

SUICÍDIO NO BRASIL: UMA COMPREENSÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DOS PACIENTES

Amanda Pereira Barbosa Freitas ¹

Angélica Cristina Oliveira Abreu ²

Melissa Batista Côelho ³

Taís Castro Peres ⁴

Isabella Drummond O. Laterza Alves ⁵

Resumo:

Ao longo do tempo, as tentativas e os atos consumados de suicídio aumentaram significativamente, situando-se entre as dez principais causas de morte. O Brasil encontra-se entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, com 9.852 mortes em 2011. O presente artigo aponta os principais meios pelo quais são mais frequentes as tentativas de suicídio; os métodos de prevenção adotados pela equipe de saúde; e o manejo (como eu ajo e reajo frente a uma tentativa). Dessa forma, objetiva-se revisar estudos sobre a história do suicídio e a atualidade. Foram selecionadas e analisadas 32 referências, com publicações entre os anos de 1992 a 2015. Além disso, o estudo propõe-se também provocar reflexões a fim de ter uma visão menos preconceituosa frente ao suicídio. Como resultados, observaram-se que saúde pública e a sociedade, mesmo com os programas de prevenção, não estão preparados para lidar com a temática norteadada no artigo. Pode-se perceber, através dos textos estudados, que a morte é um sentimento inerente ao homem, e aqueles que dão cabo a própria vida, são mal vistos no âmbito social, pois o seu ato é condenado, visto de maneira preconceituosa e taxativa.

Palavras-chaves: Sofrimento psíquico; Suicídio; Psicologia.

Abstract:

Over time, attempts and consummate acts of suicide increased significantly, ranking among the top ten causes of death. Brazil is among the ten countries with the highest absolute numbers of suicides, with 9,852 deaths in 2011. This article points out the main means by which suicide

¹ Estudante do Curso de Psicologia do 9º Período da Universidade do Estado de Minas Gerais /Unidade de Ituiutaba. Email: amandasal@live.com

² Estudante do Curso de Psicologia do 9º Período da Universidade do Estado de Minas Gerais /Unidade de Ituiutaba. Email: oangelicacristina@yahoo.com.br

³ Estudante do Curso de Psicologia do 9º Período da Universidade do Estado de Minas Gerais /Unidade de Ituiutaba. Email: melinda-cali@hotmail.com

⁴ Estudante do Curso de Psicologia do 9º Período da Universidade do Estado de Minas Gerais /Unidade de Ituiutaba. Email: taiscs73@live.com

⁵ Docente do Curso de Psicologia da Universidade de Minas Gerais/Unidade de Ituiutaba. Email: isabelladrummond@gmail.com

attempts are more frequent; The prevention methods adopted by the health team; And handling (as I act and react to an attempt). Thus, it aims to review studies on the history of suicide and the current situation. Thirty-two references were selected and analyzed, with publications from 1992 to 2015. In addition, the study also aims to provoke reflections in order to have a less prejudiced view of suicide. As a result, it was observed that public health and society, even with prevention programs, are not prepared to deal with the thematic in the article. Through the texts studied, it can be seen that death is an inherent feeling of man, and those who kill their own lives are poorly seen in the social sphere, because their act is condemned, seen in a prejudiced and restrictive way.

Keywords: Psychic suffering; Suicide; Psychology.

Introdução

Historicamente existem registros sobre o suicídio desde a Pré-história, o que muda é a maneira como é interpretado pela sociedade. Em alguns países, ele é mais ‘tolerado’; em outros, ‘condenado’ e, em alguns, aceitos sob determinadas circunstâncias (CORRÊA; BARRERO, 2006). Desse modo, a sociedade desde os primórdios busca uma solução em tirar a própria vida, devido ao intenso sofrimento vivido, independente da maneira como é interpretado.

