

PREVENÇÃO À IDEACÃO SUICIDA DECORRENTE DA DEPRESSÃO EM ADULTOS

PREVENTION OF SUICIDE IDEA FROM ADULT DEPRESSION

Naiana Andrade de Oliveira

RESUMO

Este artigo visa levantar, de acordo com pesquisas bibliográficas, se a ideação suicida é um sintoma da depressão; quais as maneiras de analisar esta ideação; o que faz com que um indivíduo deseje se suicidar; bem como, identificar as medidas preventivas para a ideação suicida e para o suicídio utilizadas pelo psicólogo. Abordamos que fatores presentes na depressão podem vir a proporcionar ideações suicidas e, ainda, as possíveis razões que levam homens e mulheres, na fase adulta, a cometer o suicídio. Visto que boa parte da população desconhece sobre como lidar com alguém apresentando uma ideação suicida, e, mais além, não sabe identificar esse tipo de comportamento, temos como resultado uma enorme dificuldade em agir com pessoas em risco, inclusive por parte de muitos profissionais da área de saúde, que nem sempre são orientados com as devidas instruções acerca de como manejar essa situação. Conclui-se que a falta de informação sobre a depressão, o preconceito e o diagnóstico tardio são fatores que dificultam uma melhor prevenção do suicídio.

Palavras-Chave: Suicídio. Ideação Suicida. Depressão. Prevenção.

ABSTRACT

This article aims to establish, according to bibliographic research, if suicidal ideation is a symptom of depression; what are the ways of analyzing this ideation; what makes the individual to commit suicide; as well as identify the surveys and analyzes of preventive measures for suicidal ideation and what to do to prevent suicide. We discuss what factors are present in the depression that may lead to suicidal ideation and also the possible reasons that lead men and women in adulthood to commit suicide. Since most people do not know how to deal with someone with a suicidal ideation, and, furthermore, they do not know how to identify such behavior, we have a great difficulty in acting with people at risk, including by many that are not always guided with the proper instructions on how to handle this situation. It is concluded that the lack of information about depression, prejudice and late diagnosis are factors that make it difficult to prevent suicide.

Keywords: Suicide. Suicidal Ideation. Depression. Prevention.

DELIMITAÇÃO DE UM PERCURSO

A palavra suicídio deriva do latim “sui” e “caedes” e significa “morte de si mesmo”. Este é um fenômeno multifacetado, complexo e universal, que atinge todas as culturas, classes sociais e idades. De acordo com Émile Durkheim (2003), o suicídio envolve a vontade de morrer, de matar e de ser morto. O sujeito é concomitantemente vítima e assassino.

A partir de uma revisão da literatura, nota-se poucos estudos acerca do assunto referentes à faixa etária entre 35 a 50 anos. Por se tratar de uma fase teoricamente mais estável da vida do homem, com menos transformações e conflitos como na adolescência e terceira idade, quais seriam as principais razões para o surgimento da ideação suicida? Baseado nesse questionamento, o presente artigo visa esclarecer sobre a depressão em jovens adultos juntamente com as formas de prevenção ao ato suicida.

Segundo o sociólogo Émile Durkheim (2013), na sua obra clássica “O Suicídio”, há dificuldade de conceituar o tema, uma vez que “se se aceita a acepção vulgar, corre-se o risco de distinguir o que deve ser confundido ou de confundir o que deve ser distinguido. Ele aborda que “chama-se suicídio toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima” (DURKHEIM, 2013, p. 11).

Para Santos (2012), a conduta suicida, tanto letal como não letal, representa um desafio para os serviços de Saúde Mental, no que se refere à compreensão dos fatores que a ela predisõem e precipitam, de forma a delinear programas e/ou intervenções eficazes de prevenção dos comportamentos suicidas. De acordo com Abreu (2010), os transtornos mentais englobam aproximadamente 90% das mortes auto infligidas e a depressão é apontada como o mais presente.

