

## COMPORTAMENTO SUICIDA: O QUE OS EDUCADORES DEVEM SABER

*Gustavo Estanislau  
Rodrigo Affonseca Bressan*

### INTRODUÇÃO

Quando pensamos sobre saúde mental, uma das situações que causa maior preocupação é, sem dúvida, o suicídio. Nos últimos anos, o suicídio na adolescência tem sido muito. Impactante em noticiários, séries de televisão, mídias sociais, nas rodas de conversa em todo o país e tem deflagrado um debate de grandes proporções na nossa sociedade. Porém, devido à falta de conhecimento somada à veiculação de notícias sensacionalistas, bem como à distorção de acontecimentos e ao estigma, o suicídio passou a ser associado equivocadamente a um senso de ‘inevitabilidade’. Isso vem gerando um clima de desorientação e medo na população. Nesse cenário, é de vital importância que as pessoas tenham acesso a conhecimento consistente, embasado em evidências científicas para que possamos reverter esse quadro.

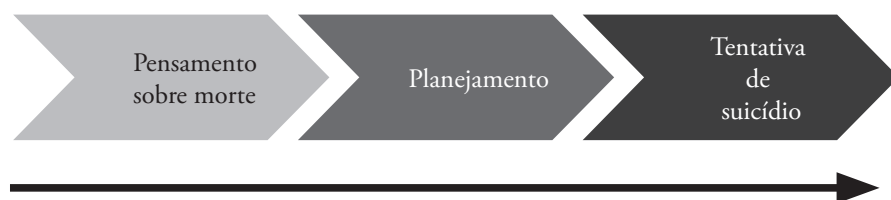
O pensamento sobre morte, os planejamentos e as tentativas de suicídio, embora sejam pouco frequentes durante a infância, tornam-se mais comuns durante a adolescência. Considerando esse fato, o presente capítulo oferece uma fonte de recursos confiável sobre crianças e adolescentes que apresentam comportamento suicida, tendo como proposta empoderar educadores na tarefa de identificar sinais, intervir da melhor forma em situações de risco e atuar contra elas por meio de medidas preventivas úteis em sua prática diária.

Embora a questão do suicídio seja um grande desafio, é importante mencionar que a vasta maioria das pesquisas destaca que ele é um evento que pode ser prevenido. (LEENAARS, 2005).

Antes de começarmos, gostaríamos de lembrar que, ao ler este material, é conveniente que você considere as particularidades de cada situação. Com isso, queremos dizer que a sensibilidade e o bom senso são fundamentais na análise e na aplicação dessas informações.

## CONCEITOS INICIAIS SOBRE O COMPORTAMENTO SUICIDA

O comportamento suicida diz respeito a pensamentos sobre morte, ao planejamento suicida, às tentativas de suicídio e ao suicídio propriamente dito. Pesquisadores acreditam que o risco de suicídio acontece em estágios, passando a ser maior com a transição de pensamentos para planejamento, e de planejamento para a tentativa.



### Risco

Mais de 60% das tentativas de suicídio acontecem no ano em que surgiram os pensamentos suicidas (WHO, 2014), portanto, quanto mais cedo identificamos o risco (ou seja, quanto mais próximo do momento em que se iniciaram os pensamentos), mais eficiente é nossa atuação.

Para que possamos continuar, é necessário que o leitor compreenda os termos associados ao comportamento suicida.

### Termos associados ao comportamento suicida

- Suicídio: ato por meio do qual um indivíduo intencionalmente tira a própria vida.
- Comportamento suicida: pensamentos e comportamentos que têm relação com a intenção de um indivíduo de tirar a própria vida.
- Pensamentos sobre morte ou ideação suicida: pensamentos sobre a morte e a contemplação do próprio suicídio (falas possíveis seriam 'Queria desaparecer'; 'Queria dormir e não acordar mais') são acontecimentos prováveis durante a passagem da infância para a adolescência na

medida em que dilemas existenciais, como a busca pelo sentido da vida e a inevitabilidade da morte ganham mais relevância. (MCGOLDRICK; WALSH *apud* ARONSON; WOLBERG, 1983). Atendendo a isso, é recomendado que jovens tenham espaço para conversar sobre esses assuntos com adultos. (OMS, 2000). Embora requeiram atenção, estudos apontam que apenas um terço das pessoas que têm pensamentos suicidas farão uma tentativa de suicídio. (OMS, 2000). Pensamentos suicidas devem ser encarados como preocupantes quando acontecem com maior frequência ou quando a possibilidade de colocar esses pensamentos em prática passa a ser considerada a única saída para os problemas da pessoa.

- Planejamento suicida: pensamento por meio do qual a pessoa define métodos específicos e estabelece cenários detalhados com a finalidade de tirar a própria vida. Apesar de muitos suicídios ocorrerem na vigência de um plano, é importante estar atento ao fato de que o ato suicida nem sempre envolve planejamento.
- Tentativa de suicídio: tomada de iniciativa em um comportamento autodestrutivo com ao menos alguma intenção de morte como resultado desse comportamento. Por mais que seja complicado registrar as tentativas de suicídio, acredita-se que o número de tentativas seja, pelo menos, dez vezes maior que o de óbitos por suicídio.

## PREVALÊNCIA

Um dos recursos mais importantes para que se estabeleçam estratégias bem sucedidas de prevenção ao suicídio são os levantamentos populacionais das tentativas e dos suicídios em um país. Uma compreensão abrangente desse fenômeno permite que ações a serem tomadas sejam mais efetivas por estarem baseadas no esclarecimento das demandas específicas que encontramos em cada região, seja pelo número de eventos ocorridos, seja por sua distribuição por faixa etária, gênero e etnia, seja pelos métodos mais utilizados.

