, 2021). Membro da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Membro da Asociación de Bioetica Juridica de La Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Membro do Instituto Brasileiro de Estudos em Responsabilidade Civil (IBERC). Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (Gepbidh). Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM). Membro do Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (BRASILCON). Docente dos Cursos de Direito (desde 2004) e Medicina (desde 2008). E-mail: hildeboechat@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3000681744460902. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9871-8867

² Mestra em Medicina e Biomedicina. Médica psiquiatra. Docente da disciplina Saúde mental, do Curso de Medicina. Professora Orientadora Assistente do PIC Suicídio como morte mistanásica. E-mail: dracrisaraujo@yahoo.com.br. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9037542056126152.

Mestre em Produção (CCTA – Uenf, 2006). Estudante do 7º Período de Medicina. Pós-graduação em Neurociências (2021). Médico Veterinário (UFRRJ, 1985). E-mail: arturjosecabral@yahoo.com.br. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5401458619273054

Todos conhecemos esses dias sem horizonte à vista. A experiência nos ensina que eles passam, a não ser que estejamos doentes ou sejamos ferrenhos pessimistas por natureza ou formação."

(LUFT, 2009, p. 75)

Considerações iniciais

No Brasil, as estatísticas do suicídio têm crescido de forma alarmante, principalmente entre adolescentes e jovens, sendo esse um dos fatores que motivam a presente obra e o projeto que a origina. Além disso, é importante ressaltar que muitos são os estudos realizados nessa seara, embora as conclusões sejam ainda pouco satisfatórias no sentido de elucidar as questões acerca das razões que levam uma pessoa a cometer esse ato e efetivas ações de prevenção.

Convém esclarecer a expressão *violência autoinfligida* a fim de facilitar a compreensão de uma conduta que significa causar lesões a si mesmo, não se restringindo aos comportamentos suicidas (suicídio, ideação suicida e tentativa de suicídio), mas compreende ainda os autoabusos (autoagressões e automutilações). O cometimento de tais atos contra si mesmo é contrário à natureza humana, por isso mesmo choca tanto, pois a primeira reação irrefletida em face de ataque é a autodefesa.

Muitas são as situações que tentam justificar esse ato traumático. Há notícias de pessoas que se suicidam em decorrência de doenças psicoemocionais, transtornos psíquicos, traumas invencíveis, perdas insuperáveis (término de um relacionamento ou morte uma pessoa "insubstituível"), solidão, grave e incurável enfermidade, medo e falência ou colapso financeiro. Outras ainda, por falta de perspectiva, de projeto de vida, sonhos e ideias: essas se dizem "sem esperança". Nesse contexto, a pessoa vê a morte como única saída para seu desespero e ânsia por solução, começa a pensar que a morte pode ser o escape, passa a nutrir esse sentimento e a cogitar essa possibilidade (é o que denominamos ideações suicidas). A partir desse momento, a pessoa passa a ter uma verdadeira fixação pela conduta que ela pensa ser a solução para todo o seu sofrimento.

Outro aspecto instigante diz respeito às formas como a pessoa escolhe para concretizar o autoextermínio, pois as cenas resultantes do fato quase sempre são estarrecedoras, de causar pavor a quem as encontra, tamanhas as atrocidades e a crueldade por meio das quais o agente põe fim à própria vida. Pode ser que essa realidade demonstre principalmente o grau de sofrimento no qual estava imerso o agente, mas pode ser que o trágico cenário tenha mais a informar, como por exemplo, a intenção de chocar, de causar remorso à família e aos amigos ou ainda transmitir sentimento de revolta.

Enfim, que lições de fato devemos aprender por meio de todas essas situações? Afinal, que motivo pode levar uma pessoa ao suicídio? Há sempre uma atmosfera de surpresa ou a pessoa deu algum sinal indicativo de que seria capaz de cometer o ato de suicidar-se? O que podemos fazer para minimizar a ocorrência dessa prática? Todas essas indagações e ainda tantas outras ocupam nossa mentes e inquietam-nos, mas pesquisar e estudar cientificamente o fenômeno em sua complexidade, a fim de criarmos mecanismos de auxílio e, como cidadãos, participarmos das campanhas e medidas de prevenção, parece-nos um bom início.

A complexidade do conceito suicídio

Do ponto de vista do senso comum, suicídio traduz a noção de matar a si mesmo, provocar a própria morte. A expressão *suicidar-se*, no dicionário significa: "pôr termo à própria vida; matar-se" (HOUAISS, 2021). Parece-nos um conceito simplório, que sugere provocar a própria morte, entretanto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), "suicídio é um fenômeno complexo, multifacetado e de múltiplas determinações, que pode afetar indivíduos de diferentes origens, classes sociais, idades, orientações sexuais e identidades de gênero". Trata-se de uma complexidade tal capaz de reunir um conjunto de fatores, conforme explica Cassorla (2021, p 149):

Se a complexidade do tema suicídio afasta qualquer possibilidade de compreensão definitiva, a tentativa de nos aproximarmos dele por meio da psicanálise se revelará, evidentemente, parcial e transitória. Fotografar fatos clínicos implica ter consciência de sua transformação constante.

O autor expressa acima as dificuldades para a plena compreensão do fenômeno, uma vez que cada situação específica representa apenas parte da verdade, sem a possibilidade de uma prospecção para o todo, além do fato de que a transitoriedade revela a constante mutabilidade, a modificação

das pessoas e do estado das coisas. A complexidade do ato é analisada da seguinte forma por Cassorla (2021, p. 192):

O ato suicida constitui o evento final de uma complexa rede de fatores que foram interagindo durante a vida do indivíduo, de formas variadas, peculiares e imprevisíveis. Dessa complexidade fazem parte fatores genéticos, biológicos, psicológicos (com ênfase nas primeiras experiências vitais), sociais, históricos e culturais. Por isso, não podemos nos referir a "causas" de determinado suicídio. Aquilo que se apresenta ao observador como motivações do ato são apenas desencadeantes constituídos por fatos que, aparentemente, estimularam o desenlace. Mesmo a visão desses fatos, tomados como elos finais dentro da complexidade suicidógena, pode estar comprometida pela necessidade de encontrar explicações para aquilo que nos é incompreensível.

A partir das considerações acima, podemos inferir que, em alguns casos, o fato que parece motivar o ato do suicídio pode ter sido apenas o gatilho que o disparou, mas não exatamente a causa. Ou seja, o emaranhado de fatos que dá origem às ideações suicidas levam ao planejamento da conduta e, mais tarde, à efetivação dos atos executórios, pode ser muito diferente do fato que a família presenciou e que identifica como razão dessa decisão. Significa dizer que o agente pode nutrir por vários meses ou até anos as ideações suicidas, mas em determinado momento, outro fato serviu como estopim para pôr em prática o plano já idealizado por ele. Sem conhecimento desses fatos que ele vivenciou e arrastou consigo por longa data, a família imagina que o desencadeador do suicídio seja uma determinada razão aparentemente justificadora. Trata-se de um labirinto de sentimentos e emoções que ele não suportou mais, entretanto a causa aparente pode ser outra.

Ideação Suicida, refere-se aos pensamentos e as ideias sobre a morte, sobre o morrer, sobre estar morto ou tentar suicídio. Como seria não existir mais? Um amplo campo de pensamento sobre o morrer, que pode ser expresso de diversas maneiras. Muitas pessoas já pensaram em suicídio em algum momento da vida, principalmente no enfrentamento de situações mais difíceis (SANTOS, 2020, p. 11).

Ter ideação suicida não quer dizer que de repente o sujeito irá se matar, mas requer cuidado, pois esses pensamentos podem provocar maior risco de suicídio, já que maior frequência dessas ideias somada à vontade, maior será o risco (SANTOS, 2020). Mas, "caso a pessoa se sinta julgada, condenada e criticada, a ideação pode permanecer, dessa vez, em silêncio. O laço de confiança e compreensão é fundamental para trazer segurança na fala e na demonstração dos sentimentos reais" (SANTOS, 2020, p. 12).

Segundo Bertolote (2012), pelo prisma "fenomenológico", ideações suicidas são pensamentos parcialmente vagos a respeito da morte, que tendem a se tornar frequentes e a evoluir para o planejamento de se suicidar e atingir o clímax com o ato suicida (BERTOLOTE, 2012, p. 21). As ideações suicidas se consubstanciam nesse conjunto de ideias esparsas acerca da possibilidade de morrer, que levam a pensar em pôr fim à própria vida e que amadurecem passando a planejá-la. Entretanto, das ideações pode ou não resultar a morte. Quando o agente não consegue obter o resultado pretendido, ocorre a tentativa de autoextermínio. Ainda segundo o mesmo autor, a tentativa de suicídio é uma conduta auto agressiva que visa pôr fim à própria vida e, por alguma razão, a fatalidade não se efetivou naquela ocasião, mas é relevante esse ato deliberado, a depender dos efeitos clínicos, da possibilidade de nova investida nesse sentido ou a própria efetivação do suicídio em dias futuros (BERTOLOTE, 2012, p. 24).

Fontenelle (2008, p. 35) explica que durante muitos anos filósofos, legistas, médicos e pensadores buscaram definir de forma objetiva e clara a iniciativa dessa prática: a intencionalidade. Em certas situações, é evidente a decisão de tirar a própria vida, exemplo disso são os sinais observáveis na conduta da pessoa que organizou as finanças, pôs a vida em ordem, valeu-se de forma agressiva para se matar (arma de fogo) e deixou bilhete de despedida. Entretanto, em várias situações é trabalhoso identificar o que aconteceu no momento do suicídio.

Fontenelle (2008) relata o ocorrido com o irmão de um amigo, que parecia ter uma vida equilibrada: esposa, três filhos pequenos, boas condições financeiras, saúde e promissora carreira. O rapaz foi encontrado morto, pois caíra em um vão do prédio por onde passava a rede hidráulica. Daí em diante começaram os questionamentos. Depois de afastadas várias suposições (se poderia ser embriaguez, homicídio etc.), a família chegou à conclusão de que foi suicídio (morte intencional) porque dois anos antes, ele havia sofrido uma

crise de pânico no exterior, ficou horas na cama sem se mexer, as pessoas o acalmaram e precisou voltar para o Brasil rapidamente. Procurou tratamento médico, mas não deu continuidade. Pode ter sentido os mesmos sintomas e, sozinho, em aflição, jogou-se no vão. Não se sabe o que de fato ocorreu.

Exemplo como esse, narrado no parágrafo antecedente, demonstra quão difícil se torna tentar estabelecer causas ou motivos que levam uma pessoa à prática dessa conduta, pois ainda que as evidências exteriores indiquem determinada razão para explicar o ato, jamais saberemos com fidedignidade o que de fato ocorreu no íntimo daquela pessoa. Suas dores, angústias, contradições, desesperos, ansiedades e batalhas interiores que enfrentou, somente uma pessoa pode (ou poderia, se viva fosse) explicar a verdadeira razão: a própria pessoa que praticou autoextermínio.

Contexto da violência autoinfligida

A morte por si só causa tristeza e dor, mas quando ocorre em razão de fatores externos, torna-se mais fácil aceitá-la, tornando possível elaborar o luto de forma mais rápida. Entretanto, a morte provocada pela própria pessoa, deixa sempre a interrogação, o sentimento de impotência e em muitos casos a sensação de culpa e remorso. Se, além de provocada pela própria pessoa, ocorre mediante emprego de violência, torna-se ainda mais complexa a situação. Por esse motivo, explicaremos o suicídio no contexto da violência autoinflingida, a fim de tornar a terminologia mais clara e objetiva, no âmbito do estudo da suicidologia.

Para melhor compreendermos a expressão violência autoinfligida, valemo-nos de relevantes informações de Coelho, Silva e Lindner (2014, p. 13): a resolução WHA 49.25 da World Health Assembly (1996), que classifica a violência "como um dos principais problemas de saúde pública". A partir daí, foi solicitado à Organização Mundial da Saúde (OMS) o desenvolvimento de uma tipologia capaz de caracterizar os variados tipos de violência. A tipologia apresentada pela OMS categoriza três grandes grupos de violência, que se referem às características do sujeito que pratica a conduta violenta: a violência coletiva, a violência autoinfligida e a violência interpessoal. A segunda espécie, a autoinfligida, subdivide-se em condutas suicidas (suicídio, ideação suicida e tentativa de suicídio) e os autoabusos (agressões a si próprio e automutilações).

A violência autoinfligida, então, conforme assinalado, compreende o suicídio, a ideação suicida e a tentativa de suicídio; por isso, podemos entender o ato de pôr fim à própria vida como um projeto que se inicia pelas ideias de suicidar-se e progride para atos de execução.

É possível explicar os atos preparatórios à prática do suicídio como estratégias que buscam a possibilidade de libertação daquele sofrimento íntimo e silente, mas que viola o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, pois a ação praticada para ceifar a própria vida, além de ferir a Constituição, ocorre mediante grave ofensa a si mesmo, quase sempre essas mortes são violentas, em situação degradante, com cenas de causar pavor à família, aos amigos e a outras seres humanos que eram próximos à pessoa que cometeu auto extermínio (CABRAL; CURTY, 2021, p. 120).

Cassorla (2017, p. 13) explica que "[...] as pessoas podem se matar ou procurar a morte de forma consciente ou inconsciente. Todos os seres humanos possuem impulsos nomeados pulsões de vida e pulsões de morte". Em um mesmo sujeito, coexistem impulsos que podem ser positivos (de vida) e negativos (de morte); assim, ora predominam nele as pulsões de vida, que se revelam otimistas e despertam sentimentos benéficos, pensamentos alvissareiros e levam a praticar condutas que produzem confiança e esperança, ora predominam as pulsões de morte, caracterizadas por sentimento de rejeição, que produz desesperança, tristeza e desilusão.

Ao praticar o ato extremo, a pessoa certamente está com uma enorme carga de pulsão de morte, esgotada, angustiada e sem condições de pensar em outra possibilidade senão a própria morte, tamanho seu desespero. Em alguns momentos de lucidez, tem vontade viver, mas na luta travada dentro de si, ora predominam as pulsões de vida ora as de morte.

Na verdade, ela [a pessoa] não quer morrer, necessita desesperadamente pôr fim, sim, à angústia, ao sofrimento atroz, à dor no peito que parece que vai matá-la por asfixia que a assola a alma, a angústia inquietante que os ansiolíticos não controlam mais, as aflições de um coração que não suporta mais calar na garganta o grito que só consegue dar ao executar seu plano (CA-BRAL; CURTY, 2021, p. 114).

Nesse sentido, afirmam Shaffer e Pfeffer (2000, s/p) "O indivíduo está com ambivalência entre viver e morrer, rigidez do pensamento e estreitamento do campo cognitivo; desta forma suas emoções, sua lógica e sua percepção estão profundamente afetadas". Complementando essas noções, explica Cassorla (2017, p. 14): "A vida, nas suas várias fases de desenvolvimento e involução, até a morte, é o resultado da interação entre essas duas pulsões". O autor exemplifica esses atos da seguinte forma: um fumante inveterado, com doenças pulmonares e cardíacas em razão do fumo, sabe que, se não parar de fumar, morrerá em pouco tempo; o policial e criminoso correm risco de morte e o sabem; o soldado voluntário que se oferece para uma missão com mínimas chances de sobrevivência; pessoa que se acidenta com facilidade em determinada fase da vida; pessoas com transtornos emocionais ou psicossociais por se sobrecarregarem física e/ou mentalmente, vivem tensas, embora as próximas percebam e alertem: "você está se matando, precisa mudar de vida".

Pode-se reconhecer então, a possibilidade de buscarmos a própria morte ao longo da vida, por meio da adoção de condutas ou modos de viver que, somados, durante anos, são capazes de alterar significativamente a duração da vida para menor tempo e afetar a qualidade de vida e até mesmo de morte. Cometer suicídio então, significa, numa dimensão ampliada e sistêmica, adotar condutas que podem causar a morte a curto ou a longo prazo.

Embora Fontenelle (2008) não indique um único motivo, mas atribui o suicídio a uma série de causas, destaca alguns fatores que predispõem à morte voluntária: tentativa anterior, transtornos mentais (em especial os de humor como a depressão e a bipolaridade) e abuso de substâncias psicoativas (como álcool e drogas ilícitas). Entretanto, afirma: "É imprescindível esclarecer que, embora as doenças psíquicas tenham estreita relação com o suicídio, a maioria das pessoas que apresenta transtornos mentais nunca tira a própria vida, dependendo do tipo de transtorno" (FONTENELLE, 2008, p. 51). Explica a mesma autora:

Estima-se que cerca de 90% das pessoas que tiraram a própria vida, apresentavam algum tipo de transtorno mental nos últimos seis meses de vida. Em 2002, a OMS realizou um estudo em diferentes regiões do mundo. De quase dezesseis mil suicídios, em apenas 3% não foi possível fazer um diagnóstico psiquiátrico. De maneira geral, no topo da lista, bem distante do resto, vem a depressão. Nenhuma outra doença

psíquica é tão presente no ato suicida (FONTENEL-LE, 2008, p. 53).

Fontenelle (2008, p. 54) realiza um estudo a respeito da depressão e sua importância no contexto do suicídio e enumera os principais sintomas: perda do interesse em atividades rotineiras; tristeza durante a maior parte do tempo; isolamento, embotamento afetivo; descuido com a aparência física; desesperança; queda da libido; perda ou ganho de peso; alterações no sono (demais ou falta); irritabilidade, agressividade; cansaço, fraqueza e falta de energia; sentimento de inutilidade; culpa; ansiedade; dificuldade para concentrar-se, decidir e quanto à memória; recorrentes pensamentos de morte e suicídio.

O sofrimento é uma questão patente no quadro das pessoas que cometeram suicídio. Trata-se de um sentimento que consome, uma infelicidade profunda, uma raiz de amargura que invade a alma da pessoa, provocando dores no peito, sensação de asfixia e como se houvesse algo obstruindo sua garganta. Quando alguém comete suicídio, a maior certeza que se tem é de que ela estava em sofrimento. Cassorla (2017, p. 10) explica: "A pessoa que pensa em suicídio ou tenta se matar está, evidentemente, sofrendo. Quando ela não encontra formas de diminuir ou compreender esse sofrimento, que se torna insuportável, o suicídio parece ser a única saída". O autor relata de forma sensível a compreensão de que "A percepção do componente agressivo do ato suicida não nos deve impedir de lembrar que, ao mesmo tempo, o suicida em potencial está sofrendo de forma insuportável" (CASSORLA, 2017, p. 34). Muitos estudiosos atestam o sofrimento como um traço comum às pessoas que buscam o suicídio, um nível tal de dor na alma que chega a ser invencível: "O suicídio é resultante de uma dor psicológica insuportável (não tolerável), interminável (sem fim) e inescapável (sem saída) do indivíduo" (MELEIRO, 2013).