A melhor forma de prevenir o suicídio é identificando a fonte da dor e depois encaminhá-la corretamente. O foco é responder a duas perguntas: “onde dói?” e “como posso ajudá-lo?”. “O terapeuta não é aquele que tem o poder sobre o outro, e sim aquele que motiva e inspira para que o outro articule suas diversas partes e se organize em relação a si próprio e às suas relações” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O estudo sobre as causas prevalentes no ato suicida e a disseminação de informações sobre medidas preventivas podem auxiliar a sociedade com a quebra de tabus existentes sobre o tema, assim como possibilitar um olhar mais acolhedor aos que sofrem com essas ideações.

No presente artigo foi utilizada a metodologia de revisão bibliográfica, pois se adequava melhor ao objetivo proposto. A pesquisa tem um caráter exploratório e fez uso de documentação indireta, a partir de materiais publicadas em livros, artigos, dissertações e teses. A pesquisa exploratória possibilita a consideração de vários aspectos relativos ao tema estudado, assumindo a forma de pesquisa bibliográfica. Esta é desenvolvida com base em material já elaborado, principalmente através de livros e artigos científicos, sendo esses os principais meios utilizados para o levantamento do presente artigo (GIL, 2002).

E tem por finalidade colocar o pesquisador em contato com os conteúdos já existentes em relação ao assunto. Visto isso, para reduzir a margem de erros ao pesquisar algo indiretamente, através de publicações de outrém, convém que nos certifiquemos de analisar cada informação para perceber possíveis incoerências ou contradições e utilizar fontes diversas, confrontando-as de forma cuidadosa. Segundo Cervo, Bervian e da Silva (2007, p.61), a pesquisa bibliográfica “constitui o procedimento básico para os estudos monográficos, pelos quais se busca o domínio do estado da arte sobre determinado tema.”

Foi executado um levantamento bibliográfico de autores especializados em suicidologia, assim como cartilhas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Conselho Federal de Psicologia. Através de uma análise teórico conceitual, o trabalho será pautado em descrever o suicídio, explicitando suas possíveis causas e eventuais formas de tratamento. A pesquisa engloba estudos sobre o tema entre os anos de 1991 a 2016, no âmbito mundial, com dados de diferentes países. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador, a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2002).

DEPRESSÃO E O ÍNDICE DE SUICÍDIO

A depressão, segundo dados da OMS (2000), afeta 121 milhões de pessoas e é a quarta doença mais presente no mundo, podendo se tornar a segunda no ano de 2020. Estima-se que no Brasil, diariamente, 24 pessoas cometem suicídio e 90% dos casos estão ligados a algum tipo de transtorno mental. A doença psíquica mais presente no ato suicida é a depressão.

No Dia Mundial da Prevenção ao Suicídio, dia 10 de setembro, a OMS alerta para esse problema que, em 2016, foi responsável, no mundo, por uma morte a cada 40 segundos. Segundo a Organização das Nações Unidas (2012), mais de oitocentas mil pessoas se suicidam anualmente no mundo, sendo assim a principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos de idade. Além disso, constatou-se que setenta e cinco por cento (75%) dos suicídios acontecem em países de média e baixa renda.

Desde a década de 1990, a depressão vem se destacando como problema de Saúde Pública. Ela é considerada uma doença crônica, incapacitante e responsável por 30% dos casos de suicídio registrados em todo o mundo. Além disso, aproximadamente 90% das pessoas que cometeram suicídio tinham algum transtorno mental e, na época do ato, 60% estavam em quadro depressivo (OMS, 2006).

Segundo o manual diagnóstico estatístico de transtornos mentais (DSM-V), existem diversos transtornos depressivos, dentre eles o transtorno depressivo persistente (distímia) e o transtorno depressivo maior. Este é caracterizado por episódios de pelo menos duas semanas de duração, com alterações nítidas no afeto e na cognição. Já a distímia pode ser diagnosticada quando a alteração do humor persiste por pelo menos dois anos em adultos.

De acordo com Pordeus et al. (2002, *apud* BAPTISTA; BORGES, 2002), as faixas etárias de adultos e adultos jovens são as mais altas no suicídio. Segundo McGirr et al. (2007, *apud* BARBOSA et al, 2011), nos últimos 45 anos, a faixa etária das pessoas que cometeram suicídio mudou da população mais idosa para jovens entre 15 a 45 anos de idade. Estima-se que a tentativa de suicídio seja dez vezes maior que a consumação do ato em si. E, com base em pesquisas, Botega, Mauro e Cais (2004), mostram que 15 a 25% dos que tentam o suicídio, tentarão novamente no ano seguinte e 10% conseguem efetivamente se matar nos dez anos seguintes.