Até recentemente, não contávamos com esse tipo de recurso no Brasil. Porém, durante o Setembro Amarelo de 2017, o Ministério da Saúde divulgou o primeiro **Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio do Brasil**. Uma iniciativa inédita no país, que só foi possível porque desde 2011 a notificação em até 24h de tentativas e óbitos por suicídio passou a ser obrigatória.

## Setembro Amarelo

Trata-se de uma importante campanha de conscientização sobre a importância da prevenção do suicídio no Brasil. Idealizada pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o Setembro Amarelo teve início em 2015, no mês em que se comemora o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio (10 de setembro).

As atividades propostas pelos organizadores ao longo desse mês têm como objetivo alertar sobre o impacto do suicídio no Brasil e no mundo, promover debates com foco na conscientização e disseminar estratégias de prevenção.

Os resultados mais relevantes do Boletim, tendo em conta as finalidades deste capítulo, estão resumidos a seguir. (BRASIL, 2017b).

- O número de suicídios no Brasil aumentou cerca de 7% no período entre 2011 e 2015 (de 5,3 para 5,7 suicídios a cada 100 mil habitantes).
- De forma geral, os homens concretizaram o ato com maior frequência, correspondendo a 79% do total de óbitos registrados entre 2011 e 2016, enquanto as mulheres totalizaram 21% dos óbitos.
- Se considerarmos apenas os indivíduos de 15 a 29 anos, no ano de 2015 a taxa de suicídio no sexo masculino foi quase quatro vezes maior do que no sexo feminino (proporção de 9 para 2,4 óbitos por 100 mil habitantes). O suicídio representa a terceira causa de morte mais frequente no sexo masculino, precedido apenas por mortes causadas por agressão (110,6 por 100 mil habitantes) e acidentes de transporte (41,3 por 100 mil habitantes). No sexo feminino, o suicídio foi apontado como a oitava causa de mortalidade mais frequente, antecedido por causas como complicações na gestação, parto ou puerpério (8,0 por 100 mil habitantes), acidentes de transporte (7,4 por 100 mil habitantes) e agressões (7,0 por 100 mil habitantes).
- A mortalidade por suicídio na faixa etária entre 5 e 19 anos foi de 1,7 óbitos por 100 mil habitantes, índice que representa 3,4% dos óbitos por suicídio (2,1% dos óbitos ocorreu em pessoas do sexo masculino e 1,1% do sexo feminino), entre os anos de 2011 a 2015. (BRASIL, 2017a).
- Ao analisar os dados referentes à raça/cor, a população indígena apresentou índices de suicídio quase três vezes maiores em comparação com a população considerada branca (15,2 para 5,9) e negra (4,7), e bastante inferior à amarela (2,4). Uma informação alarmante é que entre os indígenas a faixa etária de 10 a 19 anos está associada a 44,8% das mortes.
- Ao se referir ao impacto por região, o boletim indica que o índice é mais alarmante na Região Sul (23% dos suicídios no país, concentrando 14% da população), seguido pela Região Sudeste (38% dos suicídios, porém concentrando 42% da população do país) e alcança seus menores índices na Região Nordeste.
- O meio utilizado na maioria dos óbitos por suicídio foi o enforcamento (66,1% das mortes entre os homens e 47% entre as mulheres), seguido por intoxicação exógena (13,9% dos homens e 31,2% das mulheres) e das mortes por armas de fogo (10% entre os homens e 4% entre as mulheres).
- Ao contrário do número de óbitos, o número de tentativas de suicídio foi bem maior entre as mulheres (69%) do que entre os homens (31%). Além disso, o documento aponta que quase

um terço das mulheres que tentaram suicídio o fez mais de uma vez. Os meios mais utilizados para as tentativas foram o envenenamento ou a intoxicação (58%), seguidos da utilização de objetos perfurocortantes (6,5%) e enforcamento (5,8%).

Diante desses dados, podemos concluir que o número de suicídios no Brasil vem aumentando nos últimos anos, e que embora os indivíduos do sexo feminino realizem mais tentativas são os indivíduos do sexo masculino que apresentam maior mortalidade. A faixa etária entre 15 e 29 anos é bastante afetada por esse problema, na qual o suicídio é a terceira causa de morte entre homens e a oitava entre mulheres. Os meios mais utilizados são o enforcamento, a intoxicação ou o envenenamento e as armas de fogo. A população indígena apresenta um risco aumentado (com especial atenção à faixa etária dos 10 aos 19 anos) e a Região Sul apresenta os maiores índices de suicídio no país.

## **IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA**

Uma das formas mais eficientes de atuar na prevenção do comportamento suicida é a identificação de fatores associados a ele. Entre os mais importantes estão a presença de um transtorno mental, o fato de a pessoa ter tentado o suicídio anteriormente, eventos negativos, aspectos psicológicos, aspectos sociodemográficos e a presença de condições físicas graves.

Embora nenhum deles possa ser considerado determinante para que tenhamos certeza do que está acontecendo, a associação entre dois ou mais fatores sugere que devemos redobrar a atenção.

Os fatores de risco costumam ser os mesmos para jovens do sexo masculino e feminino, porém alguns deles apresentam impacto um pouco diferente entre os sexos. Por exemplo, a depressão é o fator de risco mais significativo entre as meninas, sendo que em alguns estudos ela chega a aumentar em até 20 vezes o risco de suicídio. (SHAFFER *et al.*, 1996a). Já em meninos uma tentativa anterior de suicídio é considerada o fator de risco mais alarmante, aumentando a probabilidade de suicídio em mais de 30 vezes. (BRENT *et al.*, 1999; SHAFFER; CRAFT, 1999). Ela é seguida por depressão, abuso de substâncias (álcool ou drogas) e comportamento disruptivo. (BRASIL, 2017b; BRENT *et al.*, 1993b).