Além do sofrimento, não é difícil a existência do desejo de vingança. O sujeito não pensa apenas em morrer, mas se põe a imaginar como será a reação das pessoas de seu convívio ante sua morte, como se comportarão as pessoas sem ele, como se sentirão aquelas com as quais ele mantinha uma relação de proximidade ou intimidade. Pergunta-se se sentirão sua falta, se vão se lembrar sempre dele:

A tendência de imaginar como seria a reação dos outros à própria morte é comum no ser humano e se acen-

tua em momentos de frustração, impotência e raiva. O ato suicida se torna uma retaliação e vingança contra o ambiente e as pessoas que, supostamente, fizeram o suicida sofrer, ou não o ajudaram e compreenderam o suficiente. Espera-se que elas sintam remorso e sofram pelo que teriam feito ou deixado de fazer (CASSOR-LA, 2017, p. 32).

Fontenelle (2008, p. 212) aduz que "Existem autores que enxergam o suicídio como ato de vingança, como exercício de manipulação, como uma tentativa de testar seus limites ou mesmo uma oportunidade de se reunir com o ente perdido".

A agressão do suicida a seu ambiente manifesta-se também no abandonar pessoas próximas, no frustrar os outros, incluindo a própria sociedade. Faz com que todos se sintam responsáveis por não terem conseguido evitar o ato suicida ou o sofrimento que levou a ele (CASSORLA, 2017, p. 34).

Muitas são as agruras experimentadas pela pessoa que comete suicídio, por isso, muitos autores dizem que, durante sua luta entre o bem e o mal, as pulsões de vida e as de morte, intimamente ela guarda consigo um profundo desejo de vingança em razão do desprezo, do abandono e de todos os sentimentos negativos que experimentou até o ponto de sentir sua desimportância para a família e amigos.

Muitos casos de pessoas que buscam pôr fim à própria vida são de fato patológicos, mas não se pode afirmar com exatidão qual é o universo de pessoas, em números percentuais, acometidas por enfermidades psicoemocionais. Entretanto, acerca desse assunto, adverte Cassorla (2017, p. 51):

Aproximadamente 50% das pessoas que se mataram ou tentaram fazê-lo não apresentam manifestações de doenças mentais evidentes, segundo a nomenclatura psiquiátrica clássica. No entanto, as classificações psiquiátricas modernas, mais detalhistas, facilitam o enquadramento da maioria das pessoas em alguma categoria diagnóstica. Isso pode ajudar o profissional, embora o psiquiatra experiente saiba de suas limitações: cada paciente é único e não pode ser reduzido a um diagnóstico, ainda que correto.

Impende ressaltar que o psiquiatra sabe a melhor forma de lidar com essas situações e que, embora em diversos casos não seja possível estabelecer diagnóstico rígido, é necessário identificar os casos passíveis de categorização para adoção do melhor manejo, que deve ser cuidadosamente escolhido, sempre com base no cuidado e na atenção integral à pessoa.

Por fim, após o estudo da violência que a pessoa inflige a si mesma para alcançar a obsessão de pôr termo à vida, passaremos à abordagem do trágico cenário no qual em muitos casos as pessoas encontram o corpo. Sempre que pensamos em suicídio, trazemos à memória os fatos vivenciais e cotidianos ocorridos na sociedade. Geralmente a notícia nos é trazida com certo suspense e muita perplexidade. A comoção é geral e existe um ambiente de mistério e muitas especulações a respeito das possíveis causas.

O cenário do ato: silente grito por socorro e urgência de ações preventivas

Quase sempre a cena do corpo encontrado como um pêndulo inerte preso a uma árvore, janela ou sacada representa bem o macabro cenário do suicídio. Temos dificuldade de compreender o motivo pelo qual as pessoas escolhem pôr fim às suas vidas de forma tão dolorosa e traumática. Essa realidade é muito forte, pois:

Todas essas situações de suicídio impressionam, surpreendem e sensibilizam os estudiosos de Bioética, pois a morte na maioria das vezes ocorre de forma violenta, por atitudes de autodestruição perpetradas contra si mesmo, por meio de instrumentos cortantes, perfuro cortantes, armas de fogo, afogamento, enforcamento, overdose de ansiolíticos ou de outras drogas indicadas para hipertensão. Algumas vezes o instinto suicida, por assim dizer, leva a pessoa a se atirar de altos prédios (CABRAL; CURTY, 2021, p. 115).

A simbologia da morte por suicídio é muito forte, a importância da linguagem não-verbal se mostra patente: sem palavra, sem som e nem movimento, a cena comunica uma dor explícita:

A morte do suicida é diferente. Pois ela não é coisa que venha de fora, mas gesto que nasce dentro; o seu cadáver é o seu último acorde, término de uma melodia que vinha sendo preparada no silêncio do seu ser. A primeira morte não foi um gesto; foi um acontecimento de dor. Por isso ela é para ser chorada; não é um texto para ser lido. Mas no corpo do suicida encontra-se uma melodia para ser ouvida. Ele deseja ser ouvido (CASSORLA, 2021, p. 69).

O "corpo 'grita' gestualmente por um pedido de socorro invisível até às pessoas mais próximas, que por inexperiência não observam a crise existencial, a depressão e a agonia que o agente do suicídio agasalha no peito" (CABRAL, CURTY, 2021, p.115). Trata-se de uma realidade cruel, dura de se assistir e difícil de expressar em palavras a inimaginável dor que aquela pessoa atravessou: "O seu silêncio é um pedido para que ouçamos uma história cujo acorde necessário e final é aquele mesmo, um corpo sem vida" (CASSORLA, 2017, p. 72).

Como podemos intervir na realidade para evitar o suicídio?

Todas as formas de prevenção devem ser adotadas: a distribuição de cartilhas e panfletos contendo informações esclarecedoras, palestras, rodas de conversa, campanha nas escolas e universidades, oferta de rede de apoio por meio de trabalho voluntário, indicação de atendimento psicológico, psiquiátrico e de outros que se façam necessários. As campanhas de informação, conscientização, educação e prevenção se tornam relevantes, pois através da veiculação a respeito de medidas e da oferta de serviços, apoio e auxílio, o suicídio pode ser evitado. Com a divulgação das informações e esclarecimentos a respeito de transtornos mentais e outras causas acerca do autoextermínio, vidas serão salvas. Mas é necessário que todos os segmentos da sociedade se engajem na campanha, a fim de alcançar o maior número possível de pessoas, prevenindo-se esse ato que tanto mal desencadeia na família, no circulo de amigos, nos colegas de trabalho e na sociedade.

Os investimentos em documentários, filmes, minisséries e reportagens de cunho científico são muito bem-vindos, pois alcançam a delicada faixa etária de adolescentes e jovens, debatendo o tema, abrindo para a possibilidade do diálogo e abrindo possibilidades para interação entre filhos e pais, estudantes e professores. Entretanto, é preciso ter cuidado, pois nem sempre a mídia trata a temática com clareza, objetividade e realismo, conforme explica Fontenelle (2008, p. 217):

A forma como a mídia trata (ou ignora) o tema suicídio é objeto de discussão em diversas partes do mundo. De maneira geral, os veículos de comunicação optam por não divulgar o ato, resposta bem diferente a que é dada a outras demonstrações de violência, como homicídio, por exemplo.

Esse cuidado excessivo alberga a noção de que veicular matéria sobre o suicídio provocaria a reprodução da conduta, argumento defendido por vários especialistas e a OMS que, em seu Guia de Prevenção ao Suicídio para a Mídia, afirma:

A maioria das pessoas que cogitam se suicidar são ambivalentes. Eles não têm certeza de que querem morrer. Um dos fatores que podem levar um indivíduo vulnerável ao suicídio é a publicação de suicídios na mídia. A forma como a imprensa reporta casos de suicídio pode influenciar outros suicídios (OMS, 2002 apud FONTENELLE, 2008, p. 217).

No que diz respeito aos programas televisivos, uma série de televisão americana, denominada 13 Reasons Why, baseada no livro Thirteen reasons why, de Jay Asher, e adaptada por Brian Yorkey, foi ao ar em 31 de março de 2017, causando polêmica na época por tratar de modo "irresponsável" o tema da depressão e do suicídio. O grande alerta foi para pais, educadores, profissionais da saúde e adolescentes, para que estivessem cientes de que o programa tem o potencial de causar danos a pessoas que estão emocionalmente fragilizadas e que podem ser influenciadas negativamente, inclusive induzindo ao suicídio. Portanto, pessoas em situações de risco deveriam ser desencorajadas a assistir à referida série, conforme recomendação na Nova Zelândia e Canadá, dentre outros. A premissa da série 13 Reasons Why é boa, objetivou a possibilidade de quebrar o tabu e estigma sobre o assunto; entrou nos lares e escolas ao discutir a crueldade cotidiana dos jovens, que parece ser a mesma crueldade dos adultos, embora em fase particularmente frágil da existência. Entretanto, a forma devastadora com que a crueldade pode nos afetar, como a invasão de privacidade, com cyber bullying, estupro, assédio, machismo, preconceito quanto à orientação sexual e violência, contudo, a oportunidade de se discutir suicídio de uma forma cuidadosa se perdeu. O principal erro da série foi mostrar o suicídio como forma de entretenimento (MELEIRO, 2018).

Por fim, perguntamos: será que a série não estaria contribuindo para a glamourização do suicídio?

Essas considerações devem ser analisadas à luz da ética, do cuidado e da assertividade. As matérias veiculadas pela mídia, as séries televisivas, os filmes e documentários devem ter cunho reconhecidamente científico e instrutivo, de forma que venham influenciar de forma positiva seus destinatários, promovendo educação para a cidadania, principalmente quando direcionados ao público infanto-juvenil, que são pessoas em desenvolvimento, personalidades em formação e mentes férteis em franca formação.

Considerações finais

Suicídio é um conceito amplo, profundo e muito mais abrangente do que simplesmente pôr termo à própria vida. Trata-se de um fenômeno complexo, multifacetado, de múltiplas causas e de consequências desastrosas, que pode afetar pessoas de diferentes origens, classes sociais, idades e orientações sexuais. As causas nem sempre correspondem ao fato que a família e os amigos reputam ser aquela que motivou o ato. Assim, a violência autoinfligida tem sido objeto de debates, palestras e campanhas de conscientização, embora muito ainda haja para ser realizado nessa seara.

O caminho percorrido pela pesquisa estudou a violência cometida contra si mesmo, constatou a dificuldade de se identificar causas e justificar comportamentos suicidas e ainda reconheceu a necessidade de se averiguar a existência de transtornos mentais. Observou a estimativa de cerca de 90% das pessoas que cometeram suicídio tiveram algum transtorno mental nos últimos seis meses de vida. Afora os referidos transtornos mentais, enumeramos certas situações que podem ensejar motivos para suicidar-se: dívidas, frustração no relacionamento amoroso, perdas, enfermidade incurável, falta de esperança, solidão, dentre outros.

A simbologia do suicídio é de fato aterrorizante, tanto no que se refere ao cenário, quanto aos meios usados para provocar a própria morte: a forma quase sempre violenta, evidentes condutas de autodestruição, mediante utilização de instrumentos perfurocortantes; facas; emprego de armas de fogo; afogamento; enforcamento; salto de janela, ponte ou sacada muito alta; overdose de ansiolíticos ou de outras drogas indicadas para hipertensão.

Mas, o suicida quer de fato morrer? A resposta é quase sempre "não", pois a maioria dos estudiosos concluem pelo desejo de pôr fim ao sofrimento e à angústia, que se tornam insuportáveis, não à vida.

Por fim, foi relevante analisar a forma como a mídia trata as matérias referentes ao suicídio, não raro evitando o assunto e enfatizando as diferentes formas de homicídio e, ainda, a série televisiva norte-americana 13 Reasons Why, que mais desvirtuou do que educou com possíveis lições acerca do suicídio e que, como quase todo episódio televisivo, para conquistar os cobiçados pontos percentuais de audiência se aproxima de um verdadeiro reality show, parecendo contribuir para a glamourização do suicídio.

Por derradeiro, as estratégias visando informação, educação, conscientização e prevenção do suicídio devem ser implementadas em ação conjunta por instituições, fundações, associações e cada um dos segmentos da sociedade em corresponsabilidade, buscando a minimização dessa prática que se tornou grave questão de saúde pública no Brasil e no mundo.

Referências

- 13 REASONS Why. [Seriado]. Direção: Brian Yorkey. Produção: Joseph Incaprera. Estados Unidos: Netflix, 2017.
- BERTOLOTE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Unesp, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio**: Entendendo o suicídio saber, agir e prevenir. Ministério da Saúde, 24 nov. 2021. *Online*. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/prevencao-do-suicidio. Acesso em: 02 jun. 2022.
- CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat; CURTY, Walas Werdan. Suicidio a la luz de la bioética y las medidas de prevención, *In:* TINANT, Eduardo Luis (Director). **Anuario de Bioética y Derechos Humanos 2021.** IIDH Instituto Internacional de Derechos Humanos Capítulo para las Americas. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2021. p. 109-122. Disponível em http://www.iidhamerica.org/pdf/anuario-de-bioetica-y-derechos-humanos-202161b7794d0a4b8.pdf. Acesso em 15 jan. 2021.
- CASSORLA, Roosevelt Moises Smeke. **Suicídio**: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Edgard Blücher, 2017. *Ebook*.
- CASSORLA, Roosevelt Moises Smeke. **Estudos sobre Suicídio**: Psicanálise e saúde mental. São Paulo: Edgard Blücher, 2021. *Ebook*.

- COELHO, Elza Berger Salema; SILVA, Anne Caroline Luz Grüdtner da; LIND-NER, Sheila Rubia. (Org.). **Violência**: definições e tipologias. Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1862/1/Definicoes_Tipologias.pdf Acesso em 7 jul. 2022.
- FONTENELLE, Paula. **Suicídio**: o futuro interrompido: guia para sobreviventes. São Paulo: Geração Editorial, 2008. *Ebook*.
- HOUAISS. Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa 3.0. São Paulo: Objetiva, 2021. Disponível em https://groups.google.com/g/cracolandia/c/GsqOEa_Ih6Y. Acesso em: 02 ago. 2022.
- HAVE, Henk ten. Vulnerability as the Antidote to Neoliberalism. **Revista Redbioética**/ **UNESCO**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 87-92, jan./jun. 2014. Disponível em: https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Art9-tenHave--A5V1N9-2014.pdf. Acesso em: 02 ago. 2022.
- LUFT, Lya. **Perdas e Ganhos**. Rio de Janeiro: Record, 2009. *Ebook*.
- MELEIRO Alexandrina. 50 FAQ. 50 Frequently Asked Questions: suicídio. 1. ed. São Paulo: EPM, 2013.
- MELEIRO, Alexandrina. Revista Conexão Sinapsen, ano 3, n.1, 2018.
- PESSINI, Leo. Elementos para uma bioética global: solidariedade, vulnerabilidade e precaução. **Thaumazein**. Santa Maria, Ano VII, v. 10, n. 19, p. 75-85, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/1983. Acesso em: 02 ago. 2022
- RIO GRANDE DO SUL, Governo do Estado. **Tipologia da Violência**. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: CEVS, [s. d.]. Disponível em: https://www.cevs.rs.gov.br/tipologia-da-violencia. Acesso em: 02 ago. 2022.
- SANTOS, Jania Caroline Lemos F. **Suicídio**: um futuro que não precisa ser interrompido. [s. l.], 2020. *Ebook*.
- SHAFFER, D; PFEFFER, C. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. **A Acad Child Adol Psychiatry**, [s. l.], v. 1, n. 21, 2000.

4. As estatísticas do suicídio no Brasil

André Luiz Jardim Alves¹

"É preciso falar sobre suicídio para não precisar ter que ler um bilhete." (PESSATO, 2019)

Considerações iniciais

O suicídio é uma triste realidade enfrentada no Brasil e em todo o mundo, na qual muitas pessoas tiram suas vidas e muitas outras realizam a tentativa de diversas formas e pelos mais diferentes e variados motivos, e, felizmente, algumas vezes não ocorre a concretização do ato. Cada episódio de tentativa ou efetivação do suicídio se caracteriza como uma tragédia para a família da vítima e as pessoas próximas, causando efeitos duradouros, afetando direta e indiretamente a sociedade de diferentes formas, ainda mais latentes em casos que envolvam pessoas de alta notoriedade e influência social.

Ao se tratar do tema *suicídio* e a forma como está presente no Brasil e no mundo, é necessário se atentar aos crescentes números referentes a esses ca-

¹ Engenheiro Mecânico. Estudante do 5º período de Medicina pela Universidade Iguaçu (Unig Itaperuna). E-mail: andrealves.engmec@gmail.com. Link lattes: http://lattes.cnpq.br/5401458619273054.

sos, e ao se partir da observação dos mesmos se torna ainda mais importante a preocupação acerca deste tema. Haja vista que cerca de 800 mil pessoas por ano cometem o suicídio em todo mundo, o que daria uma estimativa de cerca de uma vítima a cada 40 segundos, segundo o relatório *Suicide Worldwide in 2019* produzido pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021).

Os dados mundiais se mostram expressivos e, somados a todo o impacto gerado pelo suicídio nas famílias das vítimas e na sociedade, surge o questionamento sobre os dados e a conjuntura brasileira em relação ao suicídio, sendo esse o objetivo do presente capítulo: identificar as estatísticas e possíveis correlações por meio de revisão bibliográfica, contribuindo assim para melhor apresentação das informações acerca do suicídio no Brasil, para nortear melhor os leitores, seja da área de saúde, pedagógica ou outra área, sobre este tema tão importante para saúde pública. Pois por mais que o suicídio tenha diversas causas e seja algo tão complexo, ele ainda pode ser prevenido.

Estatísticas e notificações de suicídios tentados e consumados

A obtenção e o levantamento epidemiológico se mostram como importantes instrumentos para se conhecer a realidade epidemiológica de determinada população, a fim de possibilitar interpretá-la e assim poder traçar estratégias para contornar e enfrentar os problemas evidenciados (PIAZZA-ROLO, 2010). O levantamento de dados sobre o suicídio se mostra como um importante aliado para a realização de estudos, para melhor compreender a realidade enfrentada e tem se mostrado como parte importante da herança deixada pela sociologia, como na obra clássica *Suicide* de Emile Durkeim, publicado em 1897, a qual expôs diferentes variações de taxas (por tratarmos de taxa muitas vezes ao longo de nosso trabalho e buscando evitar ser repetitivo quanto ao valor de referência, deixa-se evidenciado que trataremos as taxas referentes aos números de óbitos registrados por suicídio a cada 100 mil habitantes), demonstrando como determinadas características e fatores sociais poderiam influenciar o suicídio (DURKHEIM, 2007).

