

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	2
2	OBJETIVOS DO MÓDULO 1	2
3	ESTRUTURA DO MÓDULO	2
1	AULA 1 – O suicídio e o comportamento suicida	3
	1.1 Contextualizando	3
	1.2 Compreendendo o suicídio e o comportamento suicida	4
	1.3 Entendimentos científicos sobre o comportamento suicida	5
2	AULA 2 – Diferença entre COMPORTAMENTO AUTOLESIVO, ideação, planejamento, tentativa de suicídio e suicídio	11
	2.1 Contextualizando	11
	2.2 Comportamento autolesivo	11
	2.3 Ideação e planejamento do ato suicida.....	13
	2.4 Tentativa de suicídio	15
	2.5 Suicídio	16
3	AULA 3 - Epidemiologia no Brasil e no Mundo sobre o suicídio.....	18
	3.1 Contextualizando	18
	3.2 Epidemiologia do suicídio no mundo	18
	3.3 Epidemiologia do suicídio no Brasil	19

1 APRESENTAÇÃO

Seja bem-vindo ao **Módulo 1 – COMPREENDENDO O COMPORTAMENTO SUICIDA.**

2 OBJETIVOS DO MÓDULO 1

Compreender as bases teóricas que fundamentam os conceitos relacionados ao comportamento suicida, bem como a diferenciação teórica entre ideação, planejamento, tentativa de suicídio e suicídio, evidenciando, desta forma, a epidemiologia relacionada ao tema.

3 ESTRUTURA DO MÓDULO

Aula 1 – O suicídio e o comportamento suicida.

Aula 2 – Diferença entre comportamento autolesivo, ideação, planejamento, tentativa de suicídio e suicídio.

Aula 3 – Epidemiologia no Brasil e no Mundo sobre o suicídio.

1 AULA 1 – O SUICÍDIO E O COMPORTAMENTO SUICIDA

1.1 Contextualizando

O suicídio é um fenômeno multifatorial, de grande complexidade e que podemos definir como um comportamento ativo ou passivo, em que o indivíduo usa de violência com a intenção de causar a própria morte (BOTEGA, 2015).

Este comportamento caminha da ideia e pensamento de pôr fim a própria vida, indo ao planejamento, de como levá-lo adiante, terminando na tentativa do ato presente na ideia inicial. Este comportamento apresenta um **pensamento ambivalente, impulsivo e extremamente violento** (RODRIGUES, 2020).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (2017), a taxa de suicídio mundial foi de 800 mil mortes. Ou seja, a cada 40 segundos, em algum lugar do planeta, alguém comete suicídio; diariamente, duas mil pessoas põe fim à própria vida. Corresponde, portanto, a 1,4% do total de mortes do planeta: supera a soma de todos os óbitos causados por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis (BOTEGA, 2015).

Múltiplos fatores podem impedir a detecção precoce e a prevenção do suicídio, entre eles, **o estigma e o tabu**. Durante séculos de nossa história, por razões religiosas, morais e culturais, o suicídio foi considerado um grande “pecado”, talvez o pior deles. Por esta razão, continuamos tendo medo e vergonha de falar abertamente sobre esse importante problema de saúde pública. **Lutar contra esse tabu é fundamental para que a prevenção seja bem sucedida.**

Tal tabu, assim como a dificuldade em buscar ajuda, o preconceito aos transtornos mentais, a falta de conhecimento e de atenção sobre o assunto por parte dos policiais e bombeiros militares e a ideia errônea de que o comportamento suicida não é um evento frequente, implicam em barreiras para a prevenção.

Com a colaboração de um efetivo bem informado, será possível oferecer reciprocamente este cuidado, pois, se o cuidar tornar-se hábito, e for incluído na nossa cultura, o benefício aparecerá de forma contínua e permanente, em ações constantes de “valorização da vida”.

1.2 Compreendendo o suicídio e o comportamento suicida

Durkheim (2004), em seu clássico literário, “O suicídio”, conceitua:

Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte (DURKHEIM, 2004, p. 14).

Conforme o sociólogo, apesar da definição de suicídio parecer consensual entre especialistas, as explanações sobre o fato em si são distintas e as justificativas das suas causas demasiadamente peculiares e complexas.

O suicídio é um fenômeno com determinantes multifatoriais e resultado de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e culturais (WHO, 2014). Sendo assim, deve-se avaliar como o desenlace de uma série de fatores que se acumulam na história de um indivíduo, não podendo ser considerado de forma causal e simplista apenas a determinados episódios pontuais da vida do indivíduo, mas sim, a implicação derradeira de um processo.

Aquela pessoa que manifesta comportamentos suicidas, frequentemente, se vê diante do enfrentamento de inúmeras dificuldades, havendo um prejuízo na adequada percepção da realidade e racionalização das ações. Esse intenso e insuportável sofrimento emocional faz com que a pessoa procure a interrupção dessa consciência, de maneira ajustadora, mas não adaptativa, através do suicídio (SHNEIDMAN, 1996).

O intenso sofrimento emocional faz com que a pessoa tenha dificuldades de uma adequada percepção da realidade: ela não consegue compreender que não quer acabar com a própria vida, mas sim, interromper o sofrimento que está vivenciando.

Portanto, para que seja possível a prevenção do suicídio, é necessário compreender bem todos os aspectos desse complexo tema, principalmente para extinguir mitos e tabus, que são obstáculos importantes à prevenção do suicídio (SHNEIDMAN, 1996; BOTEGA, WERLANG, CAIS & MACEDO, 2006).

O preconceito não desaparece sem o esforço de todos nós!

1.3 Entendimentos científicos sobre o comportamento suicida

Após algumas conceituações sobre o comportamento suicida, é fundamental definir que no entendimento destas variáveis, pela complexidade do fenômeno elas se confrontam ou concorrem entre si. Por exemplo, se alguns transtornos mentais são fatores de risco ao suicídio, poderia se depreender que a propensão ao suicídio possui bases biológicas ou genéticas. Todavia, quando falamos no comportamento de risco suicida, percebemos que alguns condicionamentos podem ser moduladores destes. Através da observação mais detalhada de fatores ambientais, sociais e culturais, suscitam-se também importantes questionamentos sobre o comportamento suicida.

Sendo assim, para melhor compreensão deste complexo evento, torna-se imprescindível compreender que são complementares os entendimentos biomédicos, psicológicos, sociais ou filosóficos acerca do suicídio.

Várias disciplinas científicas têm-se ocupado seriamente do estudo do comportamento suicida e todas trazem importantes contribuições ao ampliarem o “leque” de conhecimento sobre o assunto.

a. Teorias biológicas

Dentre os estudos de causas elencadas para a motivação suicida, alguns estão ligados a fatores biológicos e neste contexto se enquadram diversas pesquisas que estudam impulsividade, agressividade, traumas (físicos ou emocionais) e prejuízos cognitivos (BOTEGA, 2015). Como exemplo, podem ser citadas as descobertas acerca da função serotoninérgica, que evidenciam algumas alterações em alguns quadros de transtornos mentais. Tais alterações estão relacionadas à depressão e demais traços de vulnerabilidade no comportamento suicida (HARRIS; BARRACLOUGH, 1997).

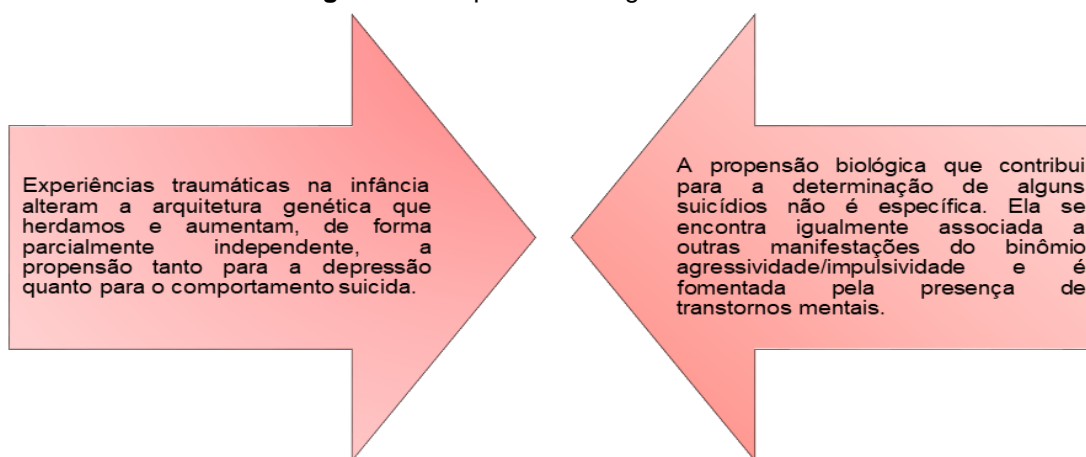
Ademais, também existem estudos que relacionem fatores hereditários ao comportamento suicida. Estudos internacionais apontaram a existência de genes diretamente relacionados ao comportamento suicida, a saber, algumas proteínas reguladoras do metabolismo serotoninérgico (JIMENEZ *et al.*, 2011; ANTYPANOU *et al.*, 2013). A partir desta perspectiva algumas estimativas sobre o nível de influência da

hereditariedade na propensão para o suicídio chega a um índice de 55% (STATHAM *et al.*, 1998; MANN, 2002).

Outros estudos analisam a correlação entre fatores ambientais e genética, para compreender a suscetibilidade ao comportamento suicida. Dados de pesquisas com o comportamento de roedores apontam que alterações ambientais ocorridas no período que corresponde a sua “infância”, podem promover variações genéticas importantes, desajustando suas funções cerebrais e originando diversos problemas. Dentre estes problemas está a supressão do cortisol que incapacita a resposta do organismo ao estresse e ansiedade, o que reflete em comportamentos agressivos e violentos. Se projetados tais resultados entre os humanos, pode se concluir que estas alterações possam ter relação direta com os comportamentos agressivos comumente associados ao ato suicida (LABONTÉ *et al.*, 2013; GUINTIVANO *et al.*, 2014).

Sendo assim, modificações na disposição do DNA, podem estar correlacionadas ao comportamento suicida. Tais alterações epigenéticas, provenientes de fontes ambientais, modificam não os genes em si, mas sua ativação ou desativação (LABONTÉ *et al.*, 2013). Na tentativa de encontrar convergência entre os atuais estudos das funções serotoninérgicas e genéticas, podemos depreender que (Figura 5):

Figura 5 – Propensão biológica ao suicídio



FONTE: Adaptado de Botega (2015).

Portanto, ainda é preciso compreender qual a relação entre os resultados provenientes de traumas precoces, nos traços da personalidade, ou ainda a sua influência sobre um estressor atuante no curto prazo (BOTEGA, 2015).

b. Teorias psicológicas

O ato suicida é resultado de um comportamento no qual a escolha pessoal e as influências sociais estão entrelaçadas, originando uma incapacidade para o controle, para as escolhas assertivas e para a adaptação ao meio. O suicídio é concebido na teoria cognitivo-comportamental, como uma esquivada à dor, onde o indivíduo opta em dar fim a própria vida (CHILES; STROSAHL, 2005).

As estratégias de *coping* (enfrentamento de crises) inadequadas e destrutivas são comuns entre os indivíduos que tentam o suicídio, pois resultam de distorções cognitivas que sinalizam fracassos e rejeições, dificultando sua capacidade de resolução de problemas pessoais e interpessoais. Isso se dá pela rigidez cognitiva (inflexibilidade) e pensamento dicotômico (tudo ou nada) proveniente desta rigidez (SARAIVA, 1999).

Além do pensamento dicotômico, existem alguns tipos de distorções cognitivas que são dignas de atenção, pois estão presentes em pessoas emocionalmente perturbadas, apesar de não estarem exclusivamente relacionadas com o quadro de ideação suicida (BOTEGA, 2015). Estas características serão abaixo apresentadas (Quadro 1):

Quadro 1 – Exemplos de distorções cognitivas presentes em indivíduos que tentaram o ato suicida

Pensamento dicotômico	Tendência a avaliar situações de vida, desempenhos e expectativas de forma dualista e radical, com raciocínios do tipo isto ou aquilo, tudo ou nada.
Sentimentos de catástrofe	As dificuldades são exageradas, buscando obter ajuda ou se preparar para eventual fracasso.
Abstração seletiva	Tendência a valorizar experiências e informações de modo seletivo, em apoio a uma crença pessoal, sem atentar para outros dados que deviam ser considerados na avaliação.
Inferência arbitrária	As conclusões são construídas mesmo na falta de evidências ou em contradição com a realidade.
Racionalização emocional	Confusão entre emoções e realidade, do tipo eu sinto, então eu sou.
Rotulagem	Criação de uma identidade negativa baseada em erros e imperfeições, como forma extrema de hipergeneralização.
Personalização	Interpretação de acontecimentos que nada têm a ver com o indivíduo como estando relacionados de modo peculiar a si próprio.
Pensamento comparado	Tendência a se colocar permanentemente em comparação com outras pessoas.
Desqualificação do positivo	Apreciações do tipo “sim, mas...”.
Falácia do belo	Crença de que tudo na vida tem que ser perfeito, harmonioso, belo.

Fonte: Baseado em Freeman e Reinecke (*apud* BOTEGA, 2015).

Com base no referencial da psicologia cognitiva, Aaron Beck e seu grupo de pesquisadores, promoveram inúmeras escalas psicométricas (testes psicológicos)

que avaliam o comportamento suicida, e consideram que, quanto mais acentuado o sentimento de desesperança, maior é o risco de suicídio (BECK; RESNIK; LETTIERI, 1974; BECK; STEER; KOVACS; GARRISON, 1985; BECK ; WENZEL; BROWN , 2010).

c. O pai da suicidologia: Edwin Shneidman

Edwin Shneidman (1996) é apontado como o criador da suicidologia, e desenvolveu a terminologia *psychache*. Trata-se de uma palavra criada para atribuir o estado mental de alguém que está em uma crise suicida. Nessa condição, o desespero e a desesperança se confundem, eclodindo na necessidade do alívio abrupto.

Neste estado, a cognição abalada não permite que a pessoa raciocine sobre opções de resposta ao problema, e a partir desta falta de opção o indivíduo, involuntariamente, ativa como um subterfúgio a extinção da consciência, na tentativa de suspensão da dor psíquica.

Esta dor lembra uma prisão em si mesmo, que incessantemente angustia o indivíduo, que não se sente amparado em suas necessidades psicológicas básicas.

No quadro 2 são descritos alguns conteúdos psíquicos presentes em pessoas com crise suicida.

Quadro 2 – Principais conteúdos do estado psíquico em uma crise suicida

Necessidade psíquica urgente	Independentemente do que possa representar, o suicídio envolve uma tentativa de resposta a uma necessidade psíquica urgente (incluem-se aqui as necessidades de afiliação, de evitação de dor, de apoio emocional, entre outras). A ausência de resposta para essa necessidade é o que a pessoa sente e relata como sua perturbação ou dor.
Psychache	A questão central do suicídio não é sobre morte ou sobre matar. É a questão de cessação da consciência a fim de evitar uma dor psíquica insuportável. Se um indivíduo atormentado pudesse, de alguma maneira, interromper a consciência e continuar vivo, por que ele não optaria por essa solução? Em suicídio, a palavra-chave não é morte, mas psychache (dor psíquica).
Constricção afetiva e intelectual	O cenário suicida começa quando, em condições de constricção afetiva e intelectual, surge a ideia de interrupção da consciência como única saída. Há um estreitamento entre as opções de ações que, normalmente, estariam disponíveis para o indivíduo caso estivesse em condições normais. O papel que as pessoas amadas têm em sua vida, por exemplo, deixa de existir. Pode mesmo não haver essa lembrança, essa opção, em uma mente desesperada.
Pensamento dicotômico	Com frequência, observa-se um pensamento chamado dicotômico: ou se alcança uma solução cabal (geralmente mágica) para um problema, ou se pensa em

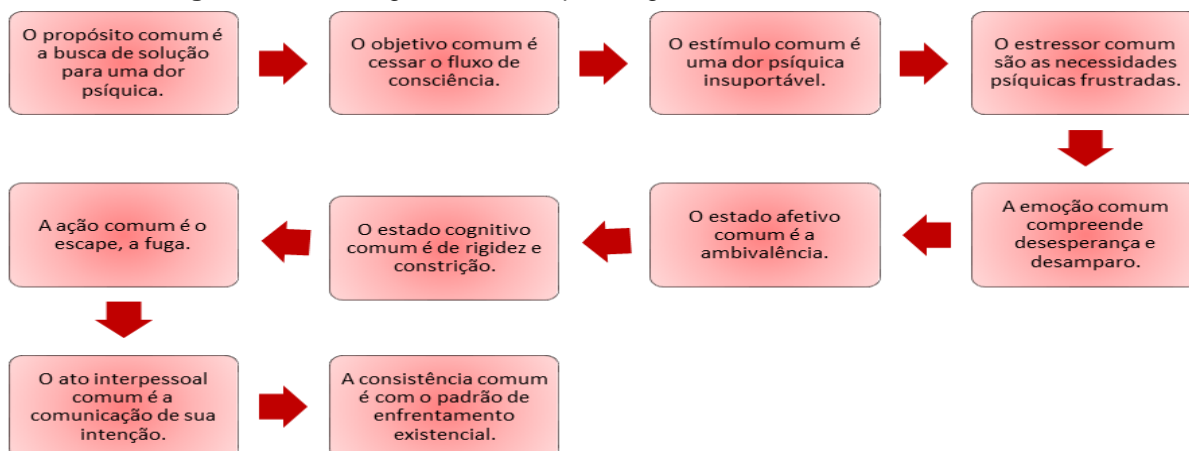
	interromper a dor psíquica, deixando de viver. As opções se reduzem a apenas duas opções radicais.
Perturbação psíquica e intenção letal	O suicídio deve ser analisado com base em dois aspectos associados ao funcionamento mental: grau de perturbação psíquica e grau de intenção letal. Muitas vezes, acontece de uma pessoa estar altamente perturbada, mas não suicida. No entanto, raramente alguém se encontra potencialmente suicida, sem nenhum grau de perturbação psíquica. Em um indivíduo bastante perturbado, não é possível, nem prático, tentar manejar diretamente a intencionalidade suicida (por dissuasão, por confrontação, por pregação moral, por interpretação ou por outras técnicas, como contratos de não agressão até a próxima consulta). Isso funciona tão mal no comportamento suicida quanto no alcoolismo. É mais efetivo procurar reduzir a perturbação, diminuindo a angústia, a tensão e a dor. Assim, o grau de intenção letal, concomitantemente, diminuirá.
Dimensão sociocultural	Os suicídios são atos individuais, pessoais, ainda que reflitam graus de pressões sociais. Também são sociais na medida em que as pessoas aprendem, na vida sociocultural, esse comportamento.

Fonte: Adaptado de Shneidman (*apud* BOTEGA, 2015).

Neste estado, a ideia do suicídio, antes impossível, se transforma em algo realizável, que vem promover o alívio das tensões e da ansiedade, passando a ser percebida pelo indivíduo como uma solução para a extinção da dor.

Na figura 6 são descritas segundo Shneidman (1996), algumas generalidades encontradas em pessoas com propensão ao suicídio. Para o autor o suicídio é um episódio único e idiossincrático, portanto as tentativas de descobrir alguma fórmula ou algoritmo em que se enquadrem todos os casos é uma busca vã. Porém, é possível definir que o suicídio tem seu risco agravado através dos episódios de rigidez cognitiva frente às adversidades e alguma propensão à impulsividade.

Figura 6 – As dez generalidades psicológicas mais comuns do ato suicida



Fonte: Adaptado de Shneidman (1996 *apud* BOTEGA, 2015).

d. Durkheim: o suicídio do ponto de vista sociológico

Pelo ponto de vista sociológico, deve-se procurar compreender os fatores que provocam e sustentam o comportamento suicida, a partir da análise das tensões e pressões sociais. Para Durkheim (2004) o suicídio, é elencado como um comportamento de determinada sociedade, durante determinado espaço de tempo:

O que esses dados estatísticos exprimem é a tendência para o suicídio que afeta coletivamente cada sociedade. [...] Cada sociedade está disposta a fornecer determinado contingente de mortos voluntários. Essa predisposição pode, portanto, ser objeto de um estudo especial e que se situa no domínio da Sociologia (DURKHEIM, 2004, p. 23).

