

1 INTRODUÇÃO

O suicídio na contemporaneidade apresenta índices cada vez mais crescentes, sendo que inúmeros motivos podem levar o indivíduo a cometer este ato.

Para Botega (2000), o comportamento suicida é todo ato pelo qual um indivíduo cause lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato.

O suicídio está relacionado à morte, sendo então algo bastante cultural, onde cada sociedade possui uma forma de perceber, compreender e lidar com as experiências de morte não intencional e o suicídio.

O suicídio está entre as três principais causas de morte de pessoas com a faixa etária entre 15 a 44 anos de idade. Segundo os registros da Organização Mundial de Saúde (OMS), este ato é responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4% do total de mortes). Essas cifras não incluem as tentativas de suicídio, de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2014).

Nos últimos 40 anos, as taxas de mortalidade mundial por suicídio subiram cerca de 60% ocasionando uma morte a cada 40 segundos (TARANTINO, 2007).

O suicídio mata mais jovens que o HIV em todo mundo. Estimativas sinalizam que haverá mais de 1,5 milhões de vidas perdidas por esse motivo em 2020 e em 2012 o Brasil estava em oitavo lugar dos países com maiores números de suicídio, correspondendo assim a 11.821 mortes por este ato (WHO, 2014).

É diante de tal realidade que este trabalho busca investigar a epidemiologia do suicídio no Brasil e no mundo; analisar transtornos que causam maior vulnerabilidade e incidência a prática de suicídio, verificar relações sociais que levam a ocorrência deste ato e a motivação suicida de personagens históricos.

2 MÉTODO

2.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Para o desenvolvimento do presente estudo de natureza qualitativa e nível descritivo, realizou-se um trabalho baseado em pesquisa bibliográfica fundamentada em uma ampla revisão da literatura científica.

2.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DAS FONTES LITERÁRIAS

Para melhor fluidez do desenvolvimento do trabalho, realizou-se estudos sobre o tema nas bases de dados Scielo, Pepsic e demais documentos como leitura de livros e periódicos científicos, ambos tratando do referido assunto em pauta.

A busca pelas obras nas bases de dados processou-se com a utilização dos seguintes descritores (palavras-chave): suicídio, relações sociais, psicopatologia e prevenção isoladamente ou combinados. De modo que, para a elaboração do referencial teórico sobre o tema relacionado, foram utilizadas as obras de Durkheim, Botega, dados da WHO entre outros.

2.3 FORMAS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Após a leitura das fontes científicas, realizamos a organização das informações relevantes, buscando a interpretação dos assuntos abordados e montando discussões acerca destas informações, sempre correlacionando com dados da atualidade, vinculando matérias acadêmicas ministradas durante o curso, fornecendo pontos de vista técnicos, enfim, mencionando todas as percepções do fenômeno estudado da forma mais abrangente e impessoal possível.

Desta maneira houve a busca pela conclusão do estudo, colocando-se o trabalho em avaliação pela banca examinadora.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O SUICÍDIO

O termo suicídio foi utilizado pela primeira vez em 1737 por Desfontaines, cujo significado tem origem no latim, vindo das palavras *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar), ou seja, é um ato intencional de colocar fim a própria vida (DICIONÁRIO INFORMAL, 2009).

Segundo Durkheim (2006) o suicídio é todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado.

O suicídio é um fenômeno universal, registrado desde a antiguidade, rememorado pelas sociedades primitivas, criticado pelas religiões como ato de rebelião contra o criador e em muitos escritos filosóficos, como ato de suprema liberdade (SILVA, 2009).

Segundo Stuart e Laraia (2002), o comportamento suicida é dividido em três categorias, sendo elas:

- Ameaças de suicídio: São as advertências indicando que a pessoa tem a possibilidade de suicídio. Os suicidas podem indicar verbalmente que não ficarão por perto durante muito tempo ou comunicam sua intenção de forma não verbal, ao se desfazer dos objetos preferidos, revisar um testamento e assim por diante.
- Tentativas de suicídio: Qualquer ação auto dirigida, empreendida pela própria pessoa e que conduzirá à morte, caso não seja interrompida.
- Suicídio: Pode ocorrer depois que os sinais de advertência passaram despercebidos ou foram ignorados.

Já Kaplan e Sadock (1993) alegam que o suicídio não é um ato aleatório ou sem finalidade, ele representa uma saída de alto custo e mal sucedida de situação carregada de intenso sofrimento.

3.2 RESGATE HISTÓRICO DO TERMO SUICÍDIO

Segundo Dutra (2002), ao longo da história das civilizações, o suicídio tem sido circundado de tabus, mitos e também de preconceitos das mais diversas naturezas, principalmente os de ordem moral e religiosa.

Da antiguidade até a contemporaneidade, os indivíduos procuram formas para colocar fim à vida, não passando esta escolha como indiferente, mas sim como divergente ao longo do tempo e isso em diversos âmbitos da vida, como social, econômico, filosófico e religioso.

Na Grécia antiga, um indivíduo não podia suicidar-se sem prévio consenso comunal, quando alguém suicidava-se sem o consenso prévio era considerado um transgressor das leis da polis. E, para obter esse consenso, o indivíduo interessado em suicidar-se expunha perante as autoridades da polis as razões que o levaram a crer que só a morte podia constituir um alívio para seus tormentos. O Estado poderia permitir ou vetar o pedido (TOTA; BASTOS; ASSIS, 1994).

Em Roma, o suicídio era julgado pelo senado, onde legitimava-se a morte do senhor e condenando a morte do escravo suicidado. O senhor exercia sobre si o direito próprio de sua condição social, sendo amparado no espaço político pela lei pública. O escravo, porém, quando se matava, ia contra a autoridade do senhorio, contestando seu poder e diminuindo seu capital, o que era contra a lei familiar predominante. O gesto suicida era condenado no cenário político quando se tratava de um escravo, isso porque o valor do ato era inseparável da condição social do indivíduo (TOTA; BASTOS; ASSIS, 1994).

No antigo Egito, o suicídio dos escravos era solicitado. Quando seu senhor morria e quando era o faraó, servos e bens inanimados deveriam acompanhá-lo na tumba (TOTA; BASTOS; ASSIS, 1994).

Já na África Oriental, o cadáver do enforcado era substituído por uma cabra, sacrificada para tranquilizar seu espírito. Enquanto que na Rússia, as pessoas se enforcavam na porta da casa do inimigo (TOTA; BASTOS; ASSIS, 1994).

De acordo com Cassorla (1992), na Idade Média o confisco de bens e o corpo do suicida era degradado, pendurado pelos pés e queimado, colocado em tonéis e jogado em rios.

A repressão ao suicida através da Revolução Francesa foi proibida. O Estado já não se sentia na obrigação de castigar o suicida, pois acreditou que sua conduta não comprometia sua estabilidade (CASSORLA, 1992).

Finalmente, no século XIX, intelectuais e filósofos questionaram estas atitudes e houve uma mudança: o suicídio passou a ser visto como uma manifestação de loucura, indicando que a pessoa não estava com a “mente sadia”. E ainda hoje, o

suicídio é visto para além de um problema moral, mas também como um problema de saúde mental (SOUZA, s. d.).

3.2.1 Suicídio x Sociedade

Na idade média o suicídio ou morte voluntária, era considerado como uma condenação religiosa e judicial. O indivíduo que cometia este ato era considerado louco ou estava sob influência do demônio. Mas de acordo com Durkheim (2000) o suicídio é um ato puramente racional, um fenômeno da razão. O autor afirma que “os países em que há menos loucos são aqueles em que há mais suicidas” (p. 56) e que o suicídio se relacionava de alguma forma com o tipo de interação que o sujeito suicida tinha com a sua sociedade.

