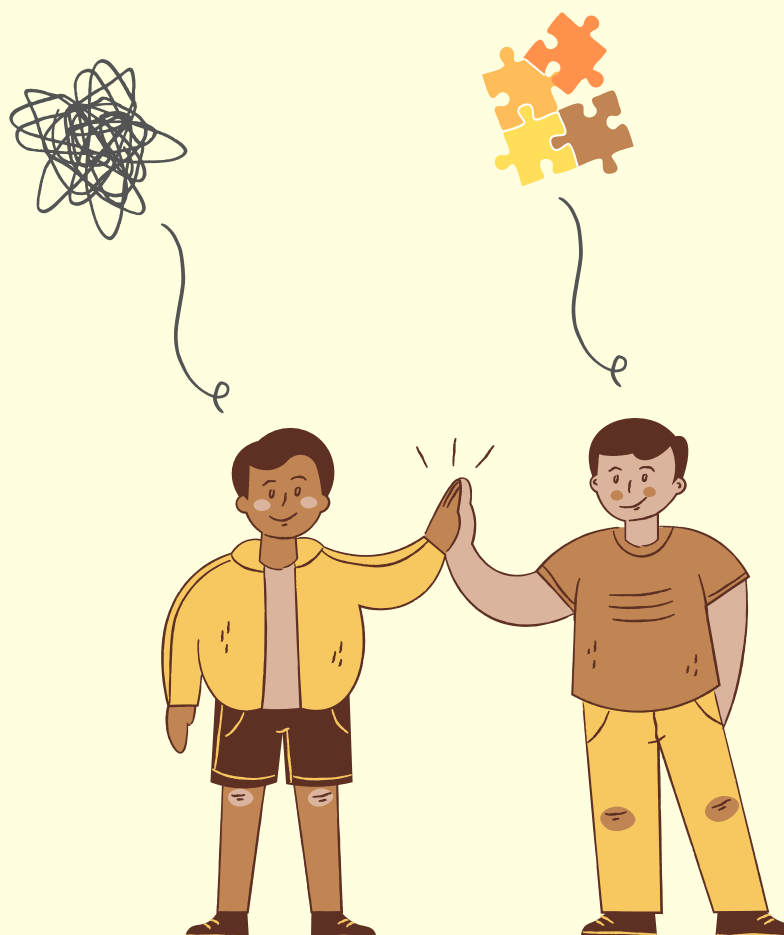


CARTILHA SOBRE

PREVENÇÃO AO SUICÍDIO



UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE MINAS GERAIS



UNIDADE DIVINÓPOLIS

CARTILHA SOBRE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

Autoria

Vitória Polianna Oliveira Matos

Coordenação

Maria Carolina de Andrade Freitas e Lilian Fernanda Silva

Montagem

Maira Alves Campos Fernandes

Apoio

Núcleo de Apoio ao Estudante (NAE) / UEMG Divinópolis

Banco de imagens

Canva

Revisão

Equipe da Assessoria de Comunicação / Diêgo Garcia, Elvis Gomes - UEMG Divinópolis

INTRODUÇÃO

pppp

O suicídio pode ser conceituado como o ato intencional de causar a própria morte. Por conta do estigma social que se consolidou acerca do tema, o assunto é considerado um tabu que gera entraves e silenciamento na busca de ajuda, tanto nos serviços de saúde quanto nas redes de apoio (FERNANDES *et al.* 2020; BOTEAGA, 2015).

Além disso, deve ser considerado como fenômeno multifatorial e complexo, pois se relaciona com fatores distais (experiências adversas no curso da vida e características genéticas e culturais) e proximais (abuso de substâncias psicoativas e experiências traumáticas). É necessário compreendê-lo também como experiência singular e individual, mas que se relaciona com aspectos culturais, políticos, econômicos, demográficos, psicológicos e psicopatológicos (existência ou não de transtornos mentais) e vulnerabilidades sociais (BOTTI, 2019; BRASIL, 2021).



Quer saber mais sobre os fenômenos socioculturais que produzem o tabu acerca da morte? Busque por:

- TORRES, Wilma da Costa. O tabu frente ao problema da morte. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 31, n. 1, p. 53-62, 1979.
- FILHO, Orli Carvalho da Silva; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Triplo tabu: sobre o suicídio na infância e na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2.693-2.698, 2021.