Ao elaborar sua teoria sobre o suicídio, o autor o atribui a uma falta de desempenho na *integração* e coesão da sociedade, que é ocasionada principalmente pela ruptura de alguns de seus pilares (Família, Estado, Igreja), ocorrido no período que sucede à revolução industrial (NUNES, 1998). Para o autor podem ser identificados três tipos distintos de suicídios, que são (Quadro 3):

Quadro 3 – Os três tipos de suicídio

SUICÍDIO EGOÍSTA	Ocorre em indivíduos pouco ou nada integrados a um grupo social, que não se encontram mais sob a influência da sociedade, da família e da religião. O individualismo mórbido levaria ao ato, com relaxamento das forças de integração social, isolamento e falta de sentido na vida
SUICÍDIO ALTRUÍSTA	É o sacrifício da própria vida pelo bem de outro ou de um grupo. O ato reflete a influência da integração social a encorajar o suicídio, muito comum em diversas culturas.
SUICÍDIO ANÔNICO	Observado entre indivíduos que vivem em uma sociedade em crise econômica, quando há grandes conflitos entre as classes sociais, com <i>alteração da ordem coletiva</i> (falta de limites e regras sociais). Os que se suicidam tendem a serem os que sofrem perdas e frustrações frente às expectativas pessoais.

Fonte: Adaptado de Durkheim (2004 *apud* BOTEGA, 2015).

2 AULA 2 – DIFERENÇA ENTRE COMPORTAMENTO AUTOLESIVO, IDEAÇÃO, PLANEJAMENTO, TENTATIVA DE SUICÍDIO E SUICÍDIO

2.1 Contextualizando

O suicídio pode ser delineado como uma violência do tipo autoinfligida (que o indivíduo causa a si mesmo), categoria a qual pertencem automutilações, por exemplo. O espectro que envolve o suicídio por sua vez abrange além do fato consumado, as ideações suicidas e as tentativas de suicídio (DAHLBERG; KRUG, 2006).

2.2 Comportamento autolesivo

O comportamento autolesivo pode ser definido como um conjunto de atitudes que provocam prejuízos físicos pessoais (CEPPI; BENVENUTI, 2011) sem possuir, contudo, uma intencionalidade para a morte (STANLEY *et al.*, 2001). Tal comportamento segue alguns parâmetros (FRANKLIN; NOCK, 2017), conforme apresentado na figura 1.

Figura 1 – Critérios para a existência do comportamento autolesivo

1) Ausência de intenção suicida;

2) Deve ser intencional, não acidental;

3) Deve ser uma ação direta, sem outros passos entre o ato e a lesão (como danos resultados do uso do álcool, por exemplo);

4) Não inclui comportamentos socialmente aceitos como utilização de piercings e tatuagens;

5) Deve levar a um grau moderado de lesão;

6) Deve se distinguir de outras lesões associadas com transtornos do desenvolvimento.

Fonte: Adaptado de Franklin e Nock (2017).

É preciso que se tenha em mente que o comportamento autolesivo não coincide com o comportamento suicida, embora alguns autores salientem que indivíduos autolesivos podem apresentar ideias suicidas, e conseqüentemente, maiores riscos às tentativas de suicídio posteriores (STANLEY et al., 2011; FRANKLIN; NOCK, 2017).

As autolesões podem ser apresentadas na forma de cortes, perfurações, hematomas, mordidas e queimaduras, e tem normalmente a sua identificação dificultada, pois são preferidas na ação dos indivíduos autolesivos, aquelas áreas corporais que comumente não estão em exposição ou que possam ser facilmente escondidas, como braços, pernas e barriga (STANLEY et al., 2001; BOTEGA, 2015).

Após tais atos, há o relato de alívio da tensão, sendo associada para alguns indivíduos como uma forma de enfrentamento (não adaptativa), pois a sensação de alívio proporcionada pode impactar como um reforçamento positivo para o indivíduo, aumentando a probabilidade do ato ser repetido em novas situações estressoras

(HERPERTZ, 1995). O comportamento lesivo pode ser observado com muita frequência em meninas na fase da adolescência (BAKKEN, GUNTER, 2012; HERPERTZ, 1995) e também podem ser relacionados a alguns transtornos mentais, embora não seja um critério para sua ocorrência (FRANKLIN; NOCK, 2017).

Algumas pessoas podem apresentar resistência sucessiva à dor (FRANKLIN; NOCK, 2017), tornando os casos muito mais severos. Em alguns casos, ainda não existe a compreensão da letalidade dos próprios atos, os tornando potencialmente casos onde se verifica o risco de morte, apesar de não terem tal intenção (STANLEY *et al.*, 2011).

2.3 Ideação e planejamento do ato suicida

Na figura 02, é dada a “progressão da ideação suicida para outras etapas do comportamento suicida”, complementada pelos índices obtidos nos serviços de saúde, segundo Botega *et al.*, (2006).

Figura 2 – Progressão da ideação para outras etapas do comportamento suicida.



Fonte: Adaptado de Botega *et al.*, (2005 *apud* Botega, 2009).

O conceito de ideação suicida é cercado por algumas características, que vão desde considerações passageiras de desvalorização da vida, ou mesmo pensamentos dicotômicos, de avaliação sobre as vantagens entre viver ou morrer; podendo ainda ser consequência de estados delirantes, provenientes de diversos diagnósticos clínicos ou uso de substâncias (AQUINO, 2009; BOTEAGA, 2015).

Conforme representado na figura 1, estudos clínicos indicam que, 17% das pessoas já tiveram ideação suicida, sendo que 5% realizaram o planejamento do ato, e 3%, efetivamente, tentaram o suicídio (BOTEGA, 2015; KLONSKY, MAY, 2015). Sendo assim, denota-se que há um relevante contingente de pessoas que pensam seriamente em pôr fim à vida.

Grande parte dos estudos internacionais conceitua a ideação suicida como “relato espontâneo ou resposta a diferentes questionamentos, que abrangem desde pensamentos de que a vida não vale a pena ser vivida até preocupações contínuas” (SILVA *et al.*, 2006, p. 1840). Botega (2015) por sua vez, qualifica as ideações suicidas como desejos e pensamentos “comunicados” sobre morrer ou sobre o próprio ato suicida.

Mas é importante ter em mente que o pensamento que envolve a ideação suicida, assim como os detalhes que abrangem o comportamento das pessoas com ideação suicida, pode ser expresso de diferentes maneiras (BARRERO, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) estima que a ideação suicida seja seis vezes mais frequente na população do que as tentativas de suicídio, e que está profundamente atrelada ao sentimento de desesperança. Contudo é importante não normalizar tais comportamentos e observar que ele com grande frequência estão associados a uma tentativa de suicídio (KESSLER *et al.*, 1999; BECK *et al.*, 1985).

Pesquisas epidemiológicas sugerem que ideações e tentativas suicidas são fenômenos solidários, descrevendo que 60% dos indivíduos que cometeram suicídio possuíam ideação suicida (SILVA *et al.*, 2006). Sendo assim, a gravidade e a duração dos pensamentos suicidas para alguns indivíduos podem estar relacionados de forma diretamente proporcional à probabilidade da tentativa de suicídio, ou ainda pode se dizer que os pensamentos suicidas são o *start* na sequência que avança para o planejamento da tentativa e culmina no suicídio consumado (GUNNELL; FRANKEL, 1994).

Portanto, é importante ao lidar com indivíduos que apresentam ideação suicida, utilizar-se de técnicas de acolhimento e atenção, tomando os devidos cuidados para que não ocorram julgamentos precipitados, pois a falta de habilidade e boa conduta do profissional só dificultará a confiança necessária para o indivíduo acometido de tal mal, expor-se e falar sobre o assunto.

2.4 Tentativa de suicídio

Definida como uma conduta autolesiva cujo resultado, apesar de não ter sido fatal, indica que houve intencionalidade de morte no ato (O'CARROLL *et al.*, 1996). Podem possuir diferentes níveis de intencionalidade, que vão desde o simples reflexo em um comportamento impulsivo, até um sofisticado e prévio planejamento (OMS, 2012). Os suicídios consumados podem ser vistos então, como a ponta de um *iceberg*, ou parte de um problema mais abrangente e silenciosamente disseminado entre a população. Os números de tentativas, estimativamente superam os de óbitos em no mínimo dez vezes, apesar da falta de indicadores nacionais fidedignos para tentativas de suicídio (BOTEGA, 2015).

Duas importantes dimensões devem ser ressaltadas nos casos de tentativas de suicídio. A primeira delas se relaciona ao grau de letalidade e dano gerado pela tentativa, e neste ponto acredita-se que exista uma relação diretamente proporcional entre o grau de letalidade apresentado e o nível de atenção que deve ser despendida ao evento (BROWN et al., 2014). A segunda dimensão se associa ao nível de organização e preparação do ato, que podem compor um relevante indicativo de tentativas futuras (MANN, 2002).

Conforme avalia Kerkhof (2000), é também um fator preocupante a tendência de repetição da tentativa, com aumento do grau da intencionalidade e letalidade. Tal fato, comum a alguns indivíduos, aponta para a necessidade de acompanhamento continuado e que deve ser iniciado imediatamente a partir dos primeiros indícios de risco de suicídio. Segundo Botega (2015), diferentes estudos populacionais são concordantes ao afirmarem que uma tentativa é o principal fator de risco para um futuro suicídio.

Portanto, todas as tentativas de suicídio devem ser cautelosamente estudadas, a despeito da sua letalidade ou intencionalidade, pois são todas elas, alertas às atuações de fenômenos psicossociais complexos (DA SILVA; BUENO, 2017). Também neste caso, a empatia e a seriedade com que se tratam os eventos, são estratégias determinantes para se evitar futuros suicídios.

2.5 Suicídio

O suicídio, conforme entende Shneidman (1996), não é um ato fortuito ou imprevisto. Ele possui um propósito, que para o indivíduo assolado pelo seu intenso sofrimento, é genuíno. Portanto, o objetivo de provocar a própria morte está atrelado à deliberação de fazer cessar a sua dor emocional (WHO, 2014; O'CARROLL *et al.*, 1996).

Embora em algumas pessoas o suicídio ou tentativa dele surja em um evento isolado, onde não existem recorrências diante do histórico de vida, o comportamento suicida apresenta-se em um ciclo onde os atos são contínuos (KLONSKY; MAY, 2015) e se iniciam em ideias vagas de morte, passando pelas ameaças e elaboração de planos, pelas tentativas e finalmente podem acabar com o suicídio consumado. Esta ideia é representada na figura 03.

Figura 3 – Comportamento suicida como um ato contínuo



Fonte: Adaptado de Botega, 2015.

Além disto, Bertolote (2012) e Barrero (1999) organizam os eventos suicidas pelo seu grau de letalidade. A ingestão de substâncias pouco agressivas e cortes superficiais, por exemplo, tem letalidade menor do que um tiro autoinfligido na base do crânio. Para exemplificar as influências socioculturais de gênero, os autores

afirmam que maiores taxas de suicídios entre os indivíduos de sexo masculino estão associadas à procura de métodos mais letais do que no caso das mulheres.

Mas o método utilizado para a ação suicida, também pode estar relacionado ao meio e a disponibilidade de objetos ou produtos nocivos que por sua vez, está associado a fatores socioculturais, ambientais e psicológicos (BOTEGA, 2015). Para exemplificar, podem ser descritos os incidentes com agrotóxicos, que são inúmeras vezes mais comuns em zonas rurais do que em grandes centros urbanos.

Outra característica importante acerca do suicídio é que para aqueles casos onde ele não é o resultado de um reflexo impulsivo, existe certa previsibilidade dos comportamentos do indivíduo com relação à ideação suicida. Esta previsibilidade se dá por meio de alguns sinais, aos quais se tem que estar sempre atento (SHNEIDMAN, 1996; KLONSKY; MAY, 2015).

3 AULA 3 - EPIDEMIOLOGIA NO BRASIL E NO MUNDO SOBRE O SUICÍDIO

3.1 Contextualizando

A Epidemiologia é de vital importância, enquanto estudo da distribuição de eventos de saúde em coletividades humanas, porém encontra dificuldades no campo do suicídio, por falta de consistência dos dados, seja na coleta ou em sua análise. A realização de sistemas de registros que contemplem a melhoria na qualidade e confiabilidade dos dados sobre suicídio é urgente, pois somente assim, podem ser desenvolvidas políticas de saúde adequadas para o combate do fenômeno em escala (MIRANDA, 2010).

No Brasil, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, é o órgão responsável pela apuração de dados relacionados sobre a mortalidade por suicídio, provenientes de informações constantes em atestados de óbitos. Entretanto, a subnotificação, seja por falta dos registros nos cartórios, seja por falta de clareza e definição nos relatos de causa mortis atribuídos a estes casos, é uma realidade que não pode ser ignorada (BOTEGA, 2015; VOLPE; CORRÊA; BARRERO, 2006).

O adiantamento de procedimentos eficazes de prevenção ao suicídio só é viável quando as determinantes epidemiológicas (sexo, idade, meio, comorbidades existentes, entre outros) são metodologicamente colhidas e analisadas. Dessa forma, é possível que ações preventivas alcancem os indivíduos mais atingidos pelo problema (BOTEGA, 2015; LOVISI et al., 2009).

3.2 Epidemiologia do suicídio no mundo

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017), anualmente, cerca de 800 mil indivíduos se suicidam. Portanto, dentro de 40 segundos, em algum lugar do planeta, um suicídio ocorre. Todos os dias, duas mil pessoas dão fim à sua própria vida. Os suicídios representam aproximadamente 1,4% de todos os óbitos do planeta e superam em números a soma de homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis (BOTEGA, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017), apresenta os países com as maiores taxas de suicídio. Tais taxas são calculadas através do número de suicídios efetivados a cada cem mil habitantes, pelo período de um ano.

Figura 7 – Maiores taxas de suicídio no mundo (por 100 mil habitantes)



Fonte: Adaptado de WHO, 2017.

De acordo com os dados divulgados, no mundo, os três maiores índices de suicídio (em ordem crescente) são os presentes na Coreia do Sul (32,0/100.000hab), Lituânia (32,7/100.000hab) e Sri Lanka (35,3/100.000hab). Em uma lista de 12 países com os maiores índices de suicídio no mundo, apenas 02 países (Guiné Equatorial e Angola) pertencem ao continente africano e 02 países (Guiana e Suriname) pertencem à América do sul. Os demais 08 países estão entre o Leste da Europa e a Ásia.

3.3 Epidemiologia do suicídio no Brasil

O Ministério da Saúde, no Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2017), apresentou números incluindo as tentativas não bem-sucedidas àquelas que efetivamente resultaram em óbitos, no período compreendido entre 2011 e 2015. Segundo estes dados os maiores números por sexo são para os homens

(8,7/100.000hab), por idade são para os acima de 70 anos (8,9/100.000hab). Os Estados que mais apresentaram casos foram Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul e o método mais utilizado foi o enforcamento. Um dado surpreendente encontrado nesse levantamento é a altíssima taxa de ocorrências entre a população indígena (15,2/100.000hab), conforme pode se observar na figura 8.

Figura 8 – Resumo do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde

Números totais de 2011 a 2015:

- 55.649 suicídios;
- 2011: 5,3 por 100 mil/hab;
- 2015: 5,7 por 100 mil/hab;

Por sexo:

- Masculino: 8,7 por 100 mil/hab;
- Feminino: 2,4 por 100 mil/hab;
- Em ambos os casos foi observada elevação da taxa;

As maiores taxas são encontradas:

- Em indivíduos acima de 70 anos: 8,9 por 100 mil/hab;
- População indígena: 15,2 por 100 mil/hab;
- Maiores proporções entre solteiros(as), divorciados(as) e viúvos(as);

Método:

- Enforcamento (66,1% entre homens e 47% entre mulheres);
- Intoxicação exógena;

Estados com as maiores taxas:

- Rio Grande do Sul;
- Santa Catarina;
- Mato Grosso do Sul.

Fonte: Adaptado do boletim epidemiológico, v. 48 n. 30, Brasil, 2017.

Ainda, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), no mesmo período, se verificou um aumento nas ocorrências de suicídio, nas tentativas e nas notificações de lesões autoprovocadas. As distribuições dos casos de lesões autoprovocadas para o período compreendido entre 2011 e 2015 foram de 176.226, sendo 116.113 (65,9%) em mulheres e 60.098 (34,1%) em homens. Destes casos, 48.204 (27,4%) referem-se às tentativas de suicídio, ocorrendo 33.269 (69%) em mulheres e 14.931 (31%) em homens. São apresentadas no quadro 04, algumas características da amostra em questão:

Quadro 4 – Estatística das notificações de lesões autoprovocadas em homens e mulheres

Grupo	Mulheres	Homens
Cor	49,6% Brancas	49% Brancos
	35,7% Negras	37,2% Negros
Escolaridade	30,5% Ensino fundamental	32,3% Ensino fundamental

	incompleto ou completo	incompleto ou completo
	23,5% Ensino médio incompleto ou completo	19,6% ensino médio incompleto ou completo
	39,5% Escolaridade ignorada	-
Faixa etária	74,4% entre 10 a 39 anos	70,1% entre 10 a 39 anos
Localidade	89,4% Zona urbana *Concentração dos casos no Sudeste (51,2%) e Sul (25%)	86,52% Zona urbana *Concentração dos casos no Sudeste (49,6%) e Sul (26,2%)
Repetição do ato	33% dos casos	25,3% dos casos

Fonte: Adaptado do boletim epidemiológico, v.48 n.30, Brasil, 2017.

Para as mulheres que provocaram autolesão, com ou sem intencionalidade de suicídio a maioria era branca (49,6%), com idade entre 10 e 39 anos (74,4%). Moravam na zona urbana (89,4%), possuíam escolaridade entre ensino fundamental incompleto e ensino médio completo (54,0%). Em 67% dos casos, estas mulheres cometeram a autolesão pela primeira vez.

Já entre os homens, a maioria era branca (49,0%), com idade entre 10 e 39 anos (70,1%). Moravam na zona urbana (86,52%), possuíam escolaridade entre ensino fundamental incompleto e ensino médio completo (51,9%). Apenas 25,3% dos homens estudados eram reincidentes em atos autolesivos.

REFERÊNCIAS

ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. **Suicídio**: informando para prevenir/ Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf>.

ANTYPA, N.; SERRETTI, A.; RUJESCU, D. Serotonergic genes and suicide: a systematic review. **Eur Neuropsychopharmacol**, v.23, n.10, p.1125-1142, 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23742855/>>.

BAKKEN, N.W.; GUNTER, W.D. Self-cutting and suicide ideation among adolescents: gender differences in the causes and correlates of self-injury. **Deviant Behavior**, v. 33, n.5, p.339-356, 2012. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01639625.2011.584054>>.

BARRERO, S.A.P. El suicidio, comportamiento y prevención. **Rev Cubana Med Gen Integr**, v.15, n.2, p.196-217, 1999. Disponível em: <<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi13299.pdf>>

BECK A.T.; RESNIK H.L.P.; LETTIERI D.J. **The prediction of suicide**. Bowie, Maryland: The Charles Press. 1974.

BECK, A.T.; STEER, R.A.; KOVACS, M.; GARRISON, B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. **Am J Psychiatry**, v.142, n.5, p.559-563, 1985. Disponível em: <<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.142.5.559>>.

BECK A.T, WENZEL A., BROWN G. **Terapia cognitiva-comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed; 2010.

BERTOLETE, J.M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N. J.; D'OLIVEIRA, C. F. A.; CAIS, C. F. S.; STEFANELLO, S. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica. Campinas: Unicamp, 2009.

BOTEGA, N. J.; WERLANG, B. S. G.; CAIS, C. F. S.; MACEDO, M. M. K. Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**, Porto Alegre, v.37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442/1130>>.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v.48, n.30.p1-14, 2017. Disponível em: <<http://www.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>.

BROWN, G.K.; HENRIQUES, G.R.; SOSDJAN, D.; BECK, A. Suicide intent and accurate expectations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.72, n.6, p.1170-1174, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15612863/>>.

CEPPI, B.; BENVENUTI, M. Análise funcional do comportamento autolesivo. **Rev Psiq Clín**, v.38, n.6, p.247-253, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n6/06.pdf>>.

CHILES J.A.; STROSAHL K.D. **Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients**. Washington: American Psychiatric. 2005.

– DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11(supl), p. 1163-1178, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>>.

DA SILVA, M. A.; BUENO, H. P. V. O suicídio entre policiais militares na polícia militar do paraná: esforços para preven o. **Revista de Ciências Policiais da APMG.**, v.1, n.1, p. 5-23, 2017. Disponível em: <http://www.apmg.pr.gov.br/sites/apmg/arquivos_restritos/files/documento/2020-01/01_o_suicidio_entre_policiais_militares_na_policia_militar_do_parana.pdf>.

DURKHEIM,  . **O suicídio**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FRANKLIN, J.C.; NOCK, M.K. **Nonsuicidal self-injury and its relation to suicidal behavior**. Kleespies, P.M. The Oxford Handbook of Behavioral Emergencies and Crises. New York: Oxford University Press, 2017.