Para o autor Alves (2009) a estigmatização social contra pessoas com orientações sexuais diversas, cobranças excessivas, perdas grandes de status, parentes e amigos são alguns dos fatores que podem motivar pessoas a cometerem suicídio.

Seguindo o raciocínio de Durkheim (2000), o suicídio é um fato social. E, fato social, de acordo com Durkheim, é tudo aquilo que aprendemos socialmente e que consiste em diferentes maneiras do indivíduo pensar, sentir e agir diante o grupo.

Ainda para o autor, cada sociedade está predisposta a fornecer um contingente determinado de mortes voluntárias e o que interessa é a análise de todo o processo social, dos fatores sociais que agem não sobre os indivíduos isolados, mas sobre o grupo, sobre o conjunto da sociedade. Cada sociedade possui, a cada momento da sua história, uma atitude definida em relação ao suicídio (DURKHEIM, 2000).

Segundo Rodrigues (2009) a obra “sobre o suicídio” tem tudo a ver com economia e política, na medida em que ela enfatiza males de toda ordem como causa dos suicídios: a miséria, o desemprego, os salários aviltantes, a prostituição, a injustiça social, etc. O que pode ser corroborado com o fato de que na sociedade capitalista e contemporânea, os indivíduos vivem alienados, onde a sociedade é quem institui os modos que cada um deve viver.

Existem também fatores econômicos que contribuem para a piora da saúde mental do indivíduo e que podem culminar em suicídios. Alguns deles são: o desemprego, piora de expectativa de vida, etc. (ALVES, 2009).

3.2.2 Suicídio do tipo altruísta

Praticado pelo indivíduo que está integrado à sociedade. O suicídio altruísta é aquele em que o sujeito morre em prol da sociedade. De acordo com Durkheim (2000) o homem quando não está integrado na sociedade se mata facilmente, mas isso também acontece quando o indivíduo está fortemente ligado a sociedade, que constitui uma forma poderosa de alienação. O homem se mata porque tem o dever. Como exemplo pode-se citar os muçulmanos que colidiram com o World Trade Center em Nova Iorque, em 2001.

Essa descrição é suficiente para determinar do que dependem esses suicídios. Para que a sociedade possa assim coagir alguns de seus membros a se matar, é preciso que a personalidade individual, então, tenha muita pouca importância (DURKHEIM, 2000, p. 274).

De acordo com Durkheim (2000) “a palavra altruísmo expressa aquele em que o eu não se pertence, confunde-se com outra coisa que se situa fora de si mesmo, isto é, em um dos grupos a que o indivíduo pertence” (p. 275). E que quando alguém está habituado a não fazer caso da vida é inevitável que se desfaça dela pelo mais leve pretexto.

Neste tipo de suicídio o mesmo autor esclarece que às vezes o indivíduo se mata pela alegria do sacrifício, uma vez que este ato é considerável, de alguma forma, louvável. Em crenças religiosas, o indivíduo que comete o suicídio do tipo altruísta constituiu uma esperança além desta vida e criam as mais belas expectativas de que o melhor está em outra vida.

O suicídio altruísta é determinado por uma morte certa em que o indivíduo é consciente de ser ela a sua missão na terra. Durkheim menciona o exemplo de soldados militares que mesmo estando com exércitos em guerras não deixam de participarem da vida em sociedade. A farda não torna o soldado um homem novo, quem ele é não desaparece de uma hora pra outra.

Sob influência dessa predisposição, o soldado se mata pela menor contrariedade, pelas razões mais supérfluas, por uma recusa de licença, por uma advertência, por uma punição injusta, por uma suspensão de promoção, por uma questão de ponto de honra, ou até, simplesmente porque presenciou outros suicídios (DURKHEIM, 2000, p. 299).

Por fim, Durkheim (2000) diz que o suicídio altruísta pode ser chamado de suicídio heroico. O homem está sempre disposto a dar sua vida em prol de algo que ele considera ser maior do que ele mesmo.

3.2.3 Suicídio do tipo egoísta

Conforme Durkheim (2000) o suicídio do tipo egoísta acontece quando há um enfraquecimento de laços entre o indivíduo e a sociedade. Quando o indivíduo perde sua identidade, um ato de individualismo extremo, onde o homem não nota nada real no mundo a não ser ele próprio. Normalmente esse suicídio é praticado por pessoas que não estão devidamente integrados na sociedade, são indivíduos socialmente isolados.

O autor dedica-se em estudar e pesquisar estatísticas de diferentes países para entender o suicídio egoísta. E em sua interpretação, o suicídio varia em razão inversa da sociedade religiosa, política e doméstica.

O homem é seguro da morte voluntária quando está integrado na vida social, por ser membro de uma comunidade religiosa unida, por ser ativo. Ainda para o autor, isso acontece inversamente, ou seja, quando a sociedade se desintegra e o indivíduo se isola da vida social.

A sociedade não pode desintegrar-se sem que, na mesma medida, o indivíduo se desligue da vida social, sem que seus fins próprios se tornem preponderantes sobre os fins comuns, sem que sua personalidade, em suma, tenda a se colocar acima da personalidade coletiva. Quanto mais os grupos a que pertence se enfraquecem, menos o indivíduo depende deles e, por conseguinte, mais depende de si mesmo para não reconhecer outras regras de conduta que não as que baseiam em seus interesses privados. Se, portanto, conviermos chamar de egoísmo esse estado em que o eu do individual se afirma excessivamente diante do seu eu social e às expensas deste último, poderemos dar o nome de egoísta ao tipo particular do suicídio que resulta de uma individuação desmedida (DURKHEIM, 2000, p. 358).

Percebe-se que para o autor o suicídio acontece de acordo com as mudanças que acontecem na sociedade em determinado período e que por consequência afetam os indivíduos. Para ele o homem comete o suicídio quando é facilmente desligado da sociedade e quando também está muito integrado a ela.

3.2.4 Suicídio do tipo anômico

Para Durkheim (2000), esse tipo de suicídio é ocasionado por uma perda de padrão na sociedade, ocasionado por mudanças circunstanciais ou não, como por exemplo, revolução, reforma política, economia.

Esse suicídio acontece quando as normas da sociedade não condizem com os objetivos de vida do indivíduo, sendo assim o suicídio ocorre como uma forma de escapatória para a frustração do indivíduo frente a sociedade.

Qualquer ser vivo só pode ser feliz ou até só pode viver se suas necessidades têm uma relação suficiente com seus meios. Caso contrário, se elas exigem mais do que lhes pode ser oferecido ou simplesmente algo diferente, estarão constantemente em atrito e não poderão funcionar sem dor (DURKHEIM, 2000, p. 301).

Durkheim (2000) diz que este, “depende, não da maneira pela qual os indivíduos estão ligados à sociedade, mas da maneira pela qual ela os regulamenta” (p. 334).

Enfim percebe-se que para o autor há uma perda brusca de poder no caso do suicídio anômico, no qual o indivíduo enfrenta crises pessoais, econômicas e sociais e se sente fragilizado, ocasionando também em perda de status. O suicídio anômico está predisposto a acontecer em sociedades modernas que supervalorizam indivíduos com prestígio e influência. A sociedade aparenta abandonar o indivíduo, uma vez que não se identifica com as normas da sociedade e assim o se sente isolado e por consequência tira a própria vida.

3.2.5 Religião e suicídio

De acordo com Pasternack (1983),

os motivos mais comuns relacionados aos desejos de suicídio são: fantasias de uma outra vida, de um paraíso, de um encontro com Deus, de outro mundo de riquezas e delícias de reencontro com pessoas queridas que morreram, de retorno ao seio materno; desejo de punição, de castigo, de destruição de impulsos assassinos ou de impulsos sexuais culposos etc. (*apud* DIAS, 1991, p.17).