ALGUNS CONCEITOS

SUICIDOLOGIA

A suicidologia é “o estudo científico do comportamento suicida em seus aspectos preventivos, de intervenção e reabilitação. Compreende o estudo dos pensamentos suicidas, das tentativas de suicídio, do suicídio e de sua prevenção” (FECHIO, 2008, p. 129). Neste sentido, caracteriza-se como área multiprofissional, porque se fundamenta na psicologia, psiquiatria, biologia, história etc. (BOTTI, 2019).

PLANO SUICIDA

São pensamentos ou ideias suicidas com uma adequada estruturação, sumamente grave para quem os apresenta, pois significa que deseja suicidar-se utilizando um método específico e não outro, em determinado momento, por um motivo concreto, para deixar de viver e tomando as devidas providências para não ser descoberto (FECHIO, 2008, p. 128).



IDEAÇÃO SUICIDA

Engloba um amplo campo de pensamento que pode adquirir as seguintes formas de apresentação:

1. "o desejo de morrer, primeiro sinal a indicar a desconformidade do indivíduo com sua maneira de viver e porta de entrada para a ideação suicida."
2. "a representação suicida, que consiste em fantasias passivas do suicídio";
3. "a ideia suicida sem um método determinado, quando o indivíduo deseja suicidar-se e, ao ser perguntado sobre como vai fazê-lo, responde que não sabe como";
4. "a ideia suicida sem um método determinado, quando o indivíduo deseja suicidar-se e, ao ser perguntado sobre como vai fazer isso, responde, por exemplo, que de qualquer forma, sem mostrar preferência por algum método";
5. "a ideia suicida com um método determinado, mas sem planificação, quando o indivíduo expressa suas intenções suicidas mediante um ato específico mas sem ter elaborado uma adequada planificação";
6. "a ideia suicida planificada ou plano suicida, quando o indivíduo sabe como, quando, onde e por que vai realizar o seu ato suicida e toma, geralmente, medidas para não ser descoberto."

(FECHIO, 2008, p. 126).

ESTÁGIOS DE EVOLUÇÃO

A intenção suicida possui três estágios de desenvolvimento, que podem se sobrepor:

1. Imaginação ou contemplações de ideações;
2. Elaboração de um plano;
3. Ação concreta.

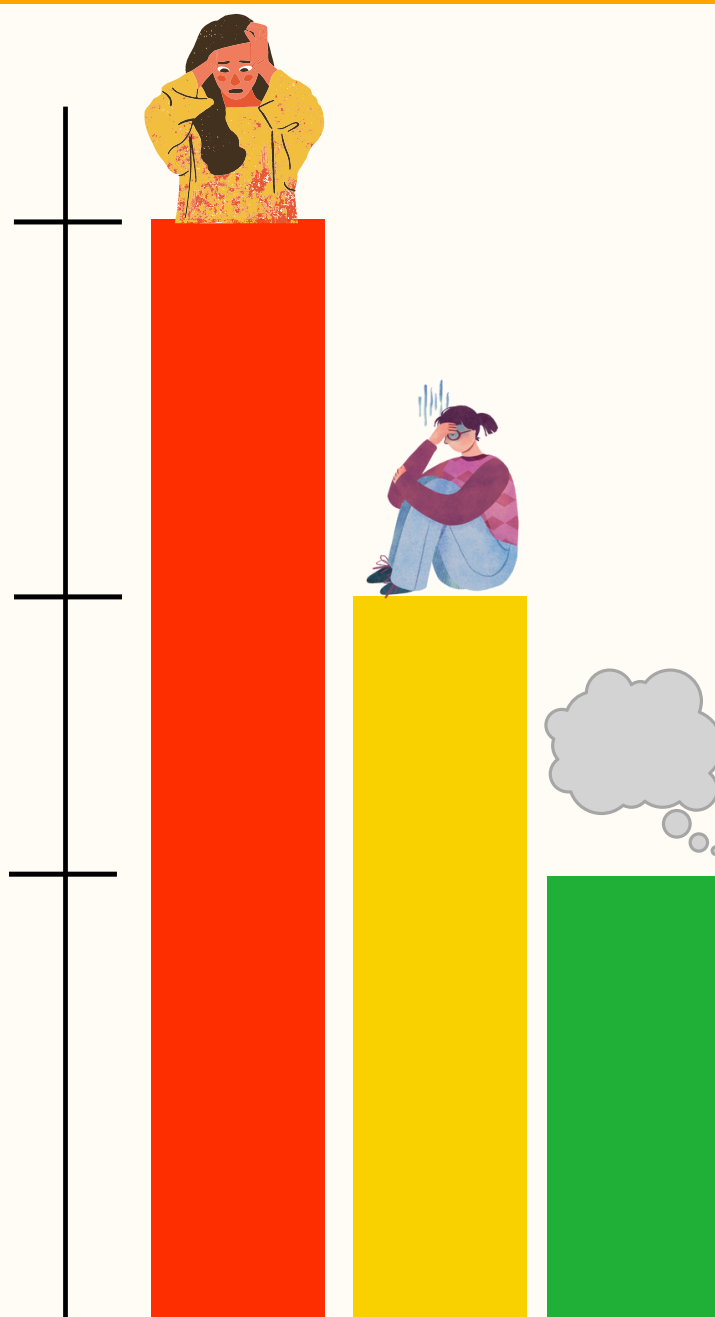


Há três características individuais que concorrem para o risco de suicídio: a ambivalência, a impulsividade e a rigidez e/ou constrição.

- **Ambivalência:** trata-se do desejo quase simultâneo de morrer (acabar com o sofrimento psíquico) e viver. Essa ambiguidade torna possível a prevenção do suicídio.
- **Impulsividade:** o impulso do ato suicida pode ser transitório, gerado a partir de eventos estressores no cotidiano. Por esse motivo, o manejo da crise por parte de profissionais da saúde pode ser uma ferramenta capaz de diminuir os riscos.
- **Rigidez e/ou constrição:** corresponde ao estado cognitivo do indivíduo. Em sujeitos com pensamento suicida, as ações, os pensamentos e os sentimentos são experienciados de maneira drástica: tudo ou nada.

(BRASIL, 2016).

GRAUS DE RISCO DE SUICÍDIO



Legenda:



Histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente, com planejamento e acesso à forma como planejou. Possui fatores agravantes, como impulsividade, rigidez do propósito de se matar, desespero, *delirium*, alucinações e abuso/dependência de álcool ou drogas.



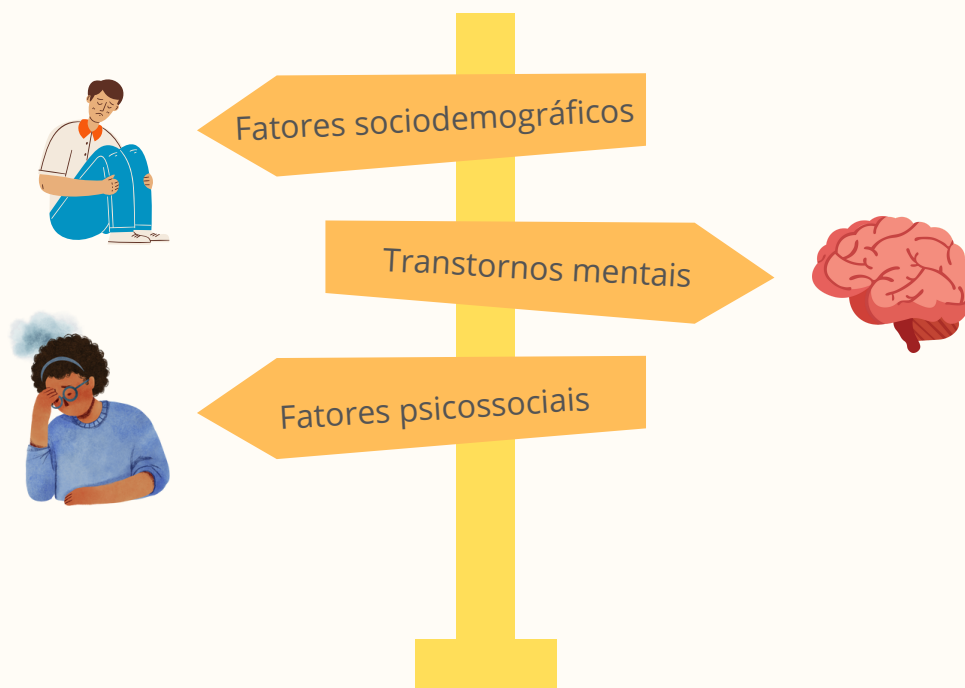
Histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente, mas sem planejamento. Não possui fatores agravantes, como impulsividade ou abuso/dependência de álcool ou drogas.



Paciente sem histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida, sem planejamento.

(RIO DE JANEIRO, 2016).

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO



Legenda:



Fatores sociodemográficos: sexo masculino; adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos; estados civis viúvo, divorciado e solteiro; pessoas LGBTQIAPN+; ateus, protestantes tradicionais; indígenas e grupos étnicos minoritários.