### **Transtornos mentais**

Mais de 90% das pessoas que morreram por suicídio apresentavam um transtorno psiquiátrico no momento da morte (CAVANAGH, 2003), portanto a detecção e o tratamento dessas condições são cruciais em sua prevenção. Por outro lado, a maioria das pessoas portadoras de transtorno mental não desenvolve ideação suicida nem faz uma tentativa de suicídio ou morre por suicídio. Assim, não

podemos concluir que a presença de um transtorno mental é o único motivo pelo qual as pessoas apresentam comportamento suicida.

Uma reflexão válida a respeito da associação entre transtornos mentais e o suicídio é que as pessoas que estão enfrentando uma condição psiquiátrica podem ser expostas a um número maior de situações estressoras (rompimentos amorosos, queda no rendimento escolar ou piora no clima familiar, por exemplo). Além disso, ao enfrentar esses eventos, a pessoa pode estar mais fragilizada e não conseguir lidar da forma mais satisfatória com as demandas que vão surgindo.

## Depressão

Esta é a condição psiquiátrica mais frequente em casos de óbito por suicídio. Os quadros depressivos podem ser classificados como leves, moderados ou graves, e dentre os portadores do subgrupo grave 15% cometem suicídio. (BRASIL, 2006). Por essa forte correlação, é de grande valia que o educador tenha algum conhecimento sobre esse transtorno, possibilitando a detecção e o tratamento precoces, levando a melhores respostas de tratamento. Ainda assim, é importante recordar que jovens podem cometer suicídio sem estarem deprimidos, e que na maior parte das vezes em que estão deprimidos não apresentam comportamento suicida.

### Quadro 1 – Sinais da necessidade de avaliação para depressão em jovens.

Parece estar constantemente triste, ansioso ou refere estar se sentindo 'vazio', como se não sentisse nada?  
 Refere estar se sentindo sem esperança ou como se tudo estivesse dando errado?  
 Refere que se sente inútil ou expressa culpa por coisas que não tem?  
 Tem parecido irritado a maior parte do tempo?  
 Passa mais tempo sozinho e se afasta de amigos e familiares?  
 Tem apresentado queda nas notas?  
 Parece ter perdido interesse ou prazer em atividades e *hobbies* de que costumava desfrutar?  
 Apresenta mudança nos hábitos alimentares ou de sono (comer ou dormir mais do que o habitual ou menos do que o habitual)?  
 Apresenta queixas constantemente de sempre estar cansado, como se estivesse com menos energia que o normal?  
 Parece inquieto ou tem problemas para ficar quieto?  
 Queixa-se de dificuldade em se concentrar, lembrar informações ou tomar decisões?  
 Queixa-se de dores de cabeça, câibras ou problemas estomacais sem causa clara?  
 Fala abertamente ou implicitamente sobre o fato de que a vida não faz sentido, tem pensamentos relacionados à morte e ao suicídio ou já tentou se machucar?

**Fonte** – Adaptado de NIH, [s.d.].

Meninas com diagnóstico de depressão se sentem mais abandonadas, desesperançosas e sem motivação. Com isso, frequentemente se tornam mais isoladas. Por outro lado, elas são mais propensas a se comunicar e buscar ajuda que os meninos, e nesse sentido podem atuar de maneira mais assertiva na resolução de seus problemas.

Por sua vez, os meninos deprimidos tendem a apresentar um tipo de comportamento mais agressivo e inadequado (muitas vezes, seu diagnóstico de depressão está associado a outro, como o transtorno de conduta, ou à dependência de algum tipo de substância) e acabam demandando mais atenção das pessoas que estão a sua volta. Como ocorre com as meninas, esse comportamento frequentemente leva ao isolamento, que é um fator de risco importante para o comportamento suicida. Pelo comportamento mais agressivo e impulsivo e por não raro agirem sob o efeito de álcool ou outra droga ilícita, os indivíduos do sexo masculino estão mais envolvidos com tentativas fatais.

## Abuso de álcool e outras drogas

A história de abuso e dependência de álcool ou outras drogas está presente entre muitos jovens que cometem suicídio. Nesse sentido, um estudo revelou que um em cada quatro jovens que se suicida consumiu álcool ou outra droga antes do acontecimento. Acredita-se que o consumo dessas substâncias altere a capacidade de tomada de decisão das pessoas ao mesmo tempo em que aumenta a impulsividade (que por sua vez prejudica a tomada de decisões) e alavanca o risco.

Outros transtornos mentais bastante estudados por estarem associados a maior risco de suicídio são os de ansiedade, alimentares e a esquizofrenia.

## Fatores sociais gerais

Pessoas que têm uma ‘história familiar’ de suicídio têm maior risco de comportamento suicida, e estudos vêm demonstrando que esse efeito não acontece por histórias de transtorno mental em comum entre a pessoa que se suicidou e a pessoa em risco (QIN; AGERBO; MORTENSEN, 2002), mas sim por aspectos sociais de transmissão.

A exposição ao comportamento suicida de familiares ou amigos, assim como a depressão e o abuso de substância por parte dos pais, também elevam o risco desses comportamentos em adolescentes. (BRENT *et al.*, 1994b; NANAYAKKARA *et al.*, 2013).

A exposição de suicídios reais ou fictícios na ‘mídia’ podem elevar as taxas de suicídio em jovens vulneráveis. (PIRKIS; NORDENTOFT, 2011; GOULD *apud* HENDIN; MANN, 2003). Estudos demonstram que o risco de comportamento suicida permanece aumentado por um período em torno de quatro semanas (SISASK; VÄRNIK, 2017), enquanto os pensamentos suicidas podem permanecer por até um ano após o suicídio de uma celebridade com a qual o jovem se identifica. (FU; YIP, 2007).