GUINIVANO, J.; BROWN, T.; NEWCOMER, A.; JONES, M.; COX, O.; MAHER, B.S. et al. Identification and replication of a combined epigenetic and genetic biomarker predicting suicide and suicidal behaviors. **Am J Psychiatry**, v.171 , n.12 , p.1287-96, 2014. Disponível em: <<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2014.14010008>>

GUNNELL, D.; FRANKEL, S. Prevention Of Suicide: Aspirations And Evidence. **BMJ: British Medical Journal**. V. 308, n. 6938, p. 1227-1233, 1994. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2540097/>>.

HARRIS, E.C.; BARRACLOUGH, B.M. Suicide as an outcome for mental disorders: a metanalysis. **The British Journal of Psychiatry**, v.170, n.3, p.205-228, 1997. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/suicide-as-an-outcome-for-mental-disorders/1AAE5E8FEDA89A87A68EF082A783FEEE>>.

HERPERTZ, S. Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. **Acta Psychiat Scand**, v. 91, n. 1, p.57-68, 1995. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09743.x>>.

JIMENEZ-TREVIÑO, L.; BLASCO-FONTECILLA, H.; BRAQUEHAIS, M.D.; CEVERINO-DOMINGUEZ, A.; BACA-GARCIA, E. Endophenotypes and suicide behaviour. **Actas Esp Psiquiatr**, v.39, n.1, p.61-69, 2011. Disponível em: <<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/69/ENG/13-69-ENG-61-69-902813.pdf>>.

KESSLER, R.C.; BORGES, G.; WALTERS, E.E. Prevalence of and risk factors for life time suicide attempts in the national comorbidity survey. **Arch Gen Psychiatry**, v.56, n. 7, p. 617-626, 1999. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/205075>>.

KERKHOF, J.F.M. Attempted Suicide: Patterns and Trends. IN: Hawton, K., Van Heeringen, K. **The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide**. John Wiley & Sons: Chichester, 2000.

KLONSKY, E. D.; MAY, A. M. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. **International Journal of Cognitive Therapy**, v. 8, n. 2, p. 114-129, 2015. Disponível em: <<http://www2.psych.ubc.ca/~klonsky/publications/3ST.pdf>>.

LABONTÉ, B.; SUDERMAN, M.; MAUSSION, G.; LOPEZ, J.P.; NAVARRO-SÁNCHEZ, L.; YERKO, V. et al. Genome-wide methylation changes in the brains of suicide completers. **Am J Psychiatry**, v. 170, n. 5, p.511-520, 2013. Disponível em: <<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2012.12050627>>.

LOVISI, G.M.; SANTOS, A.S.; LEGAY, L.; ABELHA, L.; VALENCIA, E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev Bras Psiquiatr**. São Paulo, v. 31, supl. 2, p. S86-S93, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600007&lng=en&nrm=iso>

MANN, J.J. A current perspective of suicide and attempted suicide. **Ann Intern Med**, v.136, n.4, p. 302-311, 2002. Disponível em: <<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-136-4-200202190-00010>>.

MIRANDA, D. **Suicídio e risco ocupacional**: A condição do policial militar do estado do Rio de Janeiro. Relatório Parcial de Pesquisa, CNPq, 2010.

NUNES, E. D. O Suicídio - reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, V.14, n.1, 7-34, 1998. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v14n1/0199.pdf>>.

O'CARROLL, P.W., BERMAN, A.L., MARIS, R.W., MOSCICKI, E.K., TANNEY, B.L., SILVERMAN, M.M. Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, V.26, n.3,p.237-252, 1996. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/>>

RODRIGUES, C. B. **Suicídio policial: compreender para prevenir**. 1ª ed. Curitiba: Ed. CRV, 2020.

SARAIVA, C.B. **Para-suicídio**. Coimbra: Quarteto, 1999.

SHNEIDMAN, E.S. **The Suicidal Mind**. Oxford University Press: Oxford, 1996.

SILVA, V. F. da. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1835-1843, Sept. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900014&lng=en&nrm=iso>.

STANLEY, B.; GAMEROFF, M.J.; MICHALSEN, V.; MANN, J.J. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? **Am J Psychiatry**, v.158,n.3, p. 427-432, 2011. Disponível em: <<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.158.3.427>>.

STATHAM D.J.; HEATH A.C.; MADDEN P.A.; BUCHOLZ K.K.; BIERUT L.; DINWIDDIE S.H, et al. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. **Psychol Med.**, v. 28, n.4, p.839-855, 1998. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/suicidal-behaviour-an-epidemiological-and-genetic-study/DB76AB238666C21FF7AFFAB7B79D5D2E>>.

VOLPE, F.M.; CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. Epidemiologia do suicídio. In: H. CORRÊA; S. P. BARRERO (Eds). **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Preventing suicide: A global imperative**. WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1>

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	2
2 OBJETIVOS DO MÓDULO 2	2
3 ESTRUTURA DO MÓDULO 2	2
1 AULA 1 – FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO	3
1.1 Contextualizando	3
2.1 Tentativas anteriores	5
2.2 Presença de transtorno mental	6
2.3 Fatores sociais e ambientais.....	10
2.4 Fatores culturais	11
2.5 Riscos sociodemográficos	11
2.6 Fatores de risco preponderantes	12
2.7 Sistematização da avaliação do risco	13
2 AULA 2 – FATORES DE PROTEÇÃO PARA O SUICÍDIO	18
2.1 Contextualizando	18
2.2 Os diferentes fatores de proteção.....	18

1 APRESENTAÇÃO

Seja bem-vindo ao **Módulo 2 – FATORES DE RISCO E FATORES DE PROTEÇÃO**.

2 OBJETIVOS DO MÓDULO 2

Compreender as características comportamentais, provenientes de fatores socioculturais, clínicos e hereditários, que associadas aos indicativos epidemiológicos, ou que pela exposição aos fatores de risco, indicam a determinação daqueles indivíduos que possuem maior predisposição de apresentar o comportamento suicida. Ainda, através da explanação dos fatores de proteção, compreender que a exposição aos mesmos possibilita a diminuição da probabilidade de um resultado negativo entre indivíduos que estão em risco.

3 ESTRUTURA DO MÓDULO 2

Aula 1 – Fatores de risco para o suicídio.

Aula 2 – Fatores de proteção para o suicídio.

1 AULA 1 – FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

1.1 Contextualizando

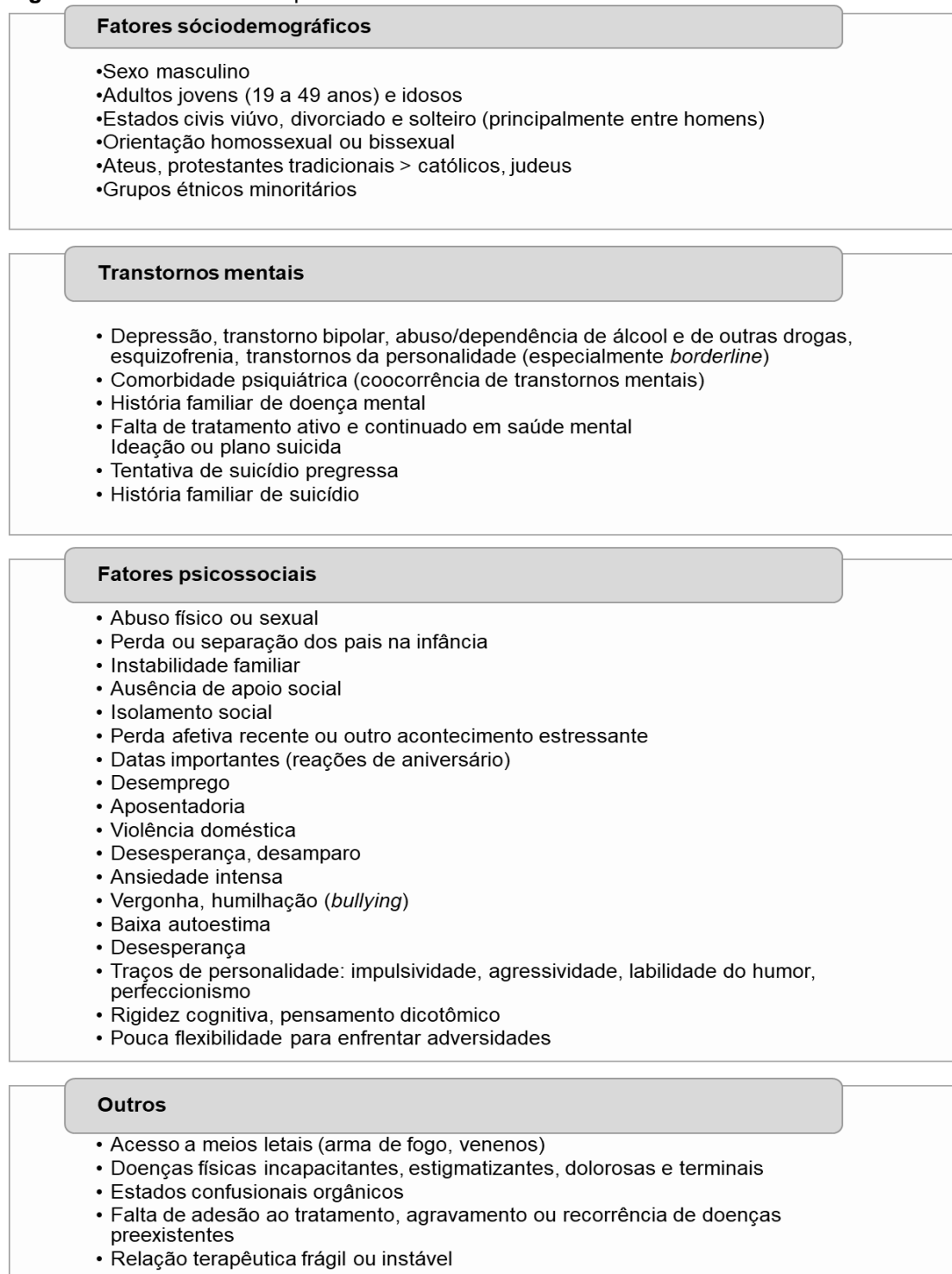
Os fatores de risco, por definição, são aquelas características comportamentais, advindas de fatores socioculturais, clínicos e hereditários, que associadas aos indicativos epidemiológicos, demonstram quais condições de saúde necessitam de intervenção (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Neste contexto é que existe a necessidade da determinação do grupo de risco, que para o caso do suicídio é formado por aqueles indivíduos que possuem maior predisposição de apresentar o comportamento suicida, ou que pela exposição aos fatores de risco, são mais propensos ao desenvolvimento da doença (BOTEGA, 2015).

Para Botega (2015), os períodos de exacerbação da ideação e de ocorrência de atos autolesivos com ou sem intenção suicida, coincidem com o aumento das dificuldades psicossociais, em geral, associadas a conflitos no relacionamento interpessoal, em casa, na vida amorosa ou no ambiente laboral.

Também é importante lembrar que existem variações entre os fatores de risco. Enquanto alguns podem se apresentar de forma definitiva ou imutável, sendo importantes como sinalizadores do risco, mas com nenhuma possibilidade de intervenção (histórico de vida, tentativas anteriores, sexo), outros tipos são completamente passíveis de intervenção (acesso a meios letais, transtornos mentais e estados emocionais) e, portanto, estes devem deter a atenção e ser o principal foco para estratégias de prevenção (BOTEGA, 2015; LOVISI et al. 2009).

Na figura 01 são categorizados alguns fatores de risco para o suicídio por Botega (2015). O autor elenca dentre outros, os fatores psicossociais, os fatores sociodemográficos e a preexistência de transtornos mentais.

Figura 1 – Fatores de risco para o suicídio



Fonte: Botega (2015).

Quanto à demografia o perfil de maior risco ao suicídio é de homens com mais de 19 anos, não casados, com preferências homo ou bissexuais, pertencente a minorias étnicas. No quesito religião, os ateus e os protestantes tradicionais têm maior risco do que católicos e judeus. Para as dimensões psicossociais os fatores de risco estão ligados às

perdas emocionais e a sensação de “inutilidade social” (desemprego, aposentadoria). Também se apresentam nesta categoria as características de personalidade (falta de flexibilidade diante a adversidade, a impulsividade e a agressividade) e questões de apoio social (relacionamento com família e escola).

A decorrência de doenças preexistentes mentais ou não, a falta de adesão ao tratamento e a facilidade do acesso aos meios letais, também foram listados como fatores de risco pelo autor.

O senso comum de que “quem tenta suicídio só quer chamar atenção” é um pré-conceito que deve ser desprezado, pois, embora haja traços de comportamentos reforçados, estas não são as principais variáveis a serem analisadas, devendo sempre previamente se admitir as possibilidades de ocorrência de:

- Um transtorno mental implícito e não diagnosticado;***
- Um transtorno mental negligenciado no tratamento;***
- Influência de disposições psicossociais que necessitam de assistência.***

Portanto, mais completas são as investigações que partem de diversas naturezas de fatores, bem como das suas combinações, abordando as especificidades de cada tipo de população (LOVISI *et al.*, 2009). Também, deve ser lembrada a temporalidade e que os fatores podem variar suas relações à medida que o tempo avança. Sendo assim, tanto as avaliações para fins terapêuticos, quanto os estudos epidemiológicos destinados ao tema do suicídio, devem ter um caráter sistemático e periódico (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

1.2 Tentativas anteriores

Qualquer menção ao suicídio deve ser sempre ponderada seriamente requerendo uma observação clínica acurada, que deve estar dissociada de julgamentos precipitados e preconceituosos, entretanto, os estudos indicam que indivíduos com histórico pregresso de autolesão ou tentativas de suicídio,

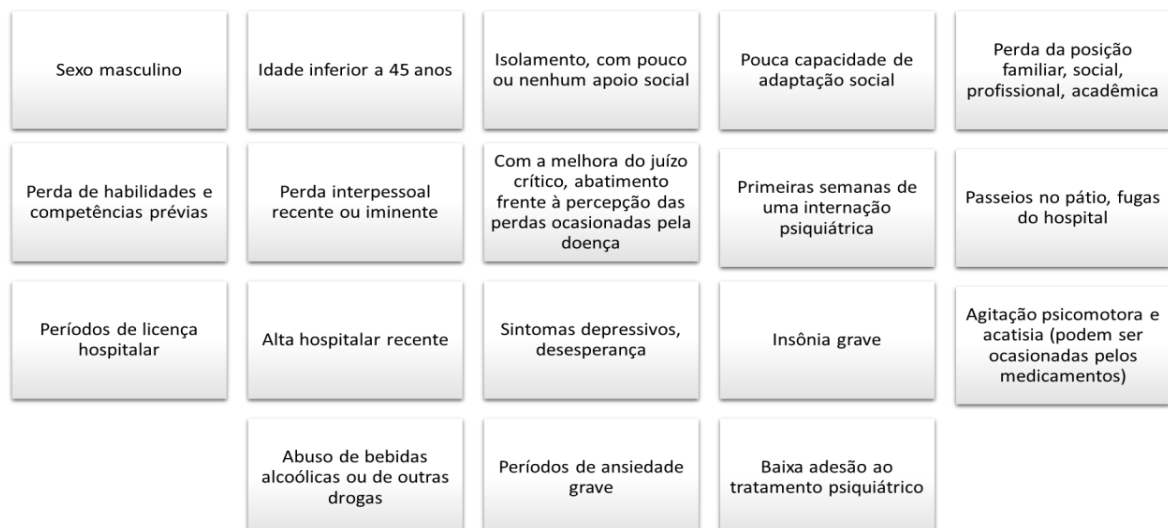
mesmo as de baixa letalidade, possuem maior risco de chegarem a uma tentativa fatal (ABREU *et al.*, 2010). Segundo Botega (2015) 8% daqueles pacientes que já tiveram internamento proveniente do risco de suicídio acabam por suicidar-se.

Aproximadamente dois terços das pessoas que cometeram suicídio, possuíam um histórico prévio de tentativas de suicídio (SAKINOFSKY, 2000). **Sendo assim, após a primeira tentativa, é de suma importância os acompanhamentos, massiva intervenção e atenção redobrada, pois uma tentativa de suicídio anterior é o preditor de maior gravidade, pois a suscetibilidade da fatalidade aumenta a cada tentativa** (FIGEL *et al.*, 2013).

1.3 Presença de transtorno mental

Estudos indicam a incidência significativa de transtornos mentais relacionados ao suicídio (CAVANAGH *et al.*, 2003), Cerca de 90% dos casos de suicídios são de pessoas com algum transtorno mental (BOTEGA, 2015), sendo os mais frequentes, os transtornos de humor, esquizofrenia e relacionados ao abuso de substâncias (RUTZ, 2001). Os transtornos de humor (depressão e transtorno bipolar) estão presentes em 50% dos casos de suicídios (BERTOLOTE, 2012).

Figura 2 – Condições que aumentam o risco de suicídio em pessoas que sofrem de transtornos mentais



Fonte: Adaptado de Botega (2015).

A presença de um transtorno mental é, muitas vezes, associado ao risco de suicídio, ainda que não possa ser indicado como fator único. O que ocorre geralmente é que a condição clínica do indivíduo atua no comprometimento de suas capacidades cognitivas e funcionais junto ao ambiente social, podendo ser estigmatizante.

Tais estigmas podem acarretar a perda da qualidade de vida, representando uma sobrecarga de estresses situacionais, que podem ainda refletir em perdas financeiras para o indivíduo e seus familiares (CHESNEY *et al.*, 2014). ***Logo, a continuidade de um tratamento para os transtornos mentais, deve ser encarada como um elemento essencial na prevenção do suicídio.***

a) *Depressão*

Conforme indica Botega (2015), 2% dos pacientes internados ou em atendimento ambulatorial com depressão, cometeram suicídio, e se excluídos os pacientes em atendimento ambulatorial esse percentual sobe para 4%. A depressão pode estar relacionada a comportamentos impulsivos, agressivos e transtornos de personalidade e por sua vez agravadas pelo abuso ou dependência de substâncias psicoativas (BOTEGA, 2015). Alguns sintomas de depressão são apresentados pelo autor, na figura abaixo:

Figura 3 – Sintomas que comumente se apresentam na depressão

SINTOMAS QUE COMUMENTE SE APRESENTAM NA DEPRESSÃO

- Cansaço;
- Tristeza;
- Perda de concentração;
- Ansiedade;
- Irritabilidade;
- Distúrbios do sono;
- Dores em diferentes partes do corpo;
- Insônia persistente;
- Negligência com os cuidados pessoais;
- Doença grave (particularmente depressão psicótica);
- Déficit de memória;
- Agitação;
- Ataques de pânico;
- Humor deprimido (tristeza);
- Perda de interesse a prazer;
- Redução na energia (fatigabilidade e diminuição das atividades);

Fonte: Adaptado de Botega (2015).

b) *Alcoolismo*

Segundo Kutcher e Chehil (2007) o uso danoso de bebidas alcoólicas ao longo da vida, elevam em 15% o risco de suicídio, tornando a probabilidade de um suicídio seis vezes maior do que na população em geral. **O uso abusivo de álcool e de substâncias psicoativas afetam aspectos da racionalidade, não só elevando a impulsividade, como também influenciando no grau de letalidade das autoagressões (BOTEGA, 2015).**

Figura 4 – Sintomas presentes no alcoolismo

SINTOMAS PRESENTES NO ALCOOLISMO

- Início precoce do alcoolismo;
- História crônica de alcoolismo;
- Alto nível de dependência;
- Sentimentos depressivos;
- Saúde física precária;
- Baixo rendimento funcional;
- História familiar de alcoolismo;
- Vida pessoal conturbada e caótica;
- Eventos disruptivos recentes ou perda de uma relação interpessoal importante;

Fonte: Adaptado de Botega (2015).

O uso de outras drogas psicoativas em combinação ou não com o uso de álcool, são fatores que elevam o risco de suicídio, e também o risco do desenvolvimento de psicopatologias relacionadas aos transtornos de humor e personalidade. **Tal conduta também acarreta aumento de situações estressoras e conflitos familiares, muitas vezes rompendo elementos importantes na rede de apoio** (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

c) *Esquizofrenia*

Entre pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, aproximadamente 5% cometem suicídio. Portanto, um risco maior do que na população em geral (BOTEGA, 2015). Conforme constatado por Silva *et al.* (2016), isto ocorre entre pacientes esquizofrênicos em virtude da constante confusão emocional, mas também da maior vulnerabilidade social a qual estão sujeitos. É relevante o conhecimento de que, sobretudo no primeiro ano a partir do diagnóstico, o suicídio é uma das principais causas de óbito entre portadores de esquizofrenia.

Figura 5 – Principais fatores de risco em pacientes psicóticos

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO EM PACIENTES PSICÓTICOS

- Comunicação de intenção suicida;
- Baixa adesão ao tratamento;
- Abuso e dependência de substância psicoativa;
- Agitação e inquietude motora;
- Curso crônico com várias internações;
- Desesperança;
- Depressão;

Fonte: Adaptado de Jacobs; Haw e Hawton (cols.) *apud* Botega (2015).

d) *Transtornos de personalidade*

Levantamentos recentes realizados com históricos de indivíduos que cometeram suicídio têm demonstrado relevantes relações com os transtornos de personalidade, principalmente em transtornos de personalidade borderline e antissocial (BOTEGA, 2015).