Com o crescimento das cidades e o advento do Renascimento, o suicídio começou a assumir outra face, sendo preconizado por algumas personalidades da época. Contudo, é a partir do Século XVIII, com a força das ideias iluministas, que a repressão ao suicídio tende a diminuir (WERLANG; BOTEGA, 2004). Em outras culturas, do primitivo mundo ocidental, era dever do ancião se matar para preservar o grupo cuja solidez estava ameaçada pela debilitação do espírito que habitava no corpo do chefe de família. Ocorria "(...) uma franca indução comunitária ao suicídio, religiosamente estimulada e normativamente legitimada." (KALINA E KOVADLOFF, 1983, p. 50).

O ingresso do Cristianismo trouxe profundas modificações para toda a sociedade e, mais uma vez, o suicídio passou a ser visto como imoral e arbitrário. Santo Agostinho foi um dos maiores propagadores da repulsa ao suicídio. Agora, além de imoral, torna-se um pecado passível de punição e exclusão da ‘felicidade eterna’ (CORRÊA; BARRERO, 2006). Mesmo em tempos atuais, o suicídio é um ato fora da lei em nossa cultura influenciada pelo catolicismo. Os suicídios em algumas igrejas, são excluídos do funeral católico. Dessa maneira, o que comete o suicídio é um pária para muitos.

Independente de fatores religiosos, as pessoas utilizam mecanismos para combater a angústia do desconhecido, do incompreensível. Portanto, a morte é algo inacessível para o

homem, não se sabe o que acontece depois de morrer, compreende-se que a morte é interrupção definitiva da vida de um organismo.

O presente artigo não oferece todas as respostas, tampouco não será apresentado um modelo único de compreensão e manejo; O mesmo terá como cunho provocar reflexões a fim de ter uma visão menos preconceituosa frente ao suicídio. Desse modo, o profissional de saúde mesmo estando minimamente preparados para lidar com o suicídio, ele continuará sendo um evento crítico e inesperado.

1. Fundamentação teórica

1.1. Aspectos gerais da taxa de suicídio

O suicídio figura entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade. Segundo os registros da Organização Mundial de Saúde (OMS), ele é responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4% do total de mortes). Essas cifras não incluem as tentativas de suicídio, de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2014). A cada 45 segundos ocorre um suicídio em algum lugar do planeta. Há um contingente de 1.920 pessoas que põem fim à vida diariamente. Atualmente, essa cifra supera, ao final de um ano, a soma de todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis (VÄRNIK, 2012; WHO, 2014).

O coeficiente de mortalidade por suicídio representa o número de suicídios para cada 100.000 habitantes, ao longo de um ano. De modo geral, os coeficientes mais altos encontram-se em países da Europa Oriental; os mais baixos, em países da América Central e América do Sul. Os coeficientes nos Estados Unidos, Austrália, Japão e países da Europa Central encontram-se numa faixa intermediária. A despeito de possuir um coeficiente considerado relativamente baixo, por ser um país populoso, o Brasil figura entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, segundo dados compilados pela OMS (VÄRNIK, 2012; WHO, 2014).

Em 2011, houve 9.852 suicídios oficialmente registrados no país, o que representa, em média, 27 mortes por dia (BRASIL, 2013). Enquanto a população aumentou 17,8% entre 1998 e 2008, o número de óbitos por suicídios cresceu 33,5% (MARÍN-LEÓN, OLIVEIRA e BOTEAGA, 2012). Do total de óbitos registrados no Brasil, 1% decorre de suicídios. Em pessoas

que têm entre 15 e 29 anos de idade, essa proporção atinge 4% do total de mortes (BRASIL, 2013) considerado baixo (VÄRNIK, 2012). Os coeficientes de mortalidade por suicídio têm aumentado em nosso país, notadamente em homens na faixa etária entre 20 e 59 anos (LOVISI, SANTOS, LEGAY, ABELHA e VALÊNCIA, 2009).

Estima-se que para cada caso de suicídio existam pelo menos dez tentativas de gravidade suficiente para requerer cuidados médicos e que esses comportamentos sejam até 40 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados (MELLO-SANTOS, WANG, BERTOLOTE, 2005). Considera-se ainda que, para cada tentativa documentada, existam, outras quatro que não foram registradas (CORREA, PEREZ, 2006).

