UNIVERSIDADE DO CONTESTADO - UnC

ARIANE WOEHL

SUICÍDIO. UM FENÔMENO SILENCIOSO E SILENCIADO

MAFRA

2016

ARIANE WOEHL

SUICÍDIO. UM FENÔMENO SILENCIOSO E SILENCIADO

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado exigência para obtenção de título de Especialista em Gestão de Saúde Pública do curso de Pós-Graduação de Gestão de Saúde Pública, ministrado pela Universidade do Contestado – UnC, Campus Mafra, sob Orientação da Professora Adriana Moro Wieczorkievicz. Pesquisa financiada pelo FUMDES.

MAFRA

2016

ARIANE WOEHL

SUICÍDIO. UM FENÔMENO SILENCIOSO E SILENCIADO

EstaMonografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Especialista em Gestão de Saúde Pública

E aprovada na sua versão final em 07 maiode 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade do Contestado e Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Gestão de Saúde Pública.

Prof. Ms. Esvaldo Antunes
Coordenador do Curso de Pós-graduação em Gestão de Saúde Pública

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Adriana Moro Wieczorkievicz
(Orientadora)

Profº. Drª Renata Campos
(Avaliadora)

Profº. Ms.Esvaldo Antunes
(Avaliador)

RESUMO

Ao pensar na complexidade dos tipos de violências, e buscando respostas sociais e históricas a esses fenômenos, depara-se com um tipo silencioso, espinhoso e no mínimo embaraçoso, o suicídio. Abordar a temática neste estudo sobre o suicídio por si só, já caracteriza a complexidade que é para os trabalhadores de saúde em pensar, planejar, e criar estratégias de ações em saúde, para combater e/ou diminuir este fenômeno, bem como acolher os sobreviventes de um ato suicidário. Quando se destina o olhar para os indicadores de saúde, de morbimortalidade, consegue-se traduzir em tela, a importância de refletir sobre o suicídio, que apesar de prevenção de muitos casos, ainda há uma distância em ações em saúde na prevenção e no acolhimento dos familiares. Objetivou-se com esta pesquisa, conhecer as causas do silêncio frente ao suicido, bem como as dificuldades sociais vivenciadas pelos familiares vítimas deste fenômeno. Quietude esta disseminada tanto por parte dos Serviços de Saúde, quanto dos familiares sobreviventes de um suicídio exitoso. A metodologia para conseguir identificar o que acontece com esta comunidade é a pesquisa prospectiva básica, descritiva, transversal e qualitativa. Para tradução dos dados coletados fora utilizado à técnica de análise temática do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A morte por suicídio é dolorosa. Aceitar a morte voluntária é um exercício difícil e espinhoso para as famílias. O suicídio é um ato de extrema violência que não se esgota nele mesmo, atinge diretamente os familiares e amigos da pessoa que se auto violentou.

Palavras-Chave: Suicídio. Familiares. Saúde.

ABSTRACT

Thinking about the vastness of the types of violence, and seeking social and historical answers to these phenomena, we are faced with a silent, thorny - and an somewhat embarrassing one: suicide. Only in addressing such issue in this study, we manifest the complexity at which health workers are involved in thinking, planning and adopting strategies in this field, aiming at the combat and/or reduction of this phenomenon, as well as taking care of the survivors of a suicidal act. If one looks at the indicators about health and morbimortality, one translates the importance of thinking about suicide to the screen, which - although prevention in many cases exists - there is still some distance to go in terms of prevention and family care. The objective of this research is to know the causes of the silence when facing suicide, as well as the social obstacles experienced by relatives who are victims of this phenomenon. Silence that is disseminated by both health services and the remaining relatives of an accomplished suicide. To identify what happens with this community, we used the metodology of descritive, transversal, qualitative, basic prospective research. For translation of the collected data, it was used a technique known as Collective Subject Discourse (CSD). Death by suicide is painful. To accept voluntary death is a difficult and thorny experience for families. Suicide is an act of extreme violence that does not end in itself and affects directly both family and friends of the person who self inflicts it.