O risco aumenta em 20 vezes com indivíduos acometidos de depressão, sendo que é ainda maior no início do transtorno, onde a intensidade dos sintomas é considerada fraca ou durante o tratamento, quando o paciente se sente melhor e com maior disposição física e psíquica para elaborar a cometer o ato, visto que na depressão profunda o sujeito encontra-se muitas vezes acamado ou internado, sem maiores forças. (HOLMES, 2001) O desafio para a prevenção da ideação suicida consiste em identificar as pessoas de risco; entender as circunstâncias influenciadoras de seu comportamento e estruturar intervenções eficazes.

Falando sobre a mesma questão, Fontenelle (2008) traz que a depressão leva o sujeito a um estado de apatia, às vezes profunda, de ausência das sensações e da vontade de agir. Quando o tratamento começa a fazer efeito e ocorre uma melhora nos sintomas, a pessoa recobra parte da sua energia e vontades, ainda suicidas, e é a partir daí que planeja novamente a própria morte.

Alterações de comportamento, isolamento social, ideias de autopunição, verbalizações pessimistas são comportamentos de risco, que podem sinalizar um pedido de ajuda. Na incapacidade de enxergar possíveis formas de enfrentamento da dor, optam pela morte como uma forma de fuga (BARBOSA, 2011).

Émile Durkheim (2003) destaca a influência da depressão sobre o ato suicida. Para melhor compreender as maneiras que as pessoas interpretam as problemáticas ligadas à sua realidade, deve-se identificar as representações sociais ligadas à depressão e ao suicídio.

Para se diagnosticar a depressão, os sintomas devem persistir por duas semanas ou mais e sua origem não pode provir de um luto recente. Ela é classificada em leve, moderada ou severa. Segundo a OMS (2002), cerca de 15% das pessoas com depressão grave cometem o suicídio e somente 30% dos deprimidos em geral procuram ajuda.

Segundo Fontenelle (2008), a depressão provoca uma espécie de encolhimento de neurônios em determinadas áreas do cérebro. O medicamento vai estimular a produção dos neurotransmissores da dopamina, noradrenalina e serotonina. O tratamento farmacológico com antidepressivo demora em média duas semanas para começar a agir e o retorno ao bem-estar leva até oito semanas. Após a remissão dos sintomas, deve-se fazer o uso da medicação por pelo menos seis meses, ou, segundo alguns profissionais, durante toda a vida em se tratando de pacientes com depressão recorrente. Por outro lado, o alto custo dos medicamentos psiquiátricos e terapias, os tabus sociais e a falta de informação sobre saúde mental são as principais dificuldades para a promoção de um tratamento eficaz.

No Brasil, em 2005, as taxas de suicídios com homens abaixo dos 60 anos de idade, chegou a 11/100mil habitantes e em mulheres a taxa é de 3,4/100 mil habitantes. Mesmo com essas taxas, somente no ano de 2006 foi criado o Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio (OMS, 2006).

Estudos mostram que as taxas de suicídio são mais altas em planejamento e tentativa no sexo feminino, enquanto no masculino são de ato consumado, ou seja, as mulheres tem maior índice na tentativa de suicídio, enquanto os homens, tem menor índice, porém maior sucesso nas tentativas, por usarem métodos mais violentos e eficazes (SCHLOSSER, 2014).

As tentativas se dão nos homens, através do uso de armas de fogo; intoxicação por veneno ou medicamentos; lançar-se em veículos em movimento; precipitação em locais elevados, enforcamento, dentre outros. Segundo Turecki (2001 apud SCHLOSSER, 2014), em relação à hereditariedade, existem fatores genéticos que influenciam o desempenho do comportamento suicida e, além disso, a história familiar também tem poder influenciador, principalmente nas quais a depressão é comum.