É provável que muitas dessas tentativas não cheguem ao atendimento hospitalar por serem de pequena gravidade. Mesmo quando os pacientes chegam às unidades de assistência, os registros elaborados nos serviços de emergência costumam assinalar apenas a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos (MINAYO, 2005).

1.2. Meios de tentativas de suicídio

Os meios mais frequentemente usados para o suicídio variam segundo a cultura e segundo o acesso que se tem a eles. Gênero e faixa etária também exercem influência, entre vários outros fatores. Na Inglaterra e Austrália predominam o enforcamento e a intoxicação por gases; nos Estados Unidos, a arma de fogo; na China e no Sri Lanka, o envenenamento por pesticidas (BERTOLOTE, 2012).

No Brasil, a própria casa é o cenário mais frequente de suicídios (51%), seguida pelos hospitais (26%). Os principais meios utilizados são enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). Entre os homens predominam enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e envenenamento por pesticidas (5%). Entre as mulheres, enforcamento (49%), seguido de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (5%) (LOVISI ET AL., 2009).

Nos registros oficiais, há elevada taxa de indefinição dos meios utilizados para o suicídio, o que prejudica a qualidade dos dados. Esse é um quesito que necessita ser aprimorado nos registros de morte, pois as informações sobre métodos de suicídio são importantes para a elaboração de estratégias de prevenção. A redução de acesso a métodos letais (no caso do Brasil, principalmente a armas de fogo e pesticidas) ocupa papel de destaque entre as recomendações da OMS para a prevenção do suicídio.

Em relação as tentativas de suicídio, estima-se que superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Não há, entretanto, em nenhum país, um registro de abrangência nacional dessas tentativas. O que temos, em relação ao Brasil, deriva de um estudo realizado sob o auspício da OMS, na área urbana do município de Campinas, em 2003.

Sabe-se porém que, uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para sua futura concretização. Após uma tentativa, estima-se que o risco de suicídio aumente em pelo menos cem vezes em relação aos índices presentes na população geral (OWENS, HORROCKS e HOUSE, 2002).

De acordo com o estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS), da OMS (WHO, 2002), foram demonstrados como o registro e seguimento cuidadoso de casos de tentativas de suicídio pode diminuir o número de suicídios efetivados: um total de 2238 pessoas que deram entrada no pronto-socorro por uma tentativa de dar cabo à própria vida foram aleatoriamente divididas em dois grupos, que receberam um dos seguintes tratamentos: a) uma intervenção psicossocial, incluindo entrevista motivacional e seguimento telefônico regular (no momento da alta hospitalar, pacientes eram encaminhados para um serviço da rede de saúde); b) tratamento usual (apenas um encaminhamento, por ocasião da alta, para a um serviço da rede de saúde) (WHO, 2002).

Nesse estudo, a partir de listagens de domicílios feitas pelo IBGE, 515 pessoas foram sorteadas e entrevistadas face-a-face por pesquisadores da Unicamp. Apurou-se que, ao longo da vida, 17,1% das pessoas “pensaram seriamente em por fim à vida”, 4,8% chegaram a elaborar um plano para tanto, e 2,8% efetivamente tentaram o suicídio. De cada três pessoas que tentaram se suicidar, apenas uma foi, logo depois, atendida em um pronto-socorro (BOTEGA et al., 2009). Esses dados conformam uma espécie de ‘iceberg’, pois apenas uma pequena proporção do chamado “comportamento suicida” chega a nosso conhecimento, após o registro de atendimento em um serviço de saúde.

Clark e Fawcett (1992), num estudo retrospectivo de casos de suicídio identificaram cinco achados importantes:

- Aproximadamente 60% das pessoas mortas por suicídio nunca o haviam tentado antes;
- Dos que morrem por suicídio, 50-60%, nunca consultaram com um profissional de saúde mental ao longo da vida;
- Dois terços dos que cometem suicídio comunicaram claramente essa intenção a parentes próximos ou amigos, na semana anterior.