Keywords: Suicide. Family. Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Coeficiente de mortes por suicídio por 100 mil habitantes 23
Tabela 1 – Coeficiente de mortalidade devido às causas externas na América do Sul (2000-2005) 23
Tabela 2 – Classificação de países de acordo com o número absoluto de suicídios (estimativa para o ano 2000) por taxa de suicídio (ano mais recente disponível) 24
Tabela 3 – Internações por lesões autoprovocadas em SC 30
Tabela 4 – Óbitos por violência autoprovocadas em SC 30
Tabela 5 – Óbitos por violência autoprovocadas em Mafra SC 30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fatores de Risco para o Suicídio.....17
Quadro 2 – Características das tentativas de suicídio versus suicídio completo. 22
Quadro 3 – Perfil da Vítima de Suicídio das regiões do Planalto Norte de Santa Catarina e Sul do Paraná de acordo com a idade, o estado civil, a religião, a escolaridade, a profissão, dia da semana no qual o ato se consumou horário e data de acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Mafra/SC em 2015. 36
Quadro 4 – Ideia Central 1 – Sempre há um motivo 38
Quadro 5 – Ideia Central 2 – A culpa que está em todos nós.....40
Quadro 6 – Ideia Central 3 – Saudades com marcas.....42
Quadro 7 – Ideia Central 4 – O pré-conceito que nos cerca 43
Quadro 8 – Ideia Central 5 –A prevenção que não conseguimos fazer 44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **8**
1.1 OBJETIVOS 10
1.1.1 Objetivo Geral 10
1.1.2 Objetivos Específicos 10
1.2 HIPÓTESES 11
2 REFERENCIAL TEÓRICO **12**
2.1 SUICÍDIO 13
2.1.1 Fatores de Risco do Suicídio 16
2.1.2 Mitos e Verdades Sobre o Suicídio 18
2.1.3 Ideação Suicida 21
2.1.4 Tentativa de Suicídio 21
2.2 SUICÍDIO NO MUNDO 22
2.3 SUICÍDIO NO BRASIL 25
2.4 SUICÍDIO EM SANTA CATARINA E MAFRA 29
2.5 SOBREVIVENTES DO SUICÍDIO 31
3 MATERIAL E MÉTODOS **34**
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES **36**
4.1 PERFIL DOS SUJEITOS PESQUISADOS 36
4.2 APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE DOS DISCURSOS DOS SUJEITOS 37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS **48**
REFERÊNCIAS **50**

1 INTRODUÇÃO

Ao refletir na complexidade de todos os tipos de violências externas, e buscando respostas sociais e históricas a esses fenômenos, depara-se com um tipo no mínimo embaraçoso, silencioso, o suicídio. Falar da morte, sendo esta uma condição natural da vida de todos, e refletindo sobre as circunstâncias que envolvem o suicídio, nos motiva a debruçar nosso olhar, diante a este fenômeno histórico, social e absolutamente individual (BERTOLOTE, 2004).

O Suicídio, enquanto fenômeno social, cultural, histórico e ao mesmo tempo individual, tem preocupado as diversas instâncias organizacionais, dentro dos serviços de Saúde. Como relata Minayo (2010) o reconhecimento da violência pela área na saúde no Brasil vem se fazendo de forma fragmentada, lenta, intermitente, mas progressiva.

Os suicídios são muitas vezes observados através das notificações compulsórias, ou mesmo com os suicídios exitosos, mas este cenário traduz a ponta do iceberg. Não pode-se diminuir a complexidade do trabalho frente aos sobreviventes de um suicídio, bem como o acompanhamento das pessoas em sofrimento mental (CASSORLA *et al.*, 1994).

Por vezes os suicídios não são notificados, pelos órgãos competentes, tendo em vista, a maquiagem que encobre este reconhecimento, muitas vezes distorcidos, como acidentes de trânsitos, acidentes domésticos, falência de órgãos, entre outras causas. Os suicídios não são comumente registrados, em parte porque alguns suicidas disfarçam suas ações e em parte porque os que ficam não desejam reconhecer a realidade de um suicídio (SOLOMON, 2014, p. 247).

Emprestando as palavras de Solomon (2014), o suicídio é espantosamente comum e mais disfarçado e camuflado que a depressão.

Os indicadores de saúde, de morbimortalidade, traduzem em tela, a importância de refletir sobre o suicídio, que apesar de prevenção de muitos casos, ainda há uma distância em ações em saúde na prevenção e acolhimento.

Estima-se que 815.000 pessoas em todo mundo cometeram suicídio ao longo do ano 2000, o que representa uma morte a cada 40 segundos (WELANG, 2004).

Botega (2014) afirma que a cada 45 segundos ocorre um suicídio em algum lugar do planeta. Há um contingente de 1.920 pessoas que põem fim à vida diariamente.

Solomon (2014), indica que a cada 17 minutos alguém comete suicídio nos Estados Unidos. Esta informação causa impacto, e alerta a necessidade de atuar tecnicamente em rede para diminuir os indicadores desse fenômeno tão espinhoso.

Os reflexos dos cenários do suicídio são conhecidos em muitos níveis de Atenção em Saúde. Porém, não são notórios como estas violências externas, impactam a vida diária de uma sociedade. No entanto, a necessidade de se discutir a violência de modo geral, trouxe à tona o problema do suicídio (BOTEGA, 2006).

É evidente que de cada pessoa que tentou ou cometeu suicídio "05 a 06 pessoas", envolvidas neste fenômeno, de maneira cultural, social, emocionalmente e/ou economicamente (BOTEGA 2000 *apud* WERLANG, 2004).