As religiões, como norma geral, condenam a interrupção voluntária da vida. Tendem considerá-la como um sagrado dom de Deus do qual o ser humano não deveria se dispor voluntariamente (BATHIA, 2002).

Com algumas variações, esta visão existe no Cristianismo, Islamismo, Judaísmo e Hinduísmo. O Budismo, apesar de não cogitar a existência de Deus, tem uma postura, embora menos enfática, de desaprovação do suicídio (PESSINI, 1999). Além disso, a grande maioria da população no mundo professa alguma religião, o que deveria tornar o estudo entre a religiosidade e suicídio um tema relevante. Contudo, esse ainda é um tema muito negligenciado nas pesquisas, as

escalas de risco de suicídio ignoram quase completamente a religião e a espiritualidade (KOEHOE & GUTHEIL, 1994).

Os Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, é um país onde 90% da população considera a religião muito importante em suas vidas (GALLUP, 1996) e de acordo com Hall et al (1999), um estudo com 100 tentativas graves de suicídio revelou que 51% desses indivíduos não tinham qualquer crença religiosa.

O trabalho de Durkheim (2000) foi o ponto de partida para os estudos sociológicos acerca das relações entre religião e suicídio. Ele comparou as taxas de suicídio de diversos países levando em consideração a religião predominante em cada um deles. Seus achados basicamente apontaram para uma incidência de suicídios 50% maior nos países protestantes em relação aos de maioria católica.

Alguns trabalhos corroboraram com esta visão de Durkheim encontrando maiores taxas de suicídio entre protestantes em relação a católicos, muçulmanos e judeus (ARGYLE; BEITH-HALLAHMI, 1975).

Um outro achado que tem sido replicado é o de que as minorias religiosas têm menores taxas de suicídio em relação aos que se declaram adeptos da religião majoritária (STENGEL, 1964).

3.2.6 Vínculos Familiares

A qualidade dos relacionamentos familiares interfere de forma significativa na tomada de decisão do indivíduo em tirar a própria vida, considerando-se que a família é o primeiro contato social do indivíduo, o meio no qual o sujeito tem as suas primeiras representações sociais.

A estrutura familiar é constituída por padrões de interação, que por sua vez governam o funcionamento dos membros da própria família, delineando sua gama de comportamentos e facilitando sua interação (MINUCHIN; FISHIMAN, 1990).

O modo como os vínculos são estabelecidos e a maneira como as experiências familiares são vividas podem motivar os comportamentos que levam o indivíduo a cometer o suicídio.

Um importante fator de risco para que ocorra o suicídio são os conflitos familiares, tendo em vista as dificuldades para se relacionar e comunicar, bem como ausência e falta de apoio neste ambiente, originando em inúmeras vezes os comportamentos dos indivíduos que cometem o suicídio. Quando o sujeito efetiva o

ato de suicidar-se ocorre na família desajustes, pois alguns dos membros podem atribuir sentimento de culpa por não ter percebido os sinais transmitidos pelo membro que cometeu o ato.

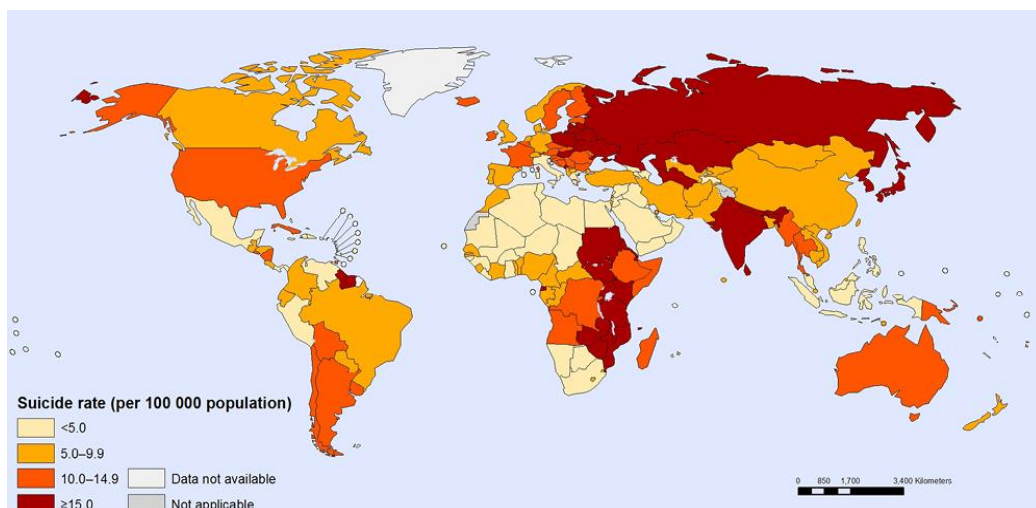
A presença de familiares que tentaram ou cometeram suicídio é um fator agravante para o comportamento suicida. Estas informações ressaltam que a família deve auxiliar na prevenção aos agravos em saúde mental é, dessa forma, que as ações dos profissionais de saúde precisam ser direcionadas não somente ao indivíduo, mas também ao grupo familiar (ABREU et al, 2010).

É diante disso, de tal realidade, que a relação entre o indivíduo e seu grupo familiar, deve ser estudada.

3.3 MORBIDADE E SUICÍDIO

Em 2012, cerca de 804 mil pessoas morreram por suicídio em todo o mundo, o que corresponde a taxas ajustadas de 11,4 por 100 mil habitantes por ano – 15,0 para homens e 8,0 para mulheres (OMS, 2014).

FIGURA 1: Mapa de taxas de suicídio (por 100.000 habitantes), ambos os sexos, ano de 2012



Observa-se na Figura 1 que as maiores taxas de óbitos por suicídio encontram-se no leste europeu e as mais baixas na América Latina. Europa Ocidental, Estados Unidos e Oceania apresentam taxas intermediárias (WHO, 2014).

Observa-se na tabela 1 que os países que apresentam maior números de mortes acometidas por suicídio são a Índia, China, Rússia, Japão, Coreia do Sul, Paquistão e Brasil. E, segundo a OMS (2014) o Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios. Em 2012 foram registradas 11.821 mortes, cerca de 30 por dia, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres.

TABELA 1: Países com mais óbitos de suicídio em 2012

	País	Total de óbitos/suicídio
1º	Índia	258.075
2º	China	120.730
3º	Estados Unidos	43.361
4º	Rússia	31.997
5º	Japão	29.442
6º	Coreia do Sul	17.908
7º	Paquistão	13.377
8º	Brasil	11.821
9º	Alemanha	10.745
10º	Bangladesh	10.167

Fonte: Who (2014).

Já o quadro abaixo, apresenta a taxa de mortalidade por suicídio, dividido por regiões do Brasil.

TABELA 2: Taxas de mortalidade por suicídio nos Estados Brasileiros em 2012

	Estados	Taxa/100.000
1º	Rio Grande do Sul	10,9
2º	Santa Catarina	8,6
3º	Mato Grosso do Sul	8,4
4º	Roraima	8,1
5º	Piauí	7,4
6º	Tocantins	6,6
7º	Goiás	6,5
8º	Minas Gerais	6,4
9º	Paraná	6,0
10º	Mato Grosso	5,9
11º	Ceará	5,9
12º	Acre	5,7
13º	Distrito Federal	5,4

Fonte: Who (2014).

É possível perceber a predominância de uma alta taxa de suicídio no estado do Rio Grande do Sul, seguido de Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Roraima e demais estados brasileiros, e de menor predominância apresenta-se o Distrito Federal.

Segundo o Ministério da Saúde (DATASUS) de acordo com o número de suicídios por sexo no Brasil, do ano 2003 a 2013, é perceptível que o número de mortes do sexo masculino tem um maior registro do que o feminino, observando assim o aumento de mortes do sexo masculino até o ano 2012 e no ano de 2013 uma diminuição em relação a ordem decrescente. Como mostra o quadro abaixo.