A depressão e seus sintomas (ansiedade, tristeza, alterações do sono e da alimentação, irritabilidade) devem servir de alerta para o potencial risco de suicídio. O conhecimento desses fatores servem para uma melhor prevenção e intervenção. Os sinais de alerta do comportamento suicida incluem: falta de interesse pelo seu bem-estar; declínio na produtividade no trabalho ou no contexto acadêmico; colocação de assuntos pessoais em ordem e/ou fazimento de pazes com suas desavenças; preocupação com temas relacionados a morte e violência; promiscuidade repentina aumentada e súbita melhora do humor logo após um período depressivo. (OMS, 2006).

O suicídio, apesar de ser visto como o ato consciente de tirar a própria vida, tem, muitas vezes, suas tentativas associadas à intenção de ganhos secundários, como chamar atenção para algo que não vai bem com ele (a), pedindo ajuda de forma mais radical e perigosa (FONTENELLE, 2008). Ainda segundo esta autora, deve-se perceber também que alguns comportamentos entre depressão e ideação suicida se confundem. São eles: distúrbios do sono, cansaço, reclusão, compulsividade, descaso com a aparência, mudança no peso, apatia, dentre outros. Alguns suicidas adquirem comportamentos descuidados e se envolvem em situações de perigo.

De acordo com a OMS (2006), todas as avaliações do suicídio devem incluir:

- levantamento dos fatores de risco prevaletes e/ou relevantes;
- tentativas anteriores de suicídio;
- condições biológicas, mentais, psicossociais, dentre outras;
- magnitude dos sintomas atuais e o grau de desesperança;

- fatores de stress precipitadores;
- nível de impulsividade etc.

A escala de risco de suicídio é: inexistente, leve, moderada, severa e extrema. As razões para viver são fatores importantes na construção do plano de tratamento do paciente com ideações suicidas. Também é levado em conta o nível de ambivalência, impulsividade, rigidez e os meios de acesso a materiais letais. Esses pacientes necessitam desde informações, passando pelo acompanhamento terapêutico em conjunto ao medicamentoso, bem como apoio do âmbito social e familiar. Indivíduos com risco leve de suicídio requerem reavaliações periódicas, pois podem alterar o grau para moderado, o qual precisa de avaliação recorrente, acompanhamento com psicólogo e uso de medicação psicotrópica. No nível de risco severo ou extremo, as intervenções pode exigir um internamento involuntário (OMS, 2000).

Foram identificadas cinco características importantes em relação ao comportamento suicida.

- 1) Em torno de 60% de pessoas que cometeram o suicídio nunca haviam tentado anteriormente.
- 2) Entre 50 a 60% nunca foram acompanhados por nenhum profissional de saúde mental durante sua vida.
- 3) Dois terços dos que cometeram suicídio avisaram sua intenção a algum parente ou amigo, na semana anterior ao ato. Além disso, segundo a OMS (2006), prestes a cometer o suicídio, algumas pessoas ligam para linha de emergência ou para algum médico, amigo, o que constitui prova ambivalente quanto ao real desejo em se matar.
- 4) Metade dos que se suicidaram foram a alguma consulta médica ou psicológica em torno de seis meses antes da sua morte e 80% foram ao médico no mês anterior.
- 5) Aproximadamente 40 a 50% das pessoas que cometeram suicídios tinha depressão grave; 20% eram dependentes de álcool e 10% tinham algum transtorno mental, como esquizofrenia (CLARK; FAWCETT, 1992; *apud* BOTEGA, 2006).

O médico psiquiatra Neury José Botega (2006) aponta pesquisas indicando que os indivíduos sob maior risco de suicídio são do sexo masculino, entre 15 e 35 anos

ou acima dos 75 anos, residentes em áreas urbanas, desempregados ou aposentados, ateus, solteiros ou separados recentemente. Apesar de o suicídio envolver questões diversas, como culturais, ambientais, psicodinâmicas, o transtorno mental é o maior fator responsável pela passagem ao ato. Tendo em vista essas informações e sabendo que a depressão é uma doença altamente presente nas ideações e no ato suicida em si, faz-se necessário o levantamento de medidas preventivas e técnicas terapêuticas.

PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: TÉCNICAS TERAPÊUTICAS

O surgimento de programas de prevenção ao suicídio iniciou-se em 1994, em Banff, Canadá, com o documento intitulado de Prevenção do suicídio: diretrizes para a formulação e a implementação de estratégias nacionais (UN, 1996 *apud* BERTOLOTE, 2012). Esse documento considerava o suicídio como tendo origem “multifatorial multideterminada e transacional, que se desenvolve através de trajetórias ou percursos complexos, porém identificáveis” (Id. *Ibid.* p. 99).

Técnicas terapêuticas com sujeitos suicidas englobam o apoio ao enfrentamento de emoções intensas, confrontando comportamentos auto-destrutivos e o encorajamento da autonomia pessoal. São importantes também a superação do sentimento de desamparo, a construção de uma identidade pessoal positiva, o auto-conhecimento, dentre outros processos. Dar ao sujeito a possibilidade de se expressar pode ajudar a esvaziar seus conteúdos em situação de crise (DURKHEIM, 2013).

O maior fator de risco para o suicídio é a tentativa anterior e elas ocorrem, na maioria das vezes, em momentos de crise, de maneira impulsiva. Essas pessoas apresentam reais dificuldades em lidar com fatores estressantes, perdas e situações limites. O homem busca uma ruptura abrupta para se ver livre de uma dor psíquica insuportável.

Sobre esses riscos, Chachamovick (2009) afirma que não há apenas uma razão para o sujeito optar pelo suicídio. Ao contrário, os fatores influenciadores ocorrem em conjunto e, entre os maiores fatores de risco, estão a tentativa anterior do ato suicida, fatores genéticos, suporte social e familiar e psicopatologia. Diversos achados indicam que o aumento da impulsividade e do comportamento agressivo se destacam na mediação entre doença mental e suicídio.

A prevenção não tem sido tratada de forma adequada devido à falta de consciência do suicídio como um grave problema de saúde pública. Em diversas sociedades, o tema é um tabu e, por isso, não é discutido abertamente. (OPAS/OMS, 2016, não paginado).

As medidas preventivas englobam diversos setores, como saúde, educação, mídia, política, justiça, dentre outros. Visto isso, quebrar o tabu e sensibilizar a comunidade são fatores muito importantes para uma mudança na forma de enxergar e lidar com o tema e para que se possa alcançar progressos na prevenção ao suicídio. Segundo Cassorla (1991), muitas vezes os desencadeantes do ato suicida são tomados como causas, quando, na verdade, tal ato é o resultado de uma complexa rede de fatores, parte deles inconscientes.

De acordo com a OMS (2002), algumas medidas de redução ao suicídio podem ser tomadas tanto a níveis macros (população e comunidade) como micros (individualmente). Entre algumas medidas encontra-se a implantação de políticas públicas para a redução do uso nocivo de substâncias ilícitas; conscientização da comunidade sobre o suicídio e seus riscos; programas de conscientização e assistência; identificação e tratamento precoce da depressão ou transtorno associado ao suicídio e o cuidado mais eficaz com pessoas portadoras de transtornos mentais.

Segundo as diretrizes da OMS (WHO, 2004; 2005 apud BOTEAGA, 2006), para a prevenção ao suicídio, existem mais estratégias como fornecer materiais e treinamento nas escolas e na mídia; treinamento com equipes de saúde para uma detecção mais precoce e tratamento dos transtornos mentais; aumentar e estimular o conhecimento da população, por meio da educação pública, sobre a doença mental e seu reconhecimento precoce; reduzir o acesso aos meios letais como armas de fogo e substâncias tóxicas, dentre outras.

Segundo a OMS (2006), a equipe multidisciplinar envolvida engloba psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras e demais médicos que cooperem com a prestação de informações à comunidade sobre o suicídio e esclareçam como procurar os centros de serviços especializados.

Para Fukumitsu (2013 apud CERQUEIRA, 2015 p. 07): “[...] o luto por suicídio não é somente um fenômeno que pertence ao território da pessoa que se mata, mas trata de uma morte que pertence ao coletivo”. Em média, seis pessoas são afetadas através de um único suicídio. A família e a sociedade sofrem impacto imensurável

nesse contexto. Se o suicídio acontece em uma escola ou local de trabalho, o impacto alcança centenas de pessoas. (OMS, 2012 apud CERQUEIRA, 2015).

