



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

MARIA ELESIANE DAMASIO CARDOSO CROSETTA

**TENTATIVA DE SUICÍDIO: DESEJO DE MORTE AMBIVALÊNCIA ENTRE VIVER
E MORRER**

CRICIÚMA, JULHO DE 2013

MARIA ELESIANE DAMASIO CARDOSO CROCETTA

**TENTATIVA DE SUICÍDIO: DESEJO DE MORTE AMBIVALÊNCIA ENTRE VIVER
E MORRER**

Monografia apresentada ao Setor de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Prof.^a Msc. Schirley dos Santos Garcia.

CRICIÚMA, JULHO DE 2013

Dedico este trabalho a todos aqueles que colaboraram para o meu desenvolvimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que na sua infinita bondade e misericórdia, está presente em todas as nossas realizações.

Em especial a minha família pelo apoio e colaboração. Ao meu esposo Evandro, meus filhos Marcos, Débora Maria e Daniella, tesouros que Deus me confiou, que compreenderam minhas ausências sem reclamar. Obrigada por terem me acompanhado nesta jornada.

Aos meus queridos pais, irmãos, sobrinho e sobrinhas, por toda alegria e aprendizado que eles têm me proporcionado.

À minha Orientadora Schirley pelo estímulo, compreensão e atenção que me concedeu durante a elaboração do trabalho.

As colegas da pós-graduação pelo companheirismo, incentivo e troca de experiências.

Por fim, agradeço a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho, tornando-se de forma indireta parte dele.

Muito Obrigada a todos!

“A questão não é saber se somos pró ou contra o suicídio, mas, o que significa ele na psiquê.”

James Hillman

RESUMO

A presente pesquisa apresenta como tema central “Tentativa de suicídio: desejo de morte ambivalência entre viver e morrer”, tendo como objetivo geral desta pesquisa, conhecer os motivos e fatores de risco envolvidos nas possíveis tentativas de suicídio e as consequências que levam uma pessoa a tirar a sua própria vida. Este estudo objetiva de maneira específica: verificar na literatura possíveis motivos e fatores de risco envolvidos na tentativa do suicídio; averiguar os métodos utilizados na tentativa do suicídio; Identificar o perfil e os locais onde mais ocorrem as tentativas de suicídio; verificar a existência de trabalhos preventivos em relação à tentativa de suicídio. Trata-se de uma pesquisa de natureza teórica bibliográfica, sendo uma revisão de literatura, pois foi desenvolvida a partir de materiais científicos anteriormente elaborados, como livros e artigos científicos, favorecendo assim o pesquisador a obter um maior conhecimento sobre o objeto de estudo. Com o desenvolvimento desse trabalho verificou-se que os instintos de vida e instintos de morte habitam lado a lado dentro de todo ser humano em momentos nos quais as pulsões de morte sobrepõem-se às pulsões de vida, a pessoa agrega o desejo de destruir a si próprio. Existem inúmeras possibilidades de uma pessoa buscar a própria morte, e essas podem ser decorrentes de vários fatores. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), relatam que o Brasil ocupa a 10ª posição em mortes por suicídio, e pressupõe-se que para 2020, mais de 1,5 milhão de pessoas morrerão por suicídio, poderá ocorrer uma morte por suicídio a cada vinte segundos e uma tentativa a cada um ou dois segundos, o que faz deste fenômeno uma questão de saúde pública. Constatou-se a concordância dos autores na maior parte dos dados, onde fica evidente que há um número maior de tentativas de suicídios por parte das mulheres enquanto que nos homens prevalece a maior taxa de suicídios. Torna-se evidente a urgência de ações na área da prevenção, delineando a redução dos números de tentativas e de suicídios consumados.

Palavras chaves: Suicídio. Tentativa de suicídio. Fatores de risco. Prevenção.

ABSTRACT

This research presents the topic "attempted suicide: death wish ambivalence between life and death", with the overall goal of this research, know the reasons and risk factors involved in possible suicide attempts and consequences that lead a person to take his own life. The present study aims in a specific way: check the possible reasons literature and risk factors involved in the suicide attempt; ascertain the methods used in suicide attempt; identify the profile and the places where most suicide attempts occur, check for preventive work in relation to the suicide attempt. This is a survey of theoretical literature, and literature review, it was developed from previously prepared materials science, such as books and scientific articles, thus favoring the researcher to gain greater knowledge about the object of study. With the development of this work it was found that the life instincts and death instincts dwell side by side within every human being at those moments in which death instincts override the life drives, one adds the desire to destroy the himself. There are countless possibilities for a person seeking his own death, and these may be due to several factors. Estimates from the World Health Organization (WHO), Brazil occupies the 10th position in deaths by suicide, and it is assumed that by 2020, more than 1.5 million people die by suicide, there may be a death by suicide every twenty seconds, and an attempt every one or two seconds, which makes this phenomenon a matter of public health. It was found by the authors in agreement most data, it is clear that where there are a large number of suicide attempts by women as compared to men the most prevalent suicide rate. It is evident the urgency of action in the area of prevention, outlining the reduction of the numbers of attempts and completed suicides.

Keywords: Suicide. Suicide attempt. Risk factors. Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana da Saúde

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1 HISTÓRICO DA MORTE.....	14
2.1.1 A morte no olhar das diferentes culturas.....	17
2.1.2 A morte na sociedade mesopotâmica.....	18
2.1.3 A morte no Egito antigo.....	18
2.1.4 A morte na antiga Grécia.....	19
2.1.5 A morte na visão ocidental.....	19
2.1.6 Morte e suicídio.....	21
3 SUICÍDIO UMA VISÃO GERAL.....	24
3.1 CONCEITOS DE SUICÍDIO.....	33
3.1.1 Suicídios no Brasil e sua prevalência.....	36
3.2 PERFIL.....	39
3.2.1 Sexo.....	39
3.2.2 Idade.....	40
3.2.3 Raça e religião.....	41
3.3 MÉTODOS.....	41
3.4 FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO.....	42
4 CONCLUSÃO.....	50
REFERÊNCIAS.....	54

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, a violência constitui o cenário da sociedade brasileira, num gradiente que pode ter início em um trauma por agressividade, alcançando a violência fatal. O avanço da prepotência em uma sociedade ocasiona implicações como a degradação da qualidade de vida e das condições de saúde e bem estar da população (CLAVES, 2002a, 2002b apud KELLER e WERLANG, 2005).

As causas externas compreendem uma soma de agravos à saúde, que pode ou não levar a morte, no qual se inserem as causas ditas acidentais e as causas intencionais. Em meio às causas intencionais, encontram-se o suicídio (BANDEIRA DE SÁ et al., 2007).

Atualmente o suicídio é compreendido como um transtorno multidimensional, resultando de uma influência mútua e complexa entre fatores ambientais, sociais, biológicos, psicológicos, fisiológicos e genéticos (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997 apud SARTOR, 2011).

Segundo Costa (2010), o suicídio é um ato humano complexo, reporta-se à morte que desencadeia uma série de consequências e complicações no ser humano. As dificuldades unem-se à incapacidade humana de representar psiquicamente a morte.

A morte, em nossa sociedade contemporânea ocidental, é um tema tabu a ser evitado ou negado. No entanto, é parte da vida e, apesar de todos os nossos esforços, ela se impõe. É parte de nossa condição e, pior, temos toda consciência disso. Ao vermos alguém morrer nos lembramos de nossa própria morte.

Quando nos deparamos com alguém que se mata a perplexidade é enorme. Por quê? A maior parte das pessoas luta tanto para viver! O que faz uma pessoa se matar? É possível prevenir o suicídio? (OPAS, 2006, p.07).

Classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma agressão auto imposta, o suicídio é um ato humano em que a pessoa é ao mesmo tempo sujeito e objeto desse fato complexo, que abrange o Inter jogo de inúmeras variantes do dia-a-dia e remete a pessoa a ideia culminante da agressão, ou seja, o assassinato de si mesmo (VIEIRA, 2009).

Na complexidade do mundo atual, pode-se compreender um acentuado número de casos que abrangem o suicídio. Os impactos de vida e impactos de

morte vivem lado a lado dentro de todo ser humano. Em períodos nos quais as pulsões de morte sobrepõem-se às pulsões de vida, o indivíduo conjuga o anseio de destruir a si próprio (ZIMERMAN, 2001 apud RODRIGUES et al.,2012).

Ainda, segundo o mesmo autor existem incontáveis possibilidades de um indivíduo buscar a morte para si próprio, e essas podem ser decorrentes dos mais variados fatores. Percebe-se que alguns transtornos psiquiátricos são fatores fundamentais, muitas vezes presente entre aqueles que apresentam o risco de destruir a própria vida, ignorando seu próprio impulso de vida (PRIETO & TAVARES, 2005 apud RODRIGUES et al., 2012).

Segundo Macente et al (2009,p.239), as tentativas de suicídio fazem parte do que genericamente vem se chamando

Comportamento suicida, podendo estas serem definidas como atos intencionais de autoagressão que não resultam em morte. As tentativas de suicídio também são chamadas de autoagressão ou parassuicídio, englobando este termo atitudes e comportamentos variados, que envolvem desde atos mais graves, para os quais são necessárias hospitalizações, mas sem resultar em morte, até autoagressões que não necessitam de atendimento médico, o que dificulta a realização de estudos que abordem tal questão.

De acordo com Seminotti, Paranhos & Thiers (2006), os riscos de suicídio são inúmeros desde o pensamento, a idealização até a tentativa, podendo manifestar-se de diversas formas, entretanto a sua avaliação é de extrema seriedade. Através desta, torna-se possível o auxílio preventivo ao indivíduo em tal contexto. É evidente que, nas situações em que há risco de suicídio, necessita-se do tratamento da ansiedade, muitas vezes com terapêuticas adequadas para a diminuição rápida dos sintomas da ansiedade e agitação (GOULD 2010, apud RODRIGUES et al., 2012).

O suicídio é, cada vez mais, um acontecimento social de evidência em todas as sociedades. Pode ser um manifesto, ou uma simples escolha que o indivíduo deseja praticar para interromper sua própria existência, destacando o pouco valor que a vida lhe tem; é uma maneira de livrar-se de seus problemas por meio de sua morte. Considerando que o indivíduo, neste momento, não permanece em seu equilíbrio biopsicossocial, o suicídio pode ainda não levar a morte, ou seja, o indivíduo pode tentar fazê-lo, permanecendo na tentativa, implicando atitudes e procedimentos dos mais variados e agressivos com a própria vida.

A atual pesquisa surgiu devido a curiosidade em conhecer os motivos e

fatores de risco envolvidos nas possíveis tentativas de suicídio e as consequências que levam uma pessoa a tirar a sua própria vida. Uma vez que, sabe-se que o índice de suicídio vem progredindo de maneira ameaçadora e muitos são os fatores que encontram-se envolvidos.

Refletir sobre a própria existência, optando entre a vida e a morte, consiste numa habilidade exclusivamente da espécie humana. “A humanidade, em si, só existiu e ainda existe pelo simples fato de nós humanos acharmos razões para nos mantermos aqui presentes”. No entanto, existem pessoas que resolvem acabar voluntariamente com a sua vida, antes de morrer por enfermidade, velhice ou violência (MINOIS, 1999, apud FALK, 2011, p. 01).

A partir desse contexto posiciona-se o objeto de investigação deste estudo que possui como problema de pesquisa o seguinte questionamento: Quais os motivos e fatores de risco envolvidos nas possíveis tentativas de suicídio?

Perante esta questão o presente estudo objetiva de maneira específica: verificar na literatura possíveis motivos e fatores de risco envolvidos na tentativa do suicídio; averiguar os métodos utilizados na tentativa do suicídio; Identificar o perfil e os locais onde mais ocorrem as tentativas de suicídio; verificar a existência de trabalhos preventivos em relação à tentativa de suicídio.

Gradativamente, homens e mulheres seguem pelo caminho da morte voluntária, e nem sempre compreende-se o motivo. Porque muitas vezes quem parece ter tudo para ser feliz, de repente decide cometer um ato tão trágico? É isto que nos assusta, e nos leva muitas vezes, a repensar sobre o verdadeiro valor que a vida tem para nós.

O suicídio vem sendo estudado há algum tempo, entretanto ainda é visto como um assunto complexo, difícil de ser esclarecido. Muitas vezes, as pessoas classificam o suicídio como um episódio de psicose ou como resultado de um conflito social. Também surgem explicações, avaliadas mais simples, unidas a um rompimento amoroso ou perda de emprego, entre outros. Porém, na verdade, é um tema confuso, sem uma verdade absoluta e que, muitas vezes, sua demanda pode ter início na infância do sujeito. Todos os indivíduos estão sujeitos a ter ideias ou até anseios de morte ao lidarem com situações desanimadoras, entretanto, até a realização de um ato suicida são envolvidas uma série de variantes que precisam ser consideradas (KOVÁCS, 1992).