TABELA 3: Número de suicídios por sexo no Brasil segundo o Ministério da Saúde

Ano	Masculino	Feminino
2013	7.973 óbitos	2.103 óbitos
2012	8.061 óbitos	2.257 óbitos
2011	7.762 óbitos	2.089 óbitos
2010	7.375 óbitos	2.073 óbitos
2009	7.500 óbitos	1.872 óbitos
2008	7.375 óbitos	1.953 óbitos
2007	6.995 óbitos	1.872 óbitos
2006	6.834 óbitos	1.805 óbitos
2005	6.744 óbitos	1.805 óbitos
2004	6.311 óbitos	1.706 óbitos
2003	6.256 óbitos	1.604 óbitos

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS (2013).

Na tabela 4 tem-se o número de óbitos por faixa etária no país.

TABELA 4: Número de suicídio no Brasil por faixa etária

Faixa Etária	Número de mortes
05 a 09 anos	3 óbitos
10 a 14 anos	115 óbitos
15 a 19 anos	644 óbitos
20 a 29 anos	2.136 óbitos
30 a 39 anos	2.176 óbitos
40 a 49 anos	1.949 óbitos
50 a 59 anos	1.431 óbitos
60 a 69 anos	856 óbitos
70 a 79 anos	499 óbitos
80 anos e mais	250 óbitos

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS (2013).

Estes dados permitem observar que a faixa etária com maior ocorrência de suicídio é a de 30 a 39 anos, seguida da faixa de 20 a 29 anos.

E, por fim, na tabela 5 é possível observar que no Estado de Minas Gerais, a região metropolitana de Belo Horizonte tem o maior número de suicídios. Enquanto o Vale do Mucuri conta com o menor número.

TABELA 5: Taxa de suicídio por Mesorregião em 2013 no estado de Minas Gerais

Mesorregião	Número de Suicídios/MG 2013
Metropolitana de Belo Horizonte	264
Sul/ Sudoeste de Minas	183
Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba	161
Zona da Mata	104
Oeste de Minas	102
Norte de Minas	69
Vale do Rio Doce	58
Campo das Vertentes	57
Central Mineira	31
Jequitinhonha	27
Noroeste de Minas	20
Vale do Mucuri	17

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS (2013).

Para Lovisi (2009) os principais meios utilizados para se cometer o ato suicida são enforcamento, armas de fogo e envenenamento. A tabela abaixo apresenta a porcentagem por sexo destes meios mais utilizados.

TABELA 6: Principais meios utilizados no ato suicida

Meios utilizados	Homens	Mulheres
Enforcamento	58%	49%
Arma de fogo	17%	6%
Envenenamento	5%	5%
Fumaça/Fogo	-	9%
Altura	-	6%

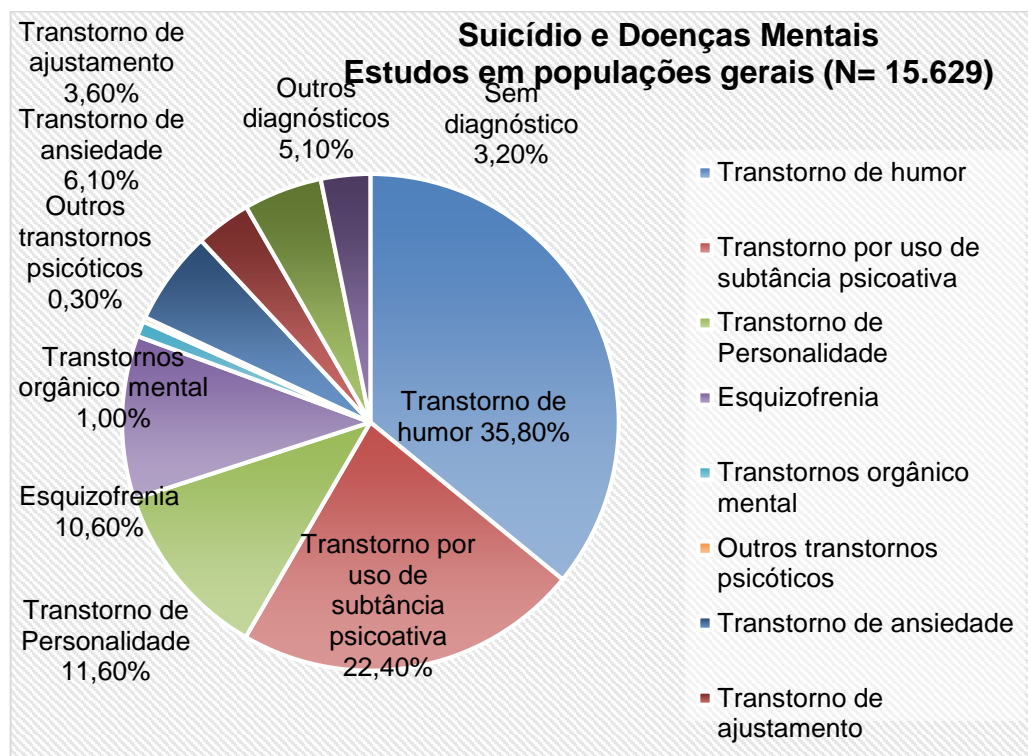
Fonte: Lovisi et al (2009).

3.4 PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

As proporções de suicídios que acontecem no Brasil e no mundo evidenciam um problema sério de saúde pública. De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), o suicídio se destaca entre as três principais causas de mortes entre pessoas de 15 a 44 anos e é responsável por 24 mortes diárias no Brasil e três mil no mundo todo. No que diz respeito ao suicídio ela certifica que é possível prevenir o suicídio desde que, todos os profissionais estejam aptos a reconhecerem fatores de risco presentes e assim determinarem medidas para reduzir as chances de chegar ao suicídio consumado.

Porém, diversos motivos podem atrapalhar na prevenção ao suicídio, uma vez que este em algumas culturas é considerado um delito, um pecado. O que faz com que famílias neguem este ato e ainda temam em falar sobre este dilema. A inexistência de compreensão do assunto por parte da família e por parte dos profissionais da saúde promove barreiras que dificultam a prevenção do suicídio, que pode ser entendida como uma identificação precoce dos transtornos mentais e o encaminhamento adequado destes, uma vez que os transtornos mentais são os maiores fatores de risco para o suicídio. Bertolote e Fleischmann (2002) apontam os transtornos de humor, esquizofrenia, transtornos de uso de substância e transtornos de personalidade como os principais transtornos mentais relacionados ao suicídio.

Pode-se perceber através do gráfico abaixo que a probabilidade de ocorrência de suicídio é relevante nos indivíduos com transtornos de humor, após este, os transtornos por uso de substâncias psicoativas, seguindo da esquizofrenia, transtornos de personalidade entre outros.

FIGURA 2: Suicídio e doenças mentais – estudos em populações gerais

Fonte: Bertolote et al (2002).

Dentre os transtornos de humor, a depressão é o transtorno mais associado ao comportamento suicida. Calcula-se que entre 50 a 75% dos suicídios são cometidos enquanto a pessoa está sofrendo desta patologia (BOTEGA et al, 2004).

De acordo o DSM IV são utilizados alguns critérios para o diagnóstico da depressão, sendo estes:

- Estado deprimido: sentir-se deprimido a maior parte do tempo;
- Anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina;
- Sensação de inutilidade ou culpa excessiva;
- Dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se;
- Fadiga ou perda de energia;
- Distúrbios do sono: insônia ou hipersonia, praticamente, diárias;
- Problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor;
- Perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar;

- Ideias recorrentes de morte ou suicídio.