Porém, o suicídio é questão delicada, por se tratar de um ato fatal de autolesão com intenção de morte, envolvendo causas complexas e sendo rodeados de tabus, estigmas, preconceitos e eventuais constrangimentos muitas vezes das pessoas que faziam parte da rede de contato ou com proximidade da vítima (SILVERMAN, 2018).

Dessa forma, em alguns locais, mesmo com a execução de registros realizadas de forma pragmática, a mortalidade por suicídio pode se apresentar na realidade em níveis muito superiores aos números informados, muitas vezes sendo relatados erroneamente como acidental ou alguma outra causa de morte, seja por evitar burocracia, a pedidos das pessoas próximas da vítima, dentre outros. Considerando esses fatores, pode-se dizer que existe a subnotificação da mortalidade por suicídio, com variação de acordo com região, cultura e diferentes aspectos socioeconômicos, dentre outros fatores (BENETTI; MOLINA; KORNIN, 2018).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), a notificação de tentativa de suicídio é de caráter compulsório e deve ser realizada de forma imediata assim que se é verificada pelo serviço de saúde o qual está prestando o atendimento, sendo de importância para a tomada rápida de decisão, bem como "o encaminhamento e vinculação do(a) paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que um novo caso de tentativa de suicídio se concretize" (BRASIL, 2017). Em caso de morte por suicídio, a mesma também deve ser informada de mesma forma para que seja suprido o banco de dados epidemiológicos.

Porém, por mais que se tenha essa compulsoriedade da notificação em caso de tentativa e em caso de morte por suicídio, essas entram na questão do sigilo entre a equipe de apoio envolvida e familiares, mas em caso de ganharem conhecimento público, e por mais que envolvam pessoas com grande importância e influência social, os veículos de mídia costumam não noticiarem os fatos para evitar que sirva de incentivo ou algo a se espelhar por outras pessoas, então só noticiam quando têm-se outra vítima ou então com o objetivo de se fazer reportagem com o viés de conscientização, para reduzir as ocorrências desse tipo de morte e tentativas (MOREIRA; PAULINO, 2014).

O suicídio nas regiões brasileiras: discrepâncias de um país continental

Há sensível diferença entre as taxas e os números de óbitos por suicídio de uma para outra região: o número de óbitos é equivalente ao total absoluto de óbitos por suicídio registrados em determinado período e em diferentes localidades e a taxa se dá por esse valor, divido pelo número total de habitantes deste local no mesmo período, sendo um valor relativo e proporcional

ao número da amostragem. Dessa forma, um local com um número maior de habitantes pode ter um número de óbitos maior que outro, mas ainda assim apresentar uma taxa de óbitos inferior, pelo fato deste outro local ter um número menor de habitantes, apresentando uma taxa maior (MERCHÁN-HAMANN; TAUIL; COSTA, 2000). Portanto, a taxa se torna uma representação de forma proporcional e mais fidedigna para se apurar o cenário epidemiológico de cada local alvo de estudo.

Embora as taxas globais de suicídio tenham diminuído em torno de 36% nos últimos 20 anos (período entre 2000 e 2019), com reduções variando de 17% na região do Mediterrâneo Oriental a 47% na região europeia e 49% no Pacífico Ocidental, enquanto que no continente americano (onde o Brasil se encontra inserido), em geral, estima-se um aumento de 17% no mesmo período (OPAS, 2021).

Segundo o Boletim Epidemiológico elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), as taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, além de se apresentarem altas, tem expressado um consistente aumento no intervalo dos últimos 10 anos, sendo esse equivalente a 43% no número anual de mortes de 2019 em comparação aos números apresentados no ano de 2010, em face de um crescimento populacional estimado de cerca de 10% no mesmo período, demonstrando uma correlação desproporcional entre os dados abordados.

Ao buscar pela comparação com o cenário mundial, utilizando como base as informações contidas no relatório *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates* (WHO, 2021), a taxa mundial em 2019 foi em torno de 9 óbitos por suicídio a cada 100 mil habitantes, enquanto no Brasil foi de 6,9. O que aparenta ser um dado positivo, na realidade é algo a se atentar devido ao fato de ser o Brasil um país com proporções continentais, com variações demográficas e socioculturais, que apresenta imensurável diversidade regional e de necessidades em saúde (MARINHO, 2018). Essa disparidade torna-se evidente ao se atentar aos diferentes valores de número de óbitos e das taxas encontradas em cada estado da federação, expostos nos anuários brasileiros de segurança pública (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2018, 2019, 2020, 2021), conforme apresentado nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Números absolutos de mortes por suicídio registrados no ano de 2019 em cada estado brasileiro em ordem decrescente

| Ordem dos estados com maior número de casos de Suicidios em 2019 | | |
|--|---------------------|---------|
| Ordem | Estado | Números |
| 1 | São Paulo | 2525 |
| 2 | Minas Gerais | 1687 |
| 3 | Rio Grande do Sul | 1280 |
| 4 | Santa Catarina | 970 |
| 5 | Rio de Janeiro | 734 |
| 6 | Ceará | 641 |
| 7 | Paraná | 629 |
| 8 | Goiás | 581 |
| 9 | Pernambuco | 494 |
| 10 | Bahia | 371 |
| 11 | Pará | 360 |
| 12 | Mato Grosso | 254 |
| 13 | Paraíba | 253 |
| 14 | Espírito Santo | 233 |
| 15 | Amazonas | 229 |
| 16 | Alagoas | 192 |
| 17 | Distrito Federal | 182 |
| 18 | Mato Grosso do Sul | 179 |
| 19 | Maranhão | 171 |
| 20 | Rondônia | 148 |
| 21 | Piauí | 141 |
| 22 | Sergipe | 109 |
| 23 | Rio Grande do Norte | 106 |
| 24 | Tocantins | 94 |
| 25 | Amapá | 66 |
| 26 | Acre | 60 |
| 27 | Roraima | 56 |

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados de Fórum Brasileiro de Segurança Pública – FBSP (2020, p. 114)

Tabela 2 - Taxas de mortes por suicídio registrados no ano de 2019 em cada estado brasileiro

| Estados com maior taxa de casos de Suicidios em 2019 | | |
|--|---------------------|-------|
| Ordem | Estado | Taxas |
| 1 | Santa Catarina | 13,5 |
| 2 | Rio Grande do Sul | 11,3 |
| 3 | Roraima | 9,2 |
| 4 | Goiás | 8,3 |
| 5 | Rondônia | 8,3 |
| 6 | Minas Gerais | 8 |
| 7 | Amapá | 7,8 |
| 8 | Mato Grosso | 7,3 |
| 9 | Ceará | |
| 10 | Acre | 6,8 |
| 11 | Mato Grosso do Sul | 6,4 |
| 12 | Paraíba | 6,3 |
| 13 | Distrito Federal | 6 |
| 14 | Tocantins | 6 |
| 15 | Alagoas | 5,8 |
| 16 | Espírito Santo | 5,8 |
| 17 | Amazonas | 5,5 |
| 18 | Paraná | 5,5 |
| 19 | São Paulo | 5,5 |
| 20 | Pernambuco | 5,2 |
| 21 | Sergipe | 4,7 |
| 22 | Piauí | 4,3 |
| 23 | Rio de Janeiro | 4,3 |
| 24 | Pará | 4,2 |
| 25 | Rio Grande do Norte | 3 |
| 26 | Bahia | 2,5 |
| 27 | Maranhão | 2,4 |

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados de Fórum Brasileiro de Segurança Pública – FBSP (2020, p. 114).

Ao observar as tabelas, percebe-se a diferença entre a forma de analisar levando-se em conta o número de óbitos e ao considerar as taxas, de forma que a ordem dos estados se altera evidentemente, em que o estado que apresenta maior número de casos é São Paulo, ocupando o topo da Tabela 1, e, por ter um número muito maior de habitantes em comparação aos outros estados, se torna

o décimo nono na Tabela 2, na qual se considera a taxa, exemplificando o que foi dito anteriormente sobre a importância de se considerar as taxas.

Diante da variação entre as taxas apresentadas na Tabela 2, pode-se observar as grandes disparidades entre os estados brasileiros, nos quais se tem em primeiro lugar Santa Catarina, com a taxa de 13,5 (quase o dobro da taxa brasileira), em sexto lugar Minas Gerais com 8, e outros estados situados no inferior da tabela com taxas muito menores, como por exemplo Rio Grande do Norte com 3, Bahia com 2,5 e Maranhão com 2,4, tornando-se nítidas as diferentes realidades encontradas dentro do Brasil e a importância de tal consideração. Podendo também ser observada a distribuição dessa variação na Figura 1, na qual a cor mais escura indica os estados com menores taxas e quanto mais claro, menor a taxa de suicídio no Estado.

Amapá Amazonas Maranhão Rondônia Rahia Mato Grosso Goiás Minas Gerais Mato Grosso São Paulo Paraná Rio Grande Taxas de Suicídios 2,4 13,5

Figura 1 - Distribuição da Taxa de suicídio por 100 mil habitantes por Estado brasileiro

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados de Fórum Brasileiro de Segurança Pública – FBSP (2020, p. 114).

Levando-se em consideração a divisão do cenário brasileiro em regiões e utilizando dados referentes aos anos de 2010 a 2019, destacam-se o Sul e Centro-Oeste como as regiões brasileiras com as maiores taxas de suicídio e sendo as que apresentaram aumentos mais expressivos ao longo desses anos, como exposto na Figura 2 (BRASIL, 2021); porém, não foi encontrada correlação em bibliografia que explique esse fato.

12.00 10,00 axa de mortalidade (por 100 mil hab.) 8,00 6,00 4.00 2,00 0.00 2011 2013 2014 2015 2016 2017 2018 ■ Brasil 5,24 5,37 5,53 5,54 5,56 5,72 5,77 6,24 6,28 6,65 Centro-Oeste 6,02 6,79 6.83 6.49 6,97 7.43 7.76 8.30 6,18 6.64 Nordeste 4.39 4.68 4.70 4.95 4.68 4.90 5.17 5.60 5,55 5.67 Norte 4.45 4.79 4.74 5.02 4.60 5.64 5.26 5.57 5,98 6.28 Sudeste 4,73 4.88 4.92 4.80 5,12 5.11 4.96 5.37 5,36 5.70 Sul 7,99 7.81 8.42 8,30 8.09 8 47 8.71 9.50 10,41 Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Figura 2 - Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, segundo região

FIGURA 1 Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo região. Brasil, 2010 a 2019

Fonte: Brasil (2021). Boletim Epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil.

Correlações sociodemográficas do suicídio no Brasil

Conforme já mencionado anteriormente, o suicídio é um fenômeno complexo e de contornos indefinidos, pois contempla inúmeros fatores e variáveis e, com base nos levantamentos, foi possível listar importantes correlações visando melhor compreensão acerca do suicídio, nas modalidades tentado e consumado.

Inicialmente, abordando a correlação com a idade, ao analisar a evolução das taxas no Brasil, nota-se o crescimento dessas em todas as faixas etárias ao longo dos últimos 10 anos, mas a faixa etária com as maiores taxas de suicídio foi entre os adultos de 40 a 59 anos, com taxa de 8,43 no ano de 2019,

apresentando crescimento de 19,74%, em relação ao ano de 2010. Enquanto a faixa etária entre 5 a 14 anos apresentou a taxa de 0,67 em 2019, o que em comparação com as demais faixas pode parecer pouco expressivo numericamente, mas, ao analisar a variação dos últimos 10 anos, é percebido que foi o maior aumento entre as demais, com a elevação de 116% em relação aos valores em 2010, como apresentado na Figura 3 (BRASIL, 2021).

9.00 8.00 mortalidade 100 mil) 7,00 6,00 5,00 4,00 3,00 2,00 1,00 0.00 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 5 a 14 0,31 0,37 0,39 0,47 0,45 0,49 0,62 0,57 0,67 0.33 15 a 19 3,52 3.64 3.90 3.83 3.86 4.17 4.40 5.20 5.39 6.36 = 20 a 39 6.49 6.73 6,77 6.75 6.86 6.81 6.78 7.34 7.52 8 19 40 a 59 7,04 7.09 7,34 7,60 7,44 7.76 7,90 8,35 8,25 8.43 -60 e mais 6.84 6.96 7.46 7.27 6.96 7.78 7.68 8.19 8.14 7.88 Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Figura 3 – Evolução das taxas de mortalidade por suicídio segundo faixa etária

FIGURA 3 Evolução das taxas de mortalidade por suicídio segundo faixa etária. Brasil, 2010 a 2019

Fonte: Brasil (2021).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2021), é entre os 5 a 14 anos o período crítico do desenvolvimento de habilidades socioemocionais, e metade dos problemas emocionais se manifestam antes dos 14 anos. Trata-se de uma fase que pode gerar consequências e sequelas pelo restante da existência da pessoa ou até mesmo, levar muitos desses adolescentes a tirarem a própria vida. Por isso é importante a promoção da saúde mental, programas anti-bullying (uma das principais causas de suicídio), programa de apoio nas escolas e ambientes sociais e a criação de protocolos para aqueles profissionais poderem seguir quando o risco de suicídio for identificado.

A respeito do conjunto de fatores que apresentam correlação com o comportamento suicida na juventude, destacam-se o aumento de sentimentos exacerbados como depressão, ansiedade, insatisfação com o corpo e autoestima baixa (LIMA *et al.*, 2021), além de experiências adversas, como abusos físicos e sexuais pelos pais ou outras pessoas próximas, solidão pela falta de amigos ou parentes para dar algum tipo de suporte, devendo-se também citar a exposição à violência e discriminação no ambiente escolar e social (bullying) e o uso de substâncias psicoativas (MOREIRA; BASTOS, 2015; RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

Outra importante variável entre as vítimas do suicídio é o sexo. Diante dos casos registrados, as estatísticas apresentadas pelo Boletim Epidemiológico brasileiro de 2021 (BRASIL, 2021) indicam que homens apresentaram taxas 3,8 vezes maior de morte por suicídio em comparação a mulheres ao longo dos anos de 2010 a 2019, e, nesse mesmo período, verificou-se o crescimento das taxas para ambos os sexos, sendo de 29% entre as taxas de mulheres e 26% de homens. Embora as taxas de suicídios entre os homens sejam maiores, a prevalência de tentativas de suicídios entre as mulheres é maior, com os registros de lesões autoprovocadas por mulheres correspondendo a 71,3% dos registros, e os homens os 28,6% restantes.

A literatura aponta que a correlação entre o maior número de óbitos entre homens por suicídio, mesmo com prevalência de tentativas de suicídio menor em relação às mulheres, está associada ao fato de os homens apresentarem maior agressividade e maior intenção de morte, utilizando assim de meios mais letais (NOCK et al., 2008 apud BRASIL, 2021, p. 7) e por terem maior acesso a esses meios, como arma de fogo, por exemplo, e também apresentando correlação com a maior suscetibilidade aos impactos de eventuais instabilidades econômicas (MELEIRO; CORREA, 2018 apud BRASIL, 2021, p. 7) e com a maior relutância em buscar auxilio, o que tem significativa associação com a piora da saúde mental (WONG et al., 2017 apud BRASIL, 2021, p. 7). Enquanto que, entre as mulheres, alguns fatores podem colaborar para uma menor letalidade, mesmo diante de mais tentativas, como a menor ingesta de álcool em comparação aos homens, possuem redes de apoio mais consolidadas e com maior adesão por apresentarem cuidado maior com sua própria saúde e a utilização de meios com menor letalidade (OLIVEIRA et al., 2016 apud BRASIL, 2021, p. 7).

Outras interessantes correlações podem ser estabelecidas a partir das características da ocorrência dos casos de violência autoprovocadas notificadas também apontadas no Boletim Epidemiológico brasileiro (BRASIL, 2021),

apresentadas na Tabela 3 extraída do mesmo documento de referência citado. As correlações são as seguintes: quanto a reincidência de tentativa de suicídio, se faz presente na maioria dos casos informados; 83,9% dos casos ocorrem nas residências das vítimas por normalmente ser o local onde se consegue maior privacidade e acesso aos meios (RIBEIRO *et al.*, 2018); meio mais utilizado é envenenamento (60,2%), pelo fato de, no imaginário da vítima, ser uma morte menos dolorosa e essa normalmente se dá, também, pela facilidade de acesso, seguido pelos objetos perfurocortantes (16,8%) que se se apresentam mais letais, porém mais dolorosos também (ROMÃO; VIEI-RA, 2004); por fim, a correlação com a escolaridade, onde 1/3 dos casos são de pessoas com ensino médio completo ou incompleto e menos de 7% correspondem a pessoas que possuíam ensino superior completo.

Tabela 3 – Características da ocorrência dos casos de violência autoprovocadas notificadas

| | N.° | % |
|--------------------------|---------|------|
| Aconteceu outras vezes | | |
| Sim | 51.047 | 40,9 |
| Não | 46.330 | 37,2 |
| Ignorado | 27.332 | 21,9 |
| Local de ocorrência | | |
| Residência | 104.686 | 83,9 |
| Escola | 1.598 | 1,3 |
| Habitação coletiva | 717 | 0,6 |
| Via pública | 4.786 | 3,8 |
| Outros¹ | 3.924 | 3,1 |
| Ignorado | 8.998 | 7,2 |
| Meio de agressão | | |
| Envenenamento | 83.470 | 60,2 |
| Objeto cortante | 22.421 | 16,2 |
| Enforcamento | 8.636 | 6,2 |
| Objeto contundente | 1.775 | 1,3 |
| Substância/objeto quente | 1.205 | 0,9 |
| Arma de fogo | 699 | 0,5 |
| Outros | 20.472 | 14,8 |
| Escolaridade | | |
| Sem escolaridade | 610 | 0,5 |
| Ensino fundamental | 32.293 | 25,9 |
| Ensino médio | 37.836 | 30,3 |
| Ensino superior | 8.331 | 6,7 |
| Não se aplica | 969 | 0,8 |
| Ignorado | 44.670 | 35,8 |

Fonte: Brasil (2021).

Considerações finais

Por meio de todas as elucidações, dados e suas possíveis correlações abordadas no presente capítulo, pretendeu-se contribuir para a ampliação do entendimento, assim como uma interpretação mais aprofundada a respeito do suicídio, possibilitando o acréscimo de importantes informações nas discussões que tangem esse tema.