Portanto, objetivou-se com a pesquisa, conhecer famílias que vivenciaram o suicídio bem sucedido, por meio de entrevista semiestruturada, para identificar com propriedade, o silêncio que baliza esse recorte da sociedade e sugerir proposta de trabalho específico com esta representação social. Sendo o problema de pesquisa: Quais as dificuldades dos sobreviventes do suicídio?

Este estudo surgiu de inquietação diante ao número de notificações de tentativas de suicídio e dos suicídios exitosos em uma cidade do Planalto Norte de Santa Catarina, nos últimos cinco anos.

O suicídio é um ato de extrema expressão da violência autodestrutiva. A palavra suicídio tem origem no latim *sui*: "próprio" e *caedere*: "matar", significa a ação de matar a si mesmo. O suicídio, e tão antigo quanto à história da humanidade (MELEIRO, 2004).

Segundo Brown (2001) existe uma clara tendência de aumento das taxas de suicídio entre jovens, tendo o suicídio tornando-se partir do ano de 2000, uma das três primeiras causas de morte entre adultos jovens no mundo inteiro. A maior tendência no aumento das taxas de suicídio tem se dado em países desenvolvidos, embora os países não desenvolvidos também apresentem aumento (KRYZHANOVSKAYA; PILIYAGINA, 1999).

A média das taxas de suicídio no conjunto do Estado de SC, para os anos de1996 a 2005, foi de 7,65 suicídios para cada cem mil habitantes, cerca de duas vezes o valor da taxa de suicídio que o Brasil apresentou no ano de 1999 (SERRANO, 2008).

Observa-se pesquisa realizada por Gastal (2004) as taxas de suicídio na cidade de Mafra/SC, traduzem importante preocupação. Fazendo um comparativo

com os suicídios ocorridos deste o ano de 1980 até o ano de 2002, tiveram um aumento bastante significativo às faixas etárias de 25 a 34 anos (4500%) e 55 a 64 anos (680%). Ainda como dado significativo desta pesquisa, há de se ver que a média de suicídio entre homens também aumentou nestes anos (373%) A média de suicídio por ano é 7.73 por 100.000 habitantes (maior que a média mundial).

Reconhecer os sinais de alerta ao risco de suicídio e a dificuldade de acompanhar os sobreviventes, culmina na preocupação frente à prevenção de atos violentos, dentro do contexto social. Solomon (2014), afirma que o suicídio nem sempre é uma tragédia para a pessoa que morre, mas sempre chega cedo e rápido demais para os que ficam.

Portanto, com este trabalho, pesquisou-se conhecer as causas do silêncio frente ao suicido, bem como as dificuldades sociais vivenciadas pelos familiares vítimas deste fenômeno. Quietude esta disseminada tanto por parte dos serviços de saúde, quanto dos familiares sobreviventes de um suicídio.

Balizou-se o entendimento, de que há necessidade significativa de sensibilização ao assunto, a partir do reconhecimento da existência silenciosa, bem como espinhosa deste fenômeno, como um recurso inicial de prevenção.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Pesquisar os impactos psicossociais na vida familiar dos sobreviventes do suicídio e as respostas do Estado, a nível municipal, às demandas de saúde derivadas deste impacto.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Analisar o entendimento dos familiares sobreviventes, pré e pós o ato suicida;
- Compreender de que maneira os sobreviventes de um suicídio estão sendo acompanhados pelos Serviços de Saúde.

1.2 HIPÓTESES

H1: Encontrar respostas significativas ao silêncio observado socialmente frente ao suicídio.

H2: O silêncio observado socialmente frente ao suicídio pode estar sendo ocasionado pela falta de um espaço discursivo institucional dentro dos serviços de saúde para os sobreviventes do suicídio)

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A sociedade é um organismo vivo, que adoece de diferentes maneiras. Pode-se citar algumas causas deste enfermar: alimentação inadequada, sedentarismo, dependência de drogas licitas e ilícitas e as práticas de violências e acidentes de todas as ordens (MINAYO, 2010).

Imaginar uma população que tem acesso a tecnologias de últimas gerações, avanços na medicina e na indústria farmacológica, gerando o aumento da perspectiva de vida, e observar o contraponto de uma população que morre e/ou adoece por causas de acidentes e violências, é alarmante.

> A maior parte de conceituar a violência, vem do fato de ela ser um fenômeno de ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia (MINAYO, 2010, p. 14).

No Brasil, a violência extrapola os sinais de guerra, de disputas coloniais e de livre expressão de poder. Assim como outros aspectos sociais, testemunhamos a violência também ser multiplicada de maneira cultural.

> O Brasil ocupa hoje o quarto lugar no ranking de violência na América Latina, é a segunda causa morte geral e é a primeira causa nas amplas faixas etárias de 5 a 49 anos. No caso de internações, a violência e acidentes estão no sexto lugar de importância (MINAYO, 2010, p. 65).

A OMS, em recente relatoria