Os programas de intervenção preventiva buscam identificar de forma mais precoce a ideação suicida para que a prevenção em situações de risco possa ser mais eficaz. Esta prevenção dá-se através de reforço dos fatores de proteção e da redução dos fatores de risco, sejam individuais ou coletivos. Dentre eles pode-se citar os bons vínculos afetivos, a integração a um grupo social, religiosidade, estar em relacionamento amoroso estável e/ou ter filhos pequenos, possuir um emprego fixo, etc. O envolvimento religioso ajuda a reduzir a taxa de suicídio, talvez por causa do pesado julgamento moral e senso de severa punição, como, por exemplo, acontece entre os muçulmanos. (BOTEGA, 2006).

Ainda para o autor supracitado, o sentimento de pertença – no sentido de possuir forte ligação, seja a uma comunidade, a um grupo religioso ou étnico, a uma família ou a algumas instituições – protegem o indivíduo do suicídio.

Diagnóstico precoce e tratamento correto da depressão são, comprovadamente, uma das maneiras mais eficazes de se prevenir o suicídio (MANN et al., 2005; WHO, 2004). Para Bertolote e Fleischmann (2002 apud BOTEGA, 2006), 97% dos casos de suicídio poderiam ser diagnosticados anteriormente com algum transtorno mental na ocasião da passagem ao ato. Por fim, pensar em medidas preventivas ao suicídio representa acreditar que pode ser oferecido ao sujeito novas possibilidades de enfrentamento das dificuldades e sofrimentos emocionais e psíquicos.

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO: ACOLHIMENTO E RESSIGNIFICAÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), na ideação suicida há fases que se iniciam, normalmente, com a concepção ou a contemplação do ato suicida. Subsequentemente, uma estratégia de como se matar, que pode ser elaborada através de ensaios tanto realísticos quanto imaginários até, por fim, resultar em uma ação destrutiva efetiva. No entanto, devemos ter em mente que o resultado de um ato suicida depende de uma multiplicidade de variáveis que nem sempre envolve planejamento.

Ainda para o mesmo autor, as pessoas que se enquadram sob risco de suicídio possuem três características próprias.

- 1) Ambivalência: Nessa fase as pessoas, na maioria das vezes, querem alcançar a morte ao mesmo tempo que também querem viver. Quando o desejo de vida prevalece sobre o desejo de morte, temos o fator que possibilita a prevenção do suicídio.
- 2) Impulsividade: O suicídio muitas vezes pode ser também um ato impulsivo. Normalmente, é desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia.
- 3) Rigidez/constricção: O estado cognitivo de quem manifesta comportamento suicida é, na maioria das vezes, de constricção. A consciência passa a funcionar de forma dicotômica: tudo ou nada. Pensamentos, sentimentos e ações estão constrictos, ou seja, não conseguem enxergar outra saída para o problema a não ser o suicídio.

Essa ambivalência entre o desejo de viver e de morrer é o resultado do conflito subjetivo que depende da força de cada indivíduo, das circunstâncias que envolvem o ato e da possibilidade de socorro. Muitas pessoas que tentam ou cometem suicídio não desejam a morte, e uma nova vida. Observa-se no suicídio o pedido de ajuda, um grito de socorro (CASSORLA, 1991).

As tentativas de suicídio não devem ser supervalorizadas nem desvalorizadas, sendo necessário entendê-las e acolhê-las verdadeiramente. Quando há grande probabilidade do suicídio se concretizar, é recomendável o trabalho de uma equipe multiprofissional, com médicos, psicólogos, terapeutas de família e do grupo familiar (BASTOS, 2009 apud ZANA, 2013).

O Código de Ética Profissional do Psicólogo estabelece que o Psicólogo deve pautar sua conduta com base em princípios fundamentais, que versam sobre respeito, liberdade, dignidade, igualdade e integridade do ser humano. Esse profissional deve contribuir para acabar com a negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, atuar com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade, e buscar contínuo aprimoramento profissional. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

Ainda no Código de Ética, os artigos 6º, 9º e 10º apontam que o sigilo profissional tem por finalidade proteger a pessoa atendida, mantendo sob proteção as

informações e fatos conhecidos por meio da relação profissional. Todo Psicólogo, em seu exercício profissional, está obrigado ao sigilo, sendo este um dos pontos fundamentais sobre os quais se assenta o trabalho profissional. Se houver necessidade de informar a respeito do atendimento a quem de direito, devem ser oferecidas apenas as informações necessárias para a tomada de decisão que afete o usuário (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), o que dirige a ação auto-inflingida é uma dor psíquica insuportável e não uma atitude de covardia ou coragem. Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não-julgamento é fundamental para facilitar a comunicação.

