

Fabiana Neiva Veloso Brasileiro
Maira Gondim de Oliveira Lima

A temática do suicídio chama cada vez mais a atenção de pesquisadores, de estudiosos e da população em geral, e se coloca em lugar de destaque neste editorial da revista Expressão Católica Saúde. Não por acaso o tema vem sendo debatido atualmente. Dados do Ministério da Saúde mostram que, entre os anos de 2007 e 2016, ocorreu, no Brasil, um aumento de 16,8% na taxa de mortalidade por suicídio, e que, atualmente, o suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens com idades entre 15 e 29 anos.

A necessidade de falar sobre a prevenção ao suicídio é premente. Nos dias atuais, esse fenômeno constitui assunto de saúde pública e faz parte das atividades de todo profissional de saúde, mas nem sempre foi assim. Em torno do suicídio sempre existiu certo tabu, e se observou que, durante muito tempo, as pessoas preferiram ignorar a dimensão do problema. Tal dificuldade pode ser compreendida, pois lidar com o fenômeno do suicídio implica aprender a lidar, entre tantos outros aspectos, com a ideia de finitude humana, com a morte, com o desespero humano ante as impossibilidades e imprevisibilidades do cotidiano, e com a falta de esperança e fé na vida (FUKUMITSU, 2014).

Somente na década de 90 o suicídio foi considerado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), um problema de saúde pública, e foram criados planos nacionais para sua prevenção. Dentre os principais itens contidos nos planos nacionais de prevenção ao suicídio, podemos destacar: conscientização da população, divulgação responsável pela mídia, redução do acesso a meios letais, programas em escolas, detecção e tratamento de transtornos mentais, entre outros. Assim, o Brasil assumiu o compromisso de reduzir em 10%, até 2020, o número de mortes por suicídio (BOTEGA, 2015).

Em setembro de 2014, a OMS publicou um dos mais relevantes relatórios já produzidos sobre a prevenção do suicídio: *Preventing suicide- a global imperative*. Este faz um resumo sobre o panorama desse grave problema, revelando números assustadores, e explica porque o suicídio é considerado caso de saúde pública no Brasil e no mundo. Entre alguns achados estão estimativas que 804 mil pessoas tenham se suicidado no mundo em 2012. São 2.220 casos realizados por dia, um a cada 40 segundos. O comportamento suicida é um fenômeno complexo, envolvendo vários fatores, como pessoais, sociais, psicológicos, culturais e ambientais. O suicídio ocupa 1,4% de todas as mortes no mundo e ocorre em maior frequência tanto em idosos acima de 70 anos, como em jovens entre 15 e 29 anos, sendo, no Brasil, a segunda causa de mortes, perdendo apenas para acidentes de trânsito. Ressalta-se, ainda, que há mais suicídios entre homens do que entre mulheres, e a maior parte dos suicídios (75%) ocorre em países onde predominam economias de renda baixa ou média (TRIGUEIRO, 2015).

Diante da complexidade dos dados, e por ter uma dimensão multifatorial envolvida nos fatores causais (precipitantes) e nos fatores de risco (predisponentes), necessita-se dos profissionais envolvidos na prevenção do comportamento suicida e na sua posvenção a articulação com saberes e práticas oriundos de várias áreas do conhecimento. O manejo com os indivíduos que pensam no suicídio requer, além de um trabalho interdisciplinar, respeito, disponibilidade e tolerância. No que compete aos profissionais de saúde, e em particular aos profissionais de Psicologia, chama-se atenção à prevenção que ocorre para que as mortes sejam minimizadas, uma vez que o conhecimento dos fatores de risco (predisponentes) tornará possível o levantamento e o conhecimento dos fatores de proteção que viabilizarão uma prevenção mais efetiva (FUKUMITSU, 2014).

Um dos grandes avanços que se tem tido em relação às políticas de prevenção é a diminuição do tabu acerca do assunto e uma mudança de

concepção envolvendo o tema. O maior acesso às informações faz com que os profissionais de saúde compreendam que falar sobre suicídio não é uma ação incentivadora, e sim uma ação interventiva para alguém que está num nível de sofrimento tão intenso que vislumbra, na ação suicida, uma saída a tamanho sofrimento. Sidman (2003) propõe que a ação suicida seja uma resposta de fuga e esquiva de situações aversivas, o que corrobora a necessidade de uma compreensão multifatorial do fenômeno e a imprescindibilidade de se conhecer aspectos individuais, sociais e culturais dos sujeitos que manifestem a ideação ou tenham o comportamento suicida.