Já as pessoas que sofrem com o transtorno Bipolar acometem 15% das mortes por suicídio. Transtorno por uso de substâncias psicoativas é a segunda doença mental mais associada ao suicídio, cerca de 5 a 15% das pessoas dependentes terminam suas vidas pelo suicídio. Estudos populacionais apontam a prevalência de transtornos de personalidade em aproximadamente em 10 a 15% da população geral. Os TP apresentam risco aumentado de suicídio em até 12 vezes para homens e 20 vezes para mulheres, especialmente os transtornos de personalidade Antissocial e Borderline (CVV, 2014, s.p.).

No quadro a seguir, há um esboço das características do Transtorno de Personalidade segundo Dalgalarondo (2000).

QUADRO 1: Características do transtorno de personalidade

Borderline	Narcisista	Antissocial
Relações pessoais muito instáveis	Quer reconhecimento como especial ou único	Frio, insensível, sem compaixão
Atos auto lesivos repetitivos	Considera-se superior	Irresponsável, inconsequente
Humor muito instável	Fantasias de grande sucesso pessoal	Não sente culpa ou remorsos
Impulsivo e explosivo	Requer admiração excessiva	Agressivo, cruel
Sentimentos intensos de vazio	É frequentemente arrogante	Mente de forma recorrente

Fonte: Dalgalarondo (2000).

Para a ocorrência de uma melhor prevenção houve então a implantação da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio ocorrendo no período de 2005-2006 como uma iniciativa e coordenação do Ministério da Saúde, segundo Portaria MS No- 1.876, de 14 de agosto de 2006. Essa implantação contou com a participação de várias instituições nacionais como: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas (UNICAMP); o Instituto de Psicologia da PUC-RS, o Instituto de Psicologia da UnB, o Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, da

Universidade Federal do Rio de Janeiro - NESC/UFRJ; o Núcleo de Epidemiologia do Instituto Phillippe Pinel, do Rio de Janeiro e, o Centro de Valorização da Vida (CVV). O lançamento ocorreu em 2006 na PUC-RS.

A Portaria que instituiu as diretrizes nacionais para prevenção do suicídio foi aprovada e pactuada pela Comissão Intergestora Tripartite, que reúne as três esferas de gestão (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS) do Sistema Único de Saúde (SUS), em julho de 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As Diretrizes compõem-se de dois grandes eixos: o desenvolvimento e o fortalecimento de medidas de prevenção e de assistência, onde propõe um conjunto de ações no âmbito dos diversos dispositivos e das equipes de saúde mental, com a finalidade de mantê-lo articulado com a Política Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio são:

- I - Desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos;
- II - Desenvolver estratégias de informação, comunicação e 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 baseados 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, 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;
- VIII - Promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa de Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgências e emergências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O objetivo da elaboração e formalização destas Diretrizes é dar uma orientação para a implantação da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio,

com a finalidade de reduzir as taxas de suicídio e suas tentativas, assim como reduzir os danos provocados por estes eventos na população.

3.4.1 Organizações não Governamentais atuantes na prevenção ao suicídio

No Brasil existem Organizações não governamentais (ONG's) que realizam trabalhos voluntários sobre a prevenção ao suicídio, como o Centro de Valorização da Vida (CVV) e a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS).

O CVV foi fundado em São Paulo em 1962 e é uma associação sem fins lucrativos, filantrópica, reconhecida como de Utilidade Pública Federal em 1973. Esta ONG conta com indivíduos que prestam serviços voluntários e gratuitos para pessoas que se sentem na necessidade de conversar com total sigilo. Segundo o CVV essas conversas podem ser realizadas pelo telefone 141 que funciona por 24 horas, pessoalmente nos postos de atendimentos ou pelo site via chat, VoIP (Skype) e e-mail (CVV, 2015).

Em setembro de 2015 houve início dos atendimentos pelo telefone 188 sendo operado pelo CVV, sem custo de ligação para prevenção do suicídio que neste primeiro momento funcionava no estado do Rio Grande do Sul (CVV, 2015). O fato de esta implantação ter início primeiramente no Rio Grande do Sul, permite acreditar que seja pelas taxas do número de suicídios ocorridos neste estado, sendo o Estado com maior taxa de suicídio no Brasil.

Com a prevenção vinda do CVV foi criado o Setembro Amarelo sendo uma campanha de conscientização sobre a prevenção do suicídio, a fim de levar a população brasileira a realidade deste acontecimento, tanto no País quanto mundialmente, e as formas de prevenção deste ato, onde vem sendo realizadas algumas ações de rua como caminhadas, entre outros.

Iniciado no Brasil pelo CVV, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o Setembro Amarelo realizou as primeiras atividades em 2014 concentradas em Brasília, conseguindo em 2015 uma maior exposição com ações em todo País. Mundialmente, a Associação Internacional para Prevenção do Suicídio (IASP) estimula a divulgação da causa, vinculado ao dia 10 do mesmo mês no qual se comemora o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio (CVV, 2015).

Quanto a ABEPS, esta é uma associação civil, de âmbito nacional e sem fins lucrativos, que tem como objetivo geral fomentar o estudo, a discussão e a pesquisa em torno da prevenção ao suicídio. Esta ONG conta com membros voluntários que podem participar com ideias e trabalhos, trazendo as especificidades de sua região e possibilitando que os projetos empreendidos pela ABEPS contemplem as diversidades desse país de extensão continental (ABEPS, 2016). No site da ABEPS ocorre a divulgação dos grupos de trabalhos em atividades, onde quem está associado pode vincular àquele que tenha maior interesse.

3.5 MITOS E FATOS SOBRE O SUICÍDIO

Existem muitos mitos relacionados ao suicídio e este é um assunto que precisa ser tratado com cuidado, pelos riscos que apresenta. As representações sociais dificultam o processo de conscientização dos riscos do suicídio e do sofrimento que acomete o indivíduo que ou pensa em suicidar-se.

QUADRO 2: Mitos e verdades sobre o suicídio

Mitos	Fatos
Quem quer se matar não avisa.	As pessoas que pensam no suicídio, normalmente, comunicam direta ou indiretamente que querem morrer.
Perguntar sobre suicídio pode induzir a pessoa a isso.	Conversar com a pessoa de forma sensata e acolhedora reduz o nível de desespero suicida.
Quando a pessoa fala que não tem mais razão para viver, devo mostrar que tem outras pessoas que sofrem mais que ela.	É preciso mostrar respeito, cuidado, compaixão, afeição, e, sobretudo, ouvir sem críticas e julgamento.
Devo dizer que tudo vai ficar bem.	A pessoa com ideia suicida precisa da ajuda de profissionais (psicólogo, psiquiatra), a ameaça suicida precisa ser levada a sério. A pessoa que pensa em

	morrer necessita de apoio emocional de um profissional.
Só pessoas com distúrbios mentais cometem suicídio.	Vários fatores contribuem para que a pessoa cometa suicídio. As pessoas com distúrbios mentais estão no grupo de risco para comportamento suicida, no entanto, isso não significa que todos que tenham algum distúrbio mental pensam em suicídio, tampouco que somente as pessoas com distúrbios mentais se suicidam. O comportamento suicida é um momento de extremo sofrimento, e não, necessariamente, um distúrbio mental.

Fonte: Neris. A. (2016).

Assim, quanto aos mitos ainda existentes é preciso sempre levar a sério as ameaças vindas dos indivíduos avaliando a necessidade de ajuda ao mesmo.

3.6 CURIOSIDADES

3.6.1 Personagens históricos e famosos que cometeram suicídio

3.6.1.1 Virginia Woolf (1941)

Segundo Verrumo (2012) a escritora e ensaísta modernista passava por um colapso nervoso, em 1941, quando decidiu interromper seu projeto literário e sua vida. Não tomou veneno e nem deu um tiro contra a própria cabeça. Vestiu um casaco largo, encheu os bolsos de pedras e entrou no Rio Ouse. Morreu afogada. Antes de morrer, escreveu uma última carta a Leonard Woolf, seu marido, explicando sua decisão.