- Metade dos que morrem por suicídio foram a uma consulta médica em algum momento do período de seis meses que antecederam a morte, e 80% foram a um médico no mês anterior ao suicídio. Mas ainda permanece correto que 50% dos que se suicidam nunca foram a um profissional de saúde mental;
- Com base nas evidências proporcionadas por entrevistas com familiares e amigos, bem como por documentos médicos e pessoais, um diagnóstico psicopatológico pode ser feito em 93-95% dos casos de suicídio, notadamente transtornos do humor (40-50% dos casos de suicídio tinham depressão grave), dependência de álcool (em torno de 20% dos casos) e esquizofrenia (10% dos casos).

1.3. Prevenção do comportamento suicida

A literatura mostra que toda ameaça de uma pessoa em situação de vulnerabilidade para o suicídio deve ser levada a sério, mesmo quando pareça falsa ou de caráter manipulador. A repetição de tentativas é um indicador de risco para a consumação do suicídio. O risco de suicídio depois de uma tentativa deliberada de autoagressão é muito maior do que na população geral (BOTEGA, MAURO, CAIS, 2004).

A maioria dos casos de autoagressão é atendida em algum tipo de serviço de saúde, principalmente na emergência, antes de ocorrer uma tentativa fatal de suicídio. Esse primeiro contato é uma excelente oportunidade para que médicos e demais profissionais de saúde identifiquem o potencial nível de risco e possam intervir para reduzi-lo. No entanto, nem sempre essa oportunidade é aproveitada pela equipe, seja pelas características do serviço de emergência ou por despreparo e dificuldade para lidar com pacientes suicidas. Geralmente esses indivíduos são vistos como pertencendo a um grupo que exhibe condutas estereotipadas, mais do que como um usuário singular, e, a tendência da maioria dos profissionais é também apresentar uma conduta estereotipada e caracterizada por hostilidade e rejeição.

Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e, entre os principais objetivos a serem alcançados, destacam-se:

- 1) desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos;
- 2) informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;

3) fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

4) promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência.

Considerando que os usuários com comportamento suicida tendem a procurar auxílio nos serviços de atenção primária antes de morrer, é possível prevenir tentativas de suicídio. Para tanto, faz-se necessária a educação e a capacitação de profissionais que atuam na atenção primária à saúde para auxiliar na detecção de fatores de risco para suicídio, principalmente a depressão, prevenindo tentativas de suicídio (CARE, 2000).

Ações que auxiliam na prevenção do comportamento suicida visam à promoção da saúde mental, como grupos de autoajuda e a criação de condições psicossociais que estimulem a participação da comunidade por meio de atividades educativas que integrem socialmente os indivíduos, promovendo um estilo de vida saudável (REYES,2002). Por fim, sua prevenção, em princípio, tem a ver com a identificação precoce e o correto encaminhamento de casos de transtornos mentais cuja complicação mais grave é o risco de suicídio.

1.4. Compreensão e Manejo após um suicídio

Quanto mais planejada é ideação suicida, o risco aumenta suicidas consideravelmente. O suicídio é um evento crítico e inesperado. Estamos apanhados de surpresa, mesmo avisado, isso torna o trabalho mais difícil. Aceitação das nossas expectativas para entender esquemas de vida são totalmente desafiadoras.

Nesse ínterim Botega (2015, p. 226), afirma que,

Na maioria das vezes, não se espera que ocorra o suicídio, uma morte sempre violenta e chocante, que não é vista como uma forma socialmente aceitável de se morrer. A realidade da perda, gradualmente, irá penetrar na vida das pessoas enlutadas, com sentimentos que podem variar de tristeza, e vazio a raiva, confusão e rejeição.

Alguns sinais a serem observados são: a presença de um plano; a falta de esperança; depressão; fúria, raiva, sentimento de vingança; participação de atividades de alto risco,

aparentemente sem pensar nas consequências; sentimentos de estar encurralado, não vislumbrando saída; aumento do uso de álcool ou drogas; afastamento dos amigos, da família e da sociedade; ansiedade, agitação, dificuldades para dormir ou dormir o tempo inteiro; alterações súbitas de humor e falta de sentido para viver (QUINNET, 2008).