No atendimento psicológico, questionar sobre idéias de suicídio, fazendo-o de modo sensato e franco, aumenta o vínculo com o paciente. O profissional que se deixa levar pelos mitos acerca do tema é fatalmente conduzido ao imobilismo terapêutico, ou ao descuido no manejo das pessoas sob risco. Segundo a OMS (2006), pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou que se matam haviam comunicado de alguma maneira sua intenção para amigos, familiares ou conhecidos.

A elaboração de estratégias preventivas eficazes depende do detalhado conhecimento dos fatores de risco, determinantes da morte por suicídio. (VOLPE, et al 2006 apud CERQUEIRA, 2015). O psicólogo pode contribuir no planejamento de técnicas e estratégias relacionadas à prevenção da recaída; construção de rede social de apoio e, se necessário, encaminhar para centros especializados de álcool e drogas, como CAPS-AD e de tratamento psiquiátrico, fazendo o uso adequado da aparelhagem disponível. Os serviços dos CAPS, CREAS, CRAS também são de fundamental importância no processo de acolhimento e encaminhamento do sujeito acometido de depressão e/ou com ideações suicidas.

O psicólogo deve, além de buscar rede de apoio, focar nos aspectos positivos da pessoa, fazendo-a falar sobre como os problemas anteriores foram resolvidos. A ambivalência do desejo entre viver e morrer deve ser acompanhada até que gradualmente o desejo de viver se fortaleça. O autor supracitado defende a ideia de que seja feito um contrato entre paciente e psicólogo, onde se extraia uma promessa do indivíduo de que ele (a) não cometa suicídio sem que se comunique com a equipe de saúde e/ou por um período de tempo específico.

O paciente deve ser orientado sobre medidas de prevenção ao suicídio que poderão ser realizadas pelos familiares e/ou amigos. Algumas delas são: impedir ou reduzir o acesso aos meios para cometer suicídio como esconder armas, facas, cordas, deixar medicamentos em local que a pessoa não tenha acesso. Tudo isso deverá ser esclarecido ao paciente, solicitando sua autorização. Deve-se também explicar que essas medidas são temporárias, até que ele(a) melhore o suficiente para reassumir o controle. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Fukumitsu (2005 apud ZANA, 2013) considera que, quando há potencial de suicídio, é importante não deixar o paciente sozinho, este precisa ser acompanhado no dia a dia. O trabalho de acompanhantes terapêuticos ou internação em instituições especializadas pode ser necessário.

Para Botega (2015), nas primeiras 24 a 48 horas após a tentativa de suicídio o paciente deve receber apoio emocional e vigilância; ter afastado de si meios letais; fazer uso de psicofármaco para reduzir sua impulsividade e ansiedade, assim como dormir à noite e ter pessoas significativas ao lado para dar apoio. Em seguida é fundamental o esclarecimento e apoio aos familiares. Na semana seguinte, o psicólogo que o acompanhe deve incrementar e facilitar contatos, com consultas frequentes; identificar os pontos gatilhos; reduzir os estressores; repetir avaliações de risco e viabilizar contatos emergenciais.

PARA CONCLUIR. SUICÍDIO: DESMISTIFICANDO, RESSIGNIFICANDO E ACOLHENDO

Vimos que a falta de informação sobre depressão e o preconceito ainda existente acerca do suicídio são fatores contribuintes para que o índice de ideação suicida continue ascendente. As famílias e amigos evitam falar sobre o assunto quando têm alguém próximo que tentou ou se suicidou de fato, o que dificulta em pesquisas acerca das possíveis causas para tal decisão e atitude. Há, ainda, poucos estudos que esclareçam a relação entre a classe social e o suicídio, para, assim, possibilitar uma maior explanação das possíveis razões financeiras ou sociais associadas a este ato.