Conforme os estudos apresentados por Mazer, Macedo e Juruena (2017), entre os pacientes diagnosticados com transtorno de personalidade, o risco de suicídio está entre 08 e 10%. No caso específico do transtorno de *borderline* o risco aumenta substancialmente se considerarmos que o comportamento suicida pode ser observado em 80% dos indivíduos.

Os transtornos de personalidade representam a média de 9% dos casos de suicídio, sendo este um determinante do comportamento suicida por predispor a transtornos psiquiátricos maiores, como a própria dependência de álcool ou o transtorno depressivo, levando a dificuldades em relacionamentos, ajustamento social e problemas para lidar com eventos indesejáveis (KAPLAN *et al.*, 1997; KAPCZINSKI *et al.*, 2001; CATALDO *et al.*, 2003; WERNECK *et al.*, 2006; GELDER *et al.*, 1999; EZZEL, 2006 *apud* VIANA, 2008, p. 40).

Contudo, os demais tipos transtornos de personalidade, como os de personalidade histriônica e narcisista, além de traços de personalidade relacionados à impulsividade e agressividade, também podem estar associados ao comportamento suicida.

e) *Transtorno de estresse pós-traumático*

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um transtorno de ansiedade, caracterizado pela ocorrência de um evento traumático, no qual a

pessoa vivencia uma severa ameaça a sua vida ou à de outros (BOTEGA, 2015).

Figura 6 – O TEPT como fator de risco ao suicídio

O TEPT COMO FATOR DE RISCO AO SUICÍDIO

- A prevalência ao longo da vida para transtornos comórbidos com o TEPT foi de aproximadamente 48% para depressão maior, 22% para distímia, 16% para transtorno de ansiedade generalizada, 30% para fobia simples, 28% para fobia social, 73% para abuso de substâncias e 31% para transtorno de personalidade anti-social;
- Em uma pesquisa sobre eventos traumáticos com dependentes químicos brasileiros, 94% dos avaliados experimentaram pelo menos um evento traumático;
- Embora não existam estudos com policiais militares, supõe-se que o TEPT atinja uma porcentagem maior de policiais militares em relação à população geral, uma vez que a natureza da atividade policial militar o expõe a eventos potencialmente traumáticos com maior frequência;
- É o transtorno de ansiedade com mais forte relação com suicídio;
- Estudos sobre o risco de suicídio em pacientes com diagnóstico simultâneo de TEPT e de depressão maior sugerem um efeito sinérgico quanto ao comportamento suicida;
- Segundo diversos artigos científicos, as taxas de suicídio cresceram exponencialmente entre os soldados americanos desde o início das Guerras do Iraque e do Afeganistão;
- O número de suicídios cometidos após missão no Afeganistão já supera o número total de militares dos Estados Unidos que morreram em combate nesse mesmo país.

Fonte: Adaptado de Berlim *et al.*, (2003).

Conforme apresentado no quadro acima e estudos realizados pela *National Comorbidity Survey*, o transtorno de estresse pós-traumático possui uma importante correlação com o suicídio, sendo que, **naqueles pacientes onde existem comorbidades com o TEPT, há seis vezes mais tentativas de suicídio que na população geral** (MARGIS, 2003).

1.4 Fatores sociais e ambientais

O desemprego e baixo nível socioeconômico apresentam forte relação a maiores taxas de suicídio, pois expõem os indivíduos a um número maior de eventos estressores, tornando-os vulneráveis a fatores precipitadores, como dificuldades financeiras (BLAKELY *et al.*, 2003; BEAUTRAIS, 2000; MILNER *et al.*, 2013). Atos de violência física e/ou sexual, presentes no histórico do paciente, também são importantes catalisadores para os comportamentos suicidas.

A incidência de adoecimento físico, como doenças crônicas e sem perspectivas de cura, pode provocar dor, prejuízos sociais, preocupações e

perda de capacidade laboral, podendo ser incluídas como agentes precipitadores do comportamento suicida. Frequentemente os conflitos internos que acompanham estas doenças também, são responsáveis pelo agravamento de transtornos mentais (STENAGER; STENAGER, 2000; WHO, 2014).

1.5 Fatores culturais

Determinadas particularidades culturais são consideradas fatores de risco para o suicídio (DURKHEIM, 2004). **Fatores como desastres, guerras e conflitos, além de perda de identidade cultural, de movimentos migratórios, são fatores de risco para populações específicas**, por exemplo, as indígenas (WHO, 2014). **Culturas mais rígidas e fechadas, em que buscar auxílio é considerado um sinal de fraqueza, pode-se elencar como um fator de risco ao suicídio** (BOTEGA et al., 2006).

1.6 Riscos sociodemográficos

a) Sexo e gênero

Na maioria dos países, as taxas de suicídio, são de 3 a 4 vezes maiores entre homens. No Brasil, esta diferença pode aumentar com o avançar da idade, porém entre pacientes psiquiátricos as taxas são mais equilibradas entre homens e mulheres (LEAL, 1992). **Este número vai contra o encontrado para as tentativas de suicídio, onde há a predominância entre as mulheres na ordem de três tentativas para cada uma masculina** (BOTEGA, 2015). Um dado importante indica que o período entre a gravidez e o primeiro ano após o parto, é o período com menores taxas de suicídios entre as mulheres, o que faz crer que ser mãe (pelo menos neste período) pode se relacionar com uma condição protetiva, se tratando de suicídio (BOTEGA, 2015).

Pesquisas demonstram maior incidência do comportamento suicida entre homossexuais e bissexuais, sobretudo entre homens jovens, neste caso, apresentam-se como fatores de risco, a violência contra homossexuais, à ausência de suporte social no tocante a estigmas e discriminação social, além

do próprio conflito gerado pela discordância fisiológica com o sexo ou gênero (PAUL *et al.*, 2002; POMPILI *et al.*, 2014).

b) *Idade*

Apesar de as tentativas de suicídio ser em maior número entre indivíduos mais jovens, estas têm menor letalidade se comparadas àqueles mais velhos. Portanto, conforme aumentam as idades, maiores são as taxas de suicídio (MÒSCICKI, 1997). Além disto, os indivíduos mais velhos apresentam índices mais elevados de vulnerabilidade ao isolamento social, índices de depressão e uso de substâncias, além grande intencionalidade no ato, em conjunto com menor capacidade de reestabelecimento físico após uma tentativa de suicídio (MÒSCICKI, 1997; MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

c) *Situação conjugal*

Os índices de suicídio para os viúvos, separados e divorciados são quatro vezes maiores do que entre indivíduos casados. Mesmo entre indivíduos solteiros a taxa é o dobro do que entre os casados (KAPRIO *et al.*, 1987; LUOMA; PEARSON, 2002). Portanto, o casamento e filhos pequenos podem ser considerados fatores protetivos, principalmente no caso das Mulheres (HOYER; LUND, 1993; CLARK; FAWCETT, 1994).

1.7 Fatores de risco preponderantes

Alguns fatores são elencados como situacionais (BOTEGA, 2015), ou seja, representam uma condição passageira e momentânea na vida de uma pessoa, mas que quando associados a outros fatores de risco, principalmente a impulsividade e a agressividade presentes no comportamento suicida, indicam um importante sinal de alerta:

Quadro 2 – Fatores de risco situacionais para o suicídio
Lutos provenientes de perdas recentes: a morte de um ente querido, término de um relacionamento;

Mudança importante na condição financeira (endividamento);
Conflitos no relacionamento e desilusão amorosa;
Embriaguez (intimamente ligada aos comportamentos impulsivos e agressivos);
Desonra, vergonha, baixa autoestima;
Apresentar respostas agressivas e/ou impulsivas em situações convencionais, ou quando frustrado;
Insubordinação e violação a regras;
Exposição deliberada em situações de risco (treinamentos e atuações com grande sofrimento, atividades inusitadas, provocações)
Alta recente de internamento psiquiátrico;
Fonte: Adaptado de Botega (2015) e Miranda (2016).

O grau de detalhamento do plano, portanto pode aumentar a letalidade da tentativa, pois a escolha de métodos mais violentos, a viabilização do acesso a estes métodos, a capacidade de execução do plano, e o cuidado de impossibilitar o socorro, são fatores que aumentam exponencialmente às chances de se alcançar com efetividade os resultados planejados (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS, BOTEGA, 2010).

Por isso, é muito importante estar atento aos sinais!

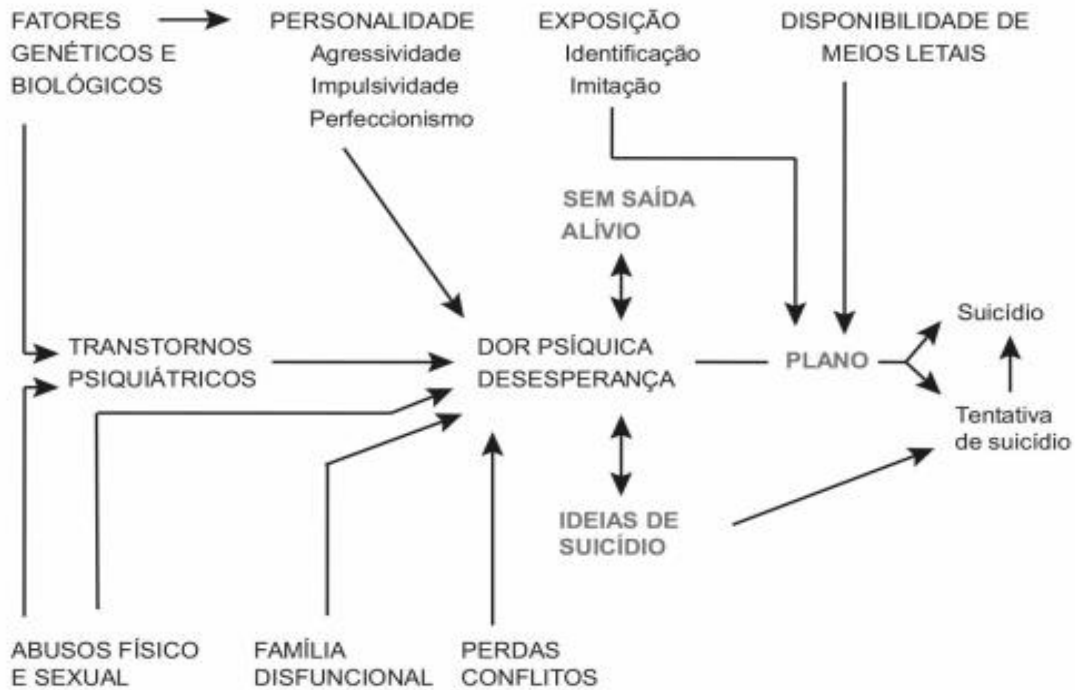
1.8 Sistematização da avaliação do risco

A avaliação de um risco de suicídio é um processo que deve passar pela análise de múltiplas variáveis e de suas combinações. Devem ser investigadas, dentre outras, as questões singulares à história do indivíduo, aos fatores de risco populacionais, além de variáveis ambientais (predisposição e acesso aos meios letais), conforme o apresentado na figura 7. ***Os fatores de risco apresentam padrões prenunciadores, dentre eles, a duração, momento de vida em que ocorrem e a também a sua intensidade.***

Portanto, não se pode falar sobre o risco de suicídio através da análise dos fatores isoladamente, é necessário que existam associações entre os dados relevantes que articulem pareceres com embasamento técnico e

científico, que serão denominados formulações do risco de suicídio (BOTEGA, 2015).

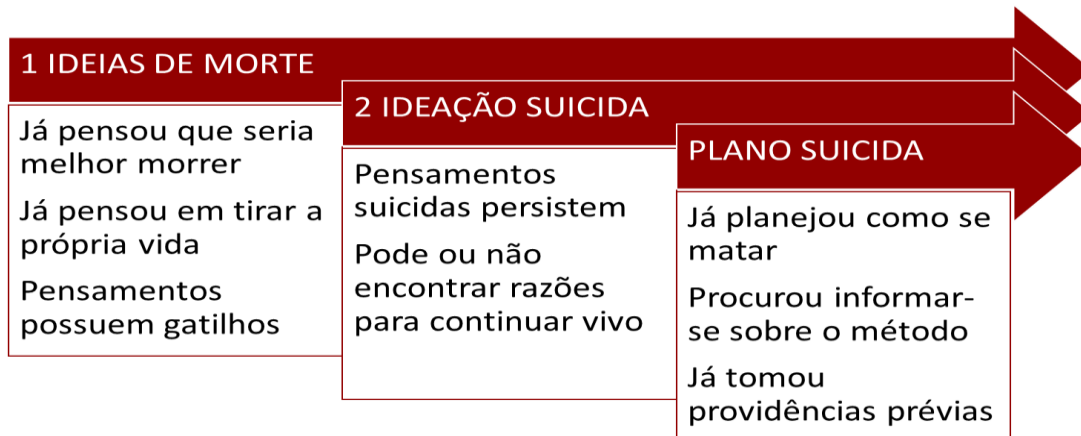
Figura 7 – Interação de fatores que levam ao comportamento suicida



Fonte: Adaptado de Hawton (cols.) *apud* Botega (2015).

Os graus da intencionalidade suicida se iniciam nas ideações vagas sobre a morte, progredindo paulatinamente até os planos minuciosos e detalhados sobre como, quando e onde se matar (Figura 7). O risco de suicídio e a sua intencionalidade estão relacionados de forma proporcionalmente direta, ao grau de meticulosidade com a qual o indivíduo planeja um ato suicida (BOTEGA, 2015).

Figura 8 – Diferentes graus da intencionalidade suicida

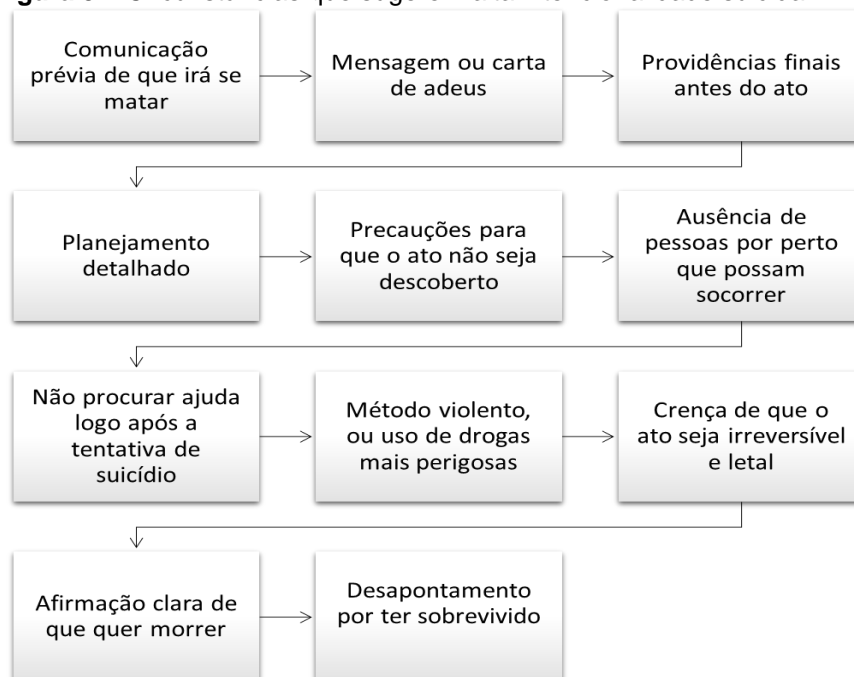


Fonte: Adaptado de Botega (2015).

O grau de detalhamento do plano, portanto pode aumentar a letalidade da tentativa, pois a escolha de métodos mais violentos, a viabilização do acesso a estes métodos, a capacidade de execução do plano, e o cuidado de impossibilitar o socorro, são fatores que aumentam exponencialmente às chances de se alcançar com efetividade os resultados planejados (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS, BOTEGA, 2010).

Na figura 9 são descritas algumas situações, que podem ser consideradas como interpretantes na classificação da intencionalidade de um suicídio.

Figura 9 – Circunstâncias que sugerem alta intencionalidade suicida

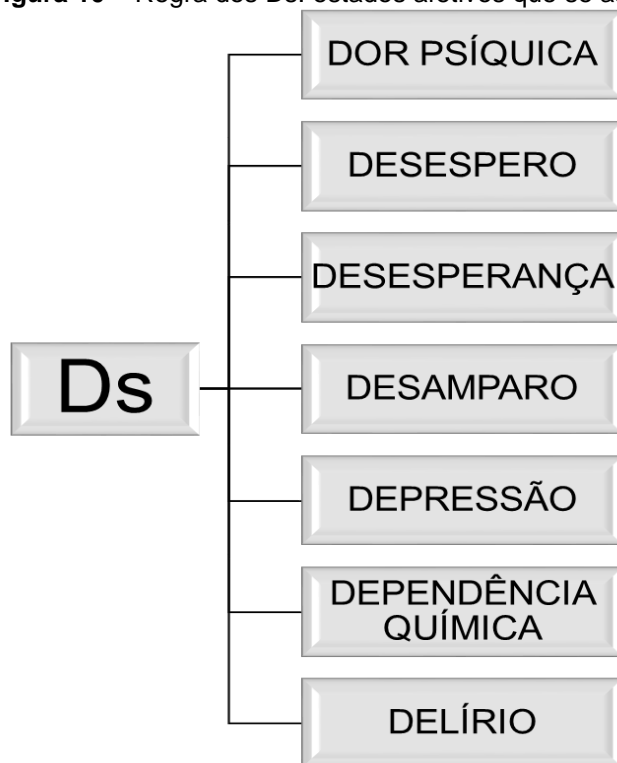


Fonte: Adaptado de Botega (2015).

Todavia, conforme visto anteriormente, não podem ser esquecidos aqueles indivíduos que estão sob o efeito de uma crise e apresentando confusão mental com rebaixamento da consciência. Nestes casos, o paciente torna-se mais predisposto a atitudes drásticas e impulsivas, diminuindo a previsibilidade de um evento.

Para estas circunstâncias que exigem maior cautela numa entrevista, a literatura sugere a “regra dos Ds” (Figura 10), como uma ferramenta de auxílio na identificação de pessoas que possam estar em risco (BOTEGA, 2015).

Figura 10 – Regra dos Ds: estados afetivos que se associam a um maior risco de suicídio

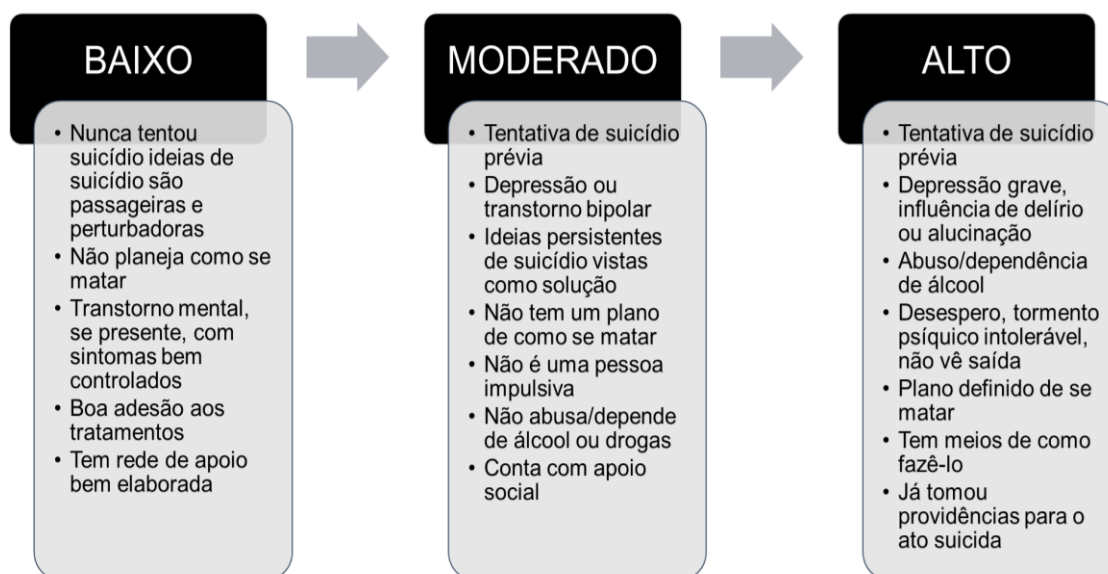


Fonte: Adaptado de Botega (2015).