Outra indicação a ser destacada são as tentativas prévias. As combinações de tentativas prévias, com a presença de algum transtorno mental grave, podem aumentar os riscos de suicídio (HARRIS e BARRACLOUGH, 1997). É relevante identificar quando a tentativa de autoextermínio é uma ideação suicida ou uma tentativa previa. Pois, dependendo da situação será avaliado qual o tipo de manejo que se deve conduzir o caso.

Visto que o suicídio é um ato complexo e multifatorial, cada caso deve receber intervenção específica. Um evento estressor pode gerar comportamento suicida, neste caso a intervenção indicada é a realização de acompanhamento desses indivíduos com risco para suicídio, desmistificando o significado que o ato representa para o usuário (MANN, 2002).

De acordo com Botega, (2015, p. 231)

O suicídio afeta profundamente a família, amigos, colegas de trabalho ou de escolas, e os pacientes internados em uma enfermaria de psiquiatria. Esses grupos humanos precisam de ajuda para lidar com o sofrimento por que passam.

Por isso, a questão dos cuidados psicológicos é fundamental quando se trata da questão do suicídio. Referindo-se ao segundo grau de destrutividade, Bastos (op cit) afirma que as tentativas de suicídio não devem ser supervalorizadas nem desvalorizadas, sendo necessário entendê-las e acolhê-las verdadeiramente. No que tange ao terceiro grau de autodestrutividade, como há grande probabilidade do suicídio se concretizar, é recomendável o trabalho de uma equipe multiprofissional (Médico, Psicólogo, Terapeuta de família) e do grupo familiar.

Fukumitsu (2005) considera que, quando há potencial de suicídio, é importante não deixar o paciente sozinho, este precisa ser acompanhado no dia-a-dia. O trabalho de acompanhantes terapêuticos ou internação em instituições especializadas pode ser necessário. É importante ampliar o sistema de apoio, procurando ajudar a família na compreensão de que a pessoa que tenta ou comete suicídio pode não desejar a morte, e sim viver de outra maneira. É fundamental trabalhar em conjunto com psiquiatras, numa abordagem multidisciplinar.

Santos (op cit) afirma que o paciente que tenta suicídio precisa de alguém para confiar, por isso o vínculo com o terapeuta é importante. A atuação do profissional deve ser cercada de

cuidados, tranquilidade e segurança. O tratamento de forma franca, clara e honesta facilita a comunicação sem interferências, promovendo o estabelecimento da confiança, de modo que, em momentos de crise o paciente se sinta à vontade para entrar em contato com seus sentimentos e conflitos.

Na relação psicoterápica o sigilo é essencial, porque possibilita ao paciente falar de sua intimidade na certeza de que será respeitado e protegido no que se refere à manutenção do que é confidencial. Há casos em que o sigilo precisa ser rompido, como é o caso do suicídio, daí a importância de contratos terapêuticos claros.

2. Objetivos

O objetivo desta revisão bibliográfica é analisar sobre a temática do suicídio, refletir sobre o respectivo tema, de modo a compreender melhor sobre os meios pelo quais são mais frequentes as tentativas de suicídio e os métodos de prevenção adotados pela equipe de saúde. Com isso, tem-se o intuito de desmistificar o preconceito enfrentados por aqueles que estão em intenso sofrimento psíquico.

Compreender de forma crítica sobre a despreparação da sociedade em lidar com o tema proposto. Abrindo um leque para a possibilidades de manejo, que está em relevância nos estudos.

3. Métodos

Trata-se de estudo de revisão bibliográfica realizado mediante levantamento de literatura especializada, por meio do qual o leitor pode identificar as principais características das publicações, sobre suicídio.

Segundo Marconi e Lakatos (1992), a pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. A sua finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações.