O comportamento suicida, segundo Turecki (1999), é habitualmente coordenado em três diferentes categorias ou domínios: “ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio propriamente dito”. Ainda que poucas informações estejam disponíveis, estudos clínicos e epidemiológicos indicam a presença de um gradiente de seriedade e, ainda, de diversidade entre estas distintas categorias. Assim sendo,

Num dos extremos teríamos a ideação suicida, ou seja, os pensamentos, ideias e desejos de estar morto, e no outro, o suicídio completo ou propriamente dito, com as tentativas de suicídio entre estes. A presença de ideação suicida e, principalmente, de uma história positiva de tentativas de suicídio têm sido vistas como tendo um importante valor preditivo na avaliação do risco para suicídio (TURECKI, 1999, p.18).

Porém, uma maior quantidade de estudos, especialmente prospectivos, são imprescindíveis para melhor compreender a analogia entre estes distintos tipos de manifestações do comportamento suicida (TURECKI, 1999).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) de acordo com Souza (2011), o suicídio tem como definição “o ato humano de causar a cessação da própria vida, sendo uma das dez principais causas de morte em todo o mundo, chegando a ocupar a terceira posição entre os óbitos ocorridos na faixa etária de 15 a 35 anos”.

Embora o Brasil encontre-se classificado entre os países com baixas taxas de suicídio,

Por se tratar de um país populoso, está entre os dez países com maiores números de suicídio e, alguns Estados, apresentam taxas elevadas que poderiam ser classificados como de média a elevada a taxa de suicídio. Porém, é estimado que o número de tentativas de suicídio supere em até dez vezes o número de suicídios, entretanto, há maior dificuldade em computar tais dados por ser precário tais registros e não confiáveis, pois, muitas vezes, quando ocorre não é realizado nenhum registro de ocorrência ou quando este é feito normalmente o motivo é, alterado por causar constrangimento aos familiares e para aquele que tentou suicídio (BRASIL, 2006C, apud COELHO, 2007, p. 13).

As tentativas de suicídio e o procedimento suicida, segundo Souza (2011), podem ser considerados como ações intencionais de autodestruição que não resultam em morte, podendo abranger atos mais severos, os quais são imprescindíveis hospitalizações. Determinadas autoagressões podem, ainda, não precisar de atendimento médico, o que impede a realização de estudos a respeito

das tentativas de suicídio. Tais comentários comprovam que esse ato não possui uma causa ou razão especial, entretanto, decorrem de uma complicada interação de fatores, entre eles os “biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais”, sendo difícil justificar como a apresentação aos mesmos fatores de risco provocam condutas distintas dependendo dos indivíduos envolvidos.

Assim torna-se relevante cientificamente desenvolver tal pesquisa, com o propósito de compreender e analisar os possíveis motivos e fatores de risco e, conseqüentemente, o que leva uma pessoa a tomar esta atitude tão agressiva a si mesmo, que é o suicídio ou a sua tentativa, que expõe a abdicação da vida. Tal compreensão é de grande importância, pois nos permite situar o suicídio, esse fenômeno crescente e expressivo em nossa sociedade. No entanto este estudo focaliza a tentativa de suicídio, o que torna relevante a tentativa de expor o que a literatura considera a cerca desse comportamento tão agressivo e autodestrutivo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 HISTÓRICO DA MORTE

Para a existência humana, a morte é presença permanente e habitual durante toda a vida seguida por rituais. Desde o homem de Neanderthal já eram oferecidas sepulturas aos mortos. Portanto, ainda nos dias de hoje, a morte é concreta e necessária, diversos grupos, até os mais primitivos, normalmente não abandonam os seus mortos, uma vez que a crença na eternidade sucessivamente acompanhou o homem (MORIN, 1970 apud KOVÁCS, 1992).

Atualmente, para a maior parte das pessoas, a morte continua sendo uma figura ameaçadora, sombria e triste, uma vez que sua presença é levemente compreendida. As pessoas tendem a expulsá-la à periferia de suas vidas, acreditando que se ela for posta fora de suas vistas, também será de suas mentes. Hoje em dia, mais do que qualquer época da história da Humanidade, as pessoas gostariam se não de esquecer-la ou negá-la, ao menos dominá-la por meio dos progressos que as ciências biológicas alcançaram nos últimos séculos. Muitos indivíduos manifestam, ainda, a esperança de que com o progresso dos métodos de clonagem, “um dia em um futuro não muito distante, poderemos reviver através dessas mesmas técnicas que poderão nos fornecer um novo corpo e uma nova mente, nos tirando de um estado letárgico”, no qual não gostaríamos de ter ingressado. As pessoas recusam a morte de todas as formas imagináveis, ainda que envolvidas, obsessivamente, pelos seus segredos e mistérios. No entanto, a morte persiste em fazer parte do cotidiano das pessoas. Parece uma ironia da história da humanidade que quanto mais as pessoas buscam recusar a morte, mais ela se manifesta, como a nos provocar e a nos dizer, “como a esfinge tebana da mitologia grega: Decifra-me ou devoro-te”! (INCONTRI & SANTOS, 2007, p.13,14)

A morte faz parte da história dos seres humanos, independentemente de qual seja seu grupo social e de como interpretam o ato de morrer, já que a interpretação esta relacionada à tradição de um povo.

As pessoas temem diversos aspectos em relação à morte, em consequência

disso, Kastenbaum (1983 apud KOVÁCS, 1992) assegura que, a morte deve ser considerada sob duas concepções distintas, a primeira relacionada à morte do outro, “o medo do abandono, envolvendo a consciência da ausência e da separação”, Sendo difícil ver a sua aflição e separação, podendo ocasionar sentimentos de covardia e medo por não poder fazer nada; e a segunda concepção, se refere ao medo da própria morte, “a consciência da própria finitude, a fantasia de como será o fim e quando ocorrerá”, com o tempo a pessoa tem a consciência do próprio fim, e a ilusão do que vem após a morte.

Percebe-se que determinados medos são mais conscientes e evidentes, outros continuam mais encobertos.

Segundo Freud (1974 apud BATISTA & SCHRAMM, 2004), a morte é a permanente solidez da espécie humana, ainda que quase sempre reprimida, estabelecendo inerente característica do Homo sapiens sapiens, único existente que tem a consciência da sua própria finitude.

Sob uma perspectiva mais abrangente, seria diante da morte que o ser humano, tão ávido na busca de certezas, poderia amainar o seu desconforto e sua perplexidade diante de um real com possibilidades tão remotas de verdade (DETIENNE, 1988; SIQUEIRA-BATISTA, 2003, apud BATISTA & SCHRAMM, 2004, p. 23).

Enfim, “o êxito letal é a última e incontornável fronteira, geralmente pensada em relação ao outro e quase nunca em relação a si” (HEGEL, 1992, apud BATISTA & SCHRAMM, 2004).

Ainda, segundo o mesmo autor sem embargo, a morte está certamente longe de ser uma questão de simples abordagem e manejo, principalmente hoje em dia (ELIAS 2001, apud BATISTA & SCHRAMM, 2004).

Por vezes permaneceu proibida, nos mais diferentes ambientes e lugares, a polêmica da morte como tema de debate, tornando o assunto um simples tabu, em analogia ao qual se reconhece a esquiva como atitude preponderante. O desprezo ao assunto parece ter como um dos seus vínculos principais o sentimento de aflição, angústia e abandono perante a ideia de finitude e do desconhecido (SCHRAMM, 2002a, apud BATISTA & SCHRAMM, 2004).

No entanto, de acordo com o mesmo autor, para a proporção melancólica da perda, quase constantemente conectada ao declínio, é ainda partícipe desse

complicado contexto de rebeldia à imagem da morte. Esta, como acontecimento em si, não é a única dificuldade,

Não se pode perder de vista que a morte está geralmente relacionada, em muitas circunstâncias, ao sofrimento de uma doença grave ou mitigante – desfecho nefasto desse processo – ou à crueza de um acidente ou de outra causa violenta de fenecer, que ceifa a vida nos melhores dias (SIQUEIRA-BATISTA, 2001 apud BATISTA & SCHRAMM, 2004, p. 32).

Em ambas as ocasiões, a eliminação do bem maior da vida, tanto de forma desleal, quanto de maneira violenta, permite a adoção de uma atitude de reflexão, com análise de conceitos e paradigmas por aqueles que sofrem a iminência da morte (BATISTA & SCHRAMM, 2004).

De acordo com Kovács (1992), a resposta psicológica mais comum diante da morte é o medo, nesse sentido, o medo de morrer é absoluto e pode atingir todos os seres humanos, independente da idade, sexo, nível socioeconômico e crença religiosa.

Murphy (1959), em sua explanação sobre o livro de Feifel *the Meaning of Death* (1959 apud KOVÁCS, 1992), relaciona os vários aspectos do medo da morte, referente ao comportamento das pessoas diante da mesma. Para determinadas pessoas a morte intimida, uma vez que é vista como fim ou como dano de consciência semelhante ao cair no sono, desfalecer ou perder o controle. Em relação à morte pode compreender ainda o medo da solidão, do isolamento, da separação de quem se ama, o medo do incógnito, o medo do juízo final pelos atos cometidos durante a vida diante da concepção divina, o medo do que possa acontecer aos dependentes e o medo da cessação dos planos de não conseguir alcançar os objetivos mais importantes.

Para Meltzer (1984, apud KOVÁCS, 1992), a morte é vista como um inimigo que as pessoas buscam afastar durante toda a existência, ainda que não tenham consciência disso, desse modo é possível afirmar que em todas as culturas a morte é personificada, mesmo que de forma diferente, e são elaborados diferentes cerimoniais contra a sua intrusão. Esses rituais destinados aos mortos sempre foram vinculados ao medo de que os mortos pudessem voltar e aterrorizar os vivos. Diante de tal preocupação, existe também o medo do contágio, da decomposição e das doenças, desta forma, foram desenvolvidas técnicas de conservação dos corpos,

como o embalsamamento, no intuito de favorecer a passagem para outro plano, juntamente com as orações que, segundo as crenças, facilitam a superação dos obstáculos, bem como servem de orientação aos mortos em sua peregrinação. Nesse sentido, os rituais estão destinados a proteger tanto os vivos quanto os mortos.

Kübler-Ross (1998 apud COCENTINO & VIANA, 2011), defende que a morte é habitualmente considerada como um episódio horrível que causa pânico na sociedade, estabelecendo um medo compartilhado por todos. Assim, as pessoas parecem fugir da morte ou ainda desprezá-la, de maneira que a pessoa parece recusar a própria natureza de ser mortal.

O entendimento relacionado ao ato de morrer, segundo Gutierrez & Ciampone (2007), tem se transformado com o resultado do curso de transformação das sociedades, estando inteiramente ligado a prática de desenvolvimento dessa sociedade, bem como as suas especificidades, princípios e rituais. Cabe ressaltar que, “em relação à morte e ao processo de morrer”, cada sociedade tem seus oportunos “comportamentos, hábitos, crenças e atitudes”, que proporcionam as pessoas orientações de como precisam se comportar e o que precisam ou não fazer, considerando as diferentes culturas de cada região.

2.1.1 A morte no olhar das diferentes culturas

Em diferentes épocas e culturas esse fenômeno de oposição à compreensão da morte pode ser verificado de maneira que, habitualmente, a morte é afastada e repelida na sociedade. É possível esclarecer o referido fato, pela comprovação de que, no inconsciente, a morte é irrealizável para o próprio indivíduo. Ainda, constata que, “para o inconsciente humano, a finitude da vida é atribuída a algo maligno que está fora do alcance dos homens, é inconcebível morrer por motivo natural ou idade avançada” (KÜBLER-ROSS, 1998 apud COCENTINO & VIANA, 2011, p. 594).

2.1.2 A morte na sociedade mesopotâmica

Segundo Caputo (2008), a sociedade Mesopotâmica enterrava seus mortos com tamanha dedicação, amor que juntamente com o falecido eram colocados diversos pertences que marcavam a identidade subjetiva e familiar do mesmo (vestes, itens de uso pessoal e inclusive seu alimento preferido), assegurando deste modo que nada lhe faltaria na travessia do mundo da vida para o mundo da morte, inserido no subterrâneo terrestre. Este cerimonial objetivava a representação de morte que os mesopotâmios possuíam, que era a de passagem.

2.1.3 A morte no Egito antigo

Segundo Kastenbaum (1983, apud INCONTRI & SANTOS, 2007, p. 15), os egípcios da Antiguidade formaram um sistema bastante explícito e planejado:

Pirâmides, tumbas, múmias, objetos mortuários, escritos funerários e o Livro dos Mortos todos testemunham um otimismo fundamental perante a morte. A morte era uma questão central na cultura egípcia. Seu Livro dos Mortos, à semelhança de seu equivalente tibetano, traçava as linhas mestras de um amplo sistema mortuário, embora quase sempre sob a forma de prescrições para as práticas fúnebres. Esse sistema ensinava – ou pelo menos destinava-se a ensinar uma abordagem relativamente integrada que permitiria aos membros individuais pensar, sentir e agir em relação à morte de maneira considerada apropriada e eficiente.

Os egípcios pensavam que precisariam resguardar o corpo “para que os espíritos dos mortos pudessem habitá-los novamente no futuro” (KRAMER, 1988 apud INCONTRI & SANTOS, 2007).