Querido. Tenho certeza que estou ficando louca novamente. Sinto que não conseguiremos passar por novos tempos difíceis. E não quero revivê-los. Começo a escutar vozes e não consigo me concentrar. Portanto, estou fazendo o que me parece ser o melhor a se fazer. Você me deu muitas possibilidades de ser feliz. Você esteve presente como nenhum outro. Não creio que duas pessoas possam ser felizes convivendo com esta doença terrível. Não posso mais lutar. Sei que estarei tirando um peso de suas

costas, pois, sem mim, você poderá trabalhar. E você vai, eu sei. Você vê, não consigo sequer escrever. Nem ler. Enfim, o que quero dizer é que é a você que eu devo toda minha felicidade. Você foi bom para mim, como ninguém poderia ter sido. Eu queria dizer isto – todos sabem. Se alguém pudesse me salvar, este alguém seria você. Tudo se foi para mim mas o que ficará é a certeza da sua bondade, sem igual. Não posso atrapalhar sua vida. Não mais. Não acredito que duas pessoas poderiam ter sido tão felizes quanto nós fomos (VERRUMO, 2012).

3.6.1.2 Hitler e Eva Braun (1945)

Hitler, o líder alemão, estava com a saúde comprometida: passava por problemas cardíacos, era hipocondríaco, sofria de insônia. Estava em um esconderijo na cidade de Berlim. Em 30 de abril de 1945, diante da aproximação do Exército Vermelho, Hitler entregou a Eva Braun, sua esposa, um veneno mortal e, em seguida, se matou com um tiro. Antes de morrer, havia ordenado a que atemassem fogo em seu corpo e no de Eva. E foi o que aconteceu, enquanto soldados alemães faziam a saudação nazista (VERRUMO, 2012).

3.6.1.3 Getúlio Vargas (1954)

No dia 24 de agosto de 1954, Vargas disparou uma arma contra o próprio peito em seu quarto, no Palácio do Catete, na cidade do Rio de Janeiro (EQUIPE PALAVREIROS DA HORA, 2011).

Vargas deixou nota sobre seu suicídio em sua carta testamento encontrada na mesinha de cabeceira do presidente: “Eu vos dei a minha vida. Agora ofereço a minha morte. Nada temo. Serenamente dou o primeiro passo no caminho da eternidade e saio da vida para entrar na história” (LIRA NETO, 2004, s.p.).

3.6.1.4 Kurt Cobain (1967)

Kurt ficou muito famoso por fazer parte da grande banda de rock chamada Nirvana. Nos anos 90, sua música inspirou uma grande geração do estilo musical chama grunge. Kurt era dependente de drogas, alcoolista e sofria de Transtorno Afetivo Bipolar (GRAFF, 2015).

Antes de cometer o suicídio com um tiro aos 27 anos, Cobain deixou uma carta para sua esposa e filho que dizia o seguinte: “Frances e Courtney, eu estarei em seu altar. Por favor, vá em frente Courtney, a vida de Frances será melhor sem mim. Eu te amo. Eu te amo” (GRAFF, 2015, s.p.).

3.6.1.5 Elliott Smith (2003)

Cantor e compositor americano, Elliott Smith tinha um estilo vocal que era considerado “fantástico”. Mais ou menos no ano de 2001, Elliott suspeitava que uma van branca o perseguia por todo lado, além de não comer, ele ficava dias sem dormir por causa da paranoia (GRAFF, 2015).

Consumindo grandes quantidades de heroína e crack, Smith teve overdose várias vezes. No dia 21 de outubro de 2003, Elliott teve uma discussão com sua namorada, que se trancou no banheiro e quando saiu o encontrou com uma faca enfiada no peito, onde suas últimas *palavras em uma nota foram*: “Sinto muito, amor. Deus me perdoe” (GRAFF, 2015, s.p.).

3.6.1.6 Luiz Carlos Leão Duarte Junior - Champignon (2013)

O corpo do cantor foi encontrado no dia 09 de setembro de 2013 no apartamento que dividia com a esposa, na Zona Sul da capital paulista. O músico usou uma pistola 380 para atirar contra a própria cabeça (TOMAZ, 2014).

Champignon teve duas perdas companheiros de banda entre março e maio de 2013, sendo esses Chorão e Peu Souza. O cantor relata que “os dois perderam a fé. Quando perdem a fé, perdem a vontade de viver. Foi mais um dia muito triste” (SANTIAGO; MACEDO, 2013, s. p).

A esposa relata que um dia antes da morte, Champignon teve críticas fortes na internet, no qual foi chamado de Judas, traíra, aproveitador. Relata também que ele chorou na manhã de domingo e que estava preocupado com a questão financeira, por causa das dívidas, mas o problema dele mesmo, segundo a mulher, eram as críticas (TOMAZ, 2014).

3.6.1.7 Fausto Fanti (2014)

No dia 30 de julho de 2014 o corpo do humorista Fausto de 35 anos foi encontrado enforcado com um cinto preso à janela do banheiro. Ele foi encontrado nu pela mulher, um amigo e o zelador do prédio do apartamento onde morava (TOMAZ, 2014).

Entre as hipóteses investigadas pela polícia, estão a de que Fausto suicidou-se porque estaria se separando da esposa (TOMAZ, 2014).

3.6.1.8 Robin Williams (2014)

O corpo do ator de 63 anos, foi encontrado em sua casa em Tiburon, em 11 de agosto de 2014. O ator morreu de asfixia por enforcamento por volta do meio dia. (REUTERS, 2014).

Segundo a esposa do ator ele estava sóbrio ao morrer. "Ele foi corajoso ao lutar contra a depressão, a ansiedade e os estágios iniciais da doença de Parkinson, da qual não estava pronto para falar em público" (REUTERS, 2014, s.p.), disse Susan Schneider.

4 DISCUSSÃO

No presente trabalho o objetivo foi retratar e compreender a complexidade do comportamento suicida, uma vez que este tema ainda é um tabu em toda sociedade apesar de ser uma prática tão antiga quanto as próprias sociedades e a socialização. A pergunta que nos norteou o nosso trabalho foi: O que leva uma pessoa a tirar a própria vida, cometendo suicídio? Uma indagação intrincada e que pode ser respondida de diferentes maneiras, ou usando de várias explicações complementares para se explicar o fato. Deparamos com diversos fatores que provocariam o ato suicida e que comprovam a nossa suposição de que o suicídio além de ser fenômeno complexo é também um acontecimento multifatorial, por ser complexo não se esgota em um trabalho, a multifatorialidade também nos leva a pensar e concluir que examinar o ato suicida e entrar em uma realidade que talvez não tenha uma explicação definitiva sobre o fato em si. Para adquirirmos embasamento teórico analisamos e discutimos diversos trabalhos sobre o assunto, nos quais apresentam diversos dados de diferentes países, cidades e regiões, ao fazer isso buscamos demonstrar que cada realidade ambiental, cada contexto social, cada condição econômica, cada processo social e histórico carrega em si elementos que vão marcar a vida do sujeito e o seu ato final quando o “opta” por cometer suicídio. Aqui também podemos dizer que o suicídio é um ato “solitário” de escolha pessoa, sempre tendo o sujeito como senhor último da ação.