A revisão produz conhecimento atualizado sobre determinado problema. Essa modalidade de pesquisa é norteadada por fases distintas: elaboração da questão; estabelecimento da estratégia de busca na literatura; seleção de estudos com base nos critérios de inclusão; leitura

crítica, e análise dos textos presididos no trabalho e interpretação dos dados colhidos através de referências sobre o assunto discutido.

A questão proposta para o estudo foi a seguinte: Em tempos atuais, quais as causas do aumento da taxa de suicídio e como ter manejo com o respectivo tema?

Para identificar as publicações que compuseram a revisão integrativa deste estudo, realizou-se um levantamento online em bases de dados, como bibliografias brasileiras, artigos pré-selecionados, que incluíram não só artigos publicados, mas também trabalhos acadêmicos, que foi utilizada em virtude do grande quantitativo da produção científica relativa aos dilemas psicológicos, e da equipe de saúde.

4. Resultados e discussão

Mediante a análise de textos referentes à temática, a questão a ser discutida é sobre a resposta violenta do suicidado que busca em comunicar-se, porque a sociedade não lhe permitiu antes que o fizesse, a qual o mesmo, se restabelece através de seu gesto suicida.

Se o suicídio é uma fuga no sentido de que a pessoa que o comete foge do sofrimento e, conforme as palavras de Perls (1975/1988, p. 35), "nem todo contato é saudável, nem toda fuga é doentia", é importante considerar as seguintes indagações: Fuga do quê? Para quê? Por quanto tempo? Portanto, nem mesmo o suicida procura a morte e sim outra vida fantasiada em sua mente (CASSORLA, 1998). Dessa forma, o suicídio nada mais é do que uma tentativa de fuga em busca da vida.

Para Cassorla (1994), a pessoa que procura a morte nem sempre quer morrer, até porque desconhece o que seja morrer. Ou seja, o suicida quer morrer, mas também quer viver; está em uma situação de conflito e uma ajuda ou ameaça pode decidir a direção que será tomada.

Fatores sociais inerentes à vida contemporânea, relacionados à violência e à falta de expectativa de vida, sem dúvida contribuem para o aumento da incidência do suicídio. Entretanto, apesar do envolvimento de questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais, na quase totalidade dos suicídios um transtorno mental encontra-se presente, o que denota a possibilidade de prevenção, caso haja tratamento da causa. Essa seria mais uma razão dentre tantas outras, talvez a mais dramática, para que de fato seja criada uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental que efetivamente atenda às necessidades dos pacientes com transtornos mentais em todos os níveis de assistência, como preconizado.

Estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Não há, entretanto, registro de abrangência nacional de casos de tentativa de suicídio.

A assistência prestada a pessoas que tentaram o suicídio é uma estratégia fundamental na prevenção do suicídio, pois elas constituem um grupo de maior risco para o suicídio.

Até muito recentemente, pouco se fez em termos institucionais com vistas à prevenção do suicídio. O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde, cujas diretrizes foram publicadas em uma portaria de agosto/2006, pouco avançou na prática. Seus principais objetivos são desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos; promover a educação permanente dos profissionais de saúde de acordo com os princípios da integralidade e da humanização e informar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública e que pode ser prevenido.

A prevenção do suicídio é de essencial importância no enfrentamento desta totalidade de problemas na sociedade atual, pois sabe-se da importância da avaliação dos fatores de risco (agressividade, impulsividade retraimento, falta de suporte social) e dos fatores de proteção (presença de suporte social, mecanismos de enfrentamento) para um melhor manejo do paciente suicida, exige uma abordagem ao mesmo tempo diretiva, complexa e multidisciplinar.

De acordo com Botega, 2006

Apesar de todas as dificuldades existentes relativas à temática do suicídio sempre é importante lembrar que ações no âmbito social, familiar, profissional devem se direcionar em favor da saúde mental dos indivíduos, procurando, através de atitudes acolhedoras, proporcionar atenção, interesse e preocupação, de modo a fomentar a manutenção de sentimentos de esperança e oferecer orientação criteriosa ao atuar como um canal de comunicação entre o indivíduo e seu entorno. Atitudes como essas, que venham a implementar ações em defesa de uma real qualidade de vida, são e continuarão sendo, certamente, de inestimável valor social.