Transtornos mentais: depressão; abuso/dependência de álcool e outras drogas; ocorrência de transtornos mentais; esquizofrenia; transtornos de personalidade (especialmente bipolar e borderline); história familiar de doença mental; falta de tratamento ativo e continuado em saúde mental; ideação ou plano suicida; tentativa de suicídio pregressa; história familiar de suicídio.



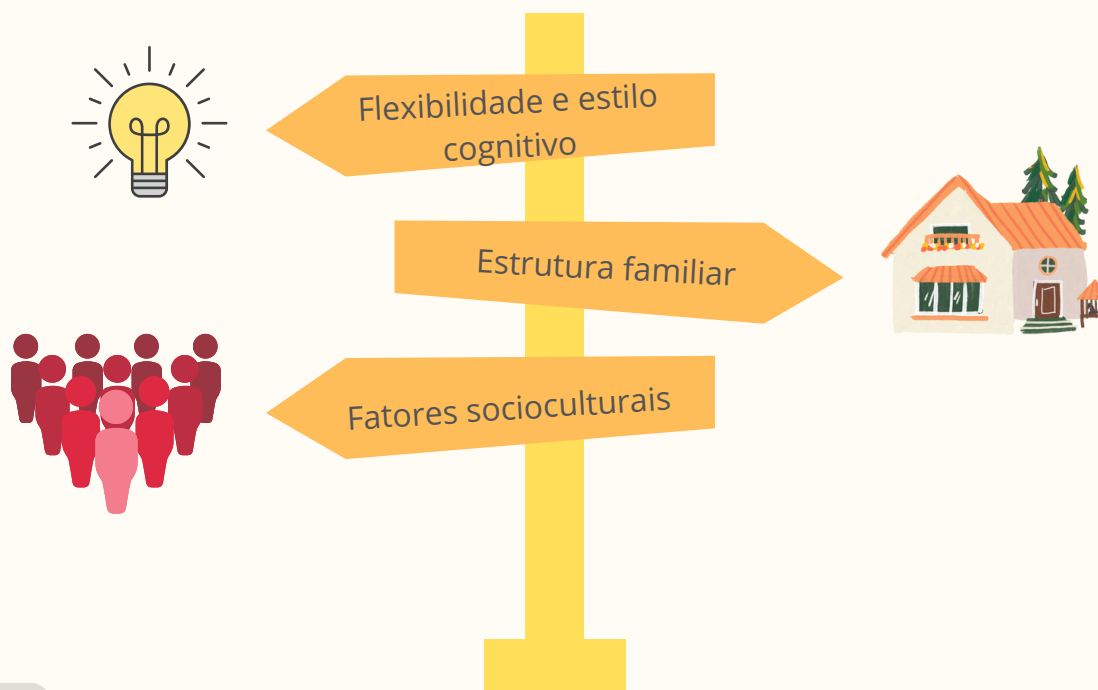
Fatores psicossociais: abuso físico ou sexual; perda ou separação dos pais na infância; instabilidade familiar; ausência de apoio social; isolamento social; perda afetiva recente ou outro acontecimento estressante; desemprego; aposentadoria; violência doméstica; desesperança; *ansiedade*; *bullying*; baixa autoestima; rigidez cognitiva; pouca flexibilidade para adversidades.



Outros fatores: acesso a meios letais (arma de fogo, venenos); doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas e terminais; estados confusionais orgânicos; agravamento ou recorrência de doenças preexistentes; falta de adesão ao tratamento; relação terapêutica frágil ou instável.

Adaptado de Botega (2015).

FATORES DE PROTEÇÃO CONTRA O SUICÍDIO



Legenda:



Flexibilidade e estilo cognitivo: flexibilidade cognitiva; disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes; disposição para buscar ajuda; abertura à experiência de outrem; habilidade para se comunicar; capacidade para fazer uma boa avaliação da realidade; habilidade para solucionar problemas da vida.



Estrutura familiar: bom relacionamento interpessoal; senso de responsabilidade em relação à família; crianças pequenas na casa; pais atenciosos e consistentes; apoio em situações de necessidade.



Fatores socioculturais: integração e bons relacionamentos em grupos sociais (colegas, amigos, vizinhos); adesão a valores e normas socialmente compartilhados; prática religiosa e outras práticas coletivas (clubes esportivos, grupos culturais); rede social que propicia apoio prático e emocional; estar empregado; disponibilidade de serviços de saúde mental.