Visivelmente, o fenômeno mais significativo em relação aos costumes dos egípcios, no que se refere à morte, é a ênfase na questão do juízo final. É um medo que se desenvolve relativamente à morte, ou melhor, o medo da pós-vida e que está integrado psicologicamente ao medo de punição e rejeição quando associado com a própria morte.

2.1.4 A morte na antiga Grécia

A cultura grega também nos deixou mandamentos sobre a preocupação com a morte por meio dos registros de “Esopo sobre Eros e Psique, Hipnos e Tanatos”, simbolizando, ao mesmo tempo, “o amor e a alma, o sono (uma espécie de morte) e a morte”. Além disso, os gregos imaginaram uma região além-túmulo, nomeada Hades, lugar onde abrigavam os mortos e que se conseguia chegar por meio de Caronte, o barqueiro designado de transportar a alma dos mortos ao seu destino. O barqueiro recebia pelos seus trabalhos e por isso entendemos a tradição de sepultar os mortos, naquela cultura, com uma moeda na boca (INCONTRI & SANTOS, 2007).

2.1.5 A morte na visão ocidental

É interessante salientar que a tradição ocidental tem as suas raízes na cultura grega, origem do pensamento ocidental, assim como na religião judaica e no cristianismo, crenças estas que influenciaram muito a cultura ocidental.

De acordo com Caputo (2008, p. 75), na Idade Média era plausível identificar transformações significativas em relação à morte e ao morrer em dois períodos: “na primeira Idade Média ou alta Idade Média (do século V até o XII) e na segunda Idade Média ou baixa Idade Média (do século XII até o XV)”.

Ainda segundo o mesmo autor

Na primeira Idade Média a morte era “domesticada”, “familiar”, ou seja, havia certa intimidade entre o morrer e o cotidiano da sociedade, a tal ponto que este ato era encarado como algo natural da vida. Era comum o moribundo, pressentindo a chegada de sua morte, realizar o ritual final, despedir-se e quando necessário reconciliar-se com a família e com os amigos, expunha suas últimas vontades e morria, na esperança do juízo final quando alcançaria o paraíso celeste. É por isso que nesta época a morte súbita, repentina era considerada vergonhosa e às vezes considerada castigo de Deus, pois a morte casual inviabilizava o processo do morrer (CAPUTO, 2008, p. 75 e 76).

Em seguida na segunda Idade Média surgiram transformações significativas nas reproduções da morte no Ocidente. A partir do século XII, ao invés da solidez,

passa a imperar a insegurança, visto que agora competia à Igreja católica intermediar a elevação da alma ao paraíso e o juízo final deixava de ser visto como algo que aconteceria nos “Tempos Finais e passa a ser visto como um evento que aconteceria imediatamente após a morte e resultaria na descida ao inferno (no sofrimento eterno) ou a ascensão aos céus (na alegria eterna)” e isso dependeria do procedimento do indivíduo moribundo antes da morte (CAPUTO, 2008, p.76).

A partir da Idade Média, esses costumes foram discretamente transformando-se. A existência individual passou a ser admirada e a morte deixou de ser a aceitação do Destino grupal, dando lugar à consciência individual, a consciência da morte de si mesmo.

Caminhando ao longo da história é possível compreender que

Diante do mesmo fenômeno natural morte, sociedades diferentes encontraram diferentes maneiras de tentar lidar com a experiência do morrer. Em muitas culturas, a morte é encarada como um dado natural da vida, em outras, o indivíduo doente mata-se por ter perdido laços de produção e convivência. Em sociedades do Ocidente a morte se constitui em um grande tabu, onde o importante é se perceber o mínimo possível de que a morte ocorreu (GUTZ, 2007, p. 17).

Maranhão (1986), assegura que a sociedade ocidental moderna tem instituído, por meio de formas culturais, a diminuição da morte e tudo o que encontra-se ligado a ela na intenção de negar a existência da mesma. Outro indício para o impedimento da morte na atualidade acontece em função da contrastação que a mesma ocasiona numa sociedade cada vez mais tecnológica e completamente voltada para a produção e para a evolução (MARANHÃO, 1986; COE, 2005; VILAR, 2000 apud CAPUTO, 2008).

Segundo Combinato & Queiros (2006), para a humanidade ocidental atual, a morte passou a significar sinônimo de fracasso, incapacidade, vergonha e humilhação. As pessoas tentavam vencê-la a qualquer preço e, quando tal resultado não era alcançado, a morte era ocultada e recusada.

Na cultura ocidental, a morte torna-se cada vez mais ocultada, uma vez que é considerada um momento de vulnerabilidade e vergonha, deste modo, deve acontecer com discrição para não importunar ninguém. Como consequência, a maioria das pessoas, ao ser indagada a cerca da morte, idealizam uma boa morte, em geral, morrer dormindo, desta maneira não sentirão a morte e não importunarão

ninguém (GUTIERREZ & CIAMPONE, 2007).

Entre as diferentes mortes que podem acontecer, existe aquela que proporciona uma característica específica de ser realizada pela própria pessoa, ser resultado de uma ação cujo próprio indivíduo é o autor, o suicídio.

2.1.6 Morte e suicídio

A MORTE, permanente companheira da VIDA, não pode ser experimentada a não ser como “fantasia”, tanto como no “sentido comum do termo quanto na psicanalítica”, no nível do inconsciente (CASSORLA, 1991).

“Não é possível refletir-se sobre a vida sem esbarrar no pensar sobre a morte” (GUTZ, 2007, p.17).

Porém, a agressão mais intensa e violenta de acordo com Cassorla (1991, p. 35), ocorre nos estados psicóticos, quando a ambiguidade é absoluta e o próprio Self permanece agredido por esse tipo de ambiguidade bem primária.

Projeta-se, então, violenta e maciçamente, a indiscriminação, ou seja, a parte psicótica da personalidade e, dependendo do projetado, da sua qualidade e intensidade das fantasias interligadas a esse processo, recorre-se aos mais variados tipos de agressão, em que a mais significativa e doente é a autoaniquilação, que é o suicídio, que pode acompanhar-se das fantasias inconscientes mais absurdas (primárias), com predomínio das emoções mais destrutivas, que são ligadas à inveja.

Para Ferreira (2008), o ser humano, quando incluído nas diferentes sociedades, apresenta-se toda a complexidade que o individualiza e que está na sua essência. A família, como conjunto principal que é para cada pessoa e para a sociedade, quando afrontada com a morte, reage de consenso com as suas especificidades. Ainda quando o afronto é com as diversas ocasiões que podem conduzir uma pessoa a resistir pelo direito a morrer, essas especificidades não enfraquecem.

Ainda, conforme o mesmo autor, na sociedade o suicídio é tratado como uma real proibição. É algo que as famílias escolhem desprezar e que quem já tentou, quase sempre, oculta dos outros:

“As atitudes em relação ao suicídio estão estreitamente relacionadas com ideologias de morte. Isto explica as similaridades e diferenças entre as reações de diversas sociedades perante o suicídio. (...) A sociedade também considera o suicídio permissível em certas condições” (STENGEL, 1980, apud FERREIRA, 2008, p.07).

Para Ferreira (2008), necessita-se levar em conta o fato de o indivíduo determinar a hora da sua própria morte, significa um ato de revolta, não somente contra as compreensões que a sociedade tem como mais queridas para si, como é provocar a própria vontade do criador e da religião.

Segundo Cassorla (1991, p. 35), “o suicida é um invejoso da capacidade de vida não só dos outros, mas também de partes de seus próprios objetos internos que procuram o prazer de viver”.

Suicídio é um ato que causa repercussões relevantes em todos os assuntos, desde o familiar até o extenso contexto social, compreendendo os profissionais de saúde. O suicídio retrata uma condição na qual a pessoa resolve dar fim a própria vida, tentando deste modo, livrar-se de um estado de dor psíquica intolerável. Os índices referentes ao suicídio têm expandido espantosamente (COSTA, 2010).

As reações à morte voluntária modificam, “de cultura para cultura e de religião para religião”. É um ato que diversifica entre ser vista como um caminho de libertação ou como um erro gravíssimo (FERREIRA, 2008).

Com eficácia, “[...] o tabu imposto ao falar da morte repercute sobre suicida” (GUTZ, 2007, p.17).

A maior parte das literaturas com relação ao suicídio busca definir a compreensão do mesmo, coordenar os tipos e reconhecer as causas desencadeantes do ato, no qual os elementos de estudos são os mais variáveis.

O suicídio é um fenômeno que atinge a todos indistintamente, e se a configuração de uma dada sociedade enfatiza determinados tipos de ocorrência, isto não implica que eliminadas tais determinantes acabaremos com o suicídio como ocorrência social. Alguns teóricos afirmam que o suicídio é uma epidemia contagiosa que se alastra no seio da sociedade quando divulgado. O suicídio é uma temática que não pode ser confinada a tais asserções com o risco de se incorrer em erro (CAMOM, 1997, apud GUTZ, 2007, p.17 e 18).

A compreensão em relação ao suicídio modifica-se ao longo da existência, ainda que se comprove um processo remoto de perseguição e tentativa de proibição por parte da sociedade. No período histórico o suicídio foi reprimido severamente

(DIAS, 1991) e apenas “a partir dos séculos XVI e XVII, com a Revolução Francesa, foi que a sociedade e a igreja tornaram-se mais tolerantes com o suicídio”. Atualmente, a ideia de que, em certas situações, o suicídio é uma escolha legítima, tem atravessado as discussões a respeito da morte e do direito de morrer. O suicídio seria assim imaginado, como prática lógica de um direito individual (BOTEGA et al, 2000, apud GUTZ, 2007, p.18).

Segundo Kovács (1992), uma das propriedades habitualmente associada à morte é a sua característica de reversibilidade, presente na ilusão de muitos adultos. Em muitas tentativas de suicídio existe a ilusão de “se morrer só um pouco” para que a outra pessoa possa sentir a falta, ou que se sinta responsável.

Em publicação mais atual, um filósofo francês, resguardando a ideia do direito de morrer certifica que “o suicida não morre mais do que os outros, e não mais cedo do que muitos. Morre de modo diferente, por certo, já que morre voluntariamente” (SPONVILLE, 1997 apud GUTZ, 2007, p. 18).

Este é um fenômeno exclusivamente infligido à espécie humana. Até aonde se conhece, somente o ser humano poderá desejar este tipo de morte, matar-se a si próprio. Independentemente de alguns animais agirem de uma maneira desafiando a morte, não há evidências que tal esteja associado com uma intenção própria de morrer que lhes esteja pertinente.

3 SUICÍDIO: UMA VISÃO GERAL

Atualmente o suicídio pode ser compreendido como um episódio que surge em consequência de uma série de fatores acumulados durante a vida do indivíduo, não existindo uma única causa para que aconteça, podendo estar relacionados desde fatores constitucionais até fatores ambientais, culturais, biológicos e psicológicos.

Para Rodrigues et al., (2012), o suicídio é algo que vem atormentando a sociedade há muito tempo. A palavra "suicídio" é reconhecida desde o século XVI (BOTEGA 2006). Freud, em seus registros em 1901, explicou que os prejuízos provocados em si mesmo, de maneira aleatória, são indicativas a sintomas patológicos nos casos mais graves de psiconeuroses e, deste modo, não pode-se banir o suicídio como um possível desfecho do conflito psíquico (BOTEGA, 2006, FREUD, 2006 apud RODRIGUES e t al., 2012).

A palavra suicídio vem da expressão latina "sui caedere", sendo utilizada pela primeira vez por Desfontaines, que significa "matar-se", é uma ação que consiste em pôr fim propositalmente à própria existência. "Etimologicamente (sui = si mesmo; caedes = ação de matar) significa uma morte intencional auto-inflingida" (ABC DA SAÚDE, 2005, apud SHIKIDA, GAZZI & ARAUJO, 2006). Vários autores, estudiosos e filósofos formularam definições sobre o suicídio:

"Sêneca o define como" "um ato de heroísmo", Goethe como "um ato próprio da natureza humana e, [que] em cada época, precisa ser repensado.", Kent como "a destruição arbitrária e premeditada que o homem faz da sua natureza animal.", Rousseau como "uma violação ao dever de ser útil ao próprio homem e aos outros.", Nietzsche como "admitir a morte no tempo certo e com liberdade.", Sartre como "uma fuga ou um fracasso.", Shopenhauer como "positivação máxima da vontade humana" (SILVA, 1992 apud SHIKIDA, GAZZI & ARAUJO, 2006 p. 04).

O suicídio tem sido narrado desde os primórdios da evolução da humanidade. É provável localizar algumas anotações dele na Bíblia (exemplo, "suicídio de Sansão, Abimelec, Rei Saul, Eleazar e Judas"). Sua ação esteve ora condenado e ora suportado, dependendo do grupo social e época em que encontrava inserido (SILVA, 1992 apud SHIKIDA; GAZZI & ARAUJO, 2006).

Foi o grande sociólogo Émile Durkheim quem dedicou um estudo mais

aprofundado ao fenômeno do suicídio, na obra “O Suicídio – Estudo Sociológico”, sendo a primeira publicação no ano de 1897. Para Durkheim, a interpretação está na integração entre o homem e o grupo social onde encontra-se inserido, do qual apresentará uma certa disposição coletiva para o suicídio. Quanto mais intensa for a relação do indivíduo na sociedade, menor a perspectiva do mesmo se suicidar e vice-versa (FERREIRA, 2008).