Apesar de boa parte dos riscos serem mutáveis, se modificando na linha do tempo, a formulação do risco é única para determinado indivíduo em determinado momento (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

Na figura 11 é apresentado um esquema que pode auxiliar na categorização dos níveis de risco.

FIGURA 11 – Esquema didático com três graduações de risco de suicídio



Fonte: Adaptado em Brasil (2006 *apud* BOTEGA, 2015).

É necessário lembrar que não existem fórmulas exatas para prever um suicídio e que a articulação de ideias para separar os riscos em baixo, moderado e alto, são meras tentativas de priorizar as ações terapêuticas (BOTEGA, 2015).

2 AULA 2 – FATORES DE PROTEÇÃO PARA O SUICÍDIO

2.1 Contextualizando

Quando se fala em fatores protetivos do suicídio, a maioria das pessoas pensa apenas no que vem muito antes do suicídio, porém, **é preciso ter em mente que existem três tipos de prevenção: identificar os fatores de risco de suicídio, encontrar os indivíduos em risco agindo de forma precoce e realizar tratamentos em pessoas que já tentaram ou cogitaram seriamente o suicídio.**

São denominados fatores de proteção, no contexto geral da saúde, aquelas variáveis capazes de alterar a combinação existente entre um fator de risco e a sua consequência, e, no caso do suicídio, podem amenizar a incidência de decorrências negativas para aqueles indivíduos que possuem risco de suicídio (CHA et al., 2009).

É evidente, portanto, a importância de estudos relacionados a tais fatores, principalmente pela potencialidade destes em diminuir o número de indivíduos que venham com efeito, a buscar o ato suicida. Tais fatores podem ser manipulados de forma a serem inseridos em ambientes de risco com algum planejamento, com objetivo de melhorar as condições dos indivíduos (CHA et al., 2009).

Contudo, é preciso ter noção da complexidade do tema, de maneira que conhecer e providenciar melhoria nos fatores de proteção, não pode ser confundido com aniquilar o risco.

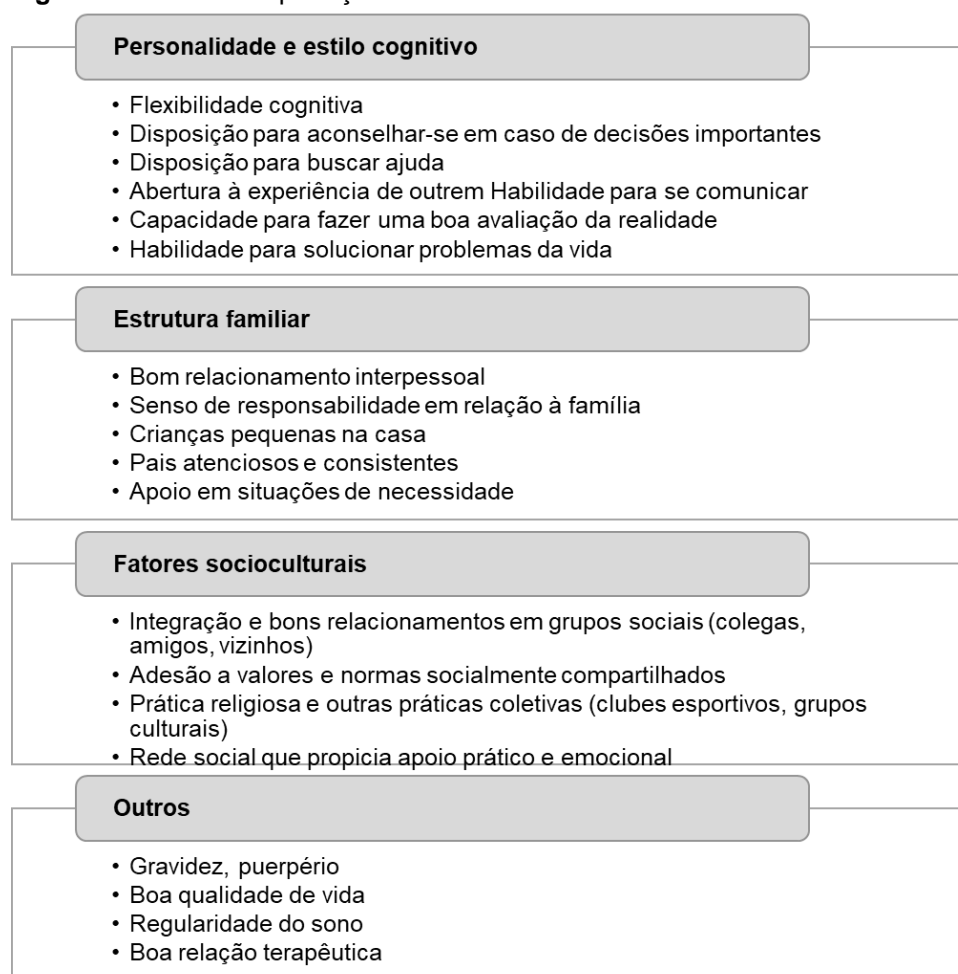
Os fatores de risco para suicídio têm natureza dinâmica e multifacetada, e, muitas vezes, determinar um rol de ações protetivas, não será o suficiente para obter êxito.

2.2 Os diferentes fatores de proteção

Os fatores protetivos podem ser expressos de diversas formas, como no caso de um apoio emocional quando o paciente estiver em sofrimento ou passando por uma situação difícil. Outros fatores de proteção ao suicídio

possibilitam ganhos em qualidade de vida, por meio da melhoria no desempenho de habilidades cognitivas, flexibilidade emocional e interação social do indivíduo. Sendo assim, o desenvolvimento de fatores de proteção que se encontram inexistentes ou embotados no sujeito, é uma valiosa abordagem de intervenção clínica. Alguns fatores de proteção ao suicídio são apresentados na figura 1.

Figura 1 – Fatores de proteção ao suicídio



Fonte: Botega (2015).

Como visto, são diversas possibilidades a serem trabalhadas como a capacidade de comunicação, de sociabilidade, de extroversão de realização, de ajustamento emocional, disposição para buscar conselhos e novos conhecimentos, além da capacidade de resiliência ao estresse e o controle da agressividade ou impulsividade. (BERTOLOTE, 2012; BOTEGA, 2015).

O suporte social é um conceito que abrange ações de apoio, suporte e acolhimento, estando ainda inclusos o suporte de orientação (recomendações,

conselhos, informações), suporte emocional (estima, empatia, atenção), suporte de avaliação (parecer, retorno) além de suporte instrumental (material).

Estas ações podem ser ofertadas por instituições e profissionais da área social e de saúde, por pessoas da comunidade ou que possuam algum vínculo com o indivíduo em situação de riscos de suicídio. Dentre estas ações estão elencados os vínculos afetivos e sociais positivos, advindos, por exemplo, de bons relacionamentos intrafamiliares (ISRAEL, 1985; BERTOLOTE, 2012; SUOMINEN *et al.*, 2004).

Segundo Cassel (1976), tais fatores também possuem conexão relevante com as variantes da saúde global, como alimentação balanceada, regulação do sono e atividades físicas frequentes (BERTOLOTE, 2012).

Importante lembrar que o papel do terapeuta neste contexto é de realizar acolhimento eficaz, prevenindo o surgimento da ideação suicida, e protegendo também aqueles indivíduos que já tenham apresentado algum sintoma, através da proximidade e da abertura, onde o interventor proporciona que sejam percebidas mudanças de humor e de comportamento, levando o paciente a notar suas próprias vulnerabilidades e aderir à busca por ajuda especializada e suporte específico.

REFERÊNCIAS

ABREU, K. P. *et al.* Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 195-200, 2010.

BEAUTRAIS, A. L. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 34, n. 3, p. 420-436, 2000. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1080/j.1440-1614.2000.00691.x>.

BERLIM, M. T.; PERIZZOLO, J.; FLECK, M. P. A. Transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, supl. 1, p. 51-54, jun. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-444.

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, supl. 2, p. S87-S95, out. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600005&lng=en&nrm=iso.

BLAKELY, T. A.; COLLINGS, S. C. D.; ATKINSON, J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? **J Epidemiol Community Health**, v. 57, n. 8, p. 594-600, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732539/pdf/v057p00594.pdf>.

BOTEAGA, N. J. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEAGA, N. J.; WERLANG, B. S. G.; CAIS, C. F. S.; MACEDO, M. M. K. Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**, Porto Alegre, v.37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442/1130>.

CASSEL, J. The contribuion of the social environment to host resistance. **American Journal of Epidemiology**, v. 104, n. 2, p. 107-123, 1976. Disponível em: <https://academic.oup.com/aje/article-abstract/104/2/107/101648?redirectedFrom=fulltext>.

CAVANAGH, J. T. O.; CARSON, A. J.; SHARPE, M.; LAWRIE, S. M. Psychological autopsy studies of suicide: a systemajc review. **Psychological Medicine**, v. 33, n. 3, p. 395-405, 2003. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological->

medicine/article/psychological-autopsy-studies-of-suicide-a-systematic-review/49EEDF1D29B26C270A2788275995FDEE.

CHA, C. B.; NOWAK, M. K. Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 48, n. 4, p. 422-430, 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890856709600502>.

CHESNEY, E.; GOODWIN, G. M.; FAZEL, S. Risks of all-cause and suicide mortality. *In: Mental disorders: a meta-review.* **World Psychiatry**, v. 13, n. 2, p. 153-160, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20128>.

CLARK, D. C.; FAWCETT, J. **The relation of parenthood to suicide.** Arch Gen Psychiatry. 1994.

DURKHEIM, É. **O suicídio.** São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FIGEL, F. C.; MENEGAK, C. L.; PINHEIRO, E. P. N. Suicide attempts: A contingency analysis. **Estudos de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 211-218, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n2/07.pdf>.

HOYER, G.; LUND, E. Suicide among women related to number of children in marriage. **Arch Gen Psychiatry**, v. 50, n. 2, p. 134-137. 1993. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/496069>.

ISRAEL, B.A. Social networks and social support: Implicações for natural helper and community level intervenções. **Health Education & Behavior**, v.12, n.1, p. 65-80, 1985. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019818501200106>.

KAPRIO, J.; KOSKENVUO, M.; RITA, H. Mortality after bereavement: a prospective study of widowed persons. **Am J Public Health**, v. 77, n. 3, p. 283-287, 1987. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1646890/>.

KUTCHER, S.; CHEHIL, S. **Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais da saúde.** São Paulo: Lundbeck Brasil, 2007.

LEAL, O. E. **Suicídio, honra e masculinidade na cultura gaúcha.** Cad. Antropologia UFRGS, 1992.

LOVISI, G. M.; SANTOS, A. S.; LEGAY, L.; ABELHA, L.; VALENCIA, E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev Bras Psiquiatr.** São Paulo, v. 31, supl. 2, p. S86-S93, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600007&lng=en&nrm=iso.

LUOMA, J. B.; PEARSON, J. L. Suicide and marital status in the United States, 1991–1996: is widowhood a risk factor? **Am J Public Health**, v. 92, n. 9, p.

1518-1522, 2002. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447271/>.

MAZER, A.; MACEDO, B. B.; JURUENA, M. F. Transtornos da personalidade. **Medicina (Ribeirão Preto, Online)**, v. 50, n. Supl 1, p. 85-97, 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127542/124636>

MARGIS, R. Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção?. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, supl. 1, p. 17-20, June, 2003. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000500005&lng=en&nrm=iso.

MILNER, A.; PAGE, A.; LAMONTAGNE, A. D. Long-term unemployment and suicide: A systematic review and meta-analysis, **Plos One**, v. 8, n. 1, e51333, 2013. Disponível em:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0051333>.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicide in elderly people: a literature review. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 750-757, Aug. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/20.pdf>.

MIRANDA, D. *et al.* **Diagnóstico e prevenção do comportamento suicida na polícia militar do Estado do Rio de Janeiro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2016b. Disponível em: <http://gepesp.org/wp-content/uploads/2016/03/POR-QUE-POLICIAIS-SE-MATAM.pdf>.

MOSCICKI, E. K. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. **Psychiatr Clin North Am**, v. 20, n. 3, p. 499-517, 1997. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0193953X05703270?via%3Dihub>.

PAUL, J. P.; CATANIA, J.; POLLACK, L.; MOSKOWITZ, J.; CANCHOLA, J.; MILLS, T. *et al.* Suicide attempts among gay and bisexual men: lifetime prevalence and antecedents. **Am J Public Health**, v. 92, n. 8, p. 1338-1345, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447240/>.

POMPILI, M.; LESTER, D.; FORTE, A.; SERETTI, M. E.; ERBUTO, D.; LAMIS, D. A. *et al.* Bisexuality and suicide: a systematic review of the current literature. **J Sex Med.**, v. 11, n. 8, p. 1903-1913, 2014. Disponível em:
[https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)30096-5/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)30096-5/fulltext).

RUTZ, W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. **Journal of Affective Disorders**, v. 62, n.1-2, p.123-129, 2001. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032700003566?via%3Dihub>.

SAKINOFSKY, I. Repetition of Suicide Behaviour. *In*: HAWTON, K.; VAN HEERINGEN, K. (eds.). **The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide**. John Wiley & Sons: Chichester, 2000.

SILVA, A. M. *et al.* Esquizofrenia: Uma revisão bibliográfica. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 13, n. 30, p. 18-25, 2016. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/688>.

STENAGER, E. N.; STENAGER, E. Physical Illness and Suicidal Behavior. *In*: **The Internahonal Handbook of Suicide and Attempted Suicide**. John Wiley & Sons: Chichester. 2000.

SUOMINEM, K.; ISOMETSA, E.; SUOKAS, J.; HAUKKA, J.; ACHTE, K.; LÖNNQVIST, J. Completed suicide after a suicideattempt: A 37-year follow-up study. **The American Journal of Psychiatry**, v. 161, n. 3, p. 562-563, 2004. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.161.3.562>.

VIANA, G. N. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 38-43, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100008&lng=en&nrm=iso.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Preventing suicide**: A global imperative. WHO, 2014. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1.

5. Fatores de risco

Quando se fala em prevenção do suicídio, a maioria das pessoas pensa apenas no que vem muito antes do suicídio, mas é ter em mente que existem três tipos de prevenção: identificar os fatores de risco de suicídio; encontrar os indivíduos em risco de suicídio e agir de forma precoce; e realizar tratamentos em pessoas que já tentaram ou cogitaram seriamente o suicídio.

5. Fatores de risco

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	2
2	OBJETIVOS DO MÓDULO 3	2
3	ESTRUTURA DO MÓDULO 3	2
1	AULA 1 – Avaliar o risco do comportamento suicida (fatores de risco, precipitantes e de proteção)	3
1.1	Contextualizando.....	3
1.2	Avaliação dos fatores de risco, precipitantes e de proteção	3
1.3	Comportamento suicida: aspectos psicológicos	5
1.4	A detecção: fique atento aos sinais verbais e comportamentais.....	6
1.5	Os sinais de risco em policiais e bombeiros militares.....	9
2	AULA 2 – Como se comunicar com a pessoa em risco suicida	11
2.1	Contextualizando.....	11
2.2	O contato inicial: como realizar	11
3	AULA 3 – Planejar o cuidado à pessoa com comportamento suicida.....	14
3.1	Contextualizando.....	14
3.2	Os cuidados e manejos de pessoas com risco de suicídio: as primeiras providências	14
3.3	O manejo do risco de suicídio voltado a militares estaduais.....	16

1 APRESENTAÇÃO

Seja bem-vindo ao **Módulo 3 – ABORDAGEM E MANEJO DO COMPORTAMENTO SUICIDA.**

2 OBJETIVOS DO MÓDULO 3

Proporcionar conhecimento para a compreensão dos diferentes níveis de risco ao suicídio, através da identificação dos fatores protetivos e precipitantes. Outrossim, por meio dos conteúdos já viabilizados, desenvolver competências comportamentais para a abordagem à pessoa em risco e o seu adequado manejo.

3 ESTRUTURA DO MÓDULO 3

Aula 1 – Avaliar o risco do comportamento suicida (fatores de risco, precipitantes e de proteção)

Aula 2 – Como se comunicar com a pessoa em risco suicida.

Aula 3 – Planejar o cuidado à pessoa com comportamento suicida.

1 AULA 1 – AVALIAR O RISCO DO COMPORTAMENTO SUICIDA (FATORES DE RISCO, PRECIPITANTES E DE PROTEÇÃO)

1.1 Contextualizando

O suicídio é o resultado de diferentes fatores, muitas vezes associados, que costumemente são sinalizados pela pessoa, como, por exemplo, a influência da genética, de elementos da história pessoal e familiar, de fatores culturais e socioeconômicos, de acontecimentos estressores e traumáticos, além de traços de personalidade e de transtornos mentais.

Portanto, é imprescindível compreender o risco do comportamento suicida, através da presença de fatores precipitantes e/ou a ausência de fatores protetivos.

1.2 Avaliação dos fatores de risco, precipitantes e de proteção

A literatura aponta os principais fatores de risco, devidamente listados a seguir:

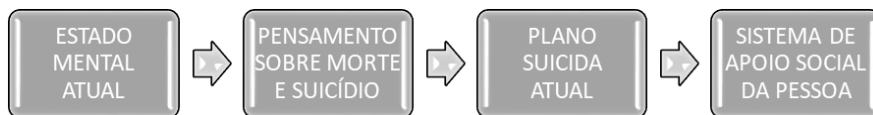
Quadro 1 – Fatores de risco para o suicídio

- Transtornos mentais: depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia;
- Falta de tratamento ativo e continuado em saúde mental;
- Uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, incluindo o álcool;
- Tentativa de suicídio pregressa;
- Instabilidade familiar;
- Ausência de apoio social;
- Discurso que apresente desamparo, desespero ou desesperança;
- Comportamentos de impulsividade, agressividade e/ou ambivalência;
- Pouca flexibilidade para enfrentar adversidades;
- Doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas;
- Comportamentos de automutilação;
- Autopercepção desfavorável (sem importância social/familiar/profissional);
- Fácil acesso a meios letais.

Fonte: Adaptado de Botega (2015).

Nesse sentido, a compreensão dos fatores de risco e protetivos corroboram para o adequado manejo, em um caso de suspeita de comportamento suicida:

Fluxograma 1 – Avaliação dos fatores de risco e protetivos



Fonte: Adaptado de Botega (2015).

A intuição, a respeito de um risco de suicídio, interrompe certa predisposição à passividade da escuta e nos coloca em alerta.

Fluxograma 2 – Avaliação dos fatores de risco e protetivos: o que está acontecendo?

1. O que está acontecendo?
 - a. Eventos precipitantes
 - b. Estressores agudos e crônicos
2. Estado mental atual
 - a. Afetos intensos
 - b. Constrição cognitiva
3. Intencionalidade suicida
 - a. Ideia
 - b. Plano
4. Principais fatores de risco e de proteção
 - a. Transtornos mentais
 - b. Tentativa de suicídio pregressa
 - c. História
 - d. Personalidade
5. Formulação do risco de suicídio
 - a. Registros
 - b. Comunicação

Fonte: Adaptado de Botega (2015).

O risco de suicídio, mesmo estando sistematizado pela literatura científica correlata, não pode ser encarado uma forma de *previsão* de quem irá, ou não, tirar a própria vida.

Quando nos referimos a **graus de risco** (conforme a sua **intencionalidade**), estamos nos referindo a probabilidades, maiores ou menores, de que um suicídio venha a ocorrer em um futuro próximo com aquele indivíduo.

Comentado [CBR1]: Ao clicar nessa frase, o quadro 2 é aberto.

Comentado [CBR2]: Ao clicar nessa frase, o quadro 3 é aberto.

Quadro 2 – Avaliação do risco

BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
Apresenta pensamentos suicidas como “Eu não consigo continuar”, “Eu gostaria de estar morto”, mas não faz nenhum plano.	Apresenta pensamentos e planos, mas não pretende cometer suicídio imediatamente.	Apresenta um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja colocar em prática imediatamente.

Fonte: Adaptado de Botega (2015).

Comentado [CBR3]: Esse quadro poderia ser um “link”, pois ele é uma revisão do que já foi falado no Módulo 2.

Quadro 3 – Intencionalidade suicida

IDEIAS DE MORTE	IDEAÇÃO SUICIDA	PLANO SUICIDA
Já pensou que seria melhor morrer?	Os pensamentos suicidas persistem?	Pensou em como se matar?
Como são esses pensamentos?	Eles o assustam?	Informou-se sobre um método?
Pensou em tirar a própria vida?	Encontra razões para continuar vivo?	Possui fácil acesso à arma de fogo, medicamentos, venenos?
Quando esses pensamentos se iniciaram?		Já tomou providências prévias?

Fonte: Adaptado de Botega (2015).

Comentado [CBR4]: Esse quadro poderia ser um "link", pois ele é uma revisão do que já foi falado no Módulo 2.