Outros fatores: gravidez, puerpério; boa qualidade de vida; regularidade do sono; boa relação terapêutica.

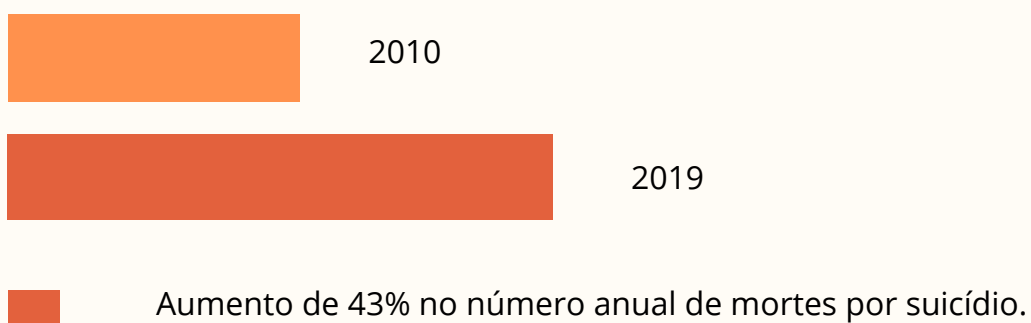
POSVENÇÃO

A posvenção possui dimensão dupla. Uma abrange intervenções realizadas com sobreviventes de suicídio a fim de prevenir outro ato suicida (BOTTI, 2018). E outra é voltada para pessoas que enfrentam o suicídio de um ente querido, a fim de auxiliar na elaboração do luto e favorecer na expressão de ideias e sentimentos. Essas ações podem ser materializadas também em grupos de apoio formados por sobreviventes e familiares (BOTEGA, 2015).



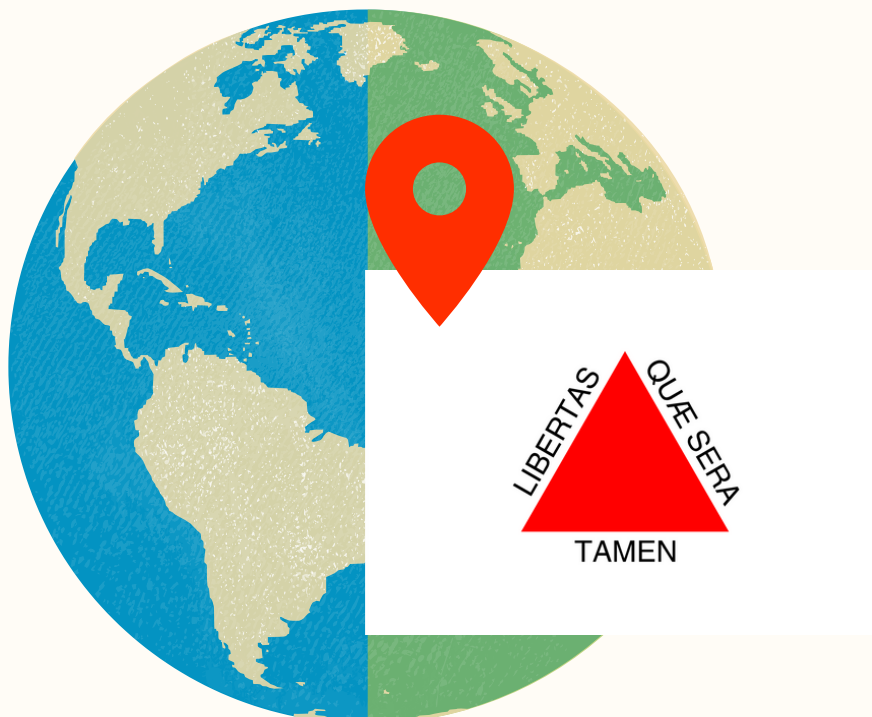
DADOS ESTATÍSTICOS

Com base em dados da Secretária de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a partir do Boletim Epidemiológico nº 33, v. 52, de setembro de 2021, ocorreram, no Brasil, 112.230 mortes por suicídio entre 2010 e 2019, o que representou um aumento de 43% no número anual de mortes por suicídio. A taxa nacional de 2019 foi de 6,6 por 100 mil habitantes, e, dentre as regiões com maior incidência, destacam-se o Sul e o Centro-Oeste.



(BRASIL, 2021).

- Minas Gerais possui uma taxa de óbitos por suicídio de 8,2 para cada 100 mil habitantes.