Observa-se que, mesmo com todos os dados reunidos e apresentados, ainda tem muito a ser discutido a respeito do suicídio. Por mais que os números indiquem maior prevalência para uma determinada característica social ou outra, ele também ocorre nas outras, como por exemplo, ao se abordar a idade, a maior prevalência se expressa entre adultos, mas também ocorrem entre adolescentes. A saúde mental não é uma ciência exata, não se trata de uma questão lógica, na qual ao se definir e reconhecer a determinadas combinações de fatores socioeconômicos, ambientais, culturais e demográficos poderá excluir ou então determinar com certeza a ocorrência de algum fenômeno como a tentativa de suicídio e o suicídio em si, pois cada ser humano é único, por mais que tenham experiências de vida e características socioculturais semelhantes.

Entretanto, é inegável a necessidade de se tratar tema tão complexo, pois, embora tenham sido levantadas muitas informações a respeito da manifestação do suicídio na sociedade, continua sendo de grande valia e importância a continuidade de análises mais minuciosas, reunindo-se mais dados, assim como reduzindo-se a subnotificação de casos de suicídio e de tentativas, fazendo-se necessária a manutenção do debate quanto ao tema abordado. Só é possível quebrar o tabu, enfatizando-se a conscientização, a informação e as ações de prevenção ao suicídio, de modo a não se restringir apenas a mensagens de apoio e de incentivo à não realização da conduta, mas tratando o assunto de forma aprofundada como uma das principais pautas das políticas de saúde pública. Essas estratégias devem se valer de equipes multiprofissionais, para que vários aspectos da realidade sejam percebidos e a união das diferentes áreas de conhecimento, experiências e habilidades, tenha mais força nas ações de prevenção ao suicídio.

A partir das informações apresentadas, impende utilizá-las de forma estratégica visando à criação de políticas públicas e programas sociais e de apoio, para que os fatores agravantes que demonstrem correlação com o suicídio sejam minimizados ou mesmo contornados pela implementação de

meios que possibilitem melhor conscientização e redução da interferência negativa desses fatores na saúde mental da sociedade. Podem ser adotadas práticas tais como palestras, cartilhas, elaboração de projetos, protocolos, dentre outros, que possibilitem orientar a sociedade para trabalhar em conjunto com as equipes multiprofissionais na identificação de sinais que, muitas vezes, são discretos pedidos de socorro de muitas vítimas. Assim, poderão agir em conjunto, em prol do bem comum, evitando a concretização da ação do suicídio e deste modo se chagar à redução das alarmantes taxas de suicídio observadas no Brasil e no mundo.

Referências

- BENETTI, Idonézia Collodel; MOLINA, Leandro Ribeiro; KORNIN, Alan. Características do suicídio em Santa Catarina: um estudo do período de 2007 a 2016. **Estud. psicol.**, Natal, v. 23, n. 4, p. 404-415, dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2018000400007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e auto- provocadas.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf. Acesso em: 02 jul. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 33. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil.** Secretaria de Vigilância Sanitária, v. 52, p. 1–10, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.
- DURKHEIM, E. As regras do método sociológico. 3ª. ed. São Paulo: *Martins Fontes*, 2007.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2018. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, p. 37, 2018. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Anuario-Brasileiro-de-Seguranc%CC%A7a-Pu%CC%81blica-2018.pdf. Acesso em: 5 jan. 2022.

- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, p.84, 2019. Disponível em: https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf. Acesso em: 5 jan. 2022.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, p.114, 2020. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf. Acesso em: 5 jan. 2022.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, p. 87, 2021. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf. Acesso em: 5 jan. 2022.
- LIMA, C. de A. *et al.* Ideação suicida e fatores associados entre estudantes de ensino médio e superior: uma análise hierarquizada. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 70, n. 3, p. 211–223, 26 nov. 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/HT5wQVSjzMrWrFSWQkCBnzN/. Acesso em: 03 ago. 2022.
- MARINHO, G. L. Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado e Regiões de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4361–4362, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/hKy4JWs4bNfpz3xsQ-7wNx9v/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 03 ago. 2022.
- MERCHÁN-HAMANN, E.; TAUIL, P. L.; COSTA, M. P. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. **Informe Epidemiológico do Sus**, v. 9, n. 4, p. 276–284, dez. 2000. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732000000400006. Acesso em: 03 ago. 2022.
- MOREIRA, B.; PAULINO, F. O. Ética, prática jornalística e cobertura seletiva do suicídio. *In*: XII Congresso ALAIC. Lima, 2014. **Anais** [...] Lima, ago. 2014. Disponível em: https://congreso.pucp.edu.pe/alaic2014/wp-content/uploads/2013/11/vGT18-Moreira-Oliveira-Paulino.pdf. Acesso em: 02 jul. 2022.
- MOREIRA, L. C. O.; BASTOS, P. R. H. O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 3, p. 445–453, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pee/a/d6wbJxC3KF5QZ7sJb67kVPr/abstract/?lang=pt. Acesso em: 03 ago. 2022.

- NOCK, M. K.; BORGES, G.; BROMET, E. J. et al. Suicide and Suicidal Behavior. Epidemiologic Reviews, v. 30, p. 133–154, 2008 apud BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 33. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Secretaria de Vigilância Sanitária, v. 52, p. 1–10, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.
- OLIVEIRA S. M. C.; NASCIMENTO, T. S.; FEITOSA, D. J. C. *et al.* Epidemiologia de mortes por suicídio no Acre. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria, v. 20, p. 25–36, 2016 apud BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 33. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil.** Secretaria de Vigilância Sanitária, v. 52, p. 1–10, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico svs 33 final.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.
- OPAS Organização Pan-Americana da Saúde. **Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS**. Brasília, 2021. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms . Acesso em: 05 set. 2021.
- PESSATO, P. Suicídio: É preciso falar sobre suicídio para não precisar ter que ler um bilhete. **Instagram**, 4 setembro 2019. *Online*. Disponível em: https://www.instagram.com/p/B1_bdq-ACE5/?igshid=5a50rctmz1by. Acesso em: 7 jul. 2022.
- PIAZZAROLO, R. D. C. M. Levantamento epidemiológico para o planejamento das ações em saúde bucal de uma equipe saúde da família de governador valadares. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais — UFMG, Governador Valadares, 2010. Disponivel em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0695.pdf. Acesso em: 02 jul. 2022.
- RIBEIRO, J. M.; MOREIRA M. R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. Ciência e saúde coletiva, v. 23, p. 2821–2834, set. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/txZCWtk98yqSkvTTj6V-j74b/?lang=pt. Acesso em: 03 ago. 2022.
- RIBEIRO, N. M. *et al.* Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 2110016, 03 mai. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/CyLcKWmF5HMKLH3ZcQZ9Zyj/?lang=pt#:~:text=No%20Sistema%20de%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20 de,e%20acelera%C3%A7%C3%A3o%20negativa%20de%200%2C007. Acesso em: 03 ago. 2022.

- ROMÃO, M. R.; VIEIRA, L. J. E. DE S. Tentativas suicidas por envenenamento. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, n. 1, p. 14–20, 2004. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/408/40817204.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022
- SILVERMAN, Y. Choosing to enter the darkness a researcher's reflection on working with suicide survivors: A collage of words and images, v. 17, n. 4, p. 509–520, 1 out. 2018. Disponivel em: https://doi.org/10.1080/14780887.2018. 1442766. Acesso em: 2 jul. 2022.
- WONG, Y. J. et al. Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes. Journal of Counseling Psychology, v. 64: p. 80–93, 2017 apud BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 33. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Secretaria de Vigilância Sanitária, v. 52, p. 1–10, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.
- WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019:** global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve. Acesso em: 2 jul. 2022.

5. Causas, fatores de risco e possíveis manejos ao longo do desenvolvimento humano

Ester Senna Monteiro de Farias¹ Saulo Bastos Guerra Boechat²

Parte da pessoa quer deixar de existir e outra parte deseja continuar viva. Essa ambivalência faz parte do conflito, tanto de forma consciente quanto — e principalmente — inconsciente. A forma como a pessoa será ajudada ou a falta de ajuda adequada influenciarão a direção que vai ser tomada. O profissional de saúde buscará meios de fortalecer a parte que deseja viver e, ao mesmo tempo, combater a que deseja morrer.

(CASSORLA, 2017, p. 30)

Bacharel em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Formação em Psicólogo pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Psicóloga Clínica e Hospitalar da Conferência São José do Avaí. Psicóloga em Clínica Espaço Vida e Saúde. Psicóloga em Associação Beneficente Aconchego. Vice Presidente da Comissão de Captação de Sangue do Hospital São José do Avaí. E-mail: estersmfarias@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0059645803615646.

² Engenheiro Mecânico. Estudante do 4º Período de Medicina pela Universidade Iguaçu (Unig Itaperuna). Bolsista do Projeto de Iniciação Cientifica "Suicídio como morte mistanásica" (orientadora: Hildeliza Boechat). Membro da Liga de Patologia. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5641663584412759 Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4586-1993.

Considerações iniciais

A palavra "suicídio" se origina do latim pela junção das expressões *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar). Pela concepção de Cassorla (2017, p. 23): "O mais comum é que se considere como suicídio a morte que alguém provoca a si mesmo, de uma forma deliberada, intencional. Trata-se de um ato consciente".

Apesar de não existir definição única aceitável, entendemos como autoextermínio neste artigo, o conceito de um ato consciente e deliberado em uma noção clara do ato executado do próprio morrer.

A Organização Mundial da Saúde registrou em 2019 o alto número de 14.540 suicídios no Brasil, um índice que equivale a 6,9 suicídios para cada 100.000 habitantes. O suicídio no Brasil e no mundo têm sido alvo de muitas preocupações para a sociedade, o poder público e as famílias, pois cresce de forma impactante a cada ano (WHO, 2021).

O presente capítulo pretende investigar as possíveis aflições do suicídio presente na literatura brasileira. Analisar os fatores de riscos e possíveis manejos clínicos situacionais, tentando correlacionar a maior prevalência causal de acordo com a literatura clínica em relação à saúde mental ao decorrer do desenvolvimento humano.

Nesse contexto, sinalizamos como as fases do desenvolvimento humano, travessias qualitativas que permeiam do nascimento à terceira idade, sendo sinalizadas quatro etapas: infância, adolescência, vida adulta e terceira idade.

Vale ressaltar que esse capítulo se baseia em descrições quantitativas da realidade, e que a mesma é complexa e dinâmica. Nosso objetivo não é desenvolver simples relação causal para situações limites como o autoextermínio. Entretanto, trata-se de um possível caminho para atuação profissional e de disseminação de conhecimento para um olhar atento e mais reflexivo desse campo.

Breve contextualização

Os sentimentos que temos sobre o suicídio podem ser muito complexos. Além disso, nossas experiências de vida podem influenciar o que pensamos sobre isso e como reagimos quando sabemos ou suspeitamos que alguém está tendo pensamentos suicidas, sendo a sociedade também reguladora desse pensamento. Podemos reagir de várias maneiras diferentes, em termos de nossos pensamentos ou comportamentos. Todas essas respostas diferentes são muito compreensíveis. Elas podem se originar de preocupações profundas com a pessoa que está lutando com pensamentos suicidas ou simplesmente uma opinião banal sobre o tema, uma estigmatização social.

O suicídio talvez seja o mais paradoxal dos comportamentos. Ao longo dos anos filogenéticos e ontogenéticos, os humanos desenvolveram muitos comportamentos que auxiliaram na sua sobrevivência. No entanto, no suicídio, uma pessoa causa a própria morte intencionalmente. Além disso, apesar de desafiar as leis de sobrevivência, o suicídio não têm se demonstrado um evento raro para o humano. Por definição, é a espécie humana a única capaz de cometer suicídio, visto que animais não tomarão esse tipo de atitude se tiverem ou souberem que como desfecho poderão extinguir suas vidas deliberadamente (HOGENBOOM, 2016).

O suicídio é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. De forma global, quase um milhão de pessoas morrem por suicídio todos os anos. Esse ato está entre as principais causas de morte em todo o mundo, com mais mortes por suicídio do que a malária, HIV/AIDS, câncer de mama ou guerra e homicídio. Uma a cada 100 mortes em 2019 foram resultado de suicídio (WHO, 2021).

Atualmente existem campanhas mundiais e nacionais de conscientização e prevenção ao autoextermínio e muito tem se falado sobre essa situação limite, promovendo debates nos espaços de saúde e população. Entretanto, é importante sinalizar que grande parte desses estudos são recentes com relação à fases como a infância, adolescência e terceira idade, ou em compreender a complexidade de associações entre o autoextermínio e suas diferentes nuances no decorrer do desenvolvimento humano.

De acordo com Cicogna, Hillesheim e Hallal (2019), os dados estatísticos referentes à mortalidade de adolescentes por suicídio no Brasil têm demonstrado tendência alarmante de crescimento.

A OMS afirma que dos 15 aos 35 anos de idade, o autoextermínio está entre as três maiores causas de morte (WHO, 2021). Segundo a OMS, em 2019 as quatro maiores causas de morte entre 15 a 29 anos em ambos os sexos foram, em sequência: acidentes automobilísticos, tuberculose, violência

interpessoal e, por fim, suicídio. Para os homens essa é a terceira maior causa de morte (WHO, 2021).

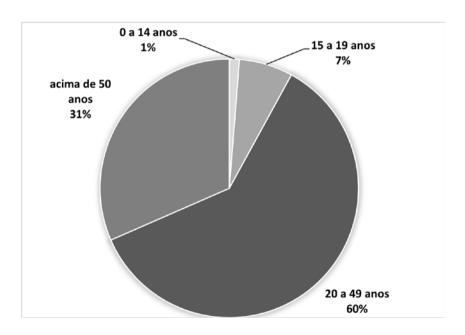
Contexto brasileiro

O Brasil se encontra no grupo de países com taxas mais baixas de suicídio no mundo, entretanto, por ser um país numeroso, se encontra entre os 20 países com maiores números de suicídio.

Embora a mortalidade do sexo masculino seja maior, existe um aumento significativo nas taxas de mortalidade para o sexo feminino, com 16,4% para homens e 24,7% para mulheres.

No Brasil, a própria casa é o local onde o suicídio ocorre de forma predominante (51%), seguida por suicídios em hospitais (26%).

Gráfico 1 - Suicídios por faixa etária média nos últimos 10 anos no Brasil



Fonte: TabNet - DataSUS (BRASIL, 2022)

Fatores de risco

Dentre os estudos, grande parte sinaliza vertentes presentes e comuns com relação aos casos de autoextermínio. A literatura denomina como fatores de risco por sinalizarem atributos ou condições específicas de vivência recorrentes, que indicam certo grupo de pessoas que possam ter mais chances de concretizar o ato.

O adoecimento psíquico é comum na literatura como maior fator de risco. Sinaliza-se entre os transtornos psiquiátricos o transtorno depressivo maior (TDM) (CID 11 F32) como o mais prevalente, por afetar aproximadamente 15 a 17% da população e apresentar alto risco de suicídio. Os transtornos mentais em geral estão presentes na literatura como fatores de risco recorrentes em todas as idades.

Os estudos também reforçam que, para além das estatísticas, situações singulares evidenciam grande risco, são elas: luto recente, luto de figuras parentais importantes, ruptura na dinâmica familiar, conflitos familiares intensos, personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade e instabilidade de humor que podem ou não estar associados a algum tipo de sofrimento psíquico.

Também estão presentes condições clínicas incapacitantes como doenças orgânicas, dor crônica, lesões desfigurantes, epilepsia, trauma medular, neoplasias malignas, HIV e situações de outras tentativas de autoextermínio prévias.

Infância

O senso comum define a infância como um período de felicidade da vida, sem compromissos ou responsabilidades em comparação com a vida adulta. Muitos adultos percebem a infância sob um olhar nostálgico, o que reforça essa mentalidade da infância como um período de plena felicidade e satisfação. Entretanto, é importante ressaltar que crianças também sofrem psiquicamente e que a vida na realidade é percebida por todos conforme suas capacidades. Crianças ainda não possuem estruturas e mecanismos tão amadurecidos de defesa, e suas experiências são vividas de forma muito impactante e, algumas vezes, invasivas, dependendo da relação que se estabelece com o mundo. Falar de saúde mental na infância ainda é um tabu e, enquanto

profissionais da saúde, precisamos disseminar o conhecimento de que saúde psíquica na infância faz parte como um todo da saúde infantil.

Na infância, como em todas as outras fases da vida, o sujeito está imerso na complexidade do meio social e sujeito a situações e fatores diversos. Conforme Lee Fu, Curatolo e Firedrich (2000), as crianças também sofrem de depressão, se sentem tristes em situações de perdas, não são isentas ou protegidas por uma suposição social de felicidade infantil.

De acordo com Hildebrand *et al.* (2015, p.215), existem muitos fatores de risco para a saúde mental das crianças, tais como situações de conflito familiar, histórico de adoecimento mental prévio na família, violências em suas diversas formas, abuso de substâncias etc.

Os transtornos mentais podem estar presentes na infância e é importante se falar sobre isso para que as crianças tenham saúde e possibilidade de tratamento adequado. A qualidade de vida, a autoestima, os relacionamentos e o seu desenvolvimento podem ser prejudicados com relação ao não cuidado da mente.

Souza, Vizzotto e Gomes (2018) relatam que, durante a infância, os efeitos da violência em diversas ocasiões também pode levar ao desenvolvimento de transtornos como o Transtorno do Estresse Pós Traumático, incluindo nessa categoria violência familiar em todos os níveis.

Ainda com relação à infância, é importante relatar que o bullying (constrangimento, humilhação) também é indicado como fator de risco. De acordo com Fuentes, Carvalho e Poblete (2020) englobam-se situações de constrangimento extremo ou mesmo vergonhas sofridas que são capazes de estigmatizar o indivíduo, dentro ou fora do contexto escolar. Essa faixa etária consta com 146 mortes nos últimos 10 anos no Brasil (BRASIL, 2022).

Com relação às possibilidades de manejo na infância, Baptista e Golfeto (2000) sinalizam que é importante observar as crianças e suas formas de comunicação ainda pré-verbais, produções gráficas, súbitas mudanças de comportamento e posturas. É importante estar atento a todos os sinais que podem indicar alguma anormalidade em sua vida. A infância é um período de desenvolvimento das cognições, valores, inteligências, emoções... estar em rede juntamente com os serviços disponibilizados às crianças, protegê-las e garantir seu direito à saúde.

Adolescência

Podemos definir a adolescência como uma etapa do desenvolvimento rumo à maturação que transita entre a infância e a idade adulta. Conforme Guerreiro e Sampaio (2013), é uma etapa abalizada por mudanças de nível fisiológico e psicossociais, influenciados pela interação do adolescente com os seus contextos, reforçando-se assim a singularidade de cada um e, consequentemente, a heterogeneidade dessa etapa do ciclo da vida, que impossibilita a afirmação de um padrão comum e universal a todos, bem como a delimitação rígida de um início e um fim (GUERREIRO, SAMPAIO, 2013).