1.3 Comportamento suicida: aspectos psicológicos

Existem estágios no desenvolvimento da intenção suicida. Em geral, inicia com a contemplação sobre a ideia de se matar, posteriormente um plano, até culminar em uma ação destrutiva concreta. Contudo, não podemos esquecer que o resultado de um ato suicida depende de vários fatores que nem sempre envolvem o planejamento, mas estão associados aos seguintes estados mentais (BOTEGA, 2015):

Quadro 4 – Estados mentais presentes no comportamento suicida

Ambivalência É atitude interna característica das pessoas que pensam em, ou que tentam o suicídio. Quase sempre querem, ao mesmo tempo, alcançar a morte, mas também, viver. O predomínio "do desejo de vida" sobre "o desejo de morte" é o fator que possibilita a prevenção do suicídio. Muitas pessoas em risco de suicídio estão com problemas em suas vidas e ficam nesta luta interna entre os desejos de viver e de acabar com a dor psíquica. Se for dado apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio diminuirá.
Impulsividade O suicídio é um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, o para cometer suicídio pode ser transitório e durar alguns minutos ou horas. Normalmente é desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia. Acalmando tal crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o risco suicida.
Rigidez A consciência passa a funcionar de forma dicotômica: tudo ou nada. Os pensamentos, sentimentos e ações estão constrictos, quer dizer, constantemente pensa-se em suicídio como a derradeira solução. A pessoa não é capaz de perceber outras saídas para os problemas. A forma de pensar é rígida e drástica: "o único caminho é a morte", "não há mais nada o que fazer", "a única coisa que poderia fazer era me matar". Análoga a esta condição é a "visão em túnel", que representa o estreitamento das opções disponíveis de muitos indivíduos em vias de se matar.
Ansiedade, inquietude, insônia De modo geral, a inquietude motora, as preocupações excessivas e os sintomas corporais que acompanham a ansiedade, além da insônia, podem levar ao desespero e à ideação suicida. O tratamento terapêutico destes sintomas são essenciais no tratamento de pessoas com risco de suicídio.

Desesperança

Sentimentos de desesperança, bem como a falta ou enfraquecimento de razões para viver, associam-se mais fortemente ao suicídio do que ao humor deprimido.

Vergonha e vingança

Um suicídio pode representar o sentido de expiação de culpa, ou de ataque vingador. Vergonha que se abate em quem teve um segredo descoberto ou em quem falhou e frustrou a própria expectativa ou a de outra pessoa. Pode ser usado também como vingança, em virtude de rupturas amorosas, pois o sentimento de injustiça e humilhação (que fazem o indivíduo sentir-se tão vazio e impotente) trazem à tona a ideia de retaliação, por meio do suicídio. Tal ato, para o indivíduo, lhe parece uma ideia de grande valia, frente à tal dor psíquica.

Fonte: Adaptado de Botega (2015).

A maioria das pessoas com ideias de morte comunicam seus pensamentos e intenções suicidas. Elas, frequentemente, dão sinais e fazem comentários sobre “querer morrer”, “sentimentos de não valer para nada”, e assim por diante.

Sendo assim, é muito importante estar atento aos sinais!

1.4 A detecção: fique atento aos sinais verbais e comportamentais

Os sinais verbais são frases ou palavras, faladas ou redigidas pelo próprio indivíduo, que direta ou indiretamente, inferem a sua morte. Já os sinais comportamentais, representam ações ou atos que, sem motivação aparente, necessitam ser realizados ou finalizados (SHNEIDMAN, 1996).

Quadro 5 – Sinais presentes em uma pessoa com risco de suicídio

- Comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos;
- Doença psiquiátrica, alcoolismo;
- Ansiedade ou pânico;
- Mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia;
- Mudança nos hábitos alimentares e de sono;
- Tentativa de suicídio anterior;
- Odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha;
- Uma perda recente importante, como morte, divórcio;
- História familiar de suicídio;
- Desejo súbito de concluir afazeres pessoais, organizar os documentos, fazer um testamento;
- Sentimentos de solidão, impotência, desesperança;
- Cartas de despedida;
- Doença física, menção repetida de morte e/ou suicídio

Fonte: (OMS, 2000).

Alguns sinais podem ser notados ou até interpretados como um pedido de ajuda. A literatura indica que ao se deparar com alguém que possa estar emitindo sinais verbais ou comportamentais, o mais adequado é a abordagem de forma clara e objetiva, perguntando se o indivíduo está fazendo qualquer menção a uma intenção suicida.

Fique atento às **frases de alerta** (sentenças ditas ou escritas, que podem ser interpretadas como uma despedida, dizendo de maneira direta ou indireta que a pessoa não estará mais aqui em um futuro próximo). Por trás delas estão sentimentos de pessoas que podem estar pensando em suicídio (exemplos):

“Eu preferia estar morto”
“Eu já sei o que vou fazer”
“Eu não aguento mais”
“Eu sou um perdedor e um peso pros outros”
“Os outros vão ser mais felizes sem mim”

Fique atento aos **comportamentos**, através de indicação de alguma forma de despedida ou mudança radical de rotina:

Quadro 6 – Sinais comportamentais

Despedidas: a pessoa procura aqueles que são importantes para se despedir.
Organização financeira: colocam sua contabilidade em dia, pagam dívidas e contas, normalmente para evitar que a família tenha problemas.
Desapego: se desfazem de suas posses, inclusive objetos de valor afetivo. É uma forma de fazer um testamento em vida.
Nostalgia e falta de planos: só falam do passado, relembram momentos felizes.
Melhora aparente: é comum ouvir depoimentos do tipo “mas ela estava bem melhor”, em particular, nos casos ligados à depressão. O que ocorre é que de fato, quando a decisão já está tomada, o conflito se dilui e a pessoa parece estar bem.

Fonte: Adaptado de Botega (2015).

Infelizmente, a nossa cultura ainda é permeada por inúmeros mitos e crenças errôneas em relação ao suicídio, que são verdadeiros entraves ao adequado manejo de uma pessoa com risco. Isso ocorre porque muitas vezes os sinais de risco são equivocadamente interpretados e minimizados.

Comentado [CBR5]: Poderia estar em um quadro que quando se clica em “frases de alerta” ele redireciona para essa ideia.

Você sabe quais são os principais mitos relacionados ao comportamento suicida?

Comentado [CBR6]: Existiria a possibilidade de fazer algo dinâmico com este assunto? Tipo um "quiz", em que após responder certo ou errado ele tem a resposta.

Quadro 7 – Mitos relacionados ao suicídio.

"Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir a pessoa ao ato"

Questionar sobre ideias de suicídio, fazendo-o de modo sensato e franco, aumenta o vínculo com a pessoa e irá auxiliar a encaminhá-la para o atendimento especializado.

"Ele está ameaçando suicídio apenas para manipular"

A ameaça de suicídio sempre deve ser levada a sério. Chegar a esse tipo de recurso indica que a pessoa está sofrendo e que necessita de ajuda.

"Quem quer se matar, se mata mesmo"

Essa ideia pode conduzir ao descuido no manejo das pessoas sob risco.

"O suicídio só ocorre quando há uma doença mental"

Ainda que uma doença mental esteja presente na maioria dos casos, isso não é obrigatório. O comportamento suicida em geral indica um sofrimento profundo, mas não necessariamente uma doença mental. É importante lembrar, também, que a maioria das pessoas acometidas por um transtorno mental, não se mata.

"Quem quer se matar não avisa"

Pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou que se matam havia comunicado de alguma maneira sua intenção para amigos, familiares ou conhecidos.

"O suicídio é um ato de covardia (ou de coragem)"

O que dirige a ação autoinfligida é uma dor psíquica insuportável e não uma atitude de covardia ou coragem.

"No lugar dele, eu também me mataria"

Há sempre o risco de haver um julgamento pessoal subjetivo para decidir as ações que fará ou deixará de fazer. Por isso, encaminhe a pessoa necessitada a ajuda especializada.

"Quem se mata é bem diferente de quem apenas tenta"

Diversos estudos epidemiológicos demonstraram que, vistas em conjunto, as pessoas que tentam o suicídio apresentam características diferentes daquelas que chegam a um desenlace fatal. No entanto, esses achados não deveriam funcionar como álibi para a pouca atenção dispensada aos que tentam o suicídio, mas não morrem.

"Uma vez suicida, sempre suicida"

A elevação do risco de suicídio costuma ser passageira e relacionada a condições de vida adversas. Mesmo que a ideação suicida possa retornar em outros momentos, ela não é permanente. Pessoas que já pensaram em se matar, ou que chegaram a tentar o suicídio, podem viver, e bem, uma longa vida.

"Após uma tentativa de suicídio, uma melhora rápida das condições mentais significa que o perigo passou"

Uma melhora rápida exige atenção redobrada, não significa que a crise acabou. Vale lembrar que muitos suicídios se efetivam pouco tempo após uma tentativa prévia.

Fonte: Adaptado de Botega (2015).

Comentado [CBR7]: Fazer um "quiz" ou um quadro como "link".

1.5 Os sinais de risco em policiais e bombeiros militares

Embora muitas vezes alguns sinais não sejam identificáveis, é necessário ter em mente que o “estado de alerta” pode ser um dos primeiros passos para a prevenção do suicídio.

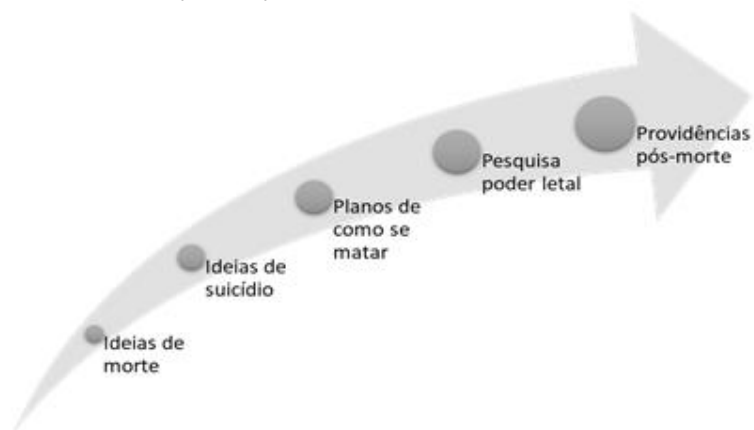
Portanto, é útil ter em mente que a incidência de riscos de suicídio em policiais assume magnitude ímpar, uma vez que para este grupo de profissionais, existe uma concentração de várias predisposições e diversas ameaças, que diariamente os aproximam desta alternativa.

A ausência de suporte social e os relacionamentos conflituosos, assim como os traços de impulsividade e agressividade, são reforçados pela constante exposição e naturalização dos riscos inerentes ao seu trabalho.

Tais circunstâncias, vividas pelos policiais e bombeiros militares, os tornam consideravelmente sujeitos aos transtornos mentais, e ao abuso de substâncias químicas. (SOUZA *et al.*, 2012). Estes elementos configuram os estopins de uma combinação explosiva que culmina em um acesso franqueado a armas de fogo (VIOLANTI, 1996; BERTOLOTE, 2012).

A intencionalidade de um ato suicida, para os casos que não envolvem a impulsividade e, portanto, podem apresentar certo grau de previsibilidade, é medida conforme algumas características, apresentadas na figura 01.

Figura 01 – Características que acompanham o aumento da intencionalidade suicida



FONTE: Botega (2015).

É necessário que todos os membros da corporação estejam vigilantes aos sinais, que se identificados a tempo, promovem o salvamento de uma vida. Eis alguns sinais que podem significar de maneira mais sutil o aumento no risco de suicídio entre os policiais e bombeiros militares.

Quadro 8 – Indicadores de aumento do risco de suicídio em policiais militares

Aflição rotineira/ prolongada
Autoameaça
Constante percepção de risco
Medo constante
Agitação psicomotora
Sudorese intensa ante às situações inesperadas, mas de baixo risco objetivo
Exposição deliberada em situações de risco (treinamentos e atuações com grande sofrimento, atividades inusitadas, provocações)
Atração mórbida por suicídio ou homicídio
Sensação de cansaço prolongado/sobrecarga
Desmotivação
Prostração
Embotamento
Labilidade
Falta de perspectivas no serviço
Sentimento de derrota
Traços de maior impulsividade, agressividade e de menor resistência à frustração
Dirigir de forma imprudente e em alta velocidade
Perda de controle
Exposição a riscos desnecessários
Apresentar respostas agressivas e/ou impulsivas em situações convencionais, ou quando frustrado
Insubordinação e violação a regras
Constante conduta de agressão verbal
Quadros psiquiátricos diversos
Abuso de substâncias químicas/tóxicas
Sentimento de inutilidade no trabalho/para a família
Autopercepção desfavorável (sem importância social/familiar/profissional)

Fonte: Adaptado de Miranda (2016).

Sendo assim, conforme vimos nesta aula, embora não se possa prever com exatidão o ato suicida, em muitos casos alguns sinais de risco de suicídio são perceptíveis, e, portanto, existem maneiras de sistematizar a avaliação dos riscos de suicídio.

2 AULA 2 – COMO SE COMUNICAR COM A PESSOA EM RISCO SUICIDA

2.1 Contextualizando

A melhor maneira de descobrir se alguém tem pensamentos de suicídio é perguntando para ela. Ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não coloca a ideia na cabeça das pessoas. De fato, ela ficará muito agradecida e aliviada de poder falar abertamente sobre os assuntos e questões com as quais está se debatendo. Necessariamente, você também não terá que “carregar” o problema da pessoa, caso não se sinta capaz: deve, sim, pedir ajuda para um psicólogo, assistente social, médico ou outros profissionais da saúde.

2.2 O contato inicial: como realizar

Pode acontecer das formas mais inusitadas: em uma consulta, uma instrução, uma avaliação regular, na mesa do rancho, ao adentrar uma seção administrativa, em uma conversa informal, e, muitas vezes, onde pode ser difícil ter uma conversa particular.

Para que a partir desse contato inicial, uma conversa realmente aconteça, é necessário que o ouvinte não subestime a situação e se disponibilize a ouvir esta pessoa, dispensando a ela o tempo necessário, encontrando um local adequado. Ouvir a pessoa pode ser o maior passo para reduzir o nível de desespero em uma crise suicida.

Quadro 1 – Primeiros passos para viabilizar contato com uma pessoa em crise suicida


- O primeiro passo é achar um lugar adequado, onde uma conversa tranquila possa ser mantida com privacidade razoável.
- O próximo passo é reservar o tempo necessário. Pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo para deixarem de se achar um fardo. É preciso, também, estar disponível emocionalmente para lhes dar atenção.
- A tarefa mais importante é ouvi-las efetivamente. Conseguir esse contato e ouvir é por si só o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida.
- Trate com respeito.
- Seja empático às emoções do outro.


Fonte: RODRIGUES (2020).

Por isso que, nesta ocasião, o julgamento não é aconselhável. Pelo contrário, é preciso desconstruir os mitos a respeito da questão, aceitando e acolhendo a dor e o sofrimento da pessoa. Assim, uma abordagem calma, aberta e dotada de empatia, baseada no respeito pelas opiniões e valores pessoais do indivíduo, irá acontecer naturalmente.

O objetivo é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, desespero e desesperança, dando à pessoa confiança de que as coisas podem mudar para melhor. Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não julgamento é fundamental para facilitar a comunicação. Você precisa, apenas, tomar muito cuidado na forma de realizar o encaminhamento dessa pessoa devido ao seu frágil estado emocional.

Quadro 2 – A comunicação com uma pessoa em uma crise suicida

COMO SE COMUNICAR	
Ouvir atentamente, com calma.	
Entender os sentimentos da pessoa (empatia).	
Dar mensagens não verbais de aceitação e respeito.	
Expressar respeito pelas opiniões e pelos valores da pessoa.	
Conversar honestamente e com autenticidade.	
Mostrar sua preocupação, seu cuidado e sua afeição.	
Falar sobre a importância de conversar com um profissional da saúde.	

COMO NÃO SE COMUNICAR	
Interromper com frequência.	
Ficar chocado ou muito emocionado	
Dizer que você está ocupado.	
Fazer o problema parecer trivial.	
Tratar o policial e bombeiro militar de uma maneira que possa colocá-lo numa posição de inferioridade.	
Dizer simplesmente que tudo vai ficar bem.	
Fazer perguntas indiscretas.	
Prometer segredo.	
Emitir julgamentos do tipo “certo x errado”, tentar doutrinar.	

Fonte: Associação Brasileira de Psiquiatria (2014).

Ao se comunicar com um policial ou bombeiro militar que se encontre em uma crise suicida, busque sensibilizá-lo sobre a importância de ser avaliado por um psicólogo, assistente social ou outros profissionais da saúde da Corporação, uma vez que está exposto a diversos estressores próprios do ambiente de trabalho. Atuar como policial e bombeiro militar sob um estado emocional tão frágil só agravará seu quadro e o deixará mais exposto aos riscos. **Ainda, trate com o respeito e sigilo necessário, mas não prometa**

guardar segredo: compreenda que o relato é um pedido expresso de ajuda para o intenso sofrimento que está sentindo.

Comentado [CBR8]: Como é um enfoque específico aos policiais, poderia ser mostrado de uma forma diferenciada.

Comentado [CBR9]: Se for possível, dar um enfoque nesta ideia.

3 AULA 3 – PLANEJAR O CUIDADO À PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA

3.1 Contextualizando

Na aula anterior, você aprendeu sobre diversos mitos e crenças errôneas que permeiam o contexto do comportamento suicida. Agora, já sabe identificar os sinais de risco, pois compreendeu a importância da boa qualidade do contato inicial àquele que comunica a sua intenção suicida. Qualificar essa fala e dar a atenção necessária é fundamental, caso contrário, a tendência é que essas pessoas desistam da ajuda.

Nesta aula, iremos aprender sobre o planejamento dos cuidados à pessoa em uma crise suicida, através das condutas e manejos aos profissionais de saúde necessários.

3.2 O manejo de pessoas com risco de suicídio: as primeiras providências

Os objetivos essenciais do manejo da crise suicida se desdobram em duas situações: a curto prazo, manter a pessoa segura, e, a médio prazo, mantê-la estável. Nesse contexto clínico, tenso e objetivo, depreendem-se ações que todos podem realizar, e, outras, realizadas exclusivamente por profissionais da saúde.

Quadro 1 – Cuidados com a pessoa com risco de suicídio

- Coloque a pessoa em um ambiente seguro e acolhedor, evitando deixá-la sozinha. Caso ela necessite aguardar por atendimento, deve ser colocada em um ambiente separado, silencioso e livre de estressores, com a supervisão de um profissional da saúde ou de um familiar;
- Remova meios de autolesão (oriente a família e amigos);
- Mobilize familiares, amigos e membros da comunidade para que auxiliem no monitoramento e suporte de indivíduos com risco iminente de suicídio;
- Trate a pessoa com cuidado, atenção e empatia: seja sensível ao sofrimento que essas pessoas sentem;
- Promova suporte aos familiares caso eles necessitem;
- Garanta a continuidade do cuidado;
- Ofereça e ative o suporte psicossocial;
- Dê suporte à pessoa;
- Mostre razões e formas para viver;

- Mobilize a família e amigos para garantir o monitoramento enquanto o risco permanecer;
- Aumente o suporte social por meio de recursos disponíveis na comunidade: mantenha contato.

Fonte: WHO (2009).

Ainda, conforme aprendemos no Módulo 2, cada nível de risco exige uma conduta diferente:

Quadro 2 – Manejo necessário conforme o risco

BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
<p>Apresenta pensamentos suicidas como “Eu não consigo continuar”, “Eu gostaria de estar morto”, mas não faz nenhum plano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer apoio emocional; • Trabalhar sobre os sentimentos suicidas, pois quanto mais a pessoa fala sobre os sentimentos de perda, isolamento e desvalorização, menos turbulentas suas emoções se tornam; • Encaminhar a pessoa para um profissional da saúde mental ou a um médico; • Encontrá-la em intervalos regulares e manter contato externo. 	<p>Apresenta pensamentos e planos, mas não pretende cometer suicídio imediatamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer apoio emocional; • Focalizar na ambivalência sentida pela pessoa suicida, entre viver e morrer, até que gradualmente o desejo de viver se fortaleça; • Encaminhar a pessoa para um profissional da saúde mental (psiquiatra, psicólogo) ou a um médico, o mais breve possível; • Entrar em contato com a família, amigos e colegas; • Reforce seu apoio. 	<p>Apresenta um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja colocar em prática imediatamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar junto da pessoa – nunca deixá-la sozinha; • Remover possíveis meios letais que a pessoa possa utilizar (pilulas, agrotóxicos, armas de fogo, facas, cordas, entre outros); • Entre em contato com um profissional da saúde mental ou médico imediatamente; • Providencie uma ambulância e hospitalização, se necessário; • Informe familiares; • Reafirme o seu apoio.