Compreendemos que suicídio é um fato social, sendo que quando uma sociedade tem baixa coesão social, os laços que a mantém unida não tem força suficiente teremos então a preponderância dos tipos de suicídio anômico e egoísta, e quando temos uma sociedade bastante unida, forte e coesa, teremos o suicídio altruísta como prevalente. Muito se tem dito sobre modelos de socialização/sociedade que usam ou promovem o isolamento social e competitividade entre seus membros, esse pode ser causador de tipos específicos de suicídio, não podemos usar desse raciocínio simplista, ou seja, mais competitividade mais casos de suicídios. Sociedades coesas também apresentam processos suicidas complexos que devem ser observados de perto porque podem apresentar fortes mecanismos de controle e de subtração até da própria condição de individualidade de cada sujeito. Onde impera a coesão desmedida certamente a individualidade tem dificuldades de se manifestar.

O suicídio anônimo acontece com uma maior regularidade nas sociedades que estão com o desregramento social, tendo então instituições que não cumprem mais o seu papel e não tendo mais normas para manter a sociedade unida. Nesse caso temos uma situação curiosa, a necessidade de institucionalização, mas em uma medida que não suprima a individualidade, esse modelo mostra que somos seres gregários e ao perdermos fortes referências temos uma forte tendência de perder junto o sentido da vida.

O suicídio egoísta também é característico de uma sociedade com baixa coesão social, sendo condição então pensamentos vindos do indivíduo demonstrando a ele não ter mais razões para viver nessa mesma sociedade, pois este ambiente não é aquilo que ele pensava, e passa a ter atitudes de interesses individuais, pois o coletivo já perdeu o sentido, criando então indivíduos com pensamentos em somente ter, e não ser, em que aparências valem muito mais do que o indivíduo realmente é. Esse mecanismo cria um círculo vicioso, quando o indivíduo se isola ele leva junto parte da sua própria função social agregadora contribuindo mais ainda para dissolução dos laços e aumento dos casos de suicídio.

O suicídio altruísta ocorre quando o indivíduo percebe que a sociedade ou uma causa é muito maior que ele, onde isso tem tamanho valor para esse sujeito que acaba cometendo o suicídio por essas causas maiores que ele. Essas causas tidas como maiores podem ser, por exemplo, fruto de uma influência ideológica ou religiosa, a morte parece adquirir uma áurea sagrada e “sacrifício” maior, o suicídio deve ser cometido, não é incomum a análise dessa situação a partir de uma leitura do enfraquecimento do Eu ou Self como uma unidade centralizadora que “afasta” o sujeito do mundo para resguardá-lo.

Em relação aos aspectos da relação entre religião e suicídio, percebe-se que as pessoas que não declaram adeptos á alguma religião apresentam menores taxas de suicídios, perante aquelas que declaram algum vínculo religioso.

Desde a antiguidade muitos a vinculam o ato de suicidar-se com a questão do pecado. Encontramos em várias pesquisas/citações trechos relatando que sujeitos que se suicidam vão direto para o inferno por ter negado a salvação vinda de Cristo, e/ou perderam a fé. Um pensamento perpassado sobre tal contexto, que certa forma faz parte do repertório da sociedade e sua cultura. Em culturas orientais em determinados períodos históricos o suicídio adquire caráter de ato cercado de honra e dignidade, como no Japão, por exemplo.

No processo de socialização cada indivíduo vem ao longo da sua convivência no grupo familiar, adquirindo vínculos, sendo ali seu primeiro contato social, criando suas crenças sobre o mundo, os outros e de si mesmo, valores morais e conduta. O vínculo familiar é essencial na vida do sujeito. Neste contexto deve haver bastante comunicação entre os membros, usando esta para contextos favoráveis e não somente para sermões de forma punitiva. O contexto familiar é onde o sujeito na maioria das vezes tem maior liberdade de expressão aos comportamentos de ideação ao suicídio, sendo que o papel da família neste contexto deveria ser o de escutar o sujeito e ajudá-lo a pensar o que está errado e onde, e não rejeitar. Existe uma perspectiva ao lidar com a morte ou a morte decorrente do suicídio como uma negação não apenas da vida, mas também de uma modelo de socialização, de convívio, de uma forma de estar no mundo. O ato suicida de alguma forma explicita esse fato, muito em razão disso apenas a ideação suicida já seja tenebrosa para muitos, que preferem ignorá-la.

Quando nos referimos ao suicídio como uma questão de saúde pública continuamos nessa linha de pensamento. Acreditamos que deveriam ocorrer treinamentos para os profissionais da saúde, para que os mesmos tivessem maiores condições de poder contribuir na prevenção deste ato. Após isso poderia ser pensado em criação de programas e planejamento para tal prevenção, pois este trabalho é um grande desafio, não somente para a Psicologia e demais profissionais, mas também, para a sociedade por envolver questões culturais e econômicas, psicossociais, históricas e médicas.

Percebemos que o papel do psicólogo está colocado desde o diagnóstico até a intervenção. Na clínica é sempre uma oportunidade para o psicólogo poder fazer a intervenção. No caso do psicólogo ligado a instituições, por exemplo, o psicólogo de RH, sempre é possível o diagnóstico e o encaminhamento na medida em que faz acompanhamentos periódicos da rotina de trabalho de cada sujeito.

Em se tratando de abordagens todas vão indicar uma alteração ou no comportamento ou na forma de pensar e vivenciar a realidade, então não importa com que linha teórica se trabalhe todas vão ter como detectar uma alteração e todas tem mecanismos para poder intervir, pois em qualquer abordagem a ser trabalhada o profissional da psicologia traz consigo aspectos éticos adquiridos no decorrer de sua formação, sendo levantada no atendimento a questão do sigilo, acolher o

indivíduo para que ele se sinta num ambiente confiável, ficando a vontade para poder falar sobre sua demanda.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pretendeu esclarecer alguns fatores que levam o homem a cometer o suicídio. Este teve o objetivo de chamar a atenção para esse assunto polêmico e ao mesmo tempo aprimorar o nosso conhecimento.

Ao estudar esse tema usamos o caminho trilhado pelo sociólogo Émile Durkheim, onde salienta a influência que a sociedade tem sobre o indivíduo, caracterizando o suicídio em três tipos: altruísta, egoísta e anômico. De acordo com o autor qualquer sociedade tem contingentes que determinam o suicídio, para ele o homem comete o suicídio quando é facilmente desligado da sociedade e quando também está muito integrado a ela.

De outra perspectiva o suicídio é acometido por pessoas que estão muito ligadas a religião, pois estas acreditam que poderão se encontrar com entes queridos que já morreram e pensam adiantarão o encontro com Deus.

Na tentativa de compreender melhor o suicídio, fizemos uma pesquisa que elucida que os conflitos familiares se destacam como importante fator de risco para o suicídio, bem como dificuldades na comunicação, relacionamento e ausência do apoio da família.

De acordo com a morbidade e comorbidade apresentadas nesse trabalho, afirmamos com certeza que o suicídio é um problema de saúde pública mundial. Isso se institui pelo aumento expressivo de estatísticas em torno desse problema, demandando providências de precisão por partes dos órgãos qualificados. Diversas atitudes podem ser tomadas para que haja uma prevenção eficaz, entre elas: a conscientização da sociedade, tratamento precoce dos transtornos, qualificação dos profissionais, das equipes multidisciplinares, controle dos meios mais utilizados no ato suicida (armas de fogo, agrotóxicos, construções seguras de lugares públicos, dentre outros).

Diante disso, torna-se relevante frisar ao psicólogo um importante trabalho a ser executado, realizar atendimentos de forma acolhedora e identificar através de coleta de dados, a história de vida do indivíduo e intervir de forma adequada, promovendo a prevenção como também uma melhoria do paciente.

REFERÊNCIAS

ABREU. P. K. et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 195-200, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf>. Acesso em :25 de maio 2016.

ALVES, S. K. *Suicídio: autonomia ou alienação? algumas considerações*. 2009. Disponível em: <<http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/AnaisXVENABRAPSO/311.%20suic%CDdio.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.