O número de suicídios entre os 15 e 19 anos corresponde à 7% de todos os casos de suicídio ocorridos na última década, ocorrem em média 773 suicídios por ano nessa faixa etária, são pelo menos duas mortes por dia de adolescentes vítimas de suicídio no país (BRASIL, 2022).

O isolamento social é comum em muitas faixas etárias, porém sinalizamos de forma emergente na adolescência por se tratar de um momento de transição drástica entre o ser criança e tornar-se adulto, momento de grandes reinterpretações, mobilizações e rearranjos da rede emocional e social. O isolamento social é bastante comum na adolescência. Muitas vezes aqueles que vivenciam o isolamento social tem dificuldade em expressar seus sentimentos aos outros e, consequentemente, admitirem pensamentos suicidas, possivelmente devido à ameaça percebida de serem excluídos e segregados por estigmas.

O conceito de ideação suicida, apesar de recorrente em algumas formas de sofrimento psíquico, envolve níveis e complexidades, e a compreensão desse conceito é para além de simples pensamentos passageiros de desistência do viver. A ideação suicida pode ser insistente, atenuante e duradoura, com níveis de desdobramentos. É comum em pacientes em estados delirantes, em adolescentes, em pacientes psiquiátricos, apresentando-se de diversas formas, às vezes nítidas, nebulosas e até fantasiosas. Algumas literaturas associam sua frequência entre as idades de 18 e 24 anos. A ideação pode ser mais perceptível a partir da adolescência.

A literatura entende a automutilação como um transtorno comum entre adolescentes. A automutilação não é especificamente uma atitude de autoextermínio, mas, em alguns casos, pode estar associada a algum quadro de sofrimento psíquico, que possa evoluir em caso de não assistência. De acordo

com Chaves *et al.* (2021), a autolesão é um comportamento cada vez mais comum entre os adolescentes, começando aos 12 anos de idade e tendo pico aos 15. O autor sinaliza que lugares do corpo com menor evidência são característicos de autolesão, o uso de camisas de manga comprida no verão, por exemplo. E que objetos cortantes são encontrados com frequência em meio aos objetos pessoais.

Associamos aqui como fator de possibilidades de vias de manejo nesta fase as redes sociais. Essas possibilitaram um campo de amplas manifestações e comunicação, grupos de redes em comum e anonimato. Nas redes sociais, são expostos os mais diversos sentimentos, e, muitas vezes, o que não é falado cotidianamente pode ser encontrado nesse cenário por meio de postagens, status e depoimentos. As redes sociais fornecem um campo amplo para intervenções, aproximação e comunicação.

O distanciamento e até o conflito com os familiares e pessoas mais próximas pode ser recorrente; nesse sentido, é preciso que se encontrem outras formas de aproximação e de diálogo. Reforçamos que a privacidade e a subjetividade de cada um devem ser respeitadas, entretanto sinalizamos que um possível caminho é a aproximação desses espaços para melhor compreensão nessa fase, de forma coparticipativa e respeitosa.

Idade adulta

A fase adulta é marcada por uma suposta estabilização da fase de transição, em que são convencionadas as responsabilidades do sujeito. É um momento de grande exigência subjetiva, pois, nessa fase da vida, a cobrança social é imposta e autoimposta de forma radical pelos compromissos que devem ser assumidos socialmente como o trabalho, o voto, a constituição de uma nova família, por exemplo. O adulto passa a ser definido por seu meio social em quaisquer ambientes que ele esteja inserido, pois agora o mesmo reflete sua própria identidade, de forma latente para a sociedade.

Na fase dos 20 aos 59 anos, correspondem por 75% dos suicídios ocorridos e essa média é muito persistente nos últimos 10 anos, sendo 8.572 mortes por ano, isso é quase uma morte a cada hora do dia (BRASIL, 2022).

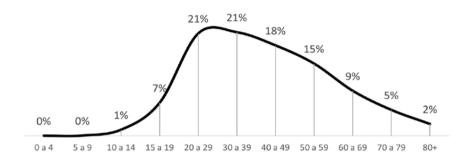


Gráfico 2 – Taxa de suicídio médio por idade nos últimos 10 anos

Fonte: TabNet - DataSUS (BRASIL, 2022).

Dentro dos quadros de adoecimento psíquico, podemos citar o abuso de substâncias e o não tratamento ou não diagnóstico de transtornos mentais existentes em fases anteriores da vida.

Atingindo a maioridade penal, em algumas situações há o rompimento da rede de suporte familiar, o que ascende o fator de risco, principalmente para adultos em sofrimento mental que são estigmatizados pela família e sofrem rupturas e separações do núcleo familiar.

O desemprego também é um fator de risco para essa etapa. Em um país onde a taxa de subutilização é de 24,3% e em alguns estados chega a mais de 40% (IBGE, 2022) tornam a perda de oportunidade algo que afeta profundamente as pessoas, sendo visto às vezes como algo vergonhoso, ou, quando esse emprego é algo que põe em risco a existência e sobrevivência de certas famílias. O suicídio pode ser percebido como uma forma de escapar dessa pressão.

O manejo que sinalizamos nessa etapa da vida é uma das formas presente em todas as outras, é o acolhimento por via da escuta implicada e interessada. A escuta implicada é uma forma de estabelecer escuta ativa para ouvir o outro, é uma via de demonstrar que toda vida a ser ouvida tem sua importância, e nessas situações perceber que não se está sozinho pode ser definidor. Pois em muitas situações de tentativa de autoextermínio, o sujeito não deseja finalizar sua vida de fato, mas romper com o sofrimento e com a angústia que o assola e que o mesmo, em seu meio psíquico atual, não consegue dar resolutividade que não pelo seu próprio fim. Nesse sentido, a aproximação e

a escuta podem fornecer solo para os devidos encaminhamentos e devidas assistências que esse ser humano necessita.

Terceira idade

Em 2006, o ministério da saúde sinalizou que no Rio Grande do Sul a taxa de suicídio foi de 30,20% nas idades acima de 80 anos, e as taxas de suicídio no país são maiores para cidadãos acima dos 65.

O número de suicídios a partir dos 60 anos chega a uma taxa de 17% do total de acontecimentos para os últimos 10 anos. É registrada para essa faixa anualmente uma média de 1.937 mortes.

Entre os fatores de risco, estão presentes condições clínicas de saúde graves, como condições encontradas frequentemente em pessoas de idade avançada. Outro fator de risco com relação ao suicídio está atrelado ao desenvolvimento perceptível com relação ao envelhecimento e à terceira idade como situação de fragilidade, vulnerabilidade e inutilidade social. Existe grande índice de suicídio com relação às pessoas idosas. Durante os anos de 2001 a 2015, por exemplo, ocorreram 3.542 óbitos no Brasil. O envelhecimento para alguns traz consigo o fim da carreira ou fim de outros objetivos, a redução da força física, a mudança na libido, a consciência mais latente da morte, até então adormecida em fases anteriores da vida (SILVA; JÚNIOR; OLIVEI-RA, 2020). Os idosos nem sempre buscam atendimento para seus sintomas, porque temem o diagnóstico de uma doença grave ou porque aceitam suas queixas como parte do processo de envelhecimento.

A terceira idade é um momento de transição e reajustes na experiência de vida e o isolamento social retorna como fator de risco alto.

O suicídio da pessoa idosa também está atrelado a situações de abuso e maus tratos a que muitos idosos são submetidos. Existe uma estreita relação entre saúde física precária, autoextermínio e situações de abuso. Pode ocorrer de muitas maneiras diferentes, entre as quais estão abusos físicos, psicológicos, sexuais, econômicos, emocionais ou omissão, negligência ou cuidado negligente.

Familiares e cuidadores com histórico de violência e comportamento antissocial podem cometer maus-tratos aos idosos. Doença mental e abuso de substâncias podem ser fatores significativos em situações de abuso. Uma equipe de saúde atenta pode notar lesões em vários estágios de

desenvolvimento e identificar explicações vagas ou imprecisas para lesões evidentes (OLIVEIRA et al., 2021).

Nessa fase da vida, sinalizamos como manejo os Centros Integrados de Atenção à Pessoa idosa, que são projetos de atenção voltados para essa faixa etária e que proporcionam atividades e acompanhamento especialmente capacitados para cuidado nessa etapa da vida. Assim como na infância sinalizamos a importância de toda a rede para garantia de direitos, na terceira idade também se faz bem vinda.

Vale ressaltar que a sociedade necessita conhecer esses centros de atenção e fazer uso deles para melhoria da qualidade de vida. Seu espaço não é um espaço de recolhimento, higienização e delegação de responsabilidade, mas um espaço de soma, de confraternização e troca de vivências por grupos em comum. É importante estar inserido. Muitas vezes, os idosos se sentem excluídos de seu âmbito familiar em aspectos perceptivos por não se encaixarem nas rotinas atuais, não se sentirem representados ou ouvidos pelo convívio com outros da família ou em rotinas que não mais os representam, por conviverem com demandas que foram suas, mas que precisaram ser delegadas. Estar em um espaço de troca de experiência e vivências com o outro que é similar pode fornecer bom amparo emocional e qualidade de vida, que são fatores protetivos com relação ao autoextermínio.

Manejo clínico: possibilidades na atuação em saúde

O comportamento suicida é considerado uma emergência médica, sendo responsável por grande parte dos casos de emergência psiquiátrica. Em alguns hospitais, é possível encontrar uma equipe multidisciplinar para atendimento em situações de autoextermínio. Nessas situações, traçamos possíveis manejos.

De acordo com Botega (2015), o primeiro contato com o paciente é de extrema relevância. É necessária uma relação de confiança, tranquilidade e segurança. É um espaço que deve ser regido pela privacidade, ética e respeito. O objetivo deste contato não é investigativo, mas norteador e acolhedor.

É importante que o profissional ouça atentamente e evite demonstrar reações bruscas, pessoalidades ou julgamentos. Conforme relata Botega (2015), o paciente suicida é ameaçador, fere devoções e expectativas. É um ato humano que suscita discussões e reflete em nossos mecanismos de defesa. Entretanto, é interessante que a equipe nesses atendimentos seja capacitada, pois esse atendimento será crucial para a vida posterior do paciente.

É necessário que o profissional avalie as possibilidades de risco em tentativas posteriores para que sejam realizados os devidos encaminhamentos e acompanhamentos possíveis. É especialmente importante que o paciente seja atendido por um profissional da saúde mental e que seja acionada rede de suporte como os ambulatórios de saúde mental, centros de assistência psicossocial. São necessários protocolos de atuação e equipe especializadas nesse tipo de demanda.

Em algumas situações, é importante orientar aos familiares e fornecer a devida escuta para esses, que, para além de pacientes, também sofrem. Por fim, a escuta acolhedora é uma diretriz para todas as fases do desenvolvimento, pois é o primeiro passo para a compreensão da experiência daquele sujeito.

Considerações finais

O suicídio é uma atitude humana multifatorial. Sendo unicamente a psiquê pertencente aos humanos, então podemos inferir que suicídio é uma questão humana, sendo assim, suas causas tendem a ser bem próximas dos reflexos sociais.

Esse estudo tentou focar em causas do suicídio no território brasileiro, tentando se aproximar de fatores de risco mais presente em determinadas fases da vida. Contudo, correlacionar fatores como adoecimento psíquico ou mesmo outras doenças pregressas envolve ter acesso a outras bases de dados. Ainda assim será uma fotografia embaçada da realidade, uma vez que os formulários podem não ser preenchidos da maneira correta e nem todos os casos possam chegar a instituições que fazem tais registros. Muitas vezes a tentativa de suicídio é visto como vergonhosa em caso de fracasso, e algumas pessoas podem optar por não buscar auxílio por conta dos estigmas.

A prevenção envolve uma série de atividades, em diferentes níveis, e a mais importante é a disseminação de conhecimento, seja pela população ou qualificação das equipes de cuidado. Indo mais além, também é importante que a sociedade em geral tenha acesso em quaisquer instâncias, pois é uma situação recorrente e que qualquer cidadão pode estar sujeito.

Esse capítulo sinaliza fatores de risco em fases do desenvolvimento humano, e percebemos que em todas as fases é importante avaliar e perceber a importância social do cuidado mental. O diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a estrutura para uma boa rede de suporte podem ser altamente protetivos.

Reconhecer a violência em suas nuances e combatê-la é um dever de todo cidadão. Fazer garantir o direito do outro à vida e a vida com qualidade deve fazer parte de todas as condutas éticas do ser humano.

Referências

- BAPTISTA, C. A; GOLFETO, J. H. Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 253-256, 2000. Disponível em: https://repositorio.usp.br/item/001135378. Acesso em: 05 ago. 2022.
- BOTEGA, N. J. **Crise suicida:** avaliação e manejo. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015
- BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Suicídio e os desafios para Psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013. Disponível em: https://site.cfp. org.br/publicacao/suicidio-e-os-desafios-para-a-psicologia/. Acesso em: 04 ago. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 33. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Brasília: Secretaria de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde, v. 52, n. 33, 17 set. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico svs 33 final.pdf. Acesso em: 04 ago. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**. TabNet, DataSUS. Ministério da Saúde, 2022. Disponivel em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def. Acesso em: 11 mai. 2022.
- CASSORLA, R. M. S. **Suicídio:** Fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma Introdução. 1. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2017.
- CHAVES, G. *et al.* Adolescência e autolesão: uma proposta psicodiagnóstica compreensiva e interventiva. **Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 41, n. 100, p. 93-105, jan./jun. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2021000100010&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1415-711X. Acesso em: 04 ago. 2022.

- CICOGNA, Júlia Isabel Richter; HILLESHEIM, Danúbia; HALLAL, Ana Luiza de Lima Curi. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. **Jornal Brasileiro de psiquiatria**, v. 68, p. 1-7, 2019.
- FUENTES, E. A.; CARVALLO, P. R.; POBLETE, S. R. Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. **Revista chilena de pediatría**, Santiago, v. 91, n. 3, p. 432 439, jun. 2020. ISSN 0370-4106. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttex-t&pid=S0370-41062020000300432. Acesso em: 04 ago. 2022.
- FU, L.; CURATOLO, E.; FIREDRICH, S. Transtornos Afetivos. Brazilian Journal of Psychiatry, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, p. 24-27, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbp/a/b6WGTqHH8jZW3m-Mj5Mk6VdL/?lang=pt# Acesso: 04 ago. 2022.
- FURTADO, P. C. Canal NeuroVox. Depressão e Suicídio. **YouTube**, 30 abr. 2017. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=6MoriVmfDvA. Acesso em: 27 mai. 2022.
- GUERREIRO, D. F; SAMPAIO, D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. 213-222. 2013. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902513000308 Acesso em: 04 ago. 2022
- ORSOLINI, Laura et al. Understanding the complex of suicide in depression: from research to clinics. Psychiatry investigation, v. 17, n. 3, p. 207, 2020.
- HILDEBRAND, N. A. *et al.* Violência Doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. **Psicologia Reflexão e Crítica**, [s. *l.*], v. 28, n. 2, p. 213-221., 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/prc/a/Z3kbwM6w7wjQKVb5XPdMMhq/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 04 ago. 2022.
- HOGENBOOM, M. Os animais cometem suicídio? **BBC News** Brasil, 01 set. 2016. *Online*. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/vert-earth-37082946. Acesso em: 22 mai. 2022.
- IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Estimativas da População:** Tabelas de estimativas para 1º de julho de 2021, atualizadas e enviadas ao TCU após a publicação no DOU. Portal do Governo Brasileiro, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, 2021. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=31451&t=resultados. Acesso em: 11 mai. 2022.

- IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Divulgação Especial** Medidas de Subutilização da Força de Trabalho no Brasil. Portal do Governo Brasileiro, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=destaques. Acesso em: 04 ago. 2022.
- OLIVEIRA, L. B. *et al.* Suicídio na terceira idade: fatores de risco e de proteção. **Brazilian Journal of Health Review**, Mosoró, v. 17, n. 2, p. 25-30, abr. 2021. ISSN 2595-6825. Disponível em: https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/28213. Acesso em: 04 ago. 2022.
- PEREIRA, A. S. *et al.* Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 23, p. 3767-3777, novembro 2018. ISSN 1678-4561. Disponivel em: https://www.scielo.br/j/csc/a/GnVdNw8QX4cMkQVdqSDR45R/?lang=pt. Acesso em: 04 ago. 2022.
- SILVA, J. V. D. S.; JÚNIOR, C. J. D. S.; OLIVEIRA, K. C. P. D. N. Suicídio em idosos índice e taxa de mortalidade nas capitais brasileiras no período de 2001 a 2015. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 53, n. 3, p. 215 222, out. 2020. ISSN 2176-7262. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/168796. Acesso em: 04 ago. 2022.
- SOUZA, C. M.; VIZZOTTO, M. M.; GOMES, M. B. Relação entre violência familiar e transtorno de estresse pós-traumático. **Revista Psicologia, saúde e doenças,** [s. l.], v. 19, n. 2, p. 222-233, 2018. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/0f17/651d7e902405a2fa7c59e97c9f66c0a6a145.pdf Acesso em: 04 ago. 2022.
- VICENTE, V. M.; SINIBALD, B. Suicídio e isolamento social: O Adoecimento Psíquico de uma sociedade capitalista durante ama pandemia. **Revista Fórum: Diálogos em Psicologia**, Ourinhos, v. 4, n. 1, p. 109 129, jan./abr. 2022. ISSN 2446-6867. Disponível em: https://revistaforum.unifio.edu.br/index.php/forum/article/download/10/8. Acesso em: 04 ago. 2022.
- WHO World Health Organization. **Suicide worldwide in 2019.** Geneva: Global Health Estimates, 2021.

6. Reflexos do suicídio na família e na sociedade

Mariana Novaes Leite Duarte de Castro¹

"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."

(HUMPHREY; ZIMPFER, 2008).

Considerações iniciais

Tem-se o suicídio como uma das piores formas de se perder um ente querido, pois além de trazer à tona o ápice da dor em que a pessoa em questões estava, deixa nas pessoas ligadas à vítima uma dor física e moral insuportável, torturável e interminável.