- O município de Divinópolis ficou em 5º lugar no *ranking* de cidades mineiras com mais registros de suicídios no ano de 2015, totalizando 23 mortes.

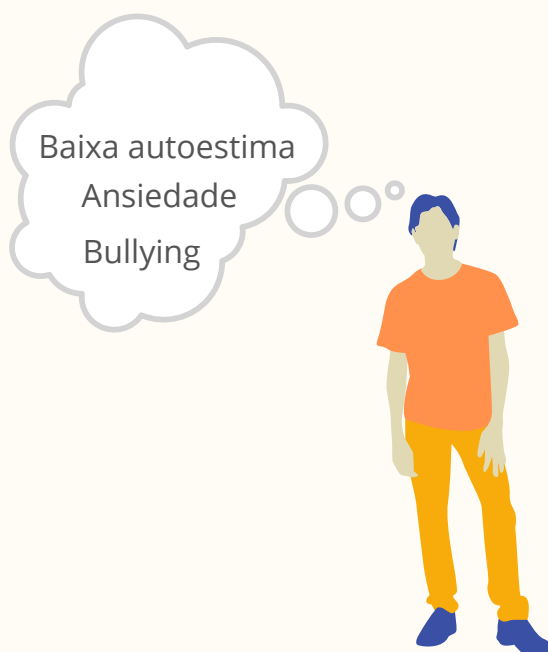


(BRASIL, 2021).

- Homens apresentam risco 3,8 vezes maior de suicídio quando comparados a mulheres.



- Todas as faixas etárias demonstraram aumento, mas destaca-se a adolescência, grupo que apresentou aumento de 81% de casos no período analisado pelo estudo do Boletim Epidemiológico de 2021.



(BRASIL, 2021).

ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Quando se trata de estudantes universitários, Silva e Azevedo (2018) demonstram, em seu estudo, que a sobrecarga de atividades, as dificuldades em relações interpessoais e na adaptação ao ambiente universitário, a pressão para obter um bom desempenho acadêmico (sobretudo em cursos da área da saúde), as condições financeiras, dentre outras questões, atravessam as vivências dos estudantes universitários, desencadeando angústias e tentativas ou ideações suicidas. No entanto, vale ressaltar que cada sujeito percebe sua existência de maneira singular e, por esse motivo, é necessário compreender o suicídio sob uma ótica multifacetada.



ONDE PROCURAR AJUDA?

- Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS I) Cidah Viana
R. Afrânio Peixoto, 911 – Catalão, Divinópolis
(37) 3222-1990
- Serviço de Referência em Saúde Mental (Sersam)
Rua Ottoni Olímpio Oliveira, 201 – Manoel Valinhas, Divinópolis.
(37) 3222-3890
- UPA - Unidade de Pronto-Atendimento
- Unidade Básica de Saúde do seu bairro
- SAMU – Disque 192
- CVV – Disque 188



REFERÊNCIAS

- BOTEGA, Neury José. **Crise suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre. Editora Artmed, 2015.
- BOTTI, Nadjia Cristiane Lappann (Org.). **Suicídio em infográficos**: coletânea de infografia temática. [recurso eletrônico]. Divinópolis: UFSJ, 2019. 120 p.: Il.
- BOTTI, Nadjia Cristiane Lappann *et al.* **Valorização da vida na adolescência: ferramentas vivenciais**. [recurso eletrônico]. Divinópolis: UFSJ, 2018. 106 p.: Il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Universidade Estadual de Campinas. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília. 2016. 74 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**. Boletim epidemiológico, v. 52, n. 33, set.2021.
- FECHIO, Luiz Gonzaga. **Suicídio e ética**: uma apreciação em nossos dias à luz do Gaudium et Spes. 139 f. 2008. Tese de Doutorado. Pontifícia Faculdade de Teologia Nossa Senhora da Assunção, São Paulo.
- FERNANDES, Márcia Astrês *et al.* Prevenção ao suicídio: vivências de estudantes universitários. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 2, p. 1-12, 2020.

- FILHO, Orli Carvalho da Silva; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Triplo tabu: sobre o suicídio na infância e na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2.693-2.698, 2021.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção. Coleção Guia de Referência Rápida. Versão profissional. Rio de Janeiro. 1ª ed./2016.
- SILVA, Maria Vanessa Moraes da; AZEVEDO, Ana Karina Silva. Um olhar sobre o suicídio: vivências e experiências de estudantes universitários. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 390-401, 2018.
- TORRES, Wilma da Costa. O tabu frente ao problema da morte. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 31, n. 1, p. 53-62, 1979.