Diante deste contexto, Durkheim (1980), considera três definições para o suicídio de acordo com os diferentes transtornos na relação Homem-Sociedade,

→ Suicídio Altruísta – diz respeito às sociedades que praticam um nível de integração do indivíduo em demasia, pelo que justifica o sacrifício pelo grupo ou por um bem maior.

→ Suicídio Anômico – diz respeito às sociedades em que impera a anomia, o que não permite que se assegure a satisfação das necessidades mais elementares do indivíduo, pelo que o suicídio se torna mais frequente.

→ Suicídio Egoísta – é o efeito do desleixo do indivíduo em relação à Sociedade, o que o deixa mais vulnerável à inclinação coletiva para o suicídio. Caracteriza-se pelo aumento exponencial do individualismo (DURKHEIM 1980, apud FERREIRA, 2008, p. 09).

De acordo com este contexto Durkheim aponta que cada sociedade, em cada momento de sua história, tem uma habilidade definida para o suicídio.

A teoria de Durkheim foi centro de intensas críticas, apontada especialmente por não se basear em informações completamente autênticas. Sendo que, um dos maiores críticos John Douglas, buscou suporte em psiquiatras e psicanalistas para estudar melhor o suicídio (FERREIRA, 2008).

Segundo Ferreira (2008), Freud entendeu o instinto para a autodestruição humana de duas maneiras distintas. Em 1905, elabora a teoria “de que esta é como o ataque contra uma pessoa amada com a qual o indivíduo se identificou”. Visto que não pode tocar o objeto verdadeiro (a pessoa em questão), a hostilidade do homem lança-se contra ele próprio. Por volta de 1920, Freud impressiona com uma nova teoria, a qual é extremamente criticada e contrariada. Este autor certifica que permanece no indivíduo dois instintos antagonistas desde o princípio da vida: “o Instinto de Morte ou Destrudo que se opõe ao Instinto de Vida e de Reprodução ou Libido”, e que ambos poderiam sobrepor-se um ao outro, dependendo das condições a que o indivíduo está exposto na sociedade. Deste modo, muitos dos aspectos do procedimento humano seriam explicados com fundamento na influência maior de um dos instintos sobre o indivíduo (FERREIRA, 2008).

Com o passar do tempo e o desenvolvimento da sociedade aconteceram grandes mudanças, no dia-a-dia e na vida das famílias e do indivíduo. Tais mudanças acarretaram muitas inovações, benefícios e oportunidades, de tal modo como também muitos novos deveres e obrigações. E lidar com essas condições tornou-se extremamente complicado e difícil, especialmente para os adolescentes, que, muitas vezes, não suportando a angústia o sofrimento psíquico, seguem pelo caminho da morte para "fugir" dos desafios da vida (ANGERAMI-CAMON, 2004, apud RODRIGUES et al., 2012).

O mesmo comenta que viver em sociedade é uma necessidade do ser humano, mas muitas vezes esta o "adoece" e o "mata". A interferência da sociedade moderna é ativa, gerando uma importante pressão no indivíduo, mediante cobranças acentuadas, modelos socioeconômicos definidos e decisões a que todos devem se encaixar o que, para muitos, torna-se insuportável.

De acordo com Durkheim (2011, p. 463), a forma de suicídio atualmente mais divulgada e que mais colabora para acrescentar o número anual de mortes voluntárias é o suicídio egoísta, o que o caracteriza como:

Um estado de depressão e de apatia produzido por uma individualização exagerada. O indivíduo já não tem apego à existência, porque não tem mais bastante apego ao único intermediário que o liga a realidade, isto é, a sociedade.

Possuindo um sentimento muito intenso de si mesmo e de seu próprio valor, quer ser ele mesmo seu próprio término e, como tal propósito não lhe pode bastar, arrasta, mergulhado em desânimo e tristeza, uma vida que lhe parece então necessitada de atenção (DURKHEIM, 2011).

De acordo com o entendimento habitual, o suicídio é considerado antes de tudo como um ato de desespero motivado pelas dificuldades da vida, esse sentimento têm em seu favor todas as possibilidades. A sociedade desempenha um papel fundamental na formação do indivíduo. Fatores sociais, como a família, os amigos, a escola, os grupos de que participa, e a sociedade, influenciam categoricamente na realização de um episódio suicida, em tal grau para que esse aconteça quanto para evitá-lo.

Convém evidenciar ainda, que indivíduos com baixos escores de autoestima e vulnerabilidade à frustração são mais propensos, possuindo extenso risco de

suicídio (QUEVEDO, SCHMIDT & KAPCZINSKI, 2008, apud RODRIGUES et al., 2012).

[...] a pessoa que se mata não quer necessariamente morrer, pois não sabe o que seja isso. A pessoa se mata porque deseja uma outra forma de vida, fantasiada, na terra ou em outro mundo, mas na verdade, essa outra forma de vida está em sua mente (CASSORLA, 1984, p.10).

Na maioria das vezes as respostas finais, as quais podem induzir ao suicídio, significam apenas uma gota d'água, desencadeado de uma longa história de vida, repleta de emoções, vivências, tensões, confusões e conflitos que, em regra, são advindos da infância.

De acordo com Cassorla (1991, p. 20), não existe uma única causa para o suicídio,

Trata-se de um evento que ocorre como culminância de uma série de fatores que vão se acumulando na bibliografia do indivíduo, em que entram em jogo desde fatores constitucionais até fatores ambientais, culturais, biológicos, psicológicos etc. O que se chama "causa" é, geralmente, o elo final dessa cadeia.

Segundo Viana et al., (2008, p. 39) o suicídio é consequência de modificação, tanto no teor do pensamento quanto no comportamento do paciente. "É a maneira encontrada para o alívio do sofrimento, do sentimento de desesperança, do desamparo, dos conflitos pessoais ou interpessoais e do estresse", ou seja, o suicídio está relacionado com as necessidades fracassadas ou não realizadas.

O suicídio configura a tentativa de solução de um problema ou conflito que está ocasionando profundo sofrimento, associado a necessidades não realizadas, sensação de desesperança e abandono, divergências entre a sobrevivência e estresse intolerável, diminuição das alternativas e procura pela fuga, em que o suicida manifesta sinais de sofrimento (KAPLAN et al., 2002 apud BANDEIRA DE SÁ, 2010).

O suicídio não é, conseqüentemente, um ato imprevisto ou sem propósito, ao contrário, trata-se da solução de uma dificuldade ou conflito que está provocando acentuado sofrimento, estando agregado a necessidades não correspondidas, sentimentos de desânimo e abandono, divergências entre a sobrevivência e um

estresse desagradável, um estreitamento das possibilidades percebidas e uma precisão de fuga, onde o paciente suicida manifesta sinais de sofrimento (PARENTE et al., 2007).

Para Kaplan et al (2002 apud MACHADO, 2011, p.09), o suicídio representa a tentativa de resolução de um problema ou conflito , que produz intenso sofrimento, integrado a não satisfação de necessidade, a sentimentos de desesperança e abandono, “a conflitos entre a sobrevivência e estresse insuportável, a falta de alternativas e busca pela fuga. É uma situação em que se percebem sinais de angústia no suicida”.

Para Zimerman (2001 apud RODRIGUES, 2012, p. 54), “os impulsos de vida e impulsos de morte habitam lado a lado dentro de todo ser humano”. Em momentos nos quais “as pulsões de morte sobrepõem-se às pulsões de vida”, a pessoa conjuga o desejo de destruir a si próprio.

Existem inúmeras probabilidades de um indivíduo buscar a própria morte, e essas podem ser decorrentes de vários fatores. Prieto & Tavares (2005), observam que determinados transtornos psiquiátricos são fatores fundamentais, muitas vezes presente em meio aqueles que possuem o risco de extinguir a própria vida, ignorando seu próprio impulso de vida (ZIMERMAN, 2001 PRIETO & TAVARES, 2005 apud RODRIGUES, 2012).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS),

Em 2000 aproximadamente um milhão de pessoas morreram no mundo por suicídio, sendo a taxa global de 16 por 100 mil habitantes, o que representa uma morte a cada 40 segundos, agravo esse presente em países desenvolvidos e emergentes (OMS, 2000 apud MACHADO, 2011).

Com isso, podemos compreender a responsabilidade que precisamos ter ao buscar entender o suicídio, pois este não provem, exclusivamente, de uma causa, não tem só um fundamento, ele só pode ser entendido a partir da história de vida do indivíduo, da dinâmica das suas relações, da maneira como ele se incorpora no mundo, do indivíduo como um todo.

Pacientes com precedentes tentativas de suicídio ou ideações suicidas apresentam maior tendência para sua concretização, do que pacientes que nunca apresentaram tais “sinais e/ou sintomas”, conseqüentemente, a tentativa é um indício que deve ser analisado. Dois terços dos pacientes que praticaram suicídio

procuraram assistência médica até um mês anteriormente ao ato, ou ficaram hospitalizados neste intervalo de tempo. As comorbidades psiquiátricas estão frequentes na maior parte dos pacientes que provocam ou concluíram o suicídio, deixando somente 3% a 5% dos acontecimentos sem diagnóstico (VIANA et al., 2008).

Macedo & Werlang (2007), mencionam a teoria da tentativa de suicídio qualificando-o um ato-dor com a expressão “O Traumático Via Ato-Dor”, demonstrando a atitude de violência gerada pela dor psíquica, o que representa que experiências traumáticas no transcorrer da vida das pessoas podem ser eventos desencadeantes para tentativa de suicídio.

Logo, tentativa de suicídio é uma ação decorrente da dor intensa que explode no psiquismo apresentando como única saída o ato de buscar a própria morte.

O comportamento suicida segundo Cordeiro & Baldaçara (2007, p. 65), pode ser determinado como “um ato pelo qual o indivíduo se agride, independentemente do quão letal deseja que seja ou que haja um reconhecimento genuíno de sua atitude”. Essa descrição ajuda a conceituar o comportamento suicida “em um continuum, que vai desde pensamentos autodestrutivos, distendendo-se para ameaças, gestos, atitudes e por fim o suicídio”.

De acordo com Bertolote, Mello- Santos & Botega (2010), comportamento suicida é um procedimento que envolve um conjunto de fatos ligados ao suicídio, dos quais os mais relevantes são “o suicídio propriamente dito (óbito) e a tentativa de suicídio”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio é um óbito que resulta de uma ação ou omissão iniciada com a intenção de causar a morte e com a expectativa desse desfecho (BERTOLOTE, SANTOS e BOTEAGA, 2010, p. 587).

A tentativa de suicídio para Bertolote; Mello- Santos & Botega (2010, p. 588), apresentam as mesmas propriedades fenomenológicas do suicídio, “diferindo deste apenas quanto ao desfecho, que não é fatal, neste sentido, devesse diferenciá-la de outros comportamentos autodestrutivos, nos quais não existe uma intenção de pôr fim à vida”, ainda que elementos externos possam ser habituais a ambos.

Segundo Kovács (2002), tentativa de suicídio são atos determinados de autoagressão posto que o indivíduo apresenta uma intenção destrutiva e uma

consciência vaga do risco de morte.

É importante ressaltar que, a pessoa que tenta o suicídio anseia dois acontecimentos ao mesmo tempo, “viver e morrer, o que é ambivalente, pois se trata de dois desejos contraditórios que existem ao mesmo tempo”. Muitas ocasiões os indivíduos que provocam suicídio podem dar a impressão de que desejavam mesmo morrer, mas ao mesmo tempo, já haviam refletido na probabilidade de serem localizadas e de receberem socorro (RESMINI, 2004, apud COELHO, 2007).

Numa tentativa de suicídio temos sempre a combinação, em proporções variadas, de duas tendências: o desejo de autodestruição e o desejo de fazer com que as outras pessoas manifestem amor e compaixão e que procedam de acordo com esses sentimentos (STENGEL, 1980, RESMINI, 2004, apud COELHO, 2007, p. 22).

Para Viana et al., (2008), a ideação suicida é “caracterizada por perda da vontade de viver, desejo de estar morto ou acabar com a própria vida e autodestruição”. Essas imaginações (ideações suicidas) proporcionarão risco de suicídio alterável, variando de baixo a alto risco, que é estabelecido pelo resultado e pela proporção desses fatores.

Muitas vezes, o que as pessoas suicidas pretendem é amenizar uma situação que para as mesmas encontram-se insuportável, não vêem mais possibilidades de alcançar essa mudança e encontram na tentativa de suicídio uma chance de falarem que estão com problemas, dificuldades e necessitam de atenção, mas não essencialmente que desejam morrer (RESMINI, 2004, apud COELHO, 2007).

Em relação à tentativa de suicídio, Cassorla (1991), coloca que o indivíduo tenta fugir do sofrimento gerado por situação de dor no percurso de sua vida, e que isso não implica querer morrer, e sim uma questão de não suportar viver, ou seja, não tolerar dor, tristeza e sofrimento.