Segundo Bertolote (2012), quando ocorre o suicídio, estima-se um número aproximado de pessoas próximas que são afetadas, e esses números mudam de acordo com o país e cultura. Tem-se como evidência que, no mundo

¹ Mestra em Pesquisa Operacional e Inteligência Computacional (Universidade Cândido Mendes, 2019). Graduada em Engenharia Mecânica com linha em Mecatrônica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Estudante do 7º período de Medicina pela Universidade Iguaçu. E-mail: mariana.novaes00@gmail.com. Link lattes: http://lattes.cnpq.br/6577351252341106

ocidental, pelo menos 5 a 6 pessoas encontram-se sensibilizadas, enquanto em comunidades indígenas, que são consideradas sociedades menos egocêntricas, esse sentimento é capaz de comover comunidades inteiras. Com isto, se levar em conta que se sucedem a morte de um milhão de pessoas em todo o mundo, estima-se que em 10 anos a quantidade de seres humanos afetados seja equivalente à população de um país europeu de grande tamanho.

Nesse contexto, é de suma importância que algo seja feito para minimizar o número de pessoas que interrompem a sua vida, para que assim, consequentemente, diminua o número de pessoas que lhe são próximas. E, além disso, melhorar e aumentar o apoio aos que ficam, para que possam lidar com toda essa carga que norteia as suas mentes.

O indivíduo que tem o pensamento suicida pode não expressar o sofrimento pelo qual está passando, devido a motivos quaisquer como: personalidade, pressão social, dificuldade/inaptidão em expressar suas emoções, vergonha, ou até por medo de ser visto como um peso aos mais próximos; e quando expõe esse sentimento, nem sempre ele é compreendido como um risco, pelo fato de que todos à sua volta tenham uma vida atarefada, normalização ou banalização dos sinais suicidas e até a negação que tem o intuito de se autopreservar (OWENS *et al.*, 2011).

Sentimento no pós suicídio

Mesmo que o suicídio venha de uma atitude egoísta, ele não acontece isoladamente, tem todo o universo que abrange amigos, familiares, a escola, local de trabalho e demais relações (BOTEGA, 2015). O sofrimento dos familiares, amigos e pessoas próximas geralmente é de grande dimensão. Esses sentimentos vêm a partir de pensamentos de culpa, tanto por não terem conseguido identificar como de entender ou diminuir o perigo do acontecimento (CASSORLA, 2017).

Após o suicídio, são dias, meses e até anos difíceis que os entes queridos tem que enfrentar. O acontecimento fica registrado na memória, tanto de como ocorreu a interrupção da vida, ou até por ter tido algum episódio desagradável anterior a morte. Esses sentimentos são descritos por choque, culpa, raiva, desamparo, agitação e tragédia silenciosa (BOTEGA, 2015).

O choque é a reação a partir de surpresa e espanto, pois na grande maioria nem mesmo foi identificado o risco de suicídio. Como não foi percebido,

pode-se desacreditar que a morte tenha sido por suicídio, e assim indo em busca de outra hipótese. Acontece também a vergonha por esse comportamento, gerando então mistério e dúvidas que podem perdurar por gerações. Mesmo se o ato do suicídio fosse percebido previamente, o choque aconteceria de qualquer forma (BOTEGA, 2015). Em seguida, ocorrem os sentimentos de culpa e de sentir-se responsável pela morte. Simultaneamente, há a sensação por parte do suicida de rejeição e de abandono. E quando se misturam, podem ser equivocadamente confundidos com raiva e tristeza, resultando em mais culpa.

Quando acontece a culpa, é geralmente devido a contínuas reflexões/pensamentos e de uma autoacusação, do gênero: "Como eu não percebi?", "Eu deveria ter feito alguma coisa, eu poderia ter evitado...", "E se...?". Quando a culpa ocorre com maior intensidade, é geralmente devido a junção do sentimento da própria culpa com algum fato que tenha ocorrido e não solucionado (BOTEGA, 2015).

Pode advir a culpa e o remorso também pelo fato do familiar se sentir aliviado pela pessoa enfim ter tirado sua vida, em uma sensação de que agora todos poderão descansar. Este sentimento ocorre geralmente quando o suicida possui algum transtorno mental ou tinha alguma doença grave de longa duração (JORDAN, 2001).

Segundo Botega (2015), a transformação da culpa pela raiva é carregada em silêncio ou então se manifesta francamente contra o falecido. Na busca de pessoas para recaírem a culpa, pode-se acusar o psiquiatra, o psicoterapeuta ou a equipe assistencial.

A sensação de desamparo e de abandono vem sempre acompanhada de tristeza e de vazio, que são sentimentos difíceis de suportar. Sempre tem o pensamento e questionamentos em busca de um significado para o suicídio "Será que ele não pensou em mim, em nossos filhos...?" e "O senhor não acha que houve muito egoísmo da parte dele...?" (BOTEGA, 2015).

Para Botega (2015), quando não há o vazio e a tristeza, ocorrem a agitação, como em por exemplo: quando se tem sempre a necessidade de estar fazendo algo, estar à frente de tudo e mantendo o controle sobre todas as tarefas externas. À proporção que aumenta essa agitação, as pessoas vão ficando mais ansiosas, e oferecem o máximo que podem a toda e qualquer atividade

tanto profissional, como dentro de casa. Toda essa necessidade de se manter ocupadas é para que fiquem distantes da dor do suicídio.

O que caracteriza a tragédia silenciosa é quando as pessoas não querem expor os seus sentimentos, não querem conversar sobre o ocorrido, e então elas silenciam. Os que ficam, quando se calam, se afastam de toda a sociedade, e não conseguem pedir ou perceber que também precisa de ajuda psicológica (BOTEGA, 2015).

É de extrema importância acolher esses sentimentos e questionamentos, e demonstrar aos entes queridos sensibilidade, cuidado e carinho. Saber que esses sentimentos dolorosos, essa dor psíquica, se não tratados e observadas, podem se agravar e se transformar em transtornos mentais, ou também em problemas como excessos, como de bebida alcoólica e/ou drogas.

Posvenção

Foi evidenciado em pesquisas recentes que há uma grande quantidade de pessoas próximas daquelas que cometeram suicídio que estão afetadas, enlutadas (CAUSER et al., 2019). Esses precisam de um local apropriado, aconchegante e acolhedor para desabafar e pensar sobre o ocorrido, para que assim possam extravasar todo o sentimento dos pós suicídio, fazendo com que o luto não fique pesado. Quando esse luto decai imputações a outras pessoas e também na desestruturação da família, é necessário recorrer à ajuda de um profissional de saúde mental (CASSORLA, 2017).

Com a intenção de acabar com a morbidade e a mortalidade de pessoas que aguentam as repercussões do suicídio de um ente querido, há programas de apoio social com suporte e artifícios mais maleáveis disponíveis, em que se combinou de chamar- se de posvenção, ou seja, diversos meios que ajudam a expressão de ideias e sentimentos relacionados ao trauma e à elaboração do luto. Dessa forma, a posvenção também pode ser vista como um meio de prevenção ao suicídio. (BOTEGA, 2015; OEXLE; SHEEHAN, 2020).

Esses grupos de ajuda são de extrema valia na posvenção, pois melhoram toda a parte psíquica do luto nos familiares e amigos do falecido (FEIGEL-MAN, SANFORD; CERE; 2020). São grupos que têm apoio governamental, mas também apoio não governamental, recebem doações e até os próprios integrantes os ajudam (BOTEGA, 2015). É composto por apoio adequado e oportuno, e constituído por profissionais qualificados (MAPLE *et al.*, 2019).

No final do ano de 2014, o Centro de Valorização da Vida (CVV) abrangia três grupos de suporte aos familiares que estavam em luto pelo suicídio. O Grupo de Apoio aos Sobreviventes do Suicídio Anônimos (GASSA), que se localiza na cidade de São Paulo, cumpre reuniões mensais, sendo estes encontros reservados, sigilosos e gratuitos. Dispõe também de outros grupos, que se situam e funcionam nas cidades de Cuiabá (MT) e de Novo Hamburgo (RS), que são chamado de Grupo de Apoio Mútuo aos Sobreviventes do Suicídio (GAMSS) (BOTEGA, 2015).

Existem também sites nos quais os enlutados podem procurar ajuda e aprender mais sobre a prevenção e a convenção do suicídio, que são: Centro de Valorização da Vida (CVV) – www.cvv.org.br; Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS) – www.abeps.org.br; Instituto Vita Alere – www.vitaalere.com.br; Mapa da saúde mental – www.mapasaudemental.com.br; Instituto Acalanto – www.acalanto.com.br; International Association for Suicide Prevention (IASP) – www.iasp.info; Pode Falar – www.podefalar.org.br; Falar Inspira Vida – www.falarinspiravida.com.br.

Impacto nos familiares, amigos, sociedade e nos profissionais da saúde

Quando a morte ocorre devido a um suicídio, ela é muito dolorosa, angustiante, e ela precisa ser integrada, significativamente, à ideia que tínhamos da pessoa e da nossa condição humana. Tem-se a explosão de uma crise de valores, levantando questões existenciais, descrença e até conflito na questão religiosa. E quando estas questões são questionadas sozinhas, é uma carga angustiante e que, por vezes, nunca pode ser encontrada (BERTOGA, 2015).

Tendo um falecimento por suicídio e uma criança tem que passar por este luto, essa morte pode ser terrivelmente assustadora e confusa. O adulto como responsável pela criança tende a tentar protegê-la desse trauma. Mas não se pode deixar como silenciosa, pois a criança pode criar em sua mente histórias e até sentimento de responsabilidade, como se a mesma fosse culpada, ou até que os demais familiares e pessoas próximas a ela também irão deixá-la. É preciso ter uma conversa franca, honesta e aberta sobre o acontecimento com a criança, fazendo-a compreender o fato para que assim possa expressar o que está sentindo, e os familiares próximos tem que sempre estar atentos a todas as reações, emoções e ao que ela pensa sobre a morte (WHO, 2008; FUKUMITSU, 2013; SCAVACINI, 2014).

Já nos adolescentes a reação de luto pode ser diferente dos adultos. Eles acabam tendo uma conduta próxima à de pai, ou sendo o oposto, com reações violentas e desiguais, e em primeiro instante com um complexo entendimento. Acabam por rejeitar a frequentar as celebrações religiosas, a ir ao cemitério, e até a falar sobre o falecido. Negam também a ajuda psicoterapêutica, expressando revolta e raiva, podendo ter o intuito de chamar atenção para si e para a sua dor. É comum também a recusa diante da sugestão de auxílio psicoterapêutico (WHO, 2008; FUKUMITSU, 2013).

Quando ocorre entre irmãos, há a culpa por uma briga recente ou a dor pela perda de um confidente. O irmão sobrevivente passa a ver o futuro com insegurança. No caso de o suicídio suceder com um ente querido de um idoso, mesmo este idoso não sendo tão próximo, eles sentem fortemente a perda (WHO, 2008).

A vítima de uma suposta tentativa de suicídio é tratada por profissionais da área da saúde de maneira indiferente. Os residentes de psiquiatria, em seus primeiros anos na especialização, costumam ter uma experiência dolorosas com consequências emocionais, como por exemplo, choque, raiva, tristeza e ansiedade de separação (BOTEGA, 2015). Em alguns casos, demoram a se sentir confiantes e a lidar com novos pacientes com o mesmo quadro médico.

Um psiquiatra, por mais dedicado e hábil que seja, tem medo de ser correlacionado ao suicídio ao ponto de ser processado e acusado. Isso traz um sentimento que, por vezes, compromete a autoestima e a capacidade profissional do mesmo. Por mais que o psiquiatra seja e se considere um excelente profissional, e tenha uma autoestima elevada em relação ao seu trabalho, sofrerá o impacto da perda de um paciente por suicídio. Durante o tratamento de potenciais suicidas ou severamente afetados, o psiquiatra acaba perdendo a serenidade por mais exigente que seja, pois há o risco de ocorrer o suicídio e este se perdurar por anos (BOTEGA, 2015).

As reações e sentimentos citados ao longo do estudo, apesar de dolorosas, não são vistas como doenças patológicas, a não ser que estas permaneçam por longo tempo. Há fatores que dificultam o enfrentamento dos sentimentos no sobreviventes, sendo um deles o conhecimento do motivo do suicídio, que muitas vezes é negado pelo profissional (BOTEGA, 2015).

Um dos entendimentos que pode ser feito sobre um suicídio é o afastamento entre os entes queridos e/ou amigos buscaram o ajudar. A sensação de

fúria por conta da exclusão acometida dificulta o suporte devido também pela dor da perda. Tornando assim de forma mais dolorosa e difícil para os entes queridos o processo do luto (MALTSBERGER, 1992).

É preciso tempo e processos auxiliares de psicoterapia, diálogo entre colegas, debates clínicos e supervisão. A restauração da parte psicológica do profissional se dá através de acontecimentos e memórias de conversa durante o tratamento, isso se faz necessário desde que elaborada gradualmente após a perda por suicídio (BOTEGA, 2015).

Papel do profissional da saúde

Vários grupos formados por amigos, família, pacientes dentro de uma enfermaria de psiquiatria e até mesmo colega de trabalho ou de estudo, necessitam de ajuda para encarar a dor sentida após a perda por suicídio. Cada um irá digerir o luto a sua maneira, e com o tempo necessário para cada qual; a solução que ajudará alguém pode não contribuir para ajudar o outro (BROMBERG, 2000).

Logo após a notícia de um suicídio, o profissional da saúde deve estar preparado para reconhecer os enlutados que mais necessitam de apoio, assim fazendo o encaminhamento para um acolhimento apropriado. É aconselhável manter um contato com os enlutados e, de forma voluntária, comparecer ao funeral., evitando assim que intrigas sem fundamentos com relação a responsabilidade ou culpa pela morte do paciente seja direcionada ao médico (BOTEGA, 2015).

Para Botega (2015, p. 230), é de grande valia a presença do médico, e essa presença favorece o consolo aos membros da família:

Se o profissional não puder, ou se decidir não comparecer ao funeral, deve, no mínimo, enviar condolências. É o que se espera, em geral, de um médico: que se solidarize com o sofrimento dos familiares de seus pacientes.

Sucedendo a morte, os profissionais da saúde passam informações/sugestões aos familiares a respeito do que poderão fazer para que no futuro melhorem o luto, como: falar a verdade sobre a causa da morte extinguirá problemas posteriores, livrando de artifícios ou incertezas sobre o que aconteceu; se possível, permitir que familiares e entes queridos vejam o corpo do falecido durante o funeral, em caso de não ter tido mutilação ou desfiguração.

Se esse for o caso, é necessário que algum membro da família tenha foto do cadáver para que no futuro não tenha fantasias de erro na identificação do corpo; caso a família decida não realizar o funeral, pode-se ter um futuro arrependimento, e impende também que o processo do luto inicia durante o funeral. Há também a perda da oportunidade dos familiares e entes queridos em receberem apoio e carinho dos que lá iriam (CLARK; GOLDNEY, 1995).

A conversa com os familiares e entes queridos deverá acontecer em momento oportuno, e esta terá que manter a confidencialidade, pois algumas perguntas e questionamento irão surgir. Nesse diálogo, poderá ser exposto, caso tenha ocorrido, os pontos positivos do falecido em relação à preocupação com a família e também mostrar, caso tenha acontecido, o quanto o suicida tentou de diversas maneiras não praticar este ato de autodestruição, lutando com todas as suas forças, evidenciando os bons momentos. Essa conversa faz com que a ligação terapeuta e família fique mais fechada, ajudando no luto e convívio com esta dor (BOTEGA, 2015).

Para Botega (2015, p. 233):

Ainda que saibamos haver risco aumentado de suicídio em famílias que enfrentam uma perda por suicídio, isso não deve ser enfatizado. O receio de haver novo suicídio na família, a curto ou a longo prazo, é uma preocupação frequente entre os familiares. Mesmo sendo aconselhável ficar atento a reações de aniversário (épocas de aniversário de morte de uma pessoa querida, ou paciente se aproximando da idade em que um ente querido morreu por suicídio), deve-se enfatizar que uma história de suicídio na família não implica a inevitabilidade de novos suicídios.

Um aspecto a ser lembrado é que o profissional de saúde também está chocado pela perda de um paciente. Pode estar se sentindo entre dois extremos: completamente culpado pelo suicídio, ou desejando livrar-se de qualquer responsabilidade. Logicamente, nenhum desses extremos deve reger sua postura perante os familiares. Antes seus conflitos a respeito do suicídio de um paciente devem ser discutidos com colegas ou com um supervisor.

Considerações finais

O suicidio é sempre trágico e doloroso, e esta dor da perda de um ente querido forma de interrupção de vida brutal faz com que o luto seja mais pesado para aqueles que ficam. Os sentimentos gerados a partir do falecimento como de culpa, raiva, desamparo, tristeza, entre outros, se não tratados, podem se tornar doenças psíquicas no futuro.

Fica claro então, o quão importante é a abordagem da causa da morte do suicida nos entes mais proximos para que possam ter a orientação e acompanhamento a partir da escuta, do acolhimento e das intervenções. A posvenção vem, então, como principal forma de ajuda para os mesmos, para que não se permita o aumento da morbidade e mortalidade.

A maior parte dos sobreviventes precisarão de acolhimento e algumas pessoas, por sua vez, precisarão de intervenções específicas pós-suicídio, porque o luto causado pelo suicídio traz questões sobre a existencia humana, do reconhecimento e valor das relações sociais. Nem sempre o sobrevivente entenderá o porquê do acontecido, e ficará sempre se questionando por que não percebeu, ou o que poderia ter feito para que isso não tivesse acontecido, não consegue buscar um método para preencher o vazio da ausência do falecido, tem como busca o acalento para suportar esta dor e estas duvidas que assombram por longo tempo.

Então, quando o sobrevivente é acolhido e consegue perceber a especificidade do seu luto, é possivel ter um melhor reconhecimento e trabalho do seu psicológico para poder superar esta dor. Lembrando que este luto varia de forma em criança, adolescentes, adultos e idosos, e que cada um tem que ser tratado de forma única e passar por todo o processo.

Em suma, conclui-se que no contexto da dor da perda de um ente querido, o apoio psiocológico a todos que rodeavam o falecido é de extrema importância, pois estas reações e sentimentos, caso perdurem por um maior tempo, podem acarretar em transtornos mentais e abusos de agentes químicos.

Diante disso, é necessário frisar o quanto a posvenção é essencial à sociedade, e o quanto precisa haver investimento e políticas públicas por parte de governantes, sendo que a mesma conta com a ajuda até dos participantes para se manter erguida.