Outro fator importante é a falta de preparação das equipes em lidar com os casos de suicídio. É de grande valia que tais profissionais se especializem, pois os possibilita a ter melhor compreensão sobre a temática, minimizando o preconceito e as dificuldades, acessadas pelo mesmo. Abrindo, assim, perspectivas para um melhor cuidado às pessoas que não veem sentido na própria vida.

O paciente, ao tentar contra a própria vida desestabiliza a equipe de saúde, na medida em que desafia o seu poder com seu ato, se tornando assim, na maioria das vezes um paciente indesejado no pronto socorro (CARVALHO, 2008). Diante do suicida, é comum o profissional fazer seu julgamento baseado em seus próprios valores, podendo reagir com: indiferença, impaciência, pena, paternalismo, ironia e até lições de ânimo ou de religiosidade. Dificilmente se observa uma escuta ao paciente, uma tentativa de saber dele sem julgamentos ou questionamentos sobre a causa do ato. Seja por deficiências na própria formação ou mesmo na

dificuldade em administrar o tempo na emergência, que tem que ser rápido e eficaz, a equipe de saúde nem sempre se sente preparada para atuar nos casos de tentativas de suicídio.

O suicídio provoca um impacto imensurável na família e na sociedade, suas consequências podem atingir um grande número de pessoas por longo tempo. Estima-se que o número de tentativas de suicídio seja 10 a 20 vezes superior ao número de mortes.

O suicídio mata, no mundo, o mesmo número de pessoas que as guerras e os acidentes automobilísticos combinados (CORRÊA; BARRERO, 2006). É, portanto, um grande problema de saúde pública, não só no mundo, mas também no Brasil, principalmente devido ao aumento das taxas de suicídio na população jovem (MELEIRO; TENG; WANG; 2004).

6. Considerações Finais

Conclui-se que o presente trabalho almejou apresentar o percentual de tentativas de suicídio principalmente no Brasil, que são, notadamente, maiores que os índices de suicídio. A falta de sistematização da assistência e notificação aos órgãos de vigilância epidemiológica contribuem para a escassez de estudos e projetos de assistência para tentar minimizar o problema. Estudos apontam que a maioria dos sujeitos que tentaram o suicídio não foram atendidos em serviço de saúde, devido à falta de acesso, de informação sobre aonde ir, como também ao preconceito dos profissionais de saúde acerca do ato.

Assim, concluímos que os serviços de saúde devem estar preparados para a assistência a esses eventos, que, além de se constituírem urgências e emergências que devem ser atendidas pela equipe médica, portam um componente psíquico importante que é anterior ao dano físico: o sofrimento psíquico.

A atitude de ambivalência – desejo de morrer e se manter vivo ao mesmo tempo – traduz a coexistência de ideias antagônicas em que o sujeito tenta morrer, mas também procura ser resgatado e salvo (BERTOLOTE, MELLO-SANTOS & BOTEGA, 2010).

Por fim, entende-se que o suicídio é um acontecimento complexo e multidimensional, com a presença de elementos biológicos, psicológicos conscientes e inconscientes, interpessoais, sociológicos, culturais e existenciais. Uma série de acontecimentos estão relacionados com o risco de suicídio, integrando a doença mental, o uso de álcool e drogas, bem como aspectos socioeconômicos.

Acontecimentos externos, tais como eventos traumáticos de perda, separação, luto, etc; podem desencadear o suicídio, porém não parece ser uma causa separada, significam uma crise

individual de difícil concepção. Quanto maior o conhecimento acerca do tema, maiores as chances de prevenção. Este trabalho propôs-se a trazer informações relevantes sobre esta complexidade que o assunto merece.