Apesar dos grandes avanços por parte da saúde pública ainda há muitos mitos em relação ao suicídio que prejudicam a sua prevenção. Dentre os mais comuns está o de que o sujeito que deseja se matar não exterioriza sua vontade. A maioria das pessoas que tiraram suas vidas anunciaram a sua intenção previamente. Outro equívoco é sobre a ideia de que não há nada a se fazer se alguém deseja se matar, pois se observa que a ajuda apropriada e apoio emocional podem reduzir o risco de suicídio. Aponta-se como compreensão inadequada também à noção de que quem tenta mais de uma vez se matar não quer realmente que isso ocorra. Entretanto, quem já tentou uma vez entra no grupo de maior risco ao suicídio. Falar sobre suicídio não encoraja ao ato, pelo contrário, falar sobre uma ideação e compartilhar medos e sentimentos pode fazer a diferença em favor da vida (TRIGUEIRO, 2015).

Diante deste quadro, faz-se necessário discutir sobre alguns grupos de risco que, segundo Botega (2015, p. 86), seriam: “um conjunto de pessoas que por apresentarem determinados atributos, ou por terem sido expostos a circunstâncias específicas (fatores de risco), passam a ter maior probabilidade de desenvolver uma doença ou condição clínica”. Como fatores de risco, podemos citar a influência da genética, de elementos da história pessoal e familiar, de fatores sociais e sócio-econômicos, de acontecimentos estressantes e da presença de algum transtorno mental associado.

Além dos aspectos preventivos ao suicídio, não se pode deixar de desenvolver programas de posvenção. Shneidman (1985) desenvolveu esse termo para representar todas as atividades que ocorrem pós suicídio, para minimizar o impacto das consequências da morte por esse fenômeno. Segundo Bertolote (2012, p. 120), “cada morte por suicídio afeta diretamente em média, de cinco a dez pessoas, entre familiares, amigos, colegas de trabalho ou de escola e outras pessoas próximas, que se autointitulam “sobreviventes ao suicídio”. Dito de outra forma, “enquanto o programa de prevenção visa à redução dos suicídios, a posvenção preocupa-se com o cuidado com os sobreviventes, no que diz respeito ao pós-suicídio de um ente querido” (FUKUMITSU, 2013, p. 58).

Dessa forma, os sobreviventes do suicídio têm uma maior chance de desenvolver sentimentos de culpa pela morte de entes queridos do que aqueles que perdem familiares por morte natural. Em função disso, há uma recomendação da OMS de que sejam criados grupos de ajuda mútua de sobreviventes de suicídio (BERTOLOTE, 2012).

Assim como as pessoas próximas ao sujeito que comete suicídio são afetadas, os profissionais de saúde também apresentam sentimentos como choque, tristeza, raiva e ansiedade de separação. Isso pode implicar demora na recuperação do sentimento de capacidade profissional e, algumas vezes, na esquiva de assumir novos pacientes com risco de suicídio. O processo de luto que vem associado ao suicídio costuma ser mais difícil e mais doloroso, tanto para familiares e amigos, como para profissionais de saúde, tomando como exemplo o psicólogo. Essa recuperação requer tempo, e o processo pode ser facilitado por psicoterapia, discussões clínicas, conversas com colegas e supervisão (BOTEGA, 2015).

Reafirma-se, assim, a complexidade do tema e se aponta para a necessidade de que mais estudos e pesquisas ocorram com o intuito de fornecer reflexões mais aprofundadas sobre o suicídio, sobre os fatores de risco e de proteção, numa tentativa de desmistificar o fenômeno e proporcionar instrumentalização aos profissionais da saúde envolvidos para atuarem na prevenção e posvenção do suicídio.

REFERÊNCIAS

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

ORGANIZAÇÃO mundial da Saúde; "**Suicídio é grave problema de saúde pública no e sua prevenção deve ser prioridade**", afirma OPAS/OMS. Brasília: OPAS/OMS, 15 de maio de 2018. Acesso em 23 set. 2018.

Disponível em

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5674:suicidio-e-grave-problema-de-saude-publica-e-sua-prevencao-deve-ser-prioridade-afirma-opas-oms&Itemid=839

FUKUMITSU, Karina Okajima. **Suicídio e luto: história de filhos sobreviventes**, 1ª ed, São Paulo: Digital publish & Print editora, 2013.

FUKUMITSU, Karina Okajima. **O psicoterapeuta diante do comportamento suicida**. Psicologia USP, vol. 25, n.3 p. 270-275, 2014.

SHNEIDMAN, E. **Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior**. New Jersey, NJ: Jason Aronson, 1985.

SIDMAN, M. **Coerção e suas implicações**. Campinas: Livro pleno, 2003.

TRIGUEIRO, André. **Viver é a melhor opção: a prevenção do suicídio no Brasil e no mundo**. 3 ed, São Bernardo do Campo, SP: Correio Fraternal, 2016.

SOBRE AS AUTORAS

Dra. Fabiana Neiva Veloso Brasileiro

Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Brasil

Professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Pesquisadora do Laboratório OTIUM do Programa de pós-graduação em Psicologia da UNIFOR. Coordenadora do LINAC - Laboratório de Investigações em Análise do Comportamento da UNIFOR.

E-mail: fabianaveloso@unifor.br

Me. Maira Gondim de Oliveira Lima

Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Brasil

Bacharel e mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do curso de Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

E-mail: maira.gondim@yahoo.com.br