Werlang, Macedo & Kruger (2004 apud BOTEGA et al., 2006, p.214), destacam que:

O comportamento suicida contempla, independente do ponto de vista pelo qual é analisado, uma dimensão central relacionada ao sofrimento. Pode-se pensar no sofrimento que leva o indivíduo ao ato suicida, no sofrimento resultante do enfrentamento familiar frente ao suicídio de um de seus membros, assim como nas consequências sociais que tal ato provoca.

Nessa mesma trajetória, o Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde

publicado pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) chama a atenção para o episódio de que cada sujeito que tenta realmente se suicidar “deixa atrás de si muitas outras – familiares e amigos – cujas vidas resultam profundamente afetadas desde o ponto de vista emocional, social e econômico” (DE LEO, BERTOLOTE & LESTER, 2003 apud BOTEGA et al., 2006, p. 214).

Kovács (2002) esclarece que “na tentativa de suicídio o sujeito é movido por uma hierarquia com ideias e planos”. Para Cassorla (1991) “é a fuga do sofrimento provocada por situação de dor”. Entretanto, em Resmini (2004) “é um processo em que ocorre a ambivalência, ou seja, o sujeito não quer morrer e nem viver, mas ambas as coisas ao mesmo tempo” (KOVÁCS, 2002, CASSORLA, 1991, RESMINI, 2004, apud GUIDONI, 2009, p. 62).

Comportamento suicida compreende, eventual ou frequentemente, ideias, planos, desejos e manifestações da intenção de querer morrer, idealização de como, quando e onde fazer isso, além da imaginação de como o suicídio irá abalar os outros, muitas vezes, como saída para algo insuportável e impossível. Estabelece deste modo, uma disposição autodestrutiva que se apresenta em um gradiente de seriedade que pode alterar da ideação ao suicídio.

Segundo Bernardes et al.,(2010, p.1366),

Acredita-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em, pelo menos, dez vezes, porém os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio.

De acordo com o mesmo autor a OMS define tentativa de suicídio como:

Um ato de consequências não fatais no qual o indivíduo inicia deliberadamente um comportamento que lhe causará dano, se não houver intervenção de outrem, ou, deliberadamente, ingere uma substância em excesso face à habitual prescrição ou uso terapêutico reconhecido, a fim de provocar alterações desejadas por ele mesmo, a partir de consequências reais ou esperadas. Em uma análise de vinte publicações de diferentes países sobre o assunto, Welch constatou que as taxas de tentativas de suicídio variam de 2,6 a 542 por 100 mil habitantes, sendo o grupo de risco constituído de indivíduos jovens, principalmente do sexo feminino (BERNARDES et al., 2010, p.1366, 1367).

Vansan (1999) desempenhou um estudo em relação a tentativas de suicídio e suicídio consumado na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, no início da década de 90, concluindo que,

Nas tentativas de suicídio, as mulheres apresentam uma frequência duas vezes mais elevada em relação aos homens, e, nos suicídios consumados, a frequência é de 2,8 homens para uma mulher (BERNARDES et al., 2010 p. 1367).

A tentativa de suicídio compreende aspectos sociais, visto que não é um ato individual. Existe por parte dos suicidas um intercâmbio social junto ao meio onde estes convivem (SILVA et al., 2003 apud SILVA, 2006).

Dias (1991) e Kovács (1992), especificam a tentativa de suicídio como um ato determinado de autoagressão com intenção de pôr fim à sua vida, elucidando que o indivíduo não tem certeza da sobrevivência, demonstrando uma consciência confusa do perigo de morte e ambivalência entre o desejo de morrer e viver.

A maioria das pessoas sob risco de suicídio manifesta três características fundamentais: ambivalência, impulsividade e rigidez do pensamento. A ambivalência se refere ao desejo de morrer e, ao mesmo tempo, de se manter vivo. Há uma coexistência de atitudes e ideias antagônicas, sendo que muitas vezes a pessoa deseja morrer, mas também, ser resgatado e salvo (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS & BOTEGA, 2010).

Não se menospreza que existe uma coexistência de vontades e condutas opostas que capturam a perplexidade do indivíduo frente à vida. Ele deseja morrer e, ao mesmo tempo, deseja ser resgatado ou amparado. Ações estereotipadas de tomar psicotrópicos e ligar imediatamente para pessoas conhecidas, amigos, pedindo socorro manifestam ambas as faces do ato. A maior parte dos pacientes suicidas é ambivalente, associa uma luta interna entre o desejo de viver e o desejo de morrer. Em considerável dimensão das situações de tentativa de suicídio a intenção suicida é baixa. Somente um quarto das pessoas confirma que deseja a morte; os demais relatam que pretendem apenas dormir, fugir dos problemas (BERTOLOTE, MELLO- SANTOS & BOTEGA, 2010).

O predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é um fator que possibilita a prevenção do suicídio, visto que se for oferecido apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio pode diminuir (BRASIL, 2006).

Ainda que isso possa não ser conscientemente percebido, indica que o suicida quer ao mesmo tempo viver e morrer, essa ambivalência do ato suicida reflete o caráter de manifestação do sofrimento psíquico, ou um pedido de ajuda, apresentando muitas vezes, fantasias de encontrar uma nova vida.

As tentativas de suicídio representam uma classe de fenômeno diferente do suicídio onde o paciente comunica o seu sofrimento psíquico para ser socorrido. Esses eventos podem evoluir para suicídio dependendo de circunstâncias relacionadas com a letalidade do método escolhido e o acesso a serviços de emergência. Nem todos os sobreviventes a um ato suicida pretendem viver, da mesma forma que nem todas as mortes ocorridas foram desejadas. Esse quadro de ambivalência é descrito na literatura.

Quando enfrentamos o suicídio e as tentativas como uma questão de saúde pública, estamos oferecendo visibilidade a um problema que fica restrito às famílias, aos amigos, e aos profissionais de saúde, e oferecemos uma oportunidade de ajudar a solucioná-lo e amenizar o sofrimento de todos os envolvidos.

3.1 CONCEITOS DE SUICÍDIO

Existem, atualmente, os mais variados conceitos a respeito do tema “suicídio”. Vários filósofos e estudiosos, ao longo dos anos, estabeleceram definições específicas deste termo.

O suicídio como acontecimento “complexo, atrai a atenção e o estudo das diversas áreas científicas, tais como a filosofia, a teologia, a biologia, a psicologia, a sociologia, entre outros” (PARENTE et al., 2007).

No entanto, independente da ciência que o estuda, na concepção de Durkheim (2011, p. 14), chama-se suicídio “todo caso de morte que resulta, direta ou indiretamente, de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado”.

O suicídio é definido como o ato intencional de eliminar a própria vida, iniciado e conduzido ao fim, por um indivíduo com experiência ou expectativa de consequência fatal. Configura-se como um ato consciente de autodestruição que abrange a tríade: vontade de morrer, de ser morto e de matar (VIEIRA, 2009).

Para Saraiva (2006, apud COSTA, 2011, p. 11), “o suicídio nunca tem uma causa isolada, o risco de suicídio é muito elevado quando as pessoas perdem a esperança e essa perda é persistente ao longo do tempo”.

O suicídio é a morte propositada auto-infligida, provocada por um ato voluntário. Estabelece-se suicídio como o ato pelo qual alguém coloca intencionalmente fim à própria vida. É um ato unicamente humano e encontra-se presente em todas as culturas (SCHIMITT; CHACHAMOVICH; KAPCZINSKI, 2001, apud SARTOR, 2011).

Para Quevedo (2008, p. 07), o suicídio é um procedimento humano muito complicado, com múltiplas causas “incluindo biológicas e componentes psicossociais, e é bem reconhecida que entre seus fatores de risco o maior é a presença de transtorno mental”.

Conforme Angerami (1986, apud SARTOR, 2011), o suicídio pode ser classificado como fruto de uma natureza, psicológica e social, ou seja, o suicídio é resultante de uma inferência e não somente a decorrência de uma livre determinação, o subjetivo. Deste modo, não seria adequado afirmar que o ato suicida é decorrência da livre e espontânea vontade do indivíduo, uma vez que depende de muitos fatores internos e externos. Descrições teóricas se alternam, se complementam, se contestam: as reticências, ou ainda um ponto de interrogação persiste em provocação a uma resposta decisiva e exata. Não existe uma única resposta porque o caminho do suicídio é o da imprecisão. Nele, vida e morte se encontram se complementam, se contestam, repetindo este andamento infinitamente como os significados do próprio termo em volto de ódio e amor, ousadia, e medo, entre outras.

Como podemos perceber o suicídio não é somente um ato individual que depende unicamente de fatores pessoais que se posicionam exclusivamente no campo da Psicologia, ou seja, o estudo conjunto dos suicídios praticados em determinada sociedade, durante dada unidade de tempo, tem natureza própria e é eminentemente social.

Portanto “suicídio pode ser definido como o ato humano de causar a cessação da própria vida e tentativa de suicídio como o ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação” (BRASIL, 2009).

Segundo a OMS, o suicídio é um ato intencional de um indivíduo para extinguir sua própria vida. Os principais fatores associados ao suicídio são: tentativas anteriores de suicídio, doenças mentais (principalmente depressão e abuso/dependência de álcool e drogas), ausência de apoio social, histórico de

suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sociodemográficas, tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional. (LOVISI et al., 2009).

De acordo com Kapczinski et al., (2001), o suicídio é composto por um conjunto de atos que vão da ideação suicida, que induz a um plano suicida, ao ato suicida, a tentativa de suicídio e ao risco de suicídio:

- Ideação suicida: pode ser explicada como uma perturbação no pensamento no qual há ideias recorrentes ou persistentes de estar morto, perda do desejo viver e/ ou desejo de não mais existir. Esta ideia suicida desenvolve-se e acaba surgindo o plano suicida, no qual é elaborado o plano de realização do ato suicida;
- Ato suicida: distingue-se pelo fato de o paciente passar a ter variações do seu comportamento, o que o leva a atuar voluntariamente procurando formas de findar com sua própria vida. A realização do ato pode ter dois resultados: o paciente provoca sua morte e esta recebe o nome de suicídio, ou este tenta sem sucesso e fica como tentativa de suicídio;
- Tentativa de suicídio: é a ausência da ação suicida;
- Risco para o suicídio: é a probabilidade de uma ideia suicida induzir uma pessoa a cometer o suicídio.

O planejamento do suicídio deve ser avaliado necessitando o profissional estar atento quanto à apresentação de uma ideação, tipo de ideação, comorbidades, tentativas precedentes e tentativas atuais que este indivíduo apresenta para se suicidar (SCHMITT, CHACHAMOVICH, KAPCZINSKI, 2001).

Ainda que não tenha nenhum acontecimento ou ocorrência que possa prever o suicídio, existem certas vulnerabilidades que tornam alguns indivíduos mais predispostos a cometer esse ato do que outros.

O suicídio é um acontecimento violento e complexo e merece uma vasta discussão na sociedade. Proporciona qualidades que aprovam o avanço de medidas convenientes a uma organização de prevenção. Eliminar a invisibilidade deste problema, em como lidar com ele com os instrumentos da saúde pública, além de inserir métodos produtivos na sua resolução, traz novas expectativas sob a compreensão do acolhimento, do cuidado, da precaução, da valorização da vida,

das possibilidades de reciprocidade.

3.1.1 Suicídios no Brasil e sua prevalência

O suicídio é estigmatizado, cercado de tabus, é caracterizado pelo “não dito”. Falar que uma pessoa faleceu causa emoção e reciprocidade, no entanto, quando se afirma que a morte foi ocasionada pelo suicídio, a fala não se manifesta fica presa, causando constrangimento, o assunto é evitado ou proibido, tornando-se uma vergonha. De modo geral, a população tende a negar essa atitude tão séria e grave contra o fluxo natural da vida, especialmente quando ocorre em adolescentes e, ainda mais, em crianças.

O suicídio já está sendo discutido como um “problema de saúde pública, sendo sua incidência no Brasil de 4 a 6/100.000 habitantes, configurando uma entre as dez causas mais frequentes de morte em todas as idades” (MELLO, 2000 apud SILVA, 2006).

Trigueiro (2008, BALBO, 2010), acomete a questão do suicídio; “o Brasil está entre os 10 países do mundo no ranking, cerca de 8.000 casos por ano”. Agrega-se a isso o fato que muitas mortes não são registradas como suicídio, sem relatar as tentativas ineficazes de autoextermínio, que, de acordo com o autor, ocorrem em uma esfera 10 vezes superior aos episódios consumados (TRIGUEIRO, 2008, BALBO, 2010 apud SEHNEM & PALOSQUI, 2011).

De acordo com a OMS os dados mundiais referentes ao ano de 2000 mostram que:

Aproximadamente um milhão de pessoas cometeram suicídio; a cada 40 segundos, uma pessoa morre por essa causa; a cada 3 segundos, uma pessoa atenta contra a própria vida; para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas, suficientemente sérias a ponto de exigir atenção médica; para cada tentativa registrada, ocorrem outras quatro desconhecidas; cada suicídio tem um sério impacto em pelo menos outras seis pessoas; o impacto psicológico, social e financeiro em uma família e comunidade é imensurável (ABASSE et al., 2009).