Referências

- BRASIL. **ABEPS. Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio.** Tem como objetivo geral fomentar o estudo, a discussão e a pesquisa em torno da prevenção do suicídio. Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio, c2021. Disponível em: www.abeps.org.br. Acesso em: 09 ago. 2022
- BRASIL. **Instituto Acalanto.** Realiza atendimentos em saúde mental de forma integral, a partir da avaliação da complexidade de cada situação, com o foco na oferta de assistência especializada a todas as faixas etárias e etapas do ciclo vital familiar: crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos. Instituo Acalanto, c2021. Disponível em: https://acalantovix.com.br/. Acesso em: 09 ago. 2022.
- BRASIL. **Mapa da saúde mental.** Apoio: Google.org. Realização: Instituto Vita Alere. Mapa saúde mental, c2021. Disponível em: www.mapasaudemental. com.br. Acesso em: 09 ago. 2022.
- BRASIL. CVV. Centro de Valorização da Vida. Realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo por telefone, email e chat 24 horas todos os dias. CVV, c2022. Disponível em: www.cvv.org.br. Acesso em: 09 ago. 2022
- BRASIL. IASP International Association for Suicide Prevention. c2000-2022. Disponível em: www.iasp.info
- BRASIL. **Instituto Vita Alere**: prevenção e posvencão ao suicídio. Instituto Vita Alere, [s. n.]. Disponível em: www.vitaalere.com.br. Acesso em: 09 ago. 2022.
- BRASIL. **Pode Falar:** um canal de ajuda em saúde mental para você que tem de 13 a 24 anos. Realização: Unicef. Pode falar, [s. n.]. Disponível em: www.podefalar.org.br. Acesso em: 09 ago. 2022.
- BRASIL. Falar Inspira Vida. Um movimento criado para manter a conversa sobre depressão por meio do conhecimento. Publicado pela Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda. Falar inspira vida, [s. n.] Disponível em: www.falarinspiravida.com.br. Acesso em: 09 ago. 2022.
- BERTOLOTE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. Saúde e cidadania São Paulo: Unesp, 2012.
- BOTEGA, Neury José. **Crise suicida:** avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015. *ePUB*.
- BROMBERG, M. H. A psicoterapia em situações de perdas e luto. São Paulo: Livro Pleno, 2000.

- CAUSER, H. *et al.* 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**, [s. l.], v. 16, n. 18, p. 3293, set. 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6766076/#:~:text=Postvention%20has%20been%20described%20as,death%20by%20suicide%20%5B1%5D. Acesso em: 04 ago. 2022.
- CASSORLA, Roosevelt Moises Smeke. **Suicídio:** fatores inconsciente e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Blucher, 2017.
- CLARK, S. E.; GOLDNEY, R. D. Grief reactions and recovery in a support group for people bereaved by suicide. **Crisis**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 27-33, 1995. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7614830/. Acesso em: 04 ago. 2022.
- FEIGELMAN, W.; SANFORD, R. L.; CEREL, J. Do Primary Care Physicians Help the Bereaved With Their Suicide Losses: Loss Survivor Perceptions of Helpfulness From Physicians. **OMEGA Journal of Death and Dying**, [s. l.], v. 80, n. 3, p. 476-489, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29145772/. Acesso em: 04 ago. 2022.
- FUKUMITSU, K. O. Suicídio e luto: histórias de filhos sobreviventes. São Paulo: Digital, 2013.
- HUMPHREY, M. G.; ZIMPFER, D. G. Counselling for Grief and Bereavement. Londres: SAGE Publications, 2008.
- JORDAN, J. R. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. **Suicide Life Threat Behav**, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 91-102, 2001. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11326773/#:~:text=Some%20recent%20 literature%20reviews%20have,suicide%20has%20on%20family%20systems. Acesso em: 04 ago. 2022.
- MALTSBERGER, J. T. The implications of patient suicide for the surviving psychoterapist. *In:* JACOBS, D. G. (Editor). **Suicide and clinical practice**. Washington: American Psychiatric, 1992. p. 169-182.
- MAPLE, M. *et al.* Providing support following exposure to suicide: A mixed method study. **Health Soc Care Community**, [s. l.], v. 27, n. 4, p. 965-972, jan. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30680822/. Acesso em: 04 ago. 2022.
- OEXLE, N.; SHEEHAN, L. Perceived Social Support and Mental Health After Suicide Loss. **Crisis**, [s. l.], v. 41, n. 1, p. 65-69, jan. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31030548/. Acesso em: 04 ago. 2022.

- OWENS, C. *et al.* Recognising and responding to suicidal crisis within family and social networks: qualitative study. **BMJ**, [s. l.], v. 343, out. 2011 Disponível em: https://www.bmj.com/content/343/bmj.d5801. Acesso em: 04 ago. 2022.
- SCAVACINI, K. E agora? Um livro para crianças lidando com o luto por suicídio. São Paulo: All Print, 2014.
- WHO World Health Organization. **Preventing suicide:** how to start a survivors group. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44801. Acesso em: 04 ago. 2022.

7. Ações e programas de prevenção ao suicídio

Nathália Diniz Pereira¹

"Neste fascinante mundo da pesquisa científica é necessária a sabedoria ética, bem como o controle social (políticas públicas). Estas são as ferramentas necessárias para discernir as ações proporcionalmente em relação à seriedade do dano potencial, levando-se em conta as consequências positivas e negativas, avaliando-se as implicações morais das intervenções."

(PESSINI, 2017, p. 84)

Considerações iniciais

O suicídio caracteriza-se como morte intencional autoinfligida e ocorre como consequência de uma confluência de fatores psicológicos, biológicos, sociais e/ou culturais, podendo ou não estar associados a traumas e perdas (BRA-SIL, 2021a). Já a vulnerabilidade social é um conceito multidimensional que se refere à condição de indivíduos ou grupos em situação de fragilidade, que os tornam expostos a riscos de exclusão social (XIMENES, 2010). Não há óbices

¹ Advogada. Pós-graduada em Gestão Pública Municipal pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Bacharel em Direito pela Universidade Iguaçu – Campus V. Estudante do 7º período de Medicina pela Universidade Iguaçu – Campus V. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Direitos Humanos. E-mail: nathaliadiniz72@gmail. com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6430922990911021.

que ambas as instituições estão interligadas, visto que o suicídio apresenta íntima relação com os fatores social que regem a vida do indivíduo.

Existe ainda o comportamento suicida, que engloba a ideação suicida, o acometimento do suicídio e suas tentativas, como, por exemplo, a automutilação e a ingestão de altas doses medicamentosas.

Salienta-se que um comportamento não é, obrigatoriamente, uma doença, logo os comportamentos suicidas não constituem uma doença, embora na maioria estejam interligados a diversos transtornos mentais, dos quais os transtornos do humor (principalmente a depressão), os transtornos por uso de substâncias (especialmente a dependência de álcool), as esquizofrenias e os transtornos de personalidade são os mais frequentes (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou que o suicídio continua sendo uma das principais causas de morte em todo o mundo, e que em 2019 mais de 700 mil pessoas morreram por suicídio — uma em cada 100 mortes — levando a necessidade de criar novas orientações para auxiliar os países a melhorarem medidas preventivas ao suicídio. Informou ainda que a taxa de suicídio mundialestá diminuindo, enquanto nos países das Américas vêm aumentando, principalmente entre a faixa etária de 18 a 24 anos (OMS, 2021b).

De acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2021b) entre 2010 e 2019 aconteceram 112.230 mortes por suicídio no Brasil, com uma majoração de 43% no número anual de mortes de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019. A análise dessas taxas de mortalidade ajustadas no período demonstrou aumento do risco de morte por suicídio em todas as regiões do Brasil, destacando as regiões Sul e Centro-Oeste.

Contudo, mesmo com essas taxas já elevadas, sabe-se que existem subnotificações de ocorrência de suicídios, visto que ainda é um tabu para a sociedade falar sobre o assunto, dificultando ainda mais ao processo de informação e educação que contribuem para a promoção à saúde.

Diante deste cenário brasileiro, com aumento expressivo de mortes por suicídio, foi necessário o fortalecimento e criação de novas ações e políticas públicas voltadas à conscientização do suicídio e principalmente a respeito da importância de preveni-lo.

O que é prevenção?

Considera-se prevenção na saúde qualquer meio que almeje intervir na causa de uma doença antes que ela alcance uma pessoa, prevenindo assim a sua ocorrência. Logo, as ações preventivas necessitam da existência de uma causa em si, pois só é possível falar de prevenção intencional quando a etiologia de uma patologia é notória, salvo raras situações de sucesso na prevenção de doenças sem etiologias prévias.

Não obstante, é indiscutível que doenças sociais e psiquiátricas, dependentes da avaliação comportamental dos indivíduos, são mais difíceis de serem devidamente diagnosticadas e consequentemente prevenidas, pois não possuem uma etiologia homogênea, como é o caso de doenças infecciosas, dentre outras. Além de demandarem esforços coordenados de uma equipe multidisciplinar, esses têm que levar em consideração vários aspectos, como socioeconômicos, culturais, fisiológicos, religiosos e familiares da pessoa em risco.

Bertolote (2012) divide a prevenção em três níveis: primário, que está relacionado tanto à promoção geral quanto a proteção contra determinadas doenças específicas, ou seja, nesse estágio intercepta-se o agente antes que ele alcance o indivíduo e cause um processo mórbido como, por exemplo, imunização contra a Covid-19; já o secundário está associado à detecção precoce de um processo patogênico já instalado e imediata iniciação do tratamento, com o intuito de interromper ou reverter a doença; e, por fim, o terciário diz respeito às ações dirigidas às pessoas com o processo patológico interrompido ou revertido, com o objetivo de trazer de volta a capacidade funcional da pessoa afetada pela doença, ou para evitar mortes prematuras.

Um estudioso de questões relacionadas à violência doméstica, Gordon (1987), começou a perceber que muitas pessoas estavam acometidas não só com doenças estritamente fisiológicas, mas com comportamentos patológicos, que poderiam resultar em doenças. Observou também outras apresentações da alteração comportamental do indivíduo além da violência doméstica, como distúrbios alimentares e alcoólicos, e, em destaque, comportamentos autoagressivos, autodestrutivos e suicidas.

Diante desse contexto, foi concebido por Gordon (1987) um modelo de prevenção de problemas comportamentais fundamentado no risco que um indivíduo ou população tem para o desenvolvimento daquele comportamento antecedente ao suicídio. Mrazek e Hogarty (1994) publicaram um artigo

propagando a abordagem deste estudioso, e propôs três níveis de prevenção, baseada no grau de risco, demonstradas a seguir.

A prevenção universal cobre toda a população, independente de algum ou nenhum grau de risco apresentado, com o objetivo de impedir o início de qualquer dado comportamental antecedente ao surgimento da doença, como, por exemplo, o Dia de Prevenção do Suicídio; agora, a prevenção seletiva abrange apenas os indivíduos com risco baixo ou moderado de comportamentos suicidas, e tenta-se inibir a instalação do comportamento-alvo através da identificação de fatores de riscos — transtornos mentais intimamente ligados ao suicídio — e tratamento ou controle dos mesmos; já a prevenção é indicada para indivíduos que apresentam um risco considerável e/ou que já iniciaram a manifestação do comportamento-alvo, que são encaminhadas para seguimento terapêutico e psicossocial das causas bases (BERTOLOTE, 2012).

Portanto, tais referências elencadas em alhures influenciaram diretamente na criação e norteamento de estratégias, diretrizes, programas e políticas públicas voltadas para a prevenção ao suicídio, pois facilitaram a identificação e direcionamento da terapêutica adequada do indivíduo em risco.

Surgimento das Políticas Públicas de combate ao suicídio

Somente em 1990, a OMS passou a considerar o suicídio como um problema de saúde pública, e concomitantemente incentivou a criação de diretrizes, planos, programas e campanhas públicas para a sua prevenção (SOUSA, 2019).

O início das políticas públicas de prevenção ao suicídio a nível global começou em 1999, com o lançamento do Suicide Prevention Program (SUPRE) pela OMS, que tinha o objetivo de elaborar e publicar guias com orientações de intervenção na problemática do suicídio, direcionados a grupos profissionais e sociais específicos que são fundamentais para que a prevenção ao suicídio ocorra com êxito (SATVIZKI JÚNIOR; TIRELLI; CADONA, 2021).

Já em 2000, alguns dos manuais produzidos pelo SUPRE foram adaptados e trazidos ao Brasil com diretrizes especializadas para profissionais da atenção primária de saúde, médicos, agentes da educação e penitenciários, familiares e ocupacionais da imprensa e mídia. Em cada um desses manuais, demonstrava-se, de forma prática e objetiva, "o que fazer" e "o que não fazer" em casos de tentativa de suicídio (DIANIN, 2015).

A OMS, no dia 10 de setembro de 2003, lançou o *Dia Mundial da Prevenção do Suicidio* (OMS, 2021a), com a meta de aumentar a conscientização sobre a importância do suicídio em todo o mundo, promovendo a cooperação entre partes interessadas e a autocapacitação para lidar com a automutilação e o suicídio por meio de medidas preventivas. Segundo a OMS (2021a), essa prevenção poderia ser realizada através de capacitação de atores relevantes no processo, mensagens positivas e informativas destinadas à população em geral e grupos de risco, ajudando na quebra do tabu de falar sobre suicídio, promovendo a saúde mental da população.

No entanto, o Brasil só lança a campanha *Setembro Amarelo* em 2015, através da iniciativa do Centro de Valorização da Vida (CVV), do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (UNI-LA, 2020), com o escopo de promover eventos que permitam cenários para debates sobre suicídio e divulgação do tema alertando a população sobre a grande importância de sua discussão.

Importante destacar que a campanha, apesar de ter destaque no mês de setembro, ocorre durante todo o ano, e vem ganhando a cada temporada mais força e visibilidade, além de disponibilizar diversas cartilhas e materiais informativos para que toda a população possa ter acesso à informação sobre o suicídio de forma didática.

O Ministério da Saúde publicou em 2006 a Portaria nº 1.876, que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2006).

Em 2011, pela Portaria nº 3088/2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo ofertado o cuidado em saúde mental por todos os pontos da RAPS, que prevê a articulação desde Atenção Básica: Equipe de Saúde da família (ESF), Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Convivência, Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) até a Atenção Hospitalar e serviços de urgência e emergência (UPA 24h, SAMU 192), sob a coordenação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2011).

Um grande avanço foi a Portaria nº 1271 de 2014, que inseriu as tentativas de suicídio e o suicídio na 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 (BRASIL, 2014), ou seja, denota a necessidade de acionamento imediato da rede de atenção e proteção para a adoção de medidas adequadas a cada caso.

Em setembro de 2017, o Ministério da Saúde(MS) lançou o Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2017a) e a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020 (BRASIL, 2017b), e em dezembro de 2017, criou o Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017c).

Por fim, em 2019, foi finalmente instituída a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, através da Lei nº 13.819, que tem como objetivos amparados no artigo 3° (BRASIL, 2019):

- I. promover a saúde mental;
- II. prevenir a violência autoprovocada;
- III. controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
- IV. garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;
- V. abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;
- VI. informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;
- VII. promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;
- VIII. promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio

e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão".

Embora as ações para qualificarem as intervenções profissionais sejam de grande importância, observa-se que a prevenção ao suicídio vai muito além e envolve não só diferentes políticas públicas e serviços, como também os familiares e amigos do indivíduo em risco.

Aos familiares e amigos: como ajudar e prevenir?

Inicialmente, importante salientar que o suicídio é sim prevenível, e que a educação e disseminação de informação sobre esse fenômeno é a melhor maneira de prevenção, pois quando se conhece os sinais e fatores que antecedem o evento tem-se mais chance de agir precocemente e evitá-lo. Logo, é importante que não apenas os profissionais da saúde identifiquem estes sinais, mas como também os familiares e até mesmo o indivíduo que possivelmente está em risco.

Existem fatores protetivos e de risco para a ocorrência do suicídio, aos quais precisamos estar atentos. Nos fatores de proteção, destacam-se a presença de autoestima elevada, forte rede de apoio de amigos e familiar, ausência de doenças psiquiátricas ou sociais e acesso a serviços de saúde mental, enquanto nos de risco sobressaem a tentativa prévia de suicídio e a doença mental, além de impulsividade, desesperança, desamparo, história familiar traumática, sexo masculino, entre outros (CFM, 2014).

É essencial que o ambiente familiar contribua para a prevenção da automutilação e do suicídio, pois é na família que devemos sentir amor, aproximação, força, apoio e confiança. Logo, consistem em fatores de proteção ambiental familiar: a comunicação não violenta, o acolhimento e apoio, o uso moderado de tecnologias, os vínculos fortalecidos, um lugar participativo e de respeito mútuo.

O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BRASIL, 2020), com o intuito de orientar as famílias sobre automutilação e suicídio criou o projeto *Acolha a vida* e elencou sinais que as pessoas em sofrimento emocional costumam transmitir e devem ser observados (Quadro 01); frases

de alerta (Quadro 02); como iniciar uma conversa (Quadro 03); e o que não dizer ou fazer (Quadro 04).

Quadro 01 - Sinais de alerta

Isolamento e distanciamento da família, dos amigos e dos grupos sociais, particularmente importantes se a pessoa apresentava uma vida social ativa;

Atitudes perigosas que não necessariamente podem estar associadas ao desejo de morte e atitudes para-suicidas (dirigir perigosamente, beber descontroladamente, brigas constantes, agressividade, impulsividade, etc.);

Publicações das redes sociais com conteúdo negativista ou participação em grupos virtuais que incentivem o suicídio ou outros comportamentos associados;

Ausência ou abandono de planos para o futuro;

Forma desinteressada como a pessoa está lidando com algum evento estressor (acidente, desemprego, falência, separação dos pais, morte de alguém querido);

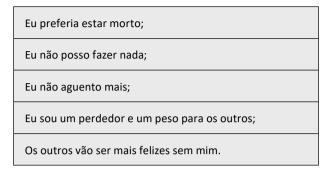
Despedidas (acho que no próximo natal não estarei aqui com vocês, ligações com conotação de despedida, distribuir os bens pessoais);

Queixas contínuas de sintomas como desconforto, angústia, falta de prazer ou sentido de vida e, finalmente;

Qualquer doença psiquiátrica não tratada (quadros psicóticos, transtornos alimentares e os transtornos afetivos de humor).