ARGYLE, M.; BEITH-HALLAHMI, B. *A psicologia social da religião*. Londres, 1975.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO. *Notícias do I Congresso Brasileiro de Prevenção do Suicídio*. 2016. Disponível em: <<http://www.abeps.org.br/>>. Acesso em: 10 de nov. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). *Suicídio: informando para prevenir*. Disponível em: <http://www.cvv.org.br/downloads/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf>. Acesso em: 03 de out. 2016.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. *Suicídio e diagnóstico psiquiátrico: uma perspectiva mundial*, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf>>. Acesso em: 20 de set. 2016.

BHATIA, M. S. Estigma, suicídio e religião. *British Journal of Psychiatry* 180. 2002. p. 188-189. Disponível em: <http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/M_autores/MOREIRA-ALMEIDA_Alexander_e_LOTUFO_NETO_Francisco_tit_religiao_suicidio.pdf>. Acesso em: 19 de nov. 2016.

BOTEGA, N. J. et al. *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido profissionais da saúde de atenção básica recursos da comunidade*. São Paulo: Unicamp, 2004.

BOTEGA, N. J. Suicídio e tentativa de suicídio. In: LAFER, B. et al. *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2000, cap. 16, p. 157-165.

CASSORLA, R. M. S; SMEKE, E. L. M. Autodestruição Humana. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, p. 61-73, 1992. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v10s1/v10supl1a05.pdf>>. Acesso em: 15 de set. 2016.

CASTRO. O. P. M. *Suicídio e família: concepção de psicólogos e psiquiatras*. Brasília. Jun./2005. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/3055/2/20059868.pdf>>. Acesso em: 28 de maio 2016.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). O CVV. Disponível em: <http://www.cvv.org.br/cvv.php>. Acesso em: 15 de novembro de 2016.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). *Suicídio informado para prevenir*. 2014. Disponível em: <<http://www.cvv.org.br/cvv.php>>. Acesso em: 10 de nov. 2016.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

DIAS, M. L. *Suicídio testemunho de adeus*. 1-ed. São Paulo: Editora Brasiliense 1991.

DICIONARIO INFORMAL, 2009. Disponível em: <<http://www.dicionarioinformal.com.br/suic%EDdio/>>. Acesso em: 25 de maio 2016.

DURKHEIM, E. *O suicídio*. São Paulo: Martin Claret, 2006.

DURKHEIM, E. *O suicídio*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

DUTRA, E. Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In: HUTZ, C. S. *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. Porto alegre: Casa do Psicólogo, 2002.

EQUIPE PALAVREIROS DA HORA. *Carta testamento do ex presidente Getúlio Vargas – 57 anos de seu suicídio*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://palavrastodaspalavras.wordpress.com/2011/08/24/carta-testamento-do-ex-presidente-getulio-vargas-57-anos-de-seu-suicidio-rio-de-janeiro/>>. Acesso em: 19 de nov. 2016.

GALLUP, G. H. *Religião na América*. Princeton: The Gallup Organization Inc, 1996.

GRAFF. M. *7 famosos que deixaram cartas de suicídio emocionantes*. 2015. Disponível em: <<http://www.ultracurioso.com.br/7-famosos-que-deixaram-cartas-de-suicidio-emocionantes/>>. Acesso em: 19 de nov. 2016.

HALL, R. C. W.; PLATT, D. E.; HALL, R. C. Avaliação do risco de suicídio: uma revisão dos factores de suicídio em 100 pacientes que fizeram tentativas de suicídio graves. *Psychosomatics*, v. 40, p. 18-27, 1999.

KAPLAN, M. D.; SADOCK, M. D. *Compêndio de psiquiatria – ciências comportamentais, psiquiatria clínica*. 6-ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993, 901p.

KOEHOE, N. C.; GUTHEIL, T. G. *A negligência das questões religiosas na avaliação - pacientes suicidas*. p. 366-369, 1994.

LIRA NETO. *Por que Getúlio se matou?* 2004. Disponível em: <<http://guiadoestudante.abril.com.br/aventuras-historia/getulio-se-matou-433744.shtml>>. Acesso em: 19 de nov. 2016.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DATASUS - *óbitos por suicídio*. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10br.def>>. Acesso em: 14 de nov. 2016.

_____. *Portaria nº- 1.876, de 14 de agosto de 2006*. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj6toHMurzQAhUJEZAKHb1uDz4QFgguMAM&url=http%3A%2F%2Fwww.informacaoemsaude.rj.gov.br%2Fdocman%2Fatencao-a-saude%2Fatencao-as-violencias%2F3991-portaria-ms-n-1876-prevencao-suicidio-pdf%2Ffile.html&usg=AFQjCNEOGW2eCg1QzJx9OIF3NhkTN0KKCQ&bvm=bv.139250283%2Cd.Y2l>>. Acesso em: 16 de nov. 2016.

MINUCHIN, S.; FISHMAN, H. C. *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

NERIS, A. *MITOS E VERDADES SOBRE O SUICÍDIO*. Maio 2016. Disponível em: <http://www.psicologiasdobrasil.com.br/mitos-e-verdades-sobre-o-suicidio/>. Acesso em: 10 de novembro de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenir o suicídio: um imperativo global*. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/world_report_2014/pt/index.html>. Acesso em: 29 de set. 2016.

PESSINI, L. A eutanásia na visão das grandes religiões mundiais. *Bioética*, v. 7, n. 1, p. 83-99, 1999. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/a%20percepcao%20da%20equipe%20de%20enfermagem.pdf>>. Acesso em: 18 de nov. 2016.

REUTERS. *Morte de Robin Williams é oficialmente considerada suicídio*. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pop-arte/cinema/noticia/2014/11/morte-de-robin-williams-e-oficialmente-considerada-suicidio.html>>. Acesso em: 17 de nov. 2016.

RODRIGUES, A.M. M. Suicídio e Sociedade: Um estudo comparativo de Durkheim e Marx. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 698-713, dez. 2009.

SANTIAGO, T.; MACEDO, L. *Músico Champignon é encontrado morto em sua casa em São Paulo*. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/2013/09/musico-champignon-e-encontrado-morto-em-sp.html>>. Acesso em: 19 de nov. 2016.

SILVA, S. F.; POLUBRIAGINO, F. C. Suicídio e seu impacto no contexto familiar. *Revista de Enfermagem UNISA*, v. 10, n. 1, p. 78-82, 2009. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-1-16.pdf>>. Acesso em: 20 de ago. 2016.

SOUZA, F. *Suicídio – História e taxas no Brasil e no mundo*, s.d. Disponível em: <<http://www.psicologiamsn.com/2011/12/suicidio-historia-brasil-mundo.html>>. Acesso em: 25 de set. 2016.

STENGEL, E. *Suicídio e tentativa de suicídio*. Baltimore: Livros de Penguin, 1964.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. *Enfermagem Psiquiátrica*. 6-ed. Rio de Janeiro, 2002.

TARANTINO, M. *Suicídio cresce no Brasil*. 2007. Disponível em: <<http://www.revistaplaneta.com.br/suicidio-cresce-no-brasil/>>. Acesso em: 27 de mar. 2016.

TOMAZ, K. *Polícia vai apurar se humorista cometeu suicídio após separação*. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2014/07/para-policia-humorista-fausto-fanti-cometeu-suicidio.html>>. Acesso em: 17 de nov. 2016.

TOTA AP, BASTOS PIA. ASSIS, P. *História geral*. São Paulo (SP): Nova Cultura; 1994.

VERRUMO, M. *6 personagens históricos que cometeram suicídio*. 2012. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/blogs/historia-sem-fim/6-personagens-historicos-que-se-suicidaram/>>. Acesso em: 19 de nov. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Relatórios de países e gráficos disponíveis*. 2014. Disponível em: <www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html>. Acesso em: 15 de nov. 2016.