Dentre os estados brasileiros com maiores taxas de suicídio encontram-se “Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Goiás, em ordem

decrecente”. A prevalência de suicídio é explicada na literatura científica como maior entre os “divorciados, os solteiros e os viúvos”. É declarado predomínio nos divorciados, entretanto, os solteiros apresentam números ainda mais elevados quando nunca foram casados, aumentando o risco até mesmo duas vezes maior do que os indivíduos casados. Dentre os viúvos o resultado também é notável, o que pode ser verificado pelo o grande indicador de suicídios acrescido imediatamente após a morte do companheiro. O afastamento social, a perda de uma pessoa querida ou a interrupção de uma relação afetiva podem desencadear ideias e até mesmo o ato suicida, cuja ocorrência é maior nas mulheres sem filhos. Outro aspecto importante no risco de suicídio é a condição profissional uma vez que diferentes literaturas citam o desemprego como fator perigo variável para tal ato. Além dos desempregados, indivíduos em condições de trabalho incerto possuem risco elevado. Visto que, transformações na situação socioeconômica aparecem associadas ao evento (VIANA et al ., 2008).

De acordo com estudo epidemiológico dos índices de suicídio registrados de 1980 a 2006, a região Nordeste do Brasil foi a que apresentou taxas mais baixas de suicídio, com média de 2,7 mortes por 100.000 habitantes; enquanto a região Sul, com média de 9,3 mortes por 100.000 habitantes, foi a que apresentou taxas mais altas. A cidade de Florianópolis aparece entre as três capitais brasileiras com maiores taxas médias de suicídio durante o período analisado, com 6,5 mortes por 100.000 habitantes (LOVISI et al., 2009).

Meneghel et al., (2004, apud SILVA, 2006), apontam o Rio Grande do Sul (RS) como o Estado que manteve o maior número de suicídio no período de uma década, tendo verificado que a população masculina encontra-se em um grau elevado e crescente para o suicídio.

No estado do Rio Grande do Sul a taxa anual está entre 8 e 10 mortes por suicídio por 100.000 habitantes, Santa Catarina está em segundo lugar nas estatísticas de suicídio, com média de suicídio de 7 e 8,5/100.000 habitantes, e Paraná, com 7,1 suicídios por 100.000 habitantes (TOLEDO,1999; MENEGHEL , 2004 apud VIANA et al., 2008, p. 39).

Na agitação do mundo de hoje, segundo Borges & Werlang (2006, apud RODRIGUES et al., 2012, p. 54), percebe-se um acentuado número de ocorrências que compreendem o suicídio, embora, sabe-se que os adolescentes vêm

apresentando um número importante de tentativas,

No contexto nacional, mais pontualmente na cidade de Porto Alegre/RS, jovens de 15 a 17 anos apresentam uma prevalência de 36%. Devido às altas prevalências demonstradas, verifica-se que os jovens estão propensos a cometer tal ato.

De acordo com Bertolote (2010), o suicídio de indivíduos entre 5 a 14 anos é uma situação pouco frequente, porém, houve um avanço de 10 vezes na faixa etária de 15 a 24 anos nos últimos anos.

O adolescente é um sujeito que se depara, naturalmente, em fase de transição gradual entre a infância e a vida adulta, caracterizado por transformações e descoberta, dentro e fora de si. Em determinadas ocasiões é tratado como criança e, em outras, lhe são cobradas atitudes de adulto. Entretanto, todas essas atribuições, internas e externas, desempenham uma força sobre ele, causando ansiedade, que pode ser natural, caso saiba como adequar-se. Alguns adolescentes não apresentam essa habilidade e acabam usando como estratégia, o que consideram ser a única saída, o suicídio (OLIVEIRA & AMARAL, 2007 apud RODRIGUES et al., 2012). Para Araújo, Vieira & Coutinho (2010 apud RODRIGUES et al., 2012), este é relatado por alguns jovens como algo que traz alívio.

É fundamental, diante dessa etapa marcada por constantes conflitos e transformações que se verifique a presença da ideação suicida, já que esses pensamentos podem ser avaliados como antecipadores a provável culminância do ato suicida.

Portanto diante de um adolescente que pensa, provoca ou consome o ato suicida, observa-se uma crise com relação aos seus mecanismos adaptativos, como o intuito de diminuir o seu sofrimento, embora que essa situação não se restrinja apenas a adolescência.

3.2 PERFIL

3.2.1 Sexo

De acordo com o estudo desenvolvido por Macente; Santos & Zandonade (2009), em relação ao sexo observa-se que os resultados encontrados estão em concordância com as informações disponíveis na literatura, em que se considera a maioria das tentativas de suicídio entre o sexo feminino, em comparação com o ato suicida, o qual é mais frequente no sexo masculino.

O predomínio de ocorrências de tentativas de suicídio, de acordo com a literatura, é quatro vezes maior entre as mulheres. “No entanto, os homens chegam ao desfecho de morte numa frequência quatro vezes maior que as mulheres” (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997, apud SARTOR 2011).

De acordo com a literatura Costa (2010, p.16) esclarece que:

Na maioria dos países, existem mais indivíduos do sexo masculino que cometem suicídio, a razão masculino/feminino é três vezes mais frequente em relação as mulheres, no entanto varia de país para país. As mulheres tentam suicidar-se quatro vezes mais em relação aos homens. Estes resultados podem ser explicados pelo facto dos homens utilizarem métodos mais agressivos e potencialmente letais nas tentativas em relação as mulheres tais como: Armas de fogo e enforcamento.

Conforme Clark (2007 apud GUIDONI 2009), a morte por suicídio é maior entre os homens, embora as tentativas de suicídio são mais frequentes em mulheres. De acordo com o mesmo autor uma das maiores tragédias da humanidade e que as medidas de prevenção, atualmente, das políticas públicas é um processo muito lento.

De acordo com Macente; Santos & Zandonade (2009, p. 242), a menor incidência de suicídio entre as mulheres tem sido imposta a vários fatores, como:

A baixa prevalência de dependência do álcool, a maior religiosidade, o envolvimento social e o desempenho de papéis durante a vida. Além disso, as mulheres conseguem reconhecer mais precocemente sinais de riscos para depressão, suicídio e doença mental, além de buscarem mais ajuda em momentos de crise e de participarem mais das redes de apoio social.

Em relação aos homens, estes desempenham comportamentos tendenciosos ao suicídio “a competitividade, a impulsividade e o maior acesso a tecnologias letais”, encontrando-se ainda mais suscetíveis às vulnerabilidades econômicas, como desemprego e empobrecimento etc., elementos esses que podem conduzir ao suicídio.

3.2.2 Idade

Em estudos analisados por Kaplan e Sadock (2007, apud SEHNEM & PALOSQUI, 2011), retratam que as taxas de suicídio tendem a aumentar com a idade destacando a importância do conflito da meia-idade; pessoas idosas tentam suicídio com menor frequência do que as mais as mais jovens, mas isso é consumado de forma mais efetiva.

Segundo Viana et al., (2008, p. 39), analisando a idade como fator de risco para suicídio os percentuais em ambos os sexos encontram-se mais elevadas na meia-idade e na velhice.

Nos últimos 15 anos, tanto no Brasil quanto nos demais países, têm-se observado aumento progressivo de tentativas de suicídio e suicídios consumados entre adolescente e adultos jovens, tornando-se uma tendência global e apresentando-se como a terceira causa de morte dos 15 aos 34 anos, só perdendo para homicídios e acidentes, e em alguns países chegando a ser a primeira causa de morte nessa população (BAPTISTA 2004). No Brasil, as taxas continuam a subir, porquanto na região Sul são mais altas do que no restante do país (KAPLAM, et al.,1997).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ainda que os índices de suicídio sejam maiores entre os idosos, “as taxas entre os jovens têm aumentado de tal maneira que hoje este é o grupo de maior risco em um terço dos países, tanto os desenvolvidos quanto os subdesenvolvidos” (SARTOR, 2011, p. 20).

Mello (2000 apud SILVA 2006, p. 11) menciona que o suicídio “é a segunda ou a terceira causa de morte entre 15 e 34 anos de idade, estimando que para caso de suicídio, existem pelo menos dez tentativas [...]”.

De acordo com Sehnem & Palosqui (2011), no estado de Santa Catarina no ano de 2009 ocorreram 498 suicídios. Sendo que a faixa etária com maior número

de suicídios abrangeu dos 40 a 49 anos de idade, de 50 a 59 anos, de 20 a 29 anos, respectivamente.

Cassorla (1991), refletindo sobre a desistência de viver, enfatiza que quem pensa ou fala em suicídio, o faz porque está sofrendo, o faz pedindo socorro. E isso nos leva a pensar que a pessoa que traz à tona, em pensamentos e palavras, a vontade de não mais viver, o faz por estar sentindo uma grande aflição, que beira o insuportável, de modo que sua própria morte é vista como saída para sua aflição, uma dor psíquica, que não pode ser medida, mas sim sentida no ser humano.

3.2.3 Raça e religião

Segundo Kapczinski et al.,(2001, apud SILVA, 2006), os suicídios “ocorrem na maior parte por pessoas brancas, de classe social alta e baixa, de religião protestante e na maioria dos casos são realizados por homens no período da adolescência ou por homens idosos”.

3.3 MÉTODOS

Para concretização do suicídio, as pessoas recorrem a determinados métodos, permanecendo esses presentes ao seu meio e facilitando o episódio. É importante enfatizar que o método pode se diferenciar de acordo com o gênero.

De acordo com Viana et al.,(2008, p. 40), o método mais empregado em nosso país é,

O enforcamento, chegando a 71% dos suicídios no estado de Santa Catarina nos anos de 1996 a 2001 do total de 2.064 suicídios. Em segundo lugar está a morte causada por projétil de arma de fogo, sendo mais observado o seu uso por homens, e as intoxicações exógenas em menos quantidade e mais comum no sexo feminino. Entre as intoxicações exógenas encontramos desde a ingestão de inseticidas, superdosagem de medicamentos até produtos de uso de limpeza doméstica, que, em grande parte, não leva o paciente à morte, mas pode deixar sequelas orgânicas.

Meneghel et al., (2004, apud SILVA, 2006), “referem o enforcamento como método tradicional na cultura gaúcha, porém descrevem um aumento no uso de armas de fogo devido ao fato de esta estar presente nos domicílios”.

Segundo Kapczinski et al., (2001, apud SILVA 2006, p. 20), um fenômeno importante em nosso país são os métodos aplicados que prosseguem esta ordem: “o enforcamento, sendo seguido pelo uso de armas de fogo e envenenamento por homens, e envenenamento pelas mulheres. Além disto, se forem contabilizadas as tentativas de suicídio pelo uso de fármacos, teríamos um total de 90% dos casos”.

Kaplan e Sadock (2007, apud MINGHETTI, KANAN, 2011, p.337), mencionam que:

A taxa mais alta de suicídios em homens está relacionada com os métodos: arma de fogo, enforcamento, saltos de lugares altos, enquanto as mulheres utilizam métodos menos violentos, como superdosagem de substâncias psicoativas ou venenos.

As mulheres apresentam um risco para o suicídio que se mantém estabilizado durante toda sua vida, porém, seus métodos são menos eficazes do que os dos homens; por este fato elas tentam um número maior de vezes.

Muitas explicações são atribuídas ao suicídio, mas ninguém sabe ao certo o que levou a pessoa a tomar essa atitude, sendo que o segredo e os motivos ficarão guardados com a pessoa. O que pode-se perceber são as variações comportamentais que antecederam o ato suicida, tais como: tristeza, depressão, isolamento social, problemas de relacionamento afetivo, o núcleo familiar das vítimas, apresentando também tendências depressivas ou tentativas de suicídio.

3.4 FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Em consequência da confusão da rede de fatores que abrangem o comportamento suicida, não há como se referir a prováveis ‘causas’ que levam a pessoa a desferir o ato suicida. Segundo o autor, “o que se apresenta ao observador como motivações do ato são apenas desencadeantes, constituídos por fatos que, aparentemente, estimularam o desenlace” (CASSORLA 2004, apud OLIVEIRA,

2008, p. 86).

De acordo com Viana et al., (2008) porém, “antes do ato propriamente dito do suicídio, o paciente apresenta ideias suicidas e, normalmente, se enquadra nos fatores para risco de suicídio”.

Ainda que os manuais de prevenção do suicídio, bem como a literatura enfatizada, mencionem a presença de transtorno mental como fator de risco agregado a maior parte dos episódios de ocorrência de comportamento suicida eleva em máxima a importância de que a pessoa com comportamento suicida assim o pratica como única maneira por ela encontrada para pôr fim ao insuportável sofrimento que a realidade está lhe atribuindo (OLIVEIRA, 2008).

Cassorla (2004 apud OLIVEIRA, 2008), menciona o reducionismo da complexidade de “fatores genéticos, biológicos, psicológicos, sociais, históricos e culturais” que estão submergidos na composição do comportamento suicida, ao estabelecer como “causa” um determinado transtorno mental.