## Efeito Werther

Tem relação com uma onda de suicídios que se sucedeu após a publicação do livro **Os sofrimentos do jovem Werther**, escrito por Johann Wolfgang von Goethe e publicado em 1774. Nesse romance, um jovem se suicida após sofrer uma desilusão amorosa.

O termo ‘Efeito Werther’ foi cunhado em 1974 e se refere a um aumento do número de tentativas de suicídio e suicídios consumados após a divulgação de um suicídio na mídia.

O impacto da ‘internet’ sobre o comportamento suicida ainda não é claro, pois está associado tanto a desfechos positivos (por exemplo, informações de como conseguir apoio), quanto negativos. (DAINE, K. *et al.*, 2013). Em um estudo, quase 20% dos adolescentes que se mutilavam relataram que foram influenciados por conteúdos encontrados na internet. (O’CONNOR; RASMUSSEN; HAWTON, 2014).

O isolamento e a ‘ausência de apoio social’ são fatores de risco amplamente comprovados e devem ser sempre considerados. (O’CONNOR, 2003; HAW; HAWTON, 2011). Reduzir a interação nas redes sociais, não responder às ligações dos amigos e familiares, passar períodos cada vez maiores em casa ou fechado em seu quarto e reduzir as atividades sociais (principalmente aquelas de que gostava de fazer) são sinais evidentes de isolamento problemático.

Aspectos vinculados à identidade e à ‘orientação sexual’ têm sido descritos como fatores de risco para o comportamento suicida, possivelmente por questões de aceitação por parte dos pais e da escola e pela falta de modelos de identificação para um desenvolvimento adequado. A expectativa é de que esse fator de risco seja atenuado com a maior aceitação da sociedade sobre questões de sexualidade, porém esse processo vem se mostrando mais lento do que o esperado.

## **Sistemas familiares disfuncionais**

Algumas características relacionadas ao funcionamento familiar aumentam o risco de comportamento suicida, incluindo:

- abuso físico, psicológico ou sexual;
- ambiente onde há muita rejeição ou negligência;
- falta de atenção ou tempo para a discussão de situações estressoras envolvendo a criança ou o adolescente (HOLLIS, 1996);
- ambientes muito instáveis e tensos;
- padrão excessivamente autoritário ou rígido;
- desemprego familiar e problemas financeiros.

## **Eventos de vida negativos**

Não é incomum que tentativas de suicídio sejam precedidas por situações estressantes (DE WILDE, 1999; GOULD *et al.*, 1996), porém é importante compreender que esses eventos negativos, por si só, geralmente não são suficientes para que isso aconteça.



Na maioria das vezes, a ocorrência desses eventos em um contexto de fragilidade (frequentemente devido a um diagnóstico psiquiátrico) desencadeia o comportamento suicida. Vários eventos negativos estão associados ao aumento do risco de comportamento suicida, entre eles:

- problemas de relacionamento com os amigos, rompimento amoroso;
- problemas disciplinares (com a lei ou dentro da escola);
- *bullying* ou assédio moral infantojuvenil (AMI), ou seja, atos de violência física ou psicológica intencionais e repetidos que causam dor e angústia. Geralmente a vítima se sente impotente, pois o perpetrador tem uma posição de força e/ou poder em relação à vítima. Pelo fato de ser repetitivo, é comum que deixe sequelas psicológicas e predisponha a vítima a transtornos psiquiátricos;
- maus resultados na escola, demanda escolar muito alta;
- aborto ou gravidez indesejada;
- perdas recentes ou morte de familiar na infância;
- discriminação por orientação sexual e identidade de gênero (KING *et al.*, 2008; RUSSELL; JOYNER, 2001);
- eventos traumáticos na infância (por exemplo, abuso físico, psicológico ou sexual) aumentam consideravelmente o risco de comportamento suicida, principalmente se a pessoa não receber apoio e não desenvolver formas de lidar com o trauma. (DUBE *et al.*, 2001; BRUFFAERTS *et al.*, 2010). O abuso físico e sexual durante a infância é um risco especialmente forte.

**OBS.:** Jovens que se encontram fragilizados podem interpretar situações aparentemente corriqueiras como mais complicadas ou ameaçadoras e, por isso, apresentar um comportamento mais reativo frente ao *stress*, elevando o risco de suicídio.

## Doenças físicas

Pessoas que apresentam doenças físicas que levam a grandes prejuízos ou incapacitação, tais como problemas cardiológicos ou respiratórios graves, diabetes juvenil, lesões desfigurantes, dor crônica, epilepsia, trauma medular e neoplasias malignas têm maior risco de comportamento suicida. (SCOTT *et al.*, 2010; WEBB *et al.*, 2012).

## Fatores psicológicos

Neste capítulo, classificaremos os fatores de risco psicológicos em dois grupos:

- traços de personalidade e diferenças individuais;
- aspectos cognitivos.

## **Traços de personalidade e diferenças individuais**

### **Desesperança**

Definida como pessimismo ou ausência de pensamentos positivos para o futuro, é um forte preditor de ideação e comportamento suicida. (BEEVERS; MILLER, 2004; BREZO; PARIS; TURECKI, 2006).

### **Impulsividade**

Tendência a agir sem adequada reflexão e consideração das consequências, o traço favorece comportamentos indevidamente arriscados. Pesquisas demonstram que existe uma forte correlação entre a impulsividade e as tentativas de suicídio. (BREZO; PARIS; TURECKI, 2006). É importante frisar que o impulso de cometer suicídio desencadeado por eventos negativos geralmente é transitório, não excedendo algumas horas. Por isso, nessas situações, a presença de uma pessoa que ofereça suporte e proteção é muito útil para reduzir o risco suicida.