Referências bibliográficas

- BASTOS, R. L. **Suicídios, psicologia e vínculos: uma leitura psicossocial**. Psicologia USP, São Paulo, v. 20, n. 1, janeiro/março, p. 67-92, 2009.
- BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo, SP: Ed. Unesp, 2012.
- BERTOLETE, J. M. MELLO-SANTOS, C. BOTECA, N. J. **Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica**. Revista. Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v. 32, p. 87-95, 2010.
- BOTECA, N. J. **Comportamento suicida**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 209 p.
- BOTECA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 302 p.
- BOTECA, N. J. et al. **Prevenção do comportamento suicida**. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. 2006.
- BOTECA, N. J. MAURO M. L. F. CAIS, C. F. S. **Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida: Supre-Miss**. In: Organização Mundial da Saúde. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- CARVALHO, S. C. **O suicida subverte a ordem médica – quais os efeitos dessa subversão na relação médico-paciente?** 25º Congresso Mundial de Suicídio, Montevideo, Ur, 2008.
- CASSORLA, R. M. S. SMEKE, E. L. M. **Auto-destruição humana**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.10, supl.1, p. 61-73, 1994.
- CASSORLA, R. M. S. **Do suicídio: estudos brasileiros**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1998.
- CLARK, D. C. FAWCETT, J. **An empiracally based model of suicide risk assessment for patients with affective disorder**. In D. Jacobs (Ed.). Suicide and clinical practice (pp. 55-73). Washington: Merican Psychiatric Press, 1992.
- CORRÊA, H. BARRERO, S. P. **Suicídio uma morte evitável**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- CORREA, H. PEREZ, S. B. **O suicídio: definições e classificações**. In: Humberto Correa, Sérgio Perez. (Org.). Suicídio, uma morte evitável. São Paulo: Atheneu. 2006;30-6.
- HARRIS, E. C. BARRACLOUGH, B. **Suicide as an outcome for mental disorders**. A meta analysis. The British Journal of Psychiatry, 1997.

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

LOVISI, G. M. et al. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 31(suppl), 86–93, 2009.

MANN J. J. et al. **Suicide prevention strategies: a systematic review**. J Am Med Inform Assoc, 005

MANN, J. J. **A current perspective of suicide and attempted suicide**. Ann Intern Med, 2002.

MARCONI, M. de. A. LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Editora Atlas, 1992. 4a ed. p.43 e 44.

MARÍN-LEÓN, L. OLIVEIRA, H. B. e BOTEAGA, N. J. **Suicide in Brazil, 2004–2010: The importance of small counties**. Revista Panamericana de Salud Publica, 2012.

MELEIRO, A. TENG, C. T. WANG, Y. P. **Suicídio estudos fundamentais**. 1. ed. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MELLO-SANTOS, C. WANG, Y. P. BERTOLOTE, J. M. **Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide**. Rev Brasileira de Psiquiatria, 2005.

MINAYO, M. C. S. **Suicídio: violência auto-infligida**. In: **Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing Suicide: a resource for Primary Health**. CARE WORK.RS Genebra: OMS, 2000.

OWENS, D. HORROCKS, J. HOUSE, A. **Fatal and nonfatal repetition of self-harm. Systematic review**. British Journal of Psychiatry, 181, 193-199. Revista Científica da FMC - Vol. 10, nº2, Dez. 2015.

PERLS, F. **A abordagem gestáltica e testemunha ocular**. Rio de Janeiro: LTC (Original publicado em 1975), 1988.

QUINNET, P. **QPR Gatekeeper Enhanced Course Review**. Washington: The QPR Institute, 2008.

REYES, W. G. **La promocion de salud ante el suicídio**. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002.

SANTOS, A. B. B. **A primeira hora: as dificuldades e desafios dos profissionais de psicologia em tratar e compreender pacientes com ideação ou tentativa de suicídio**. Tese (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVA, M. M. **As representações sociais do suicidado na trama da comunicação**. Tese de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1997.

VÄRNIK, P. **Suicide in the world.** International Journal of Environmental Research and Public Health, 9, 760- 771, 2012.

WERLANG, B. G. BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida.** 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.