Deve-se que um comportamento não é essencialmente, uma doença, sendo que na maioria das vezes sua causa esteja associada a diversos transtornos mentais, dos quais os transtornos do humor (particularmente a depressão), transtorno bipolar, os transtornos por abuso de drogas a dependência de álcool, a esquizofrenia e os transtornos de personalidade. Além disso, determinadas doenças físicas proporcionam também significativa associação com os comportamentos suicidas, entre as quais a síndrome de dor crônica, doenças neurológicas, infecção pelo vírus (HIV), entre outras. Dificuldades financeiras e/ou emocionais também desempenham um fator significativo. Enfim, todos esses transtornos e doenças representam um risco potencial de comportamentos suicidas (BERTOLOTE, MELLO-SANTOS & BOTEGA, 2010).

Brasil (2009, p. 8,9) aponta alguns fatores de risco para o suicídio;

Transtornos Mentais: transtornos do humor (ex: depressão); transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ex: alcoolismo); transtornos de personalidade (principalmente borderline, narcisista e antissocial); esquizofrenia; transtornos de ansiedade; comorbidade potencializa riscos (ex: alcoolismo + depressão).

Sociodemográficos: sexo masculino; faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos; extratos econômicos extremos; residentes em áreas urbanas; desempregados (principalmente perda recente do emprego); aposentados; ateus; solteiros ou separados; imigrantes.

Psicológicos: perdas recentes; perdas de figuras parentais na infância; dinâmica familiar conturbada; datas importantes; reações de aniversário;

personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil.

Condições Clínicas Incapacitantes: doenças orgânicas incapacitantes; dor crônica; lesões desfigurantes perenes; epilepsia; trauma medular; neoplasias malignas; aids.

De acordo com Brasil (2009), os principais fatores de risco para o suicídio são “História de tentativa de suicídio; Presença de transtorno mental”.

Para Bandeira de Sá et al., (2010), em meio aos principais fatores de risco para o suicídio, evidenciam-se “as situações de adição de drogas, eventos estressores e doença terminal, além de aspectos como depressão, história pregressa do indivíduo, história familiar, sexo e idade”.

Entre os principais fatores de risco para o suicídio segundo WHO (2003, SUOMINEN et al., 2004 apud BOTEGA et al., 2006, p. 216), poderíamos mencionar

Certos transtornos mentais como (por exemplo, depressão, alcoolismo), perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, personalidade com fortes traços de impulsividade e agressividade, certas situações clínicas (como doenças crônicas incapacitantes, dolorosas, desfigurantes), ter acesso fácil a meios letais.

Ainda conforme o mesmo autor, outros fatores como os sociodemográficos também apontam indivíduos sob maior risco de suicídio:

Sexo masculino, faixas etárias entre 15 e 35 anos ou acima de 75 anos, extratos econômicos extremos (muito ricos ou muito pobres), residentes em áreas urbanas, desempregados (principalmente perda recente do emprego), aposentados, ateus, solteiros ou separados e migrantes (WHO, 2003 apud BOTEGA et al., 2006, p.216).

Um dos grupos com maior risco para suicídio é o das pessoas que já tentaram o suicídio, “tal risco foi estimado em 100 vezes maior do que o da população em geral”. As pesquisas têm comprovado que a aprovação destas pessoas ao tratamento é baixa, mas que, por outro lado, existem métodos eficazes no intuito de prevenir novas tentativas (SUOMINEN et al., 2004; OWENS, HORROCKS & HOUSE, 2002, BOTEGA et al., 1995; HAWTON et al., 1998 apud BOTEGA et al., 2006).

Salienta-se a importância de maior precaução direcionada aos pacientes com diferentes transtornos, visto que tais transtornos podem manifestar-se como fator importante para que o risco de suicídio esteja aumentado nestes pacientes. No

tratamento destes, a identificação das primeiras manifestações de risco de suicídio necessita ganhar atenção para que ações preventivas sejam adotadas, diminuindo consideravelmente as tentativas e até mesmo o suicídio.

Identificar os fatores que colaboram para aumentar ou diminuir o risco de suicídio contribui com os profissionais da área da saúde a avaliarem o risco de uma tentativa de suicídio por um indivíduo e, desta maneira, também pode contribuir na elaboração de estratégias de terapêutica.

Os fatores de risco e proteção não necessitam ser visto isoladamente, mas sim de maneira associada e no contexto da experiência do paciente.

A maior parte das propostas preventivas de acordo com Bertolote, Mello-Santos & Botega (2010, p. 589), fundamenta-se na identificação de fatores de risco, visto que há uma carência de subsídios pertinentes aos fatores de proteção. O pouco que se conhece, é proveniente do conhecimento adquirido em outras especialidades, como “a saúde em geral ou a saúde mental em particular”, é correto presumir que fatores como:

Alojamento seguro, segurança em geral, boa alimentação e períodos adequados de repouso possam não só contribuir para a consolidação da saúde, mas também reduzir o impacto de fatores adversos, como situações de estresse ou a presença de doenças mentais.

Além desses fatores, é importante considerar a capacidade do sujeito de solucionar problemas, suas habilidades sociais que auxiliem a diminuir o impacto de fatores ambientais contrários ou intrapsíquicos e, assim sendo, equilibrar a dimensão de certos fatores de perigo. Bertolote, Mello-Santos & Botega (2010, p. 590), mencionam determinados fatores que possam resguardar a pessoa de um comportamento suicida, ainda que não haja trabalhos científicos que sustentem tal suposição:

Ausência de transtorno mental, gravidez, senso de responsabilidade para com a família, suporte social positivo, religiosidade, estar empregado satisfação elevada com a vida, presença de criança na família, capacidade de problema positiva, capacidade de adaptação positiva, relação terapêutica positiva.

É importante enfatizar que nenhum desses fatores isolados apresentam força considerável para provocar ou prevenir um comportamento suicida, e que, na

verdade, é sua união que conduz à crise o qual ocasiona esse comportamento. Com eficácia, Mann e Arango (1992), apresentaram o comportamento suicida como uma predisposição, a partir de uma complexa influência mútua de fatores socioculturais, experiências traumáticas, história psiquiátrica e instabilidade genética (MANN & ARANGO, 1992 apud BERTOLOTE, MELLO- SANTOS & BOTEAGA, 2010).

Os fatores de proteção atuam como um utensílio protetor, como incentivador dos sujeitos, proporcionando suporte e segurança. De acordo com a citação do autor, estes fatores não excluem o risco de ocorrência de suicídio, mas podem equilibrar em momentos difíceis.

Necessita discutir o suicídio tratando a questão da prevenção, “uma vez que as pessoas o consideram como a única e última solução para acabar com o sofrimento”. Também, é essencial destacar que o preparo dos profissionais da saúde para trabalharem com essa questão e mesmo as pessoas para que fiquem atentas aos sinais e possam imediatamente buscar auxílio especializado é essencial na diminuição desses índices elevados de morte por suicídio (SEHNEM & PALOSQUI, 2011) Segundo o Ministério de Saúde,

Cerca de 40% dos suicidas procuram os serviços de saúde, dias ou semanas antes de fazê-lo; isso se evidencia também nas palavras de Mello et al. (2007): calcula-se que 50% das pessoas que se suicidaram procuraram ajuda profissional no prazo de um mês antes do ato oferecendo uma oportunidade clara de prevenção (SEHNEM & PALOSQUI, 2011, p.215).

Oliveira (2008), assinala a necessidade do profissional da saúde, apresentar condições de executar uma boa intervenção, conseguir descobrir o comportamento suicida, em suas distintas graduações, como fenômeno multicausal e, necessariamente, como um comportamento causado por um sofrimento. Neste sentido, Meleiro, Botega e Prates (2004, apud Oliveira 2008, p.87), sugerem que:

O profissional de saúde deve ser capaz de perceber por que o paciente sente o impulso de se matar e vivenciar, em algum grau, o desespero e sofrimento do paciente. Este entendimento e empatia não apenas capacitam o profissional a adaptar suas estratégias de ajuda às necessidades específicas do paciente, mas também comunicam a este que é compreendido. O profissional deve ser capaz de lidar com a noção de que os desejos suicidas não são “loucos” – mas decorrentes de uma dedução lógica a partir de premissas errôneas do paciente.

Um termo importante a ser analisado segundo Botega e Werlang (2004, apud BOTEGA et al., 2006), é que os conhecimentos dos profissionais da saúde geral e mental, no campo da suicidologia resultam, em sua maioria, de “estudos realizados com pessoas que tentaram o suicídio, ou com pessoas que estavam em tratamento psicológico ou psiquiátrico e que se suicidaram”. Entretanto, esses dois grupos, sem dúvida, não são representativos do conjunto dos casos de suicídio. Neste entendimento, Clark e Fawcett (1992 apud BOTEGA et al., 2006, p.213, 214), num estudo retrospectivo de incidências 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).

Esses argumentos salientam a importância de que o trabalho com a conduta suicida possa exceder as limitações da psiquiatria e psicologia, de tal maneira que os especialistas em saúde igualmente como outros profissionais e também pessoas da comunidade capacitem-se a empenhos de prevenção, nos diferentes âmbitos que esses efetivamente possam ser realizados (BOTEGA et al., 2006). Torna-se claro, pois, a urgência de ações na área da prevenção, delineando a redução dos números de tentativas e de suicídios consumados.

Os esforços de prevenção do comportamento suicida precisam encontrar-se “pautados no conhecimento dos fatores de risco, sendo fundamental que as ações se voltem ao que pode ser transformado, evitando aquilo que possa ser evitado e amenizando o que foge de qualquer possibilidade de intervenção” (BOTEGA et al., 2006).

De acordo com Brasil (2006), destacam-se como objetivos a serem

alcançados algumas recomendações para a prevenção do suicídio:

- I. Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
- II. Desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- III. Organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- IV. Identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;
- V. Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- VI. Contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;
- VII. Promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e;
- VIII. Promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2006 apud BOTEGA et al., 2006, p. 218).

Botega, Silveira e Mauro (2010 apud MACCHIAVERNI, 2012), destacam a “importância de se dar atenção especial a pessoas que tentaram o suicídio, uma vez que estas constituem um grupo de alto risco para o suicídio”. Pertencendo a função do psiquiatra numa emergência.

Ao encontro dessa ideia Bertolote, Mello-Santos & Botega (2010), estabelecem que entre suas funções esteja a de especificar os procedimentos de curto e longo prazo para atenuar o perigo de uma nova tentativa. Esta função também compete ao psicólogo que, também, precisa permanecer atento para identificar a necessidade de uma avaliação psicológica, sendo que em vários casos é indispensável intervenção medicamentosa ou ainda internação psiquiátrica.

Pensar na prevenção do comportamento suicida implica não somente na finalidade de impedir a morte das pessoas, mas ainda em considerar as graves implicações na sociedade que são geradas pela circunstância desses atos. Obviamente o comportamento suicida, e em particular o suicídio consumado, dão conta de um fenômeno complexo que desafia especialistas e estudiosos não só em

relação ao entendimento das motivações de determinação do indivíduo de por fim à própria vida, como também de explicitar os fatores morais envolvidos na abordagem de tal fenômeno.

4 CONCLUSÃO

Vários são os conceitos que pairam sobre o fenômeno suicídio, mas, o sofrimento que despreza uma pessoa, pondo-a na eminência de eliminar sua própria vida, foge da compreensão habitual e cega de qualquer saída à pessoa que padece.

Esta pesquisa teve como tema central Tentativa de Suicídio: desejo de morte ambivalência entre viver e morrer. Como se pode constatar é um tema que atrai a atenção e encontra-se presente no estudo das diversas áreas científicas, tais como: a filosofia, a teologia, a biologia, a sociologia, a psicologia, entre outros. Pode-se concluir diante esta pesquisa que o suicídio é um fenômeno violento e complexo, refere-se à morte que desencadeia uma série de consequências e dificuldades no ser humano, e merece uma ampla discussão na sociedade. Considerado um sério problema de saúde pública, que exige atenção de todos, visando assim à prevenção e o controle das suas ocorrências.

De acordo com Costa (2010), o suicídio retrata uma condição na qual a pessoa resolve dar fim a própria vida, tentando deste modo, livrar-se de um estado de dor psíquica intolerável.

Na agitação do mundo atual, percebe-se um intenso número de casos envolvendo o suicídio, como já foi mencionado nesta pesquisa, os impactos de vida e impactos de morte habitam lado a lado dentro de todo ser humano, em momentos nos quais as pulsões de morte sobrepõem-se às pulsões de vida, o indivíduo associa o desejo de eliminar a si próprio.

Em relação ao grau de intenção suicida, a literatura menciona que deve ser considerado como um ponto num continuum, de um lado encontra-se a certeza incondicional de pôr fim à vida e do outro extremo está à vontade de viver, desejo de morrer, desejo de viver.

Cassorla (1984) esclarece que quando a pessoa tem do desejo de morrer, não é essencialmente a morte o que ela busca, mas sim, a vontade de se livrar dos seus sofrimentos, encontrando na morte a ilusão de ter uma vida melhor do que se a tem no momento.

Neste contexto percebe-se que o motivo pelo qual desencadeia uma crise, ou seja, o momento de perturbação e desordem, de acordo com Slaikeu (2000 apud

SEMINOTTI, PARANHOS & THIERS, 2006), não é determinado por uma situação única ou por um conjunto de circunstâncias, mas sim pela percepção do indivíduo do acontecimento de sua capacidade ou incapacidade para conseguir encarar aquela situação. Portanto, quando uma pessoa não consegue amparar-se na rede de contato social, seus recursos pessoais estão carentes a situação de crise para a mesma torna-se insuportável, sendo possível que ele veja a morte como única saída.

Na literatura correlata há ênfase na necessidade de compreender que são inúmeros os motivos que podem levar uma pessoa a tentar dar fim à própria vida, não sendo possível determinar uma única causa para tanto, ou seja, o suicídio é um problema complexo para o qual não existe uma única causa ou uma única razão.

Fazendo uma relação com a literatura pesquisada, constatamos a complexidade da temática aqui abordada, necessitamos por isso, sempre ter o cuidado de não tentar ver relações de causalidade entre os fatos, buscando explicações para a tentativa de suicídio, pois, se assim o fizermos, correremos o risco de chegar a conclusões equivocadas. Ao invés disso, precisamos tentar compreender cada caso como particular, único, e só podendo ser compreendido a partir da história de vida do sujeito, do seu contexto de vida, dos aspectos culturais e sociais com os quais ele está envolvido.

Quanto aos fatores de risco observa-se que é consensual entre pesquisadores em suicidologia, a noção de não haver um fator único capaz responder pelo suicídio ou pela tentativa. Existem inúmeros fatores que podem, em conjunto, levar à ocorrência desse fenômeno (WHO, 2000).

No que diz respeito aos fatores que podem colocar uma pessoa em risco de suicídio, eles são complexos e interagem entre si, pois todos os aspectos da experiência humana formam uma configuração única que, num determinado momento, poderão fazer a pessoa preferir sair do sofrimento através do suicídio na tentativa de aliviar a sua dor e angústia.

No que se refere ao perfil dos casos de suicídio e de tentativas, verificaram-se significativas diferenças, principalmente em relação às características sexo, idade, raça e religião e meios utilizados, que convergem com os resultados encontrados por Macente et al.,(2009).

Quanto ao sexo, os resultados encontrados estão em conformidade com as

informações disponíveis na literatura, ocorrendo o predomínio de suicídio no sexo masculino, com proporção de quatro casos masculinos para um feminino, embora as tentativas de suicídio ocorrem mais destacadamente entre o sexo feminino.

Em relação à idade, as tentativas são mais comuns entre os jovens, às taxas de suicídio tendem a aumentar com a idade destacando a importância do conflito da meia-idade, mais frequente entre a população acima de 40 anos, isso reflete a influência que os fatores socioeconômicos e psicossociais relacionados às fases do ciclo vital exercem sobre a tentativa de suicídio, mais comum em adultos jovens, enquanto a consumação com êxito se observa mais nas idades avançadas.

De acordo com Bertolote, Mello- Santos & Botega (2010), no Brasil, a taxa de suicídio aumenta, gradativamente, 21% em um intervalo de 20 anos. As taxas aumentaram com a idade, principalmente para o sexo masculino. A proporção de homens que se suicidaram é sempre maior que a das mulheres, em todas as faixas etárias. Considerando-se as taxas totais, os homens brasileiros se suicidaram de duas a quatro vezes mais que as mulheres. Segundo a faixa etária, as pessoas com mais de 65 anos constituem o estrato com as maiores taxas de suicídio. O efeito da idade é uma tendência crescente a partir da faixa dos 45-54 anos, aumentando rapidamente até o estrato dos indivíduos com mais de 75 anos. O suicídio de indivíduos entre 5-14 anos é uma condição pouco frequente, entretanto, sabe-se que os adolescentes nos últimos anos vêm apresentando um número importante de tentativas.

Quanto à raça e religião, diante dos resultados encontrados, os suicídios acontecem, na maior parte, por pessoas brancas advindos de família de classe socioeconômica alta e baixa, de religião protestante e na maior parte dos casos são concretizados por homens no período da juventude ou por homens idosos.

Além disso, existem diferenças entre os sexos em relação à letalidade do comportamento suicida em função das construções de gênero. As mulheres escolhem métodos menos invasivos em relação aos homens, enquanto os homens escolhem métodos que evidenciem sua virilidade. As mulheres têm comportamento suicida com mais frequência e fazem mais tentativas, entretanto, os homens cometem mais suicídio. Essa diferença entre tentativas e atos consumados entre os sexos pode ser explicada pelo fato de que os homens, por utilizarem métodos mais letais, como armas de fogo e enforcamento, são mais efetivos nas suas tentativas de

suicídio do que as mulheres, em que predominam as tentativas por envenenamento ou pelo uso de fármacos.

Sabe-se que nem todos os casos de suicídio poderão ser prevenidos, no entanto, a habilidade em lidar com suicídio faz a diferença, uma vez que milhares de vidas poderão ser preservadas todos os anos, se todas as pessoas que tentaram o suicídio forem corretamente analisadas e tratadas. Este entendimento é de particular relevância para a suicidologia, visto que a diminuição de morbidade (ideação suicida e tentativa de suicídio) deve certamente levar à redução da mortalidade.

Comprometimento, sensibilidade, conhecimento, preocupação com outro ser humano e a certeza de que a vida é um aprendizado que vale a pena, são os principais recursos que os profissionais da área da saúde apresentam, apoiados nisso eles podem ajudar a prevenir o suicídio e/ou a sua tentativa.

REFERÊNCIAS

- ABASSE, Maria Leonor Ferreira; OLIVEIRA, Ronaldo Coimbra; SILVA, Tiago Campos; SOUZA, Edinilsa Ramos. **Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009.
- BANDEIRA DE SÁ, Naíza Nayla; DE OLIVEIRA, Mércia Gomes Carvalho; MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; YOKOTA, Renata Tiene de Carvalho; DA SILVA, Marta Maria Alves; MALTA, Deborah Carvalho. **Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007**. Rev Med Minas Gerais, 2010.
- BATISTA, Rodrigo Siqueira; SCHRAMM, Fermin Roland. **Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia**. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2004.
- BERNARDES, Sara Santos; TURINI, Conceição Aparecida; MATSUO, Tiemi. **Perfil das tentativas de suicídio por overdose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil**. Cad. Saúde Pública vol.26 no.7 Rio de Janeiro, 2010.
- BERTOLETE, José Manoel; MELLO, Carolina Santos; BOTEGA, Neury José. **Deteção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica**. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, 2010.
- BOTEGA, Neury; WERLANG, Blanca Susana Guevara; CAIS, Carlos Filinto da Silva; MACEDO, Mônica Medeiros Kother. **Prevenção do comportamento suicida**. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Unicamp, 2006.
- _____. Ministério da saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica**. Organização Pan-Americana da Saúde, Unicamp, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: 2009.
- CAPUTO, Rodrigo Feliciano. **O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico**. Revista multidisciplinar da Uniesp. Saber acadêmico - n^o 06 – Dez. 2008.
- CASSORLA, Roosevelt Moises Smeke. **O que é suicídio**. São Paulo. Brasiliense S/A. 1984.

_____. **Do suicídio: Estudos brasileiros.** Campinas, SP: Papyrus, 1991.

COCENTINO, Jamille Mamed Bomfim; VIANA, Terezinha de Camargo. **A velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto.** Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. 2011.

COELHO, Cristina. **Aspectos psicológicos a serem levados em consideração no tratamento de sujeitos envolvidos em tentativas de suicídio e suicídio.** Unisul, Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça, 2007.

CORDEIRO, Daniel Cruz; BALDAÇARA, Leonardo. **Emergências psiquiátricas.** São Paulo: Roca, 2007.

COSTA, Josefa. **Tentativa de suicídio, revisão bibliográfica.** Universidade da Beira Interior. Faculdade de Ciências da Saúde. Covilhã, 2010.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: Estudo de sociologia.** Tradução Monica Stahel – 2. Edição. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FALK, Pedro Frederico. **O Suicídio no Recife dos anos 1920.** Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH. São Paulo, 2011.

FERREIRA, Renato. **O suicídio.** Faculdade de Economia Universidade de Coimbra. Coimbra, 2008.

GUIDONI, Regina Lúcia Castiglioni. **Tentativa de suicídio e a intervenção da psicologia.** UNISUL-Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça, 2009.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello; CIAMPONE, Maria Helena Trench. **O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs.** Rev. esc. enferm. USP, 2007.

GUTZ, Luiza. **Ideação de morte e ideação suicida em pacientes hospitalizados com doenças crônicas.** Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça, 2007.

INCONTRI Dora & SANTOS Franklin Santana (Orgs.). **A arte de morrer - visões plurais.** Bragança Paulista: Editora Comenius. 2007.

KOVÁCS, Maria Júlia (Coord.) **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

_____. **Morte e Desenvolvimento Humano.** 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

KELLER, Márcia; WERLANG, Blanca Susana Guevara. **Flexibilidade na resolução de problemas em tentadores de suicídio.** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUC. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Porto Alegre, 2005.

LOVISI, Giovanni Marcos; SANTOS, Simone Agadir; LEGAY, Letícia; ABELHA,

Lucia; VALENCIA, Elie. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006.** Rev. Bras. Psiquiatra. São Paulo, 2009.

MACCHIAVERNI, Juliana. **Elaboração de um instrumento para registro de atendimento psicológico a tentativas de suicídio.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

MACHADO, Álida de Castro. **A Organização das Políticas e Gestão da Rede de Assistência na Atenção Primária à situação de risco para o suicídio.** Universidade Federal de Minas Gerais. Formiga, 2011.

MACEDO, Monica Medeiros Kother; WERLANG, Blanca Susana Guevara. **Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, 2007.

MACENTE, Luciene Bolzam; SANTOS, Elem Guimarães; ZANDONADE, Eliana. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura Pomerana no interior do estado do Espírito Santo. J. Bras. Psiquiatra, 2009.

MINGHETTI, Lenir Rodrigues; KANAN, Lilia Aparecida. **Estudo epidemiológico de morte por suicídio em Santa Catarina entre os anos de 1996 a 2010.** Visão Global, Joaçaba, v. 14, n. 2, p. 329-360, jul./dez. 2011.

RODRIGUES, Moisés Ederson da Silva; DA SILVEIRA Tatiane Brito; JANSEN, Karen; CRUZEIRO, Ana Laura Sica; ORES, Liliane; PINHEIRO, Ricardo Tavares; DA SILVA, Ricardo Azevedo; TOMASI, Elaine; SOUZA, Luciano Dias de Mattos. **Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional** – Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.

OLIVEIRA, Marcia Sandrini Cascaes Pereira. O manejo que profissionais da saúde realizam para prevenir o suicídio em casos que envolvem risco de suicídio. Universidade do Sul de Santa Catarina- UNISUL- Palhoça, 2008.

OPAS - Organização Panamericana da Saúde. **Levantamento bibliográfico sobre os temas:** Suicídio, sobreviventes, família. 2006.

PARENTE, Adriana da Cunha Menezes; SOARES Ricardo de Brito; ARAUJO; Andréia Régia Flor; CAVALCANTE, Iracema Santos; MONTEIRO Claudete Ferreira de Souza. **Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro.** Rev Bras Enferm, Brasília 2007.

QUEVEDO, Luciana de Ávila. **Risco de suicídio e transtornos de humor no período pós-parto: estudo com pais e mães.** Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, 2008.

SCHIMITT, Ricardo; Quevedo, João; CHACHAMOVICH, Eduardo; KAPCZINSKI, Flávio. **Emergências Psiquiátricas.** Porto Alegre, RS: Artmed, 2001.

SARTOR, Renata. **Suicídio em jovens na cidade de Urussanga.** Universidade do

Extremo Sul Catarinense – UNESC, 2011.

SEMINOTTI, Elisa Pinto; PARANHOS, Mariana Esteves; THIERS, Valéria de Oliveira. **Intervenção em crise e suicídio**: análise de artigos indexados. Rio Grande do Sul, 2006. Disponível em: < <http://www.psicologia.com.pt> >.

SEHNEM, Scheila Beatriz; PALOSQUI, Vanusa. **Suicídio, uma questão de saúde pública: características epidemiológicas do suicídio no Estado de Santa Catarina**. Unoesc & Ciência – ACHS. Joaçaba, 2011.

SHIKIDA, Claudio; GAZZI, Rafael de Almeida Vilhena; ARAUJO, Francisco Jr. **Teoria Econômica do Suicídio: Estudo Empírico para o Brasil**. 2006. Disponível em: < <http://www.ceae.ibmecmg.br> >.

SILVA, Magali Elizabet. **Da atenção ao paciente suicida pelos enfermeiros do serviço de emergência de um hospital geral do município de porto alegre**. Novo Hamburgo, 2006.

SILVA, Viviane Franco et al. **Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006.

SOUZA, Viviane dos Santos et al. **Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 2011.

TURECKI, Gustavo. **O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo**. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. São Paulo, 1999.

VIANA, Greta Nazario; ZENKNER, Felipe de Moura; SAKAE, Thiago Mamôru and ESCOBAR, Bráulio Tercius. **Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro, 2008.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza et al. **"Amor não correspondido": discursos de adolescentes que tentaram suicídio**. Ciênc. saúde coletiva vol.14 no. Rio de Janeiro, 2009.