Como já foi relatado, o maior fator de risco para o suicídio é a tentativa anterior, por isso é de fundamental importância o acompanhamento terapêutico e de familiares

nessa fase de risco. Como fatores que atrapalham a promoção de um tratamento eficaz temos o alto custo dos medicamentos psiquiátricos e terapias, os tabus sociais e a falta de informação sobre saúde mental. Conhecer a depressão e seus sintomas servem para uma melhor prevenção e intervenção.

O tratamento ideal seria aquele onde houvesse uma equipe multidisciplinar, com psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras e demais médicos que prestassem informações à comunidade sobre o suicídio, esclarecendo sobre os centros de serviços especializados. Além disso, diagnosticar precocemente e tratar a doença de forma correta são uma das maneiras mais eficazes de se prevenir o suicídio. E o papel do psicólogo é de contribuir no planejamento de técnicas e estratégias relacionadas à prevenção da recaída; construção de rede social de apoio e, se necessário, encaminhar para centros especializados de tratamento psiquiátrico ou de álcool e drogas.

A construção deste artigo me despertou o interesse em pesquisar demais faixas etárias acometidas de ideações suicidas, principalmente focando na temática do suicídio infantil, a qual parece ser rodeada de um tabu ainda maior, com dificuldade inclusive em encontrar embasamentos teóricos substanciais.

REFERÊNCIAS

ABREU, K. P, Lima, M. A. D, Kohlrausch, E., Soares, J. F. **Comportamento suicida**: fatores de risco e intervenções preventivas. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2010;12(1): 195-200. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. : manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992 p.

BAPTISTA, M. N; BORGES, A. **Suicídio**: Aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. Campinas, 2005.

BOTEGA, N. J, et al. **Comportamento suicida**: Epidemiologia. Psicologia USP vol.25 no.3 São Paulo set./dez. 2014.

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

BOTEGA, N. J., MAURO, M. L. F., & CAIS, C. F. S (2004). **Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida** - Supre Miss – Organização Mundial de Saúde. In B. G. Werlang, & N. J. Botega. (Org). Comportamento Suicida (pp. 123-140). Porto Alegre: Artmed Editora.

BOTEGA, N. J, et al. **Prevenção do comportamento suicida**. Psico, ISSN 0103-5371, Vol. 37, Nº. 3, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio** – Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, 2006.

CASSORLA, R. M. S. (1991). **Considerações sobre o suicídio**, In: R. M. S. Cassorla (coord.), *Do suicídio: Estudos brasileiros* (pp. 17-26). Campinas, SP: Papiros.

CHACHAMOVIC, E; STEFANELLO, S; BOTEGA, N; TURECKL, G. **Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?** Revista Brasileira de Psiquiatria. 2009; 31 (Supl I): S18-25.

CERQUEIRA, Yohanna, LIMA, Patrícia. **Suicídio**: a prática do psicólogo e os principais fatores de risco e de proteção. Revista IGT na Rede, v. 12, nº 23, 2015. p. 444 – 458. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/ojs>>.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A.; SILVA, Roberto da. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do Psicólogo**. Brasília – DF, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Manual de Orientações**. São Paulo, 2006.

DURKHEIM, E. **O Suicídio**: Estudo de Sociologia. São Paulo: Umf Martins Fontes, 2013.

FONTENELLE, P. **Suicídio. O futuro interrompido. Guia para sobreviventes**. São Paulo: Geração, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo. Atlas.2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio**: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do Suicídio**: Um manual para profissionais de saúde em atenção primária. Genebra: 2000.

_____. **Prevenção do Suicídio**: Um recurso para conselheiros. Genebra: 2006.

SANTOS, J. C. P, et al. **Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária**. Ordem dos Enfermeiros, 2012.

SCHLOSSER, A. et al. Revisão: **Comportamento suicida ao longo do ciclo vital**. Temas psicol. vol. 22 no.1 Ribeirão Preto abr. 2014.

ZANA, A.R.O, KOVÁCS, M.J. - **O psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação suicida ou tentativa de suicídio.** v. 13, n. 3 (2013). Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8598/6490>>.