### **Perfeccionismo**

Uma das definições de perfeccionismo tem relação a uma crença de que as pessoas (frequentemente familiares) têm expectativas exageradas em relação ao indivíduo. Frequentemente, essa percepção se transforma em autocrítica excessiva e tende a levar ao isolamento, elevando o risco de suicídio.

## **Aspectos cognitivos**

Têm relação com questões do pensamento e da inteligência que em algumas circunstâncias podem gerar risco.

### **Rigidez cognitiva**

Uma pessoa com risco suicida tende a pensar, sentir e tomar decisões de modo mais rígido e drástico (isto é, sem muita flexibilidade ou ‘jogo de cintura’). Com base nisso, ela pode passar a acreditar que o suicídio é a única opção para seus problemas, por mais que as pessoas a sua volta enxerguem outras saídas. Comentários que explicitam esse padrão cognitivo são, por exemplo, ‘Tenho mais é que morrer mesmo’; ‘Não posso fazer mais nada’; ‘Não tenho outra saída’.

### **Ruminação**

Outro fator cognitivo associado a risco aumentado de comportamento suicida acontece quando o indivíduo passa um tempo significativo de seu dia pensando sobre os aspectos de sua angústia. (MORRISON; O’CONNOR, 2008; GRASSIA; GIBB, 2009).

## **Vieses de memória autobiográfica**

Estudos demonstraram que pessoas com comportamento suicida frequentemente têm uma capacidade diminuída de recordar memórias autobiográficas (WILLIAMS; BROADBENT, 1986), o que, por sua vez, pode prejudicar sua capacidade de pensar no futuro e de desenvolver estratégias assertivas de resolução de problemas (muitas vezes aperfeiçoadas por recordações de experiências), aumentando assim a probabilidade de comportamento suicida. (ARIE *et al.*, 2008).

## **Percepções de ‘não pertencimento’ ou de ‘ser um peso’**

Tanto a concepção subjetiva, quanto a real falta de contato social vêm sendo associadas à ideação suicida (VAN ORDEN *et al.*, 2008) e às tentativas de suicídio (HATCHER; STUBBERSFIELD, 2013). A percepção que uma pessoa pode ter de ser um fardo para os outros é um fator de risco para ideação suicida. Pesquisadores têm sugerido que ela parece ser uma das ligações entre o perfeccionismo e a ideação suicida. Comentários que explicitam esse tipo de percepção é ‘Vou deixar vocês em paz’; ‘Vou deixar de ser um peso para vocês’.

## **Baixa sensibilidade à dor**

Pesquisas têm comprovado que adolescentes que morrem por suicídio apresentam, frequentemente, limiares maiores de tolerância à dor. (ORBACH *et al.*, 1997).

## **Ambivalência**

A maioria das pessoas que demonstra comportamento suicida fica ambivalente entre morrer ou viver, e o predomínio de um desejo sobre o outro é crucial em termos de prevenção. Nesse sentido, estudos vêm apontando que indivíduos que referem ter poucas razões para viver (percepção que pode não ser real, e sim uma distorção da realidade) apresentam maior risco de pensamentos suicidas (ZHANG; LAW; YIP, 2011) e tentativas de suicídio. (GALFALVY *et al.*, 2006).

Nesse período de dúvida entre o desejo de viver e a vontade de acabar com a dor psíquica, a presença de uma pessoa que ofereça apoio emocional e auxilie o indivíduo a recuperar a esperança de viver aumenta consideravelmente a chance de reduzir o comportamento suicida.

## **Outros aspectos cognitivos que vêm sendo estudados**

- Baixa autoestima, presente em visões negativas sobre a própria competência.
- Sentimentos de inferioridade que podem ser disfarçados por manifestações de superioridade e arrogância.
- Sensação de culpa excessiva, com a percepção frequentemente distorcida de ser responsável por eventos negativos.

- Baixa tolerância a frustrações.
- Maior reatividade a datas importantes.

## FATORES DE PROTEÇÃO

- Ambientes familiares positivos nos quais existam diálogo e bons relacionamentos.
- Boas habilidades sociais, entre elas a capacidade de procurar ajuda frente a adversidades.
- Capacidade de procurar conselhos e estar aberto a opiniões diferentes das suas.
- Baixo estigma/preconceito em relação aos transtornos mentais e ao suicídio.
- Auxílio psiquiátrico especializado (o **Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio do Brasil** apontou que nos locais onde existem Centros de Apoio Psicossocial – CAPS o risco de suicídio reduz em até 14%).

## Otimismo e esperança

Algumas evidências sugerem que pessoas mais otimistas apresentam menor risco de ideação ou tentativas de suicídio quando confrontadas com eventos de vida gravemente ou moderadamente negativos em comparação com pessoas com baixo otimismo. (HIRSCH *et al.*, 2007).

## Resiliência

Apesar do interesse das pesquisas sobre resiliência (definido como ‘qualidades que permitem a um indivíduo se desenvolver diante das adversidades’), há poucas evidências de seu efeito protetor no contexto do risco de suicídio.

## VERDADES E MITOS SOBRE SUICÍDIO

Suicídios são eventos cercados de pré-conceitos e crenças populares que interferem no processo de prevenção. É muito importante que as pessoas tenham conhecimentos embasados em evidências científicas para que esses mitos se desfaçam.

### Mitos

**A pessoa que tem a intenção de tirar a própria vida não avisa.**

**Pessoas que falam sobre suicídio estão ‘querendo chamar a atenção’.**

Esses dois argumentos são muito prejudiciais, pois desvalorizam o fato de que pelo menos dois terços das pessoas que tentam o suicídio ou se matam comunicam de alguma maneira sua intenção para amigos, familiares ou conhecidos. Elas podem passar a falar mais sobre morte e suicídio, referir desesperança com o futuro ou escrever cartas de despedida, entre outras coisas. Esses sinais ou avisos não devem ser interpretados como ameaças, alarmes falsos ou chantagens emocionais. Pelo contrário, devem ser considerados com muita atenção e sensibilidade com a finalidade de prevenir a progressão do comportamento suicida.

### **O suicídio é inevitável.**

Essa crença popular é totalmente falsa e perigosa, pois desmotiva as pessoas a se engajarem em uma série de estratégias de prevenção que são efetivas.

**A pessoa que melhora após um período de risco de suicídio ou sobrevive a uma tentativa está fora de perigo.**

Na verdade, muitos casos de suicídio acontecem após uma fase de risco (muitas vezes de até três meses), quando a pessoa passa a dispor de energia para uma tentativa mais assertiva. Além disso, outra grande parcela dos óbitos acontece em tentativas subsequentes.

### **Perguntar sobre ideação suicida e suicídio em geral eleva o risco de suicídio.**

Esse é um dos mitos mais prejudiciais e comprovadamente equivocados. Na verdade, perguntar e conversar de forma sensata e franca sobre pensamentos suicidas não induz as pessoas a se engajarem em um comportamento suicida, pelo contrário; essa postura reduz o risco de suicídio por possibilitar a identificação de pessoas em sofrimento, reduzir o isolamento e a sensação de desesperança e facilitar a busca por apoio profissional.

**Pessoas que cometem suicídio estão convictas de que essa é a melhor saída para seus problemas.**

A maior parte das pessoas que cometem suicídio se encontra indecisa sobre a possibilidade de tirar a própria vida.

**Uma pessoa que demonstrou comportamento suicida apresenta para sempre um risco de suicídio.**

A maioria das pessoas que demonstra um comportamento suicida apresenta esse comportamento por um período limitado de tempo.

## **O suicídio acomete pessoas mais ricas ou mais pobres.**

Estudos mostram que o suicídio é um evento que não escolhe classe social.

## **Verdades**

- Em grande parte, os suicídios são planejados e as pessoas emitem sinais de suas intenções.
- Reconhecer os sinais de alerta e oferecer apoio são fundamentais na prevenção do suicídio.
- A expressão do desejo de morrer nunca deve ser interpretada como uma simples ameaça, chantagem emocional ou desejo de chamar atenção de forma leviana.
- Perguntar sobre a intenção de suicídio não aumenta o desejo de cometer o suicídio nas pessoas.
- Auxílio psiquiátrico especializado reduz as taxas de suicídio.
- Nem todos os suicídios estão associados a outros casos de suicídio na família.

## **ORIENTAÇÕES DE CONDUTA**

Uma estratégia de orientação que vem sendo empregada com frequência por organizações que se propõem a atuar na prevenção do suicídio, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil (WHO, 2014; BRASIL, 2017c), são os guias rápidos de referência sobre o que fazer e o que não fazer em situações de risco de suicídio. A seguir, descrevemos uma compilação dessas orientações.

## **O que fazer diante de uma pessoa sob risco de suicídio**

Com as informações que discutimos até aqui, você já pode se sentir mais apto a identificar fatores de risco de comportamento suicida. Mas o que você deve fazer no momento em que um risco for detectado? Considere para isso algumas orientações.

Ao nos depararmos com uma pessoa que apresenta comportamento suicida, é reconfortante saber que a maioria das pessoas não acha simples perguntar sobre ideação suicida e não se sente preparada para lidar com isso. Porém, lembre que a abordagem franca e sensata sobre os pensamentos suicidas é uma das formas mais eficazes para prevenção.

Ao entrar em contato com tal pessoa, sugerimos que você tenha em mente alguns dos fatores de risco para o comportamento suicida apresentados neste capítulo. Entre eles, salientamos a desesperança, a tendência ao isolamento (sensação de não pertencimento) e a sensação de ser um peso para as outras pessoas. Tendo conhecimento deles, tente visualizar uma situação em que você considere estes aspectos:

- leve-a para um ambiente adequado (uma sala tranquila, por exemplo), que permita à pessoa não ser frequentemente interrompida, se sentir segura, cuidada e confiante em você;
- apresente disposição para a conversa. Esse aspecto é fundamental, já que um dos objetivos é estabelecer um vínculo com a pessoa. Pouca disposição pode aumentar a desesperança e a sensação de não poder contar com ninguém;
- seja compreensivo acima de tudo. Assumir uma postura de julgamento tende a exacerbar a sensação de desesperança, de ser um peso, e possivelmente desmotivaria a pessoa a buscar novas formas de comunicação;
- aborde o assunto ‘pelas beiradas’;
- respeite as emoções e os motivos que levaram a pessoa a pensar sobre suicídio, em uma atitude de acolhimento.

Algumas perguntas úteis são:

- como você está se sentindo?
- quem são as pessoas com as quais você conta?
- você tem tido pensamentos de morte?

Perguntas abertas (que não permitam apenas a resposta ‘sim’ ou ‘não’) oferecem oportunidade para as pessoas falarem sobre si mesmas, sobre o momento que estão vivendo e de como estão lidando com suas dificuldades.

Momentos oportunos para realizar uma abordagem acerca de ideação ou planejamento suicida acontecem quando você percebe que a pessoa demonstra estar confortável para falar do que sente ou quando ela própria aborda assuntos relacionados ao comportamento suicida, como sentimentos de solidão, desamparo ou desesperança. Se a pessoa demonstrar não ter mais esperança no futuro ou o sentimento de que não existe outra solução para seus problemas além da morte, é importante questionar sobre planos suicidas, a acessibilidade a meios de cometer suicídio e se a pessoa vem cogitando uma data para cometer o ato. Algumas perguntas que podem auxiliar nesse momento da conversa são:

- Você tem feito algum tipo de plano para morrer?
- Você tem remédios (arma, veneno, corda) em casa?
- Você decidiu quando está planejando em fazê-lo?

Além disso, é conveniente estar atento ao estado mental do jovem (sinais de intoxicação por álcool ou outra droga, possibilidade de depressão etc.) e questionar sobre a rede de apoio disponível para a pessoa (familiares, amigos e profissionais como psicólogos ou psiquiatras).

## O que não fazer diante de uma pessoa sob risco de suicídio

Pessoas que enfrentam ideias suicidas são frequentemente tratadas de forma exaltada (ansiosa ou enraivecida), com descaso ou desprezo. Como apresentamos ao longo deste capítulo, posturas como essa agravam o risco de suicídio por reforçarem a visão negativa que essas pessoas têm da vida.

Pensando nisso, evite atitudes como:

- ignorar a situação;
- transparecer estar em choque ou muito emocionado. A pessoa que está em risco necessita de alguém que apresente certa consistência para poder auxiliá-lo;
- falar que tudo vai ficar bem, porém sem tomar atitudes para que isso aconteça;
- minimizar a gravidade do quadro, comparando o caso com o de outras pessoas por meio de frases como ‘Você tem tudo e não tem porque ficar assim’;
- abordar histórias de suicídio de forma excessiva;
- jurar segredo. Situações de risco DEVEM ser comunicadas aos pais do jovem;
- interromper muito a pessoa enquanto ela fala sobre suas emoções;
- emitir julgamentos (certo x errado), tentar doutrinar a pessoa;
- deixar a pessoa sozinha em casos em que o risco é iminente.

Além disso, evite comentários como:

- condenar ou julgar: ‘Você quer acabar com seus pais?’; ‘Você não é fraco, é?’;
- banalizar: ‘Que bobagem, você é jovem, vai ter muitas outras namoradinhas’;
- opinar: ‘Você está querendo chamar a atenção’; ‘Isso é falta de vergonha na cara’;
- dar sermão: ‘Há tantas pessoas com problemas mais sérios do que o seu, siga em frente’; ‘Isto é falta de Deus’.

## ONDE BUSCAR AJUDA

Situações em que existe risco de suicídio são angustiantes e pode ser muito difícil saber o que fazer nesses casos. Precisamos ter em mente que é necessário dar um encaminhamento adequado para cada situação. Precisamos esclarecer que ‘existe ajuda disponível’ tanto na escola quanto na família e até em serviços psicológicos e psiquiátricos especializados.

O encaminhamento pode acontecer da seguinte forma:



- mesmo que o jovem não dê permissão para você entrar em contato com um familiar, em uma situação de risco é importante localizar um familiar que seja particularmente compreensivo com a situação. Procure, dentro do possível, preservar o sigilo do aluno;
- fale com os familiares sem acusá-los ou fazê-los sentirem-se culpados;
- tenha à mão as referências de contato com os recursos de atendimento na comunidade;
- coloque-se à disposição para auxiliar a família a marcar a consulta;
- ofereça dados que facilitem a avaliação pelo especialista (é de bom tom pedir permissão à família para enviar um relatório escolar);
- auxilie a desfazer mitos a respeito do atendimento psicológico ou psiquiátrico;
- reforce a efetividade desses tratamentos, no sentido de aumentar a sensação de esperança da pessoa;
- demonstre que você continuará por perto enquanto a pessoa passa pelo processo de avaliação e tratamento;
- se possível, encontre a pessoa depois da consulta e demonstre apoio;
- fique atento também às necessidades dos amigos e familiares que se propuseram a ajudar.

## SERVIÇOS DE SAÚDE

- Caps.
- Unidades básicas de saúde (Saúde da Família, postos e centros de saúde).
- Centro de Valorização da Vida (CVV) – telefone 141 (ligação paga) ou [www.cvv.org.br](http://www.cvv.org.br) para *chat*, Skype, *e-mail* e mais informações sobre ligação gratuita.
- Emergência – Samu 192, UPA, prontos-socorros e hospitais.

## BIBLIOGRAFIA

APPLEBY, L. *et al.* Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. **Br J Psychiatry** [on-line], v. 175, p. 168-74, 1999.

ARIE, M. *et al.* Autobiographical memory, interpersonal problem solving, and suicidal behavior in adolescent inpatients. **Compr Psychiatry** [on-line], v. 49, p. 22-29, 2008.

BEEVERS, C.; MILLER, I. W. Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. **Suicide Life Threat Behav** [on-line], v. 3, p. 126-137, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Campinas: Unicamp, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. 2017a. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Setembro amarelo**. 2017b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Suicídio**: saber, agir e prevenir. 2017c. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/folheto-popula---o.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

BRENT, D. A. *et al.* Age- and sex- related risk factors for adolescent suicide. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** [on-line], v. 38, n. 12, p. 1497-1505, 1999.

BRENT, D. A. *et al.* Family risk factors for adolescent suicide: a case-control study. **Acta Psychiatr Scand**, [on-line], v. 89, p. 52-58, 1994b.

BRENT, D. A; *et al.* Suicide in adolescents with no apparent psychopathology. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** [on-line], v. 32, n. 3, p. 494-500, 1993b.

BREZO, J.; PARIS, J.; TURECKI G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. **Acta Psychiatr Scand** [on-line]; v. 113, p. 180-206, 2006.

BRUFFAERTS, R. *et al.* Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. **Br J Psychiatry** [on-line], v. 197, p. 20-27, 2010.

CAVANAGH, J. T. *et al.* Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. **Psychol Med**, [on-line], v. 33, p. 395-405, 2003.

DAINE, K. *et al.* The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. **Plos One** [on-line], v. 8, p. 5, 2013.

DE WILDE E. J. *et al.* The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. **Am J Psychiatry** [on-line], v. 149, p. 45-51, 1992.

DUBE, S. R. *et al.* Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the adverse childhood experiences study. **JAMA** [on-line], v. 286, p. 3089-3096, 2001.