Fonte: Adaptado de Botega (2015) e OMS (2000).

É muito importante ser discreto nas ações, comunicando o risco àquelas pessoas diretamente envolvidas na manutenção da segurança e da estabilização da pessoa em risco de suicídio.

Lembre-se: o sigilo é muito importante, porém, **nunca deve ser prometido, como uma maneira de criar vínculo**. Em uma situação de risco à vida, ele deve ser quebrado, justamente para permitir a ajuda necessária para aquele que está em uma crise suicida. Converse com a pessoa e peça para que ela indique familiares, amigos que possam ajudá-la: entre em contato com essa *rede de suporte e apoio*. Essa comunicação é feita com o intuito de se criar uma rede de proteção da qual participam pessoas próximas ao paciente. Fale com elas sem acusá-las ou fazê-las sentirem-se culpadas; assegure novamente seu apoio nas ações que serão tomadas.

Nas situações de risco iminente de suicídio, após a avaliação de um profissional de saúde, poderá haver a indicação de uma internação psiquiátrica, ainda que involuntária.

Quadro 3 – Circunstâncias que indicam a necessidade de internação psiquiátrica

- Estado mental crítico, cuja gravidade impeça a boa condução ambulatorial;
- Exigência de se obter história mais acurada ou completa;
- Necessidade de um período mais longo de observação do paciente;
- Reavaliação do tratamento psiquiátrico que vinha sendo realizado;
- Ausência de uma rede de apoio social;
- Família claramente disfuncional ou sem condições de dar continência emocional;
- Familiares mostram-se cansados de cuidar do paciente.

Fonte: Botega (2015).

Em alguns casos, a pessoa em crise suicida pode mostrar-se aversiva e hostil à busca de ajuda profissional e ao contato com outras pessoas, pois a rigidez e a ambivalência fazem parte do comportamento suicida. Nestes casos, procure estimular a cooperação, com frases de empatia, cuidado e acolhimento.

Se uma pessoa sentir que estamos ao seu lado, ela poderá se acalmar, e, conseqüentemente, pensar em vez de agir. Falar sobre a sua vontade morrer é diferente de colocar a vida em risco. A partir disso, ela própria poderá nos ajudar a continuar fornecendo-lhe assistência (BOTEGA, 2015, p. 211).

Comentado [CBR10]: Colocar um destaque diferenciado.

3.3 O manejo do risco de suicídio voltado a militares estaduais

Existem medidas preventivas e imediatas para evitar a exposição do militar a riscos desnecessários, que podem fazer toda a diferença **na prevenção do suicídio a militares estaduais**.

**** Considerando o fácil acesso à arma de fogo como um relevante fator de risco, é fundamental que haja a fiscalização e o monitoramento do porte¹ e de qualquer arma que esteja em poder do militar estadual,***

Comentado [CBR11]: Pode ser que até o lançamento do EAD, já tenha sido publicado o Manual de prevenção e manejo da PMPR; o conteúdo deste item é todo do manual. Daí podemos ajustar a forma de referência.

¹ POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ – PMPR. Portaria do Comando-Geral Nº 100 de 23 de março de 2020. Regula a aquisição, o cadastro e o porte de arma de fogo no âmbito da Corporação e dá outras providências. PMPR, 2020.

conforme elenca a Portaria do Comando-Geral nº 100 de 23 de março de 2020.

Diante de uma combinação de fatores de risco, e, após a avaliação de um profissional de saúde mental, é fundamental que o militar seja submetido a inspeção de saúde² pelo órgão competente da Corporação.

O militar estadual com risco de suicídio necessita de cuidados, e a administração militar deve tomar as seguintes medidas de prevenção:

Quadro 4 – Pessoas que podem identificar um policial ou bombeiro militar sob risco de suicídio



Fonte: RODRIGUES (2020).

- Colega de Serviço
- Superior hierárquico
- Comandante
- Familiares
- Serviço de Psicologia da Corporação
- Serviço Social da Corporação
- Serviço de Assistência Religiosa da Corporação
- Junta Médica da Corporação
- Serviços de Saúde da Corporação
- Profissionais da Saúde que não pertencem à Corporação

Quadro 5 – Protocolo de conduta e encaminhamento de policiais e bombeiros militares

1. Em um ambiente reservado, comunicar ao policial ou bombeiro militar, com muito respeito e afeição, sobre os fatores de risco observados (orientações elencadas no tópico que trata sobre “como se comunicar” e “como não se comunicar”).

² POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ – PMPR. Portaria do Comando-Geral Nº 532 de 11 de julho de 2016. Institui as instruções reguladoras de perícias médicas e de procedimentos relativos às dispensas e às licenças para tratamento da saúde. PMPR, 2016.

Comentado [CBR12]: Poderia estar em um quadro que quando se clica em “na prevenção do suicídio a militares estaduais” ele redireciona para um quadro com esse conteúdo.

Comentado [CBR13]: Ao clicar nessa frase, poderia ser aberto um “link” com o quadro “pessoas que podem identificar um pm ou bm sob risco de suicídio”

Comentado [CBR14]: Esse quadro se refere ao comentário anterior.

2. *Mantenha a vigilância: após o controle e escuta da situação, afaste o militar de qualquer meio que possa oferecer risco à integridade dele e mantenha-o sempre próximo a outras pessoas, preferencialmente aquelas com quem já possua algum vínculo.*
3. *Informá-lo que será encaminhado para a Seção de Assistência Social da PMPR, através da Seção de Atendimento Psicossocial (SAP) existente em sua Unidade. Por meio do contato imediato com um psicólogo ou assistente social, o mesmo poderá avaliar o risco para providenciar encaminhamento adequado (atendimento médico emergencial).*
4. *Se existirem riscos graves e iminentes, o seu Comandante deve retirar o policial ou bombeiro militar de qualquer função atrelada ao contato com arma de fogo e providenciar o recolhimento de sua arma particular e/ou sob cautela³. Tal ato pode ocorrer antes mesmo do encaminhamento ao profissional de saúde mental de referência.*
5. *Converse com o militar sobre a possibilidade de mobilizar e contatar quem possa ajudá-lo (familiares, amigos, militares mais próximos). É muito importante que este passo seja realizado, pois a vigilância desta pessoa é fundamental.*
6. *O psicólogo realizará o atendimento clínico e emitirá o “atestado de não condição ao porte e manejo de arma de fogo”. Além dos procedimentos técnicos atinentes (encaminhamento médico, acionamento da rede familiar de apoio, encaminhamento para outras modalidades de tratamento).*
7. *Mantenha a discricão e sigilo em todas as ações, fazendo com que apenas os elementos essencialmente necessários tenham conhecimento da situação.⁴*

Fonte: RODRIGUES (2020).

Nos casos de Risco Imediato e Emergencial, proveniente de uma tentativa de suicídio, em que existe a instalação de uma crise, busque a ajuda de profissionais imediatamente:

Militar estadual desarmado⁵, através do acionamento do Corpo de Bombeiros.

³ POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ – PMPR. **Portaria do Comando-Geral Nº 100 de 23 de março de 2020**. Regula a aquisição, o cadastro e o porte de arma de fogo no âmbito da Corporação e dá outras providências. PMPR, 2020.

⁴ POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ – PMPR. **Nota de Instrução nº 002/2021 – PM/3**. Como noticiar casos de suicídio nos meios de comunicação e nas mídias sociais. PMPR, 2021.

⁵ POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ – PMPR. **Diretriz nº 005/2011 – PM/3**. Estabelece os procedimentos a serem observados pelos integrantes da Polícia Militar do Paraná durante o processo de gerenciamento das situações policiais críticas. PMPR, 2011.

Militar estadual armado⁶, realizar o acionamento da Equipe de Negociação do Batalhão de Operações Especiais.

Ambiente controlado, mas há dificuldade de comunicação em virtude da intensidade da crise emocional:

Em situações de grande descontrole emocional o único manejo clínico possível é através da contenção clínica imediata (SAMU). Neste momento, o paciente encontra-se incapacitado para um processo de comunicação, tornando inviável uma intervenção psicológica, e, portanto, sugere-se o encaminhamento para o serviço de pronto-atendimento médico.

Encaminhamento para o pronto socorro para atendimento médico imediato, e acionamento do Plantão Psicossocial da Seção de Assistência Social⁷, que realizará as orientações necessárias. Posteriormente, recomenda-se agendar atendimento na Seção de Atendimento Psicossocial (SAP) da PMPR.

⁶ POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ – PMPR. **Diretriz nº 005/2011 – PM/3**. Estabelece os procedimentos a serem observados pelos integrantes da Polícia Militar do Paraná durante o processo de gerenciamento das situações policiais críticas. PMPR, 2011.

⁷ O Plantão Psicossocial pode ser acionado através da Central de Operações Policiais Militares (COPOM), ou ainda, através do telefone da Seção de Assistência Social (41) 3333-2787/ (41) 3333-8328.

REFERÊNCIAS

ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. **Suicídio: informando para prevenir/ Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio.** – Brasília: CFM/ABP, 2014.

BERTOLOTE, J. M. **O suicídio e sua prevenção.** São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida: avaliação e manejo.** Porto Alegre: Artmed, 2015.

MIRANDA, D. *et al.* **Diagnóstico e prevenção do comportamento suicida na polícia militar do Estado do Rio de Janeiro.** 1. ed. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2016b. Disponível em: <http://gepesp.org/wp-content/uploads/2016/03/POR-QUE-POLICIAIS-SE-MATAM.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Genebra: OMS, 2000. Disponível em: http://200.19.222.8/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/textos_a_presentacoes/suicideprev%20manual%20prof.%20AB.pdf.

POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ – PMPR. **Diretriz nº 005/2011 – PM/3.** Estabelece os procedimentos a serem observados pelos integrantes da Polícia Militar do Paraná durante o processo de gerenciamento das situações policiais críticas. PMPR, 2011.

POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ – PMPR. **Portaria do Comando-Geral Nº 532 de 11 de julho de 2016.** Institui as instruções reguladoras de perícias médicas e de procedimentos relativos às dispensas e às licenças para tratamento da saúde. PMPR, 2016.

POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ – PMPR. **Portaria do Comando-Geral Nº 100 de 23 de março de 2020.** Regula a aquisição, o cadastro e o porte de arma de fogo no âmbito da Corporação e dá outras providências. PMPR, 2020.

POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ – PMPR. **Nota de Instrução nº 002/2021 – PM/3.** Como noticiar casos de suicídio nos meios de comunicação e nas mídias sociais. PMPR, 2021.

RODRIGUES, C. B. R. **Suicídio Policial: compreender para prevenir**. Curitiba: Editora CRV, 2020.

SHNEIDMAN, E. S. **The Suicidal Mind**. Oxford University Press: Oxford, 1996.

SOUZA, E.; MINAYO, C.; GUIMARAES, J.; PIRES, T. O. Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1297-1311, jul. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n7/08.pdf>.

VIOLANTI, J. M. **Police Suicide: Epidemic in Blue**. Springfield, Charles C. Thomas: 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Preventing suicide: A resource for police, firefighters and other firstline responders**. WHO, 2009. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_firstresponder_s.pdf.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	2
2	OBJETIVOS DO MÓDULO 4.....	2
3	ESTRUTURA DO MÓDULO 4.....	2
	aula 1 – Conceito de prevenção ao suicídio.....	3
1.1	Contextualizando	3
1.2	O Conceito	3
	AULA 2 – Prevenção Universal, Seletiva e Indicada.....	5
1.1	Prevenção Universal.....	5
1.2	Prevenção Seletiva	6
1.3	Prevenção Indicada	7
	AULA 3 – após um suicídio: a posvenção.....	9
1.4	Contextualizando	9
1.5	Conceito de posvenção	11
	AULA 4 – As boas práticas da PMPR voltadas à prevenção do suicídio	13
4.1	Contextualizando	13
4.2	Gestões para a prevenção do comportamento suicida na Polícia Militar do Paraná.....	13
	REFERÊNCIAS	17

1 APRESENTAÇÃO

Seja bem-vindo ao **Módulo 4 – MODALIDADES DE PREVENÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA.**

2 OBJETIVOS DO MÓDULO 4

Definir o conceito de prevenção e propiciar o conhecimento sobre os modelos de prevenção do suicídio, segundo protocolos internacionais (OMS). Explanar sobre o conceito de posvenção, evidenciando a importância das ações destinadas aos sobreviventes de um suicídio, e, por fim, disponibilizar ao discente o conhecimento sobre as ações da PMPR voltadas à prevenção do comportamento suicida no âmbito da corporação.

3 ESTRUTURA DO MÓDULO 4

Aula 1 – Conceito de prevenção ao suicídio.

Aula 2 – Prevenção Universal, Seletiva e Indicada.

Aula 3 – Posvenção.

Aula 6 – As boas práticas da PMPR voltadas à prevenção do suicídio.

AULA 1 – CONCEITO DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

1.1 Contextualizando

Até meados do século XVII o suicídio permaneceu como tema de interesse puramente teológico, religioso e filosófico, passando a atrair o interesse da área médica. Atualmente, além desses campos, a psicologia, a antropologia, a epidemiologia, historiadores, enfim, diferentes áreas produzem conhecimentos, no que veio a ser conhecido como “suicidologia”. Sendo assim, diferentes podem ser as formas de se observar o fenômeno, e, portanto, distintas metodologias são empregadas na sua prevenção.

No entanto, quando se fala do comportamento suicida, métodos e modelos teóricos com comprovações científicas para se orientar a prevenção são fundamentais, pois: a quem se destina? Como agir? A quem encaminhar? Que método empregar?

1.2 O Conceito

Como prevenção, entende-se toda medida voltada para a identificação das causas de uma determinada doença, com o intuito de proporcionar meios de impedimento de que os indivíduos venham ser acometidos por ela (BERTOLOTE, 2012).

No caso do suicídio, a sua prevenção objetiva a sinalização e alteração de comportamentos, com o intuito de minimizarem-se os riscos, as tentativas e a incidência de resultados letais (SHNEIDMAN, 1996; BOTEGA *et al.*, 2006).

A seguir, apresentam-se algumas das estratégias nacionais adotadas na prevenção ao suicídio:

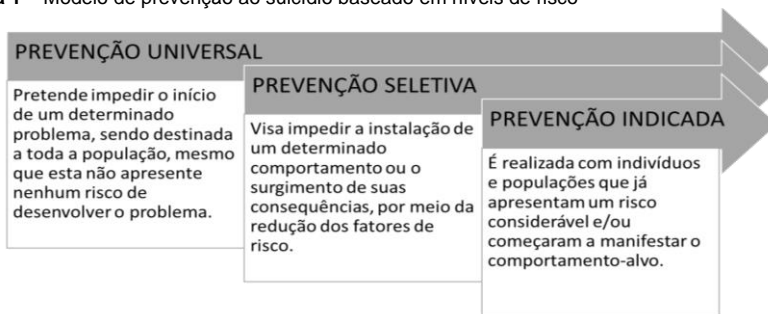
Quadro 1 – Estratégias nacionais para prevenção do suicídio segundo a OMS

Vigilância e pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> •aumentar a qualidade e a abrangência temporal dos dados nacionais sobre comportamentos suicidas; •dar suporte aos estabelecimentos de bancos de dados que servirão para identificar grupos vulneráveis, indivíduos e situações
Identificação de grupos vulneráveis	<ul style="list-style-type: none"> •aprimorar a avaliação e manejo de comportamentos suicidas; •promover fatores de proteção ambientais e individuais;
Aumento de treinamentos e educação sobre o tema	<ul style="list-style-type: none"> •identificar "guardiões", refere-se aos profissionais que estão em contato mais próximo com a comunidade e que podem ser treinados para identificar o risco de suicídio em indivíduos de uma determinada área; •os guardiões costumam ser profissionais da atenção primária, de saúde mental, da emergência, da assistência social, da educação, policiais, líderes comunitários e líderes religiosos;
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> •melhorar a oferta e qualidade de intervenções, priorizar intervenções baseadas em evidências; •aumentar a pesquisa e avaliação de intervenções eficazes;
Intervenção no período de crise	<ul style="list-style-type: none"> •aumento do acesso a serviços de saúde e diminuição das barreiras de acesso •assegurar que o território apresente condições de manejar as situações de crise e tenham acesso a serviços de emergência;
Aumento do conhecimento sobre o tema para que haja a diminuição do estigma	<ul style="list-style-type: none"> •realizar campanhas e aumentar o acesso de profissionais e da comunidade em geral a informações relativas ao tema;
Redução do acesso aos meios de suicídio	<ul style="list-style-type: none"> •reduzir a disponibilidade, acessibilidade e atratividade dos meios de suicídio (ex. pesticidas, armas de fogo, locais altos);
Pósvenção	<ul style="list-style-type: none"> •dar suporte a pessoas enlutadas por suicídio.

Fonte: Adaptado de OMS (2012); WHO (2014).

Um dos principais modelos de prevenção ao suicídio, bastante aceito e utilizado em diferentes contextos clínicos (OMS, 2012; WHO, 2010; 2014), é o modelo no qual a prevenção é baseada em níveis de risco, sendo dividida em **universal, seletiva e indicada** (Figura 1).

Figura 1 – Modelo de prevenção ao suicídio baseado em níveis de risco



Fonte: Bertolote (2012).

Essa divisão permite que diferentes estratégias de abordagem sejam elaboradas a partir da identificação das diferentes etapas do processo de ideação, planejamento e ato suicida (BERTOLOTE, 2012).

AULA 2 – PREVENÇÃO UNIVERSAL, SELETIVA E INDICADA

2.1 Prevenção Universal

A Prevenção Universal, como o próprio nome diz, é destinada a toda a população indiscriminadamente (Figura 2), incluindo-se os indivíduos que apresentam nenhum ou baixíssimo risco ao suicídio. Nesta fase, o propósito é reprimir o suicídio, pela supervalorização da saúde, da vida, estimulando os fatores de prevenção e minimizando os fatores de risco (BERTOLOTE, 2012; WHO, 2010).

A partir da ideia de prevenção em nível universal, a Associação Internacional de Prevenção do Suicídio (IASP) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), promovem o Dia de Prevenção Mundial do Suicídio (10 de setembro). Neste evento, são realizadas ações voltadas à conscientização da população em geral (BERTOLOTE, 2012), que focam na desmistificação de temas como transtornos mentais e suicídio (WHO, 2010).

Tanto no evento citado, quanto em outras campanhas, a estratégia utilizada é a promoção e estímulo da busca por parte dos participantes, de tratamento para os transtornos mentais, bem como outros tipos de ajuda na mitigação do suicídio (WHO, 2010).



Neste sentido, a promoção de ações realizada por diversas entidades, como o Centro de Valorização da Vida, o Conselho Federal de Medicina e a Associação Brasileira de Psiquiatria, que utilizam as mídias sociais, são essenciais, pois popularizam a busca pela conscientização dos indivíduos, aproximando e viabilizando a oferta de cuidados básicos à grande parcela da população (WHO, 2014).

1.1 Prevenção Seletiva

A Prevenção Seletiva, por sua vez (Figura 3), **é destinada à parcela da população que apresenta risco baixo a moderado. Estas pessoas, apesar de possuírem vulnerabilidade e se enquadrarem em alguns fatores de risco, ainda não apresentaram propriamente comportamentos suicidas, porém, representam casos em que se deve ter atenção** (BERTOLOTE, 2012).

Figura 3 – Prevenção Seletiva: grupo populacional



Fonte: WHO (2010).

Nesse estágio da prevenção, o objetivo é evitar que algumas manifestações de pensamentos suicidas acabem por estabelecer os comportamentos suicidas nas pessoas em questão.

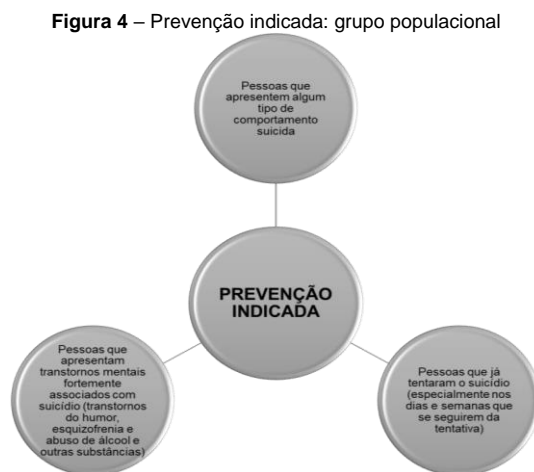
A prevenção seletiva é alcançada pela intensificação dos fatores de proteção psicossocial, e conseqüente minimização dos fatores de risco. (WHO, 2010).

1.2 Prevenção Indicada

Para aqueles indivíduos que passaram a apresentar quadros de comportamento suicida, ou possuam um risco de suicídio considerado importante, ou elevado, é desenvolvida a prevenção indicada (BERTOLOTE, 2012).