Fonte: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida /cartilha_orientcao-familias-v0809.pdf

Quadro 02-Frases de alerta



Fonte: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/cartilha_orientcao-familias-v0809.pdf

Quadro 03 – Como iniciar um conversa?

| Aproxime-se; |
|----------------|
| Dialogue; |
| Converse; |
| Escute; |
| NÃO JULGUE! |
| Ajude; |
| Seja proativo. |

Fonte: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/cartilha_orientcao-familias-v0809.pdf

Ouadro 04 – O que não dizer ou fazer

- Cuidado ao dizer "Levante a cabeça!" se não pode oferecer meios para novas perspectivas;
- Evite dizer: "Não chore"; "Seja forte!";
- Não diga: "Isso não faz sentido"; "Entendo o que você está passando"; "Isso é falta do que fazer"; "Se você tivesse o que fazer da vida, não se sentiria assim"
- Jamais diga: "Podemos conversar mais rápido ou Podemos conversar depois?";
 "Você quer chamar a atenção!"; "Tudo isso é falta de fé"

Fonte: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida /cartilha orientcao-familias-v0809.pdf

Além de diversas cartilhas e manuais instrutivos para a população saber lidar e agir com as circunstâncias de risco ao suicídio, também pode contar com uma grande rede de apoio. Esta rede está preparada para acolher e ajudar situações de riscos ou tentativas de suicídio, que são os Serviços de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade Básica de Saúde (UBS), Postos e Centros de Saúde; Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Pronto Socorro; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) — ligar 192 ou entrar em contato com o Centro de Valorização da Vida (CVV).

Pesquisas internacionais demonstraram que o treinamento de médicos para identificar e tratar corretamente episódios de depressão, restrição ao acesso a meios letais (venenos, armas de fogo, medicações potencialmente fatais, acesso a locais passíveis de pessoas se jogarem) e devido tratamento e acompanhamento do paciente que tentou suicídio, são medidas muito eficazes para a prevenção (ABP, 2021).

Destaca-se a importância do CVV, que é uma das associações civis sem fins lucrativos mais antigos do Brasil, fundada em 1962 em São Paulo, que trabalha na prevenção do suicídio de forma totalmente gratuita e sigilosa, apoiando emocionalmente milhares de pessoas que sofrem de transtornos mentais, como depressão, ou que se encontra em situações de risco de suicídio.

É possível entrar em contato com o CVV através do telefone 188 (24 horas e sem custo de ligação), pessoalmente (nos mais de 120 postos de atendimen-

to) ou pelo site www.cvv.org.br, por chat e e-mail. Nesses canais, são realizados mais de três milhões de atendimentos anuais, por aproximadamente quatro mil voluntários, localizados em 24 estados mais o Distrito Federal (CVV, 2020).

O CVV também disponibilizou uma cartilha que orienta a população como agir diante do cenário de um indivíduo sob risco de suicídio, ilustrado no Quadro 05.

Quadro 05 – Diante de uma pessoa sob risco de suicídio, o que se deve fazer?

Ache um momento adequado e um lugar calmo para falar sobre suicídio com essa pessoa. Deixe-a saber que você está lá para escutar, ouça-a com a mente aberta e ofereça seu apoio;

Incentive a pessoa a procurar ajuda de um profissional, como um médico, profissional de saúde mental, conselheiro ou assistente social. Ofereça-se para acompanhá-la a uma consulta.

Se você acha que essa pessoa está em perigo imediato, não a deixe sozinha. Procure ajuda de profissionais de serviços de emergência, um serviço telefônico de atendimentos crises, um profissional de saúde ou consulte algum familiar dessa pessoa.

Se a pessoa com quem você está preocupado (a) vive com você, assegure-se de que ele (a) não tenha acesso aos meios para provocar a própria morte, por exemplo, com pesticidas, armas fatais ou medicamentos em doses letais.

Fique em contato para acompanhar como a pessoa está passando e o que está fazendo.

Fonte: CVV (2017).

Portanto, ao contrário da crença popular, falar com o paciente sobre suicídio não o incentiva a se matar e sim o ajuda, pois ele se sente mais seguro e confortável por poder conversar sobre assuntos que lhe causa incômodos (DAUDT *et al.*, 2014). Também, diferente do que se propaga popularmente, de que pacientes que desejam cometer suicídio não comunicam sua intenção, 80% das pessoas com ideação suicida avisam de sua decisão, 50% informam claramente e 40% procuram cuidado médico na semana anterior a do suicídio (CIULLA *et al.*, 2013).

Considerações finais

Apesar do suicídio ser um fenômeno que está presente em nossa sociedade há muitos séculos, ele ainda é visto como tabu e ainda há a dificuldade de se discutir acerca do tema, dificultando a disseminação de informação e educação sobre a prevenção.

Não obstante, a criação e implementação de diversas políticas públicas voltadas para o suicídio no Brasil são relativamente novas e ainda apresentam obstáculos para serem exercidas na prática, devido principalmente ao conflito de sua adesão pela própria população diante dos preconceitos infundados sobre o assunto.

No entanto, essas políticas vêm avançando e criando espaços em discussões acadêmicas e socias. Além disso, de acordo com Satvizki Júnior, Tirelli, Cadona (2021), observa-se um movimento de descentralização em que os estados começaram a tomar iniciativas de desenvolvimento de ações e políticas públicas voltados para a problemática, priorizando as características específicas de seu próprio território.

Destaca-se a importância da informação como etapa primordial para a educação sobre o suicídio e ajuda a quebrar barreiras e tabus em relação ao fenômeno, e ao atingir a população, inicia-se um sentimento de solidariedade, que acarretará a adoção de ações de prevenção, ajudando a resgatar essas pessoas de situações propícias ao cometimento do suicídio, salvando-lhes a vida, seja por meio de tratamento adequado, seja pela percepção de que elas são importantes, seja pelo sentido da vida que elas podem encontrar (CABRAL; CURTY, 2021).

Desse modo, a campanha do *Setembro Amarelo* foi de suma importância para impulsionar todo esse sentimento de solidariedade comunitário na população brasileira, pois abordou o tema de forma sensível, clara e objetiva, e incentivou ainda aos que têm pensamentos suicidas a procurarem ajuda, e aos que perderam familiares pelo suicídio a compartilharem suas histórias.

Por fim, é importante enaltecer que é muito comum as pessoas serem invadidas de pensamentos e sentimentos negativos, ou terem algum transtorno mental/social, ou traumas. Tudo isso faz parte da arte de viver, principalmente num mundo que tanto nos exige e nos força a buscar uma perfeição inalcançável; chega uma hora que o corpo e a mente cansam e começam a dar sinais de pedido de ajuda. Então se abra, procure, ajude, converse sobre o que você está sentindo. VOCÊ NÃO ESTÁ SOZINHO!

Referências

- ABP Associação Brasileira de Psiquiatria. Campanha Setembro Amarelo. Comportamento Suicida: conhecer para prevenir. Dirigido para profissionais da imprensa. Brasília: Associação Brasileira de Psiquiatria Conselho Federal de Medicina Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2021. Disponível em: https://www.setembroamarelo.com/_files/ugd/26b667_6ec77695993f4ae698b-ba32838165eed.pdf. Acesso em 05 jun. 2022.
- BERTOLOTE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. Saúde e cidadania. São Paulo: Unesp, 2012. ISBN 978-85-393-0371-7.
- BERTOLOTE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de e BOTEGA, Neury José. Detectando o risco de suicídio em serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Brás. Psiquiatr.**, v. 32, n. 2, p. S87-S95, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005. Acesso em: 01 jul. 2022.
- BRASIL. **Portaria n.º 1876, de 14 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. Brasília: Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 01 jul. 2022.
- BRASIL. **Portaria n.º 3088, 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 (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01 jul. 2022.
- BRASIL. **Portaria n.º 1271, de 06 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. Brasília: Diário Oficial da União, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 01 jul. 2022.
- BRASIL. **Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017.** Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção no Brasil. Brasília: Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude. gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3479_22_12_2017.html. Acesso em 06 de ago. de 2022.

- BRASIL. Ministério da Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico.** Brasília: v. 48, n. 30, 2017a. ISSN 2358-9450. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/2017025PerfilepidemiologicodastentativaseobitosporsuicidionoBrasilearededeatenaoasade.pdf. Acesso em 02 jul. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil:** 2017 a 2020. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 34 p.
- BRASIL. Lei n.º 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília: Diário Oficial da União, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm. Acesso em 01 jul.2022.
- BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Cartilha de Orientação para famílias sobre automutilação e suicídio. Brasília, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Temático da Biblioteca do Ministério da Saúde: Prevenção ao Suicídio. Brasília, set. 2021a. Disponível em: https://www.canva.com/design/DAEmWZbsi3g/hUfV-PTxTWe0V2eW-f6RXNQ/view?utm_content=DAEmWZbsi3g&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=sharebutton. Acesso em 23 jun. 2022.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 33. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil.**Brasília, v. 52, set. 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 19 mai. 2022.
- CABRAL, H. L. T. B.; CURTY, W. W.Suicidio a la luz de La Bioetica y las medidas de prevención. *In:*TINANT, Luis Eduardo (Director). **Anuario de Bioetica e Derechos Humanos**. Instituto Internacional de Derechos Humanos (IIDH). 1 ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2021. p. 109-123.
- CIULLA, L. *et al.* Suicídio: avaliação de risco e manejo. *In*:CATALDO NETO, A.; GAUER, G. J. C.; FURTADO, N. R.(Org.). **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: EdiPUCRS; 2013. p. 236-246.
- CFM Conselho Federal de Medicina. Manuais. **Suicídio:** informando para prevenir. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2014. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14#page/1. Acesso em 30jun. 2022.

- CVV Centro de Valorização da Vida. **Como vai você?** São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.cvv.org.br/o-cvv/. Acesso em 01 jul. 2022.
- CVV Centro de Valorização da Vida. **Suicídio:** saber, agir e prevenir. São Paulo, [s. n.]. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/09/folheto-popula-o.pdf. Acesso em 30 mai. 2022.
- DAUDT, A.D. *et al.* Manejo em emergência do paciente suicida. **Acta méd.**, Porto Alegre, v. *35, n. 6, 2014*.Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2018/04/882736/manejo-em-emergencia-do-paciente-suicida.pdf. Acesso em 01 jul. 2022.
- DIANIN, Irene Maria Brzezinski. **Suicídio:** políticas e ações de enfrentamento a partir da política nacional de saúde pública (2006), no Vale do Rio Pardo. 244 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional) Universidade de Santa Cruz do Sul UNISC. Santa Cruz do Sul, 2015. Disponível em: https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/806. Acesso em: 05 ago. 2022.
- GORDON, R. Na operation all classification of disease prevention. *In:* STEINBERG, J. A.; SILVERMAN, M. M. (eds.). **Preventing Mental Disorders:** *A research perspective*. Rockville: U.S. Department of Health andHuman Services, 1987. p. 20-26.
- MRAZEK, P. J.; HAGGERTY, R. J. (eds.). Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. Committee on Prevention of Mental Disorders. Washington, D.C.: Institute of Medicine, 1994.
- OMS OrganizaçãoMundial da Saúde. **Dia Mundial da Prevenção ao Suicídio 2021.** Genebra: OMS, 2021a. Disponível em: https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-prevencao-ao-suicidio-2021. Acesso em 30 jun. 2022.
- OMS Organização Mundial da Saúde. **Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio.** Departamento de saúde mental e abuso de substâncias. Genebra: OMS, 2021b. Disponível em:https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms. Acesso em 20 de jun. de 2022.
- PESSINI, Leo. Elementos para uma bioética global: solidariedade, vulnerabilidade e precaução. **Thaumazein**. Santa Maria, Ano VII, v. 10, n. 19, p. 75-85, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/1983. Acesso em: 05 ago. 2022
- SATVIZKI JÚNIOR, C.; TIRELLI, C.; CADONA, M. A. (2021). Políticas Públicas de prevenção ao suicídio: observações sobre o papel dos movimentos sociais na formação do comitê municipal de prevenção ao suicídio de Santa Cruz do Sul/ RS. *In:* Simpósio Latino-Americano De Estudos De Desenvolvimento Regional. [s. l.], 2021. **Anais** [...] v. 2, n. 1, 2021. Disponível em: https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/slaedr/article/view/21097. Acesso em 01jul. 2022.

- SOUSA, I. C. O. **O suicídio como um grave problema de saúde pública.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito) Faculdade Evangélica Raízes. Anápolis: 2019. Disponível em: http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/2955/1/Ianka%20Cristina%20Oliveira%20de%20Sousa.pdf. Acesso em 06 ago. 2022.
- UNILA. Universidade Federal da Integração Latino-Americana. **Informativo eletrônico:** Setembro Amarelo. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://portal.unila.edu.br/informes/setembro-amarelo-1. Acesso em: 06 ago. 2022.
- XIMENES, D.A. Vulnerabilidade social. *In:* OLIVEIRA, D. A.; DUARTE, A. M. C.; VIEIRA, L. M. F. **DICIONÁRIO:** trabalho, profissão e condição docente. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. Disponível em: https://gestrado.net.br/wp-content/uploads/2020/08/235-1.pdf. Acesso em 20 mai. 2022.

Ações preventivas e o triunfar da vida!

Em face de ideação, procura boa conversa, abre então seu coração, para evitar dor perversa!

No silêncio, não tem brecha! Escolhe alegre ambiente quem em si mesmo se fecha tristeza se faz presente.

Palavra, ação ou gesto pode curar a ferida; acolhimento modesto, pode salvar uma vida!

Por isso, importa informar: que até mesmo uma criança, pode fazer, com um olhar, renascer a esperança! Família, igreja, amigos e toda instituição, pode livrar dos perigos, adotando boa ação!

Pois para além dessa dor, o conselho e o tratamento, Aliviam, em amor, a tensão desse momento!

Ideação perde a prova e a depressão jaz vencida; a esperança se renova: volta a triunfar a vida!

Hildeliza Boechat

Sobre os autores

André Luiz Jardim Alves

Estudante do 5º Período de Medicina pela Universidade Iguaçu (Unig Itaperuna).

Engenheiro Mecânico.

E-mail: andrealves.engmec@gmail.com

Link lattes: http://lattes.cnpq.br/5401458619273054

Arthur José Cabral

Mestre em Produção (CCTA - Uenf, 2006).

Estudante do 7º Período de Medicina.

Pós-graduação em Neurociências (2021).

Médico Veterinário (UFRRJ, 1985).

E-mail: arturjosecabral@yahoo.com.br

Lattes: http://lattes.cnpq.br/5401458619273054

Cristiane Gomes da Silva de Araujo

Mestra em Medicina e Biomedicina.

Médica psiquiatra.

Docente da disciplina Saúde mental, do Curso de Medicina.

Professora Orientadora Assistente do PIC Suicídio como morte mistanásica.

E-mail: dracrisaraujo@yahoo.com.br

Lattes: http://lattes.cnpq.br/9037542056126152

Ester Senna Monteiro de Farias

Bacharel em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Formação em Psicólogo pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Psicóloga Clínica e Hospitalar da Conferência São José do Avaí. Psicóloga Clínica em Casa da Divina Providência. Psicóloga em Associação Beneficente Aconchego. Integra a Comissão Banco de Sangue do Hospital São José do Avaí.

E-mail: estersmfarias@gmail.com

Lattes: http://lattes.cnpq.br/0059645803615646

Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral

Pesquisadora.

Doutora (Uenf, 2019) e Mestra (Uenf, 2015) em Cognição e Linguagem.

Estágio Pós-doutoral em Direito Civil e Processual Civil (Ufes, 2021).

Membro da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB).

Membro da Asociación de Bioetica Juridica de La Universidad Nacional de La Plata (Argentina).

Membro do Instituto Brasileiro de Estudos em Responsabilidade Civil (IBERC).

Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade (Humana GEPBIDH).

Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM).

Membro do Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (BRASILCON).

Docente dos Cursos de Direito (desde 2004) e Medicina (desde 2008).

E-mail: hildeboechat@gmail.com

Lattes: http://lattes.cnpq.br/3000681744460902

Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9871-8867

Mariana Novaes Leite Duarte de Castro

Mestra em Pesquisa Operacional e Inteligência Computacional (Universidade Cândido Mendes, 2019).

Estudante do 7º período de Medicina pela Universidade Iguaçu.

Graduada em Engenharia Mecânica com linha em Mecatrônica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

E-mail: mariana.novaes00@gmail.com

Link lattes: http://lattes.cnpg.br/6577351252341106

Nathália Diniz Pereira

Advogada.

Pós-graduada em Gestão Pública Municipal pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Estudante do 7º período de Medicina pela Universidade Iguaçu – Campus V.

Bacharel em Direito pela Universidade Iguaçu - Campus V.

Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Direitos Humanos.

E-mail: nathaliadiniz72@gmail.com

Lattes: http://lattes.cnpq.br/6430922990911021.

Saulo Bastos Guerra Boechat

Estudante do 4º Período de Medicina pela Universidade Iguaçu (Unig Itaperuna).

Bolsista do Projeto de Iniciação Cientifica "Suicídio como morte mistanásica" (orientadora: Hildeliza Boechat).

Membro da Liga de Patologia.

Engenheiro Mecânico.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/5641663584412759

Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4586-1993



Ao longo dos sete textos que compõem o livro, os autores fazem um retrato bem lúcido e esclarecedor sobre o denominado autoextermínio. Eles jogam luz sobre um acontecimento tão taciturno. Eles explicitam e dão estatísticas importantes sobre o número de suicídios que ocorrem anualmente. Assim, aprendemos que, todos os anos, praticamente um milhão de pessoas no mundo se matam. O suicídio é, ao lado de doenças como o HIV e o câncer, uma das causas de morte mais frequentes na população mundial. Muitas vezes, mas não só, ele decorre de outro fenômeno muito recorrente atualmente, que é o da depressão. Aliás, já disseram que ela é o novo mal do século, e eu diria que se não for tratada pode elevar ainda mais o número de suicidas no mundo.

A obra que ora vem a lume deve ser lida, relida e, mais do que tudo, deve servir para reflexão, para a elaboração de políticas públicas efetivas contra esse mal. Não basta só a existência do Setembro Amarelo, temos de olhar para todos os que nos cercam com verdadeiro interesse. Coloquemos um fim à indiferença. Isto, com toda certeza, fará diferença!

Débora Gozzo

Pós-doutora pelo Max-Planck-Institut, Hamburgo/Alemanha. Doutora em Direito – Universidade de Bremen/Alemanha. Mestre em Direito – Universidade de Münster/Alemanha e pela USP/Brasil. Professora Titular do Mestrado em Ciência do Envelhecimento - USJT; Professora Titular de Direito Civil - USJT. Visiting Professor das Universidades de Bonn, Heidelberg/Mannheim, e Bucerius Law School/Alemanha. Membro-fundadora da Academia Iberoamericana de Derecho de Família y de las Personas. Membro da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Líder do Grupo de Pesquisa: Do início ao fim da vida: uma discussão bioética sobre as inovações tecnológicas do século XXI. (USJT). Advogada e Consultora. @profa.deboragozzo









encontrografia.com www.facebook.com/Encontrografia-Editora www.instagram.com/encontrografiaeditora www.twitter.com/encontrografia