FU, K. W.; YIP, P. S. F. Long-term impact of celebrity suicide on suicidal ideation: Results from a population-based study. **J. Epidemiol. Community Health** [on-line], v. 61, p. 540-546, 2007.

GRASSIA, M.; GIBB, B. E. Rumination and lifetime history of suicide attempts. **Int J Cogn Ther** [on-line], v. 2, p. 400-406, 2009.

HATCHER, S.; STUBBERSFIELD, O. Sense of belonging and suicide: a systematic review. **Can J Psychiatry** [on-line], v. 58, p. 432-436, 2013.

HAW, C. M.; HAWTON, K. Living alone and deliberate self-harm: a case-control study of characteristics and risk factors. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** [on-line], v. 46, p. 1115-1125, 2011.

- HIRSCH, J. K. *et al.* Dispositional optimism as a moderator of the relationship between negative life events and suicide ideation and attempts. **Cognit Ther Res** [on-line], v. 31, p. 533-546, 2007.
- HOLLIS, C. Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** [on-line], v. 35, p. 622-630, 1996.
- GALFALVY, H. *et al.* Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: a prospective study. **Bipolar Disord** [on-line], v. 8, p. 586-595, 2006.
- GOULD, M. S. Suicide and the media. *In*: HENDIN, H.; MANN, J. J. (Ed.). **Suicide prevention: clinical and scientific aspects**. New York: Annals of the New York Academy of Sciences, 2003.
- GOULD, M. S. *et al.* Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. **Arch Gen Psychiatry** [on-line], v. 53, p. 1155-1162, 1996.
- KING, M. *et al.* A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. **BMC Psychiatry** [on-line], v. 8, p. 70, 2008.
- KLOMEK, A. B. *et al.* Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** [on-line], v. 48, p. 254-261, 2009.
- LEENAARS, A. A. Effective Public health strategies in suicides prevention are possible: a selective review recent studies. **Clinical Neuropsychiatry** [on-line], v. 2, n. 1, p. 21-31, 2005.
- MADGE, N. *et al.* Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. **J Child Psychol Psychiatry** [on-line], v. 49, p. 667-77, 2008.
- MCGOLDRICK, M.; WALSH, F. A systematic view of family history and loss. *In*: ARONSON, Marvin; WOLBERG, Lewis. **Group and family therapy**. New York, Brunner/Mazel, 1983.
- MORRISON, R; O'CONNOR, R. C. A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. **Suicide Life Threat Behav** [on-line], v. 38, p. 523-538, 2008.
- NANAYAKKARA, S. *et al.* Depression and exposure to suicide predict suicide attempt. **Depress Anxiety** [on-line], v. 30, p. 991-96, 2013.
- NIH – NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, [s.d.]. Disponível em: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/teen-depression/teendepression-508\\_150205.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/teen-depression/teendepression-508_150205.pdf). Acesso em: 5 jan. 2020.
- O'CONNOR, R. C. Suicidal behaviour as a cry of pain: test of a psychological model. **Arch Suicide Res** [on-line], v. 7, p. 297-308, 2003.
- O'CONNOR, R. C.; RASMUSSEN, S. HAWTON, K. Adolescent self-harm: a school-based study in Northern Ireland. **J. Affect Disord.** [on-line], v. 159, p. 46-52, 2014.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. **Prevenção do suicídio: manual para educadores e professores**. Genebra, 2000.
- ORBACH, I. *et al.* Thresholds and tolerance of physical pain in suicidal and nonsuicidal adolescents. **J Consult Clin Psychol** [on-line], v. 65, p. 646-652, 1997.
- PIRKIS J.; NORDENTOFT, M.. Media influences on suicide and attempted suicide. *In*: O'CONNOR, RC; PLATT, S; GORDON, J. (ed.). **International handbook of suicide prevention: research, policy and practice**. Chichester: John Wiley & Sons, 2011. p. 531-44.

QIN, P.; AGERBO, E.; MORTENSEN, P. B. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. **The Lancet** [on-line], v. 360, p. 1126-1130, 2002.

RUSSELL, S. T.; JOYNER, K. Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. **Am J Public Health** [on-line], v. 91, p. 1276-1281, 2001.

SCOTT, K. M. *et al.* Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the world mental health surveys. **Psychosom Med** [on-line], v. 72: 712-719, 2010.

SHAFFER, D. *et al.* Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. **Arch Gen Psychiatry** [on-line], n. 53, p. 339-348, 1996a,.

SHAFFER, D.; CRAFT, L. Methods of adolescent suicide prevention. **J Clin Psychiatry** [on-line], n. 60, suppl. 2, p. 70-74, 1999.

SISASK, M.; VÄRNIK, A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health** [on-line], v. 9, n. 1, p. 123-138, 2017.

VAN ORDEN, K. A. *et al.* Suicidal ideation in college students varies across semesters: the mediating role of belongingness. **Suicide Life Threat Behav** [on-line], v. 38, 427-435, 2008.

WEBB, R. T. *et al.* Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. **Arch Gen Psychiatry** [on-line], v. 69, p. 256-264, 2012.

WILLIAMS, J. M.; BROADBENT, K. Autobiographical memory in suicide attempters. **J Abnorm Psychol** [on-line], v. 95, p. 144-149, 1986.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/dos\\_donts\\_one\\_pager.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/dos_donts_one_pager.pdf?ua=1). Acesso em: 5 jan. 2020.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative** [on-line]. Geneva: World Health Organization, 2014 [cited 2017 Sep 19]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1). Acesso em: 9 out. 2019.

ZHANG, Y.; LAW, C. K.; YIP, PSF. Psychological factors associated with the incidence and persistence of suicidal ideation. **J Affect Disord** [on-line], v. 133, p. 584-590, 2011.