Esta modalidade da prevenção (Figura 4) **é a mais adequada para realização da abordagem em pessoas que apresentem clara vulnerabilidade, inclusive aquelas que já apresentaram tentativas anteriores e demais sinais de risco, ou ainda aqueles indivíduos que se enquadram nos transtornos mentais intimamente relacionados à predisposição de aumento da agressividade e impulsividade descontrolada, compatíveis com o comportamento suicida.**

Neste nível de prevenção é adequada a ampliação do nível de acompanhamento com a implantação de monitoramento intensivo dos casos (WHO, 2014).



Fonte: WHO (2010).

Para este grupo focal, em que boa parte dos casos é submetida à internação, é fundamental o desenvolvimento de programas de manejo voltados ao acompanhamento pós-alta psiquiátrica, para manutenção e garantia da continuidade do tratamento, promovendo o fortalecimento dos fatores protetivos, e o desenvolvimento da sua reabilitação psicossocial (WHO, 2014).

AULA 3 – APÓS UM SUICÍDIO: A POSVENÇÃO

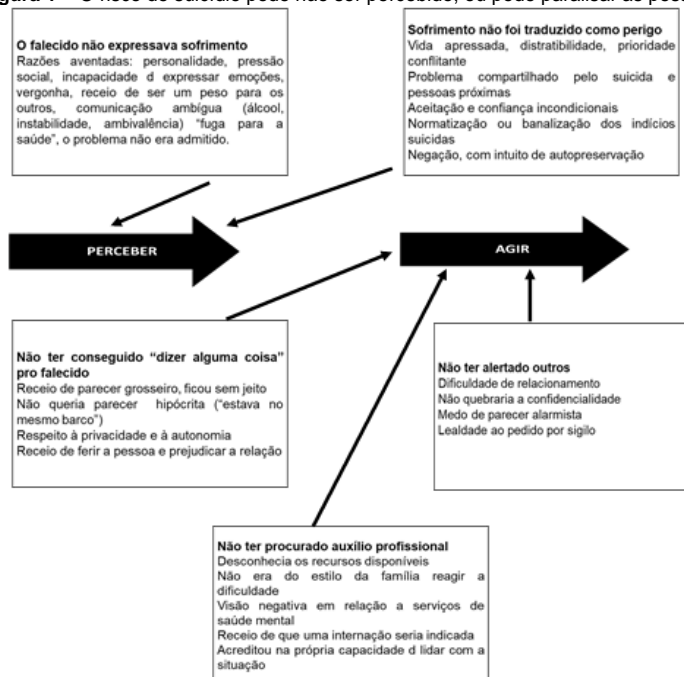
1.3 Contextualizando

O luto proveniente de um suicídio envolve a morte violenta, traumática, e cercada por estigmas e julgamentos sociais, que promove nos sobreviventes indagações muito íntimas, como sentimentos de culpa e identificação (BOTEGA, 2015).

Ao se considerar que para cada óbito provocado por suicídio, um grupo de 6 a 14 pessoas são duramente impactadas (ABP, 2014; FERRO, 2014), teremos a constatação de que somente no Brasil, centenas de pessoas, por dia, são afetadas em consequência de atos de suicídio. A figura 1 apresenta alguns bloqueios comuns às pessoas com relação à identificação do risco do suicídio e também com relação à dificuldade de tomar uma atitude protetiva em favor da vítima (OWEN e cols. *apud* BOTEGA, 2015).

Comentado [CBR1]: INCLUIR O EFEITO WERTHER E A NI QUE FALA SOBRE COMO NOTICIAR O SUICÍDIO NA PMPR.

Figura 1 – O risco de suicídio pode não ser percebido, ou pode paralisar as pessoas



Fonte: Adaptado de Owen e cols. (*apud* BOTEGA, 2015).

Comentários cruéis e inconsequentes que invadem a intimidade e a privacidade dos familiares da vítima, acabam atrapalhando o processo de luto (PIRES, 2014). A realidade da perda do ente querido ou as identificações com ocorrido, paulatinamente, irão permear a vida destes sobreviventes através do luto.

Embora cada indivíduo reaja a estas perdas de maneira pessoal, existem algumas características que permitem agrupar as reações em choque, culpa, raiva, desamparo, agitação e tragédia silenciosa.

Figura 2 – Sentimentos comuns aos enlutados por um suicídio

<p style="text-align: center;">CHOQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> De modo geral, reagimos com surpresa e espanto frente a um suicídio. Em muitos casos, o risco de suicídio sequer fora percebido. Isso pode levar algumas pessoas à descrença em relação ao suicídio e à procura de outra explicação para a morte. Sentimentos de vergonha reforçam essa atitude, e pode-se criar, em torno da morte, uma aura de mistério e incerteza que atravessa gerações. 	<p style="text-align: center;">CULPA</p> <ul style="list-style-type: none"> A culpa costuma ser acompanhada de constante ruminção e autorrecriinação. A culpa costuma ser mais intensa quando, justificadamente ou não, um familiar sente que, de alguma forma, entre ele e o falecido havia conflitos não solucionados. 	<p style="text-align: center;">RAIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> A culpa transformada em raiva precisa ser suportada secretamente ou, então, expressa abertamente contra o falecido ou contra outrem.
<p style="text-align: center;">DESAMPARO</p> <ul style="list-style-type: none"> Os sentimentos de tristeza e de vazio são difíceis de suportar. Costumam vir acompanhados de uma sensação de abandono e de desamparo que o falecido impôs aos que aqui ficaram. 	<p style="text-align: center;">AGITAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Alguns familiares têm maior dificuldade para suportar os sentimentos de vazio e de tristeza. Essas pessoas, de forma reativa, ficam mais ansiosas, dedicam-se exaustivamente às tarefas da profissão ou aos serviços da casa. Podem, também, empenhar-se no levantamento de provas para incriminar alguém como responsável pelo suicídio. 	<p style="text-align: center;">TRAGÉDIA SILENCIOSA</p> <ul style="list-style-type: none"> Como as pessoas se sentem pouco à vontade para conversar intimamente sobre o ocorrido, elas simplesmente se calam. O estigma social, a vergonha e o embaraço selam o isolamento da dor e silenciam o assunto. O suicídio se transforma em uma dor que não pode ser compartilhada. Em termos pessoais e sociais, é uma tragédia silenciosa e silenciada.

Fonte: Adaptado de Who (2010); Fukumitsu (2013); Jordan (2001).

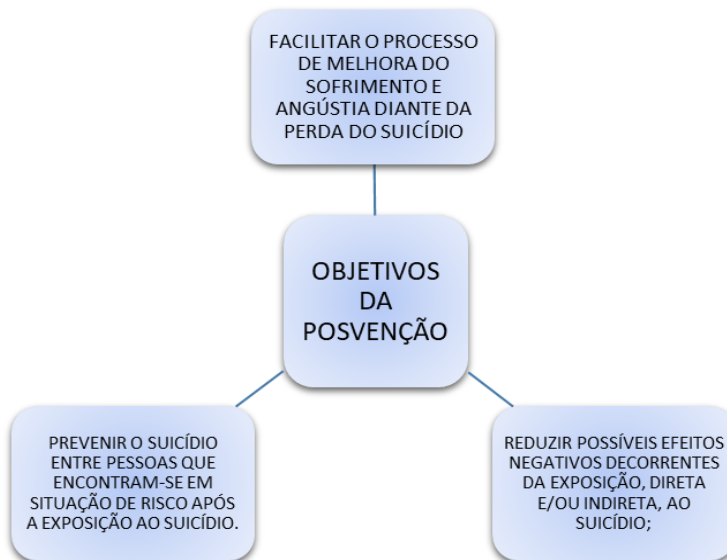
Neste contexto, portanto, deve-se considerar como fator de risco a perpetuação de danos ou mesmo a um novo suicídio, aquelas reverberações que afligem as pessoas vinculadas emocionalmente com a vítima. Deste modo é relevante que estas pessoas sejam devidamente assistidas (COOK *et al.*, 2015).

1.4 Conceito de posvenção

Shneidman (1996) desenvolveu o conceito de posvenção ao Suicídio como sendo **a realização de ações sistematizadas e preventivas a futuros impactos negativos aos quais possam estar expostas as pessoas que tiveram contato com uma vítima de suicídio** (BOTEGA, 2015).

Desta forma, o eixo que norteia a posvenção é a realização de três objetivos (Figura 3), de maneira eficaz e integrada, favorecendo aqueles que tenham sido expostos à violência do suicídio, à elaboração de um luto, promovendo a ressignificação do trauma (BOTEGA, 2015).

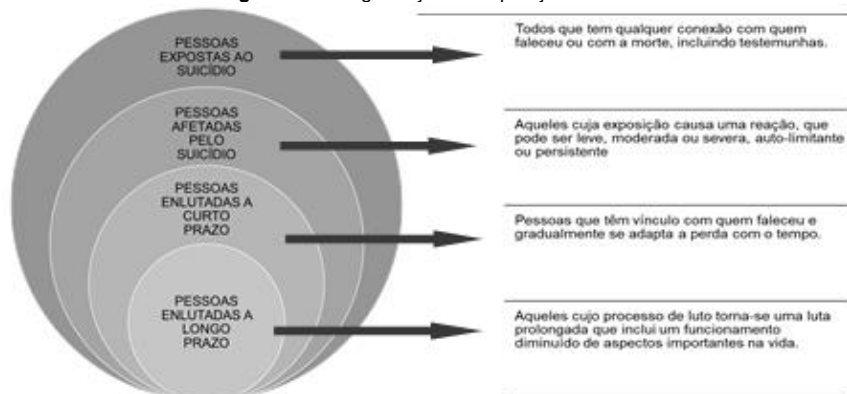
Figura 3 – Objetivos da posvenção ao suicídio



Fonte: Botega (2015).

Quanto as pessoas que podem ser afetadas pelo suicídio, Cerel *et al.* (2014) os categoriza de acordo com a figura 4, objetivando identificar e associar a cada grupo, a melhor estratégia terapêutica.

Figura 4 – Categorização da exposição ao suicídio



Fonte: Adaptado de Cerel *et al.* (2014).

Considerando tais aspectos, torna-se possível compreender que a posvenção possui aplicação em distintos contextos e indivíduos, de acordo com o risco de efeitos negativos após o evento traumático, com o intuito de disponibilizar o amparo e assistência a todos os afetados (CEREL *et al.*, 2014).

Scavacini (2017) demonstra os aspectos positivos da posvenção, e dos serviços voltados ao suporte dos enlutados por suicídio; contudo, ressalta que este tipo de serviço ainda é pouco difundido, e, apesar da grande relevância, a busca e adesão a este tipo de atendimento tem ainda um número muito reduzido.

A Organização Mundial de Saúde (2000) cita os grupos de apoio aos sobreviventes do suicídio, como um importante meio de posvenção, que privilegia a conexão e a troca de experiências entre os participantes.

Tal formato atua com a possibilidade do enfrentamento de maneira segura e acolhedora, através de um processo de ressignificação. Obtém-se, por intermédio destes grupos, a perspectiva de que boa parte de seus participantes passem a **desenvolver habilidades sociais e de resolução de conflitos, através do apoio mútuo, do sentimento de segurança e de pertencimento** (TONG *et al.*, 2015).

AULA 4 – AS BOAS PRÁTICAS DA PMPR VOLTADAS À PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

4.1 Contextualizando

As instituições de Segurança Pública, de forma generalista, mas também as considerando como um reflexo da sociedade, muitas vezes, sofrem das mesmas dificuldades na tratativa do tema, e aqui elencamos alguns deles: a falta de formação e treinamento qualificado para o atendimento de pessoas que pensam ou tentaram praticar este ato, o tabu em torno da questão, a falta de interesse político, as subnotificações, o abuso de substâncias químicas, a falta de planos para a resolução destes problemas.

Todavia, percebe-se um esforço muito grande na melhoria das práticas relacionadas ao tema, que trarão resultados a médio e longo prazo de forma considerável.

Quando identificamos os tipos de prevenção adotados pelas instituições de segurança pública, independentemente da prática adotada, observamos a prevenção baseada em níveis de risco, que é um modelo adotado de forma universal.

4.2 Gestões para a prevenção do comportamento suicida na Polícia Militar do Paraná

O modelo de prevenção dividido em prevenção universal, seletiva e indicada é um modelo muito útil, por proporcionar a abordagem em níveis diferentes, sendo possível uma maior definição das ações, que se subdividem em prevenções a ideação suicida (universal), prevenções na elaboração de planos suicidas (seletiva) e prevenções ao ato suicida (indicada).

a) Aplicações no âmbito da Prevenção Universal

A Prevenção Universal visa alcançar toda a coletividade dos policiais, sendo dirigida, com enfoque na promoção da saúde e aumento da qualidade de vida, tanto nos âmbitos individuais, como mental e físico, quanto nos aspectos sociais que envolvem a qualidade das relações.

Alguns exemplos aplicados são:

- Incentivo ao convívio social por meio de confraternizações nos quartéis, à fim de promover o bom relacionamento entre os profissionais, fomentando também a aproximação das famílias destes policiais.
- Incentivar a prática da atividade física, constante e controlada.
- Buscar o apoio da Assistência Religiosa da Corporação, promovendo o envolvimento dos policiais e bombeiros com atividades religiosas e com sua religiosidade.
- Promover programas de informação sobre o tema do suicídio, em todos os níveis hierárquicos, providenciando atividades de triagem, acolhimento e encaminhamento para o auxílio especializado nos casos em que exista o risco de suicídio.
- Viabilizar palestras que promovam a sensibilização da temática da qualidade de vida e de um ambiente laboral saudável.
- Promover o conteúdo relacionado à saúde mental, em todos os cursos de formação e especialização militar.
- Elaborar encontros temáticos por área, trazendo temas relacionados à qualidade de vida no trabalho, saúde mental, entre outros

b) Aplicações no âmbito da Prevenção Seletiva

A Prevenção Seletiva, por sua vez, visa a elaboração de uma rede assistencial no ambiente de trabalho, composta não apenas pelos profissionais de saúde, mas também pelos demais colegas.

Logo, as ações provenientes da Prevenção Universal permitem que os próprios militares estaduais estejam aptos a observar e sinalizar mudanças repentinas de comportamento.

Assim, auxiliam a realização de um diagnóstico antecipado sobre os riscos específicos a que estes policiais e bombeiros militares estão expostos, oportunizando, desta forma, o encaminhamento a profissionais especializados, com o tempo de planejamento de estratégias terapêuticas melhoradas.

Alguns exemplos aplicados são:

- Acompanhamento de policiais envolvidos em ocorrências de alto risco (PROAAR)¹;
- Acompanhamento de ocorrências de incidente crítico (Plantão Psicossocial)²;
- Atendimento psicológico;
- Atendimento do serviço social;
- Encaminhamento para os programas institucionais

c) Aplicações no âmbito da Prevenção Indicada

A Prevenção Indicada, por sua vez, é direcionada àqueles policiais e bombeiros militares com forte ideiação, com suspeita de planejamento da ação ou ainda, que já cometeram tentativas de suicídio.

I Quando o policial ou bombeiro militar encontra-se em tratamento para doenças relacionadas a transtornos mentais;

II Quando o policial ou bombeiro militar apresenta comportamentos que possam incidir em risco de autoagressão.

Alguns exemplos aplicados são:

- Promoção e acompanhamento da Instituição, com a ajuda dos profissionais indicados, às relações familiares e sociais dos policiais e bombeiros.
- Monitoramento de hábitos e costumes de terceiros, que acabem por fomentar a estigmatização ou constrangimento (atividades humilhantes, insinuações

¹ POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ – PMPR. **Nota de Instrução nº 002/2003 – PM/3.** Atenção psicossocial a policiais e bombeiros militares envolvidos em ocorrências de alto risco. PMPR, 2003.

² **Equipe multidisciplinar (composta por policiais militares com formação em Psicologia, Serviço Social e Teologia) voltada para o atendimento de ocorrências de incidente crítico, envolvendo militares estaduais e seus dependentes. O atendimento é voltado aos Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP), nos procedimentos de incidente crítico, utilizando-se de uma abordagem firme e tranquila, demonstrando interesse genuíno e uma escuta ativa e atenciosa, transmitindo às vítimas confiança, acolhimento e suporte emocional. O Plantão Psicossocial deve ser acionado através da Central de Operações Policiais Militares (COPOM), ou ainda, através do telefone da Seção de Assistência Social (41) 3333-2787/ (41) 3333-8328.**

difamantes) entre os militares que já receberam tratamento para transtornos mentais ou demais situações que envolvam o risco de suicídio.

- Atenção a procedimentos relacionados à restrição do acesso e porte de armas de fogo.

Com relação aos casos de suicídio consumado, são ações diretas realizadas pela PMPR:

- Realização de autópsia psicológica de todos os casos desde o ano de 2013 (militares ativos e inativos);
- Aprimoramento da notificação dos casos de suicídio e tentativa entre militares estaduais;
- Desenvolvimento de estratégias de intervenção específicas para as unidades que ocorreram casos de tentativa ou suicídio consumado (posvenção);
- Abordagem do tema da divulgação dos casos de suicídio: de forma responsável, respeitosa e que preserve a privacidade das vítimas e dos familiares³;
- Investimento e aprimoramento da capacitação dos profissionais de saúde e dos colegas para a identificação dos sinais de alerta.

A prevenção do comportamento suicida de policiais militares consiste em ações que vislumbrem os diferentes papéis desempenhados por estes profissionais, seja na dimensão laboral, familiar, social, física, e, até mesmo, a espiritual.

As ações preventivas devem ter o máximo alcance, sendo distribuídas em toda a instituição, independente de funções ou níveis hierárquicos, pois somente através de um processo amplo e contínuo de sensibilização, educação e conscientização, é que existirão impactos positivamente relevantes na redução dos números de suicídios e tentativas de suicídio entre policiais militares e bombeiros militares.

³ POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ – PMPR. **Nota de Instrução nº 002/2021 – PM/3**. Como noticiar casos de suicídio nos meios de comunicação e nas mídias sociais. PMPR, 2021.

REFERÊNCIAS

ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. **Suicídio**: informando para prevenir/ Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014.

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N. J.; WERLANG, B. S. G.; CAIS, C. F. S.; MACEDO, M. M. K. Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**. Porto Alegre, v.37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006. Disponível em:
<<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442/1130>>.

CEREL, J.; MCINTOSH, J. L.; NEIMEYER, R.A.; MAPLE, M., MARSHALL, D. The continuum of survivorship: Definitional issues in the aftermath of suicide. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 44, n.6, p.591-722, 2014. Disponível em:
<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sltb.12093>>

FERRO, A. Luto e suicídio. In: Barbosa, A. (org.). **Contextos do luto** (pp.245-260). Lisboa: Núcleo acadêmico de estudos e intervenção sobre o luto, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2014.

FUKUMITSU, K.O. **Suicídio e luto**: histórias de filhos sobreviventes. São Paulo: Digital; 2013.

JORDAN, J.R. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. **Suicide Life Threat Behav**, v.31, n.1, p.91-102, 2001. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/publication/227783980_Is_Suicide_Bereavement_Different_A_Reassessment_of_the_Literature>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: OMS, 2000. Disponível em:
<http://200.19.222.8/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/textos_apresentacoes/suicideprev%20manual%20prof.%20AB.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Saúde Pública Ação para a Prevenção do Suicídio**: uma estrutura. Genebra: OMS, 2012. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf>>.

PIRES, R.M. Luto por morte violenta. In: **Contextos do luto**. Barbosa, A. (org.). Lisboa: Núcleo acadêmico de estudos e intervenção sobre o luto, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2014. (p.231-243).

POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ – PMPR. **Nota de Instrução nº 002/2003 – PM/3**. Atenção psicossocial a policiais e bombeiros militares envolvidos em ocorrências de alto risco. PMPR, 2003.

POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ – PMPR. **Nota de Instrução nº 002/2021 – PM/3**. Como noticiar casos de suicídio nos meios de comunicação e nas mídias sociais. PMPR, 2021.

SCAVACINI, K. **Construção de um Modelo de Trabalho de Prevenção Posvenção aos Sobreviventes do Suicídio no Brasil** (mesa redonda). II Simpósio Paranaense de Prevenção e Posvenção do Suicídio. Maringá, PR, 2017.

SHNEIDMAN, E.S. **The Suicidal Mind**. Oxford University Press: Oxford, 1996.

TONG, Y.; PHILLIPS, M.R., DUBERSTEIN, P.; ZHAN, W. Suicidal behavior in relatives or associates moderates the strength of common risk factors for suicide. **Suicide Life Threat Behavior**, v.45, n.4, p. 505-517, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4452463/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Toward evidence-based suicide prevention programmes**. WHO: West Pacific Region, 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207049/9789290614623_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Preventing suicide**: A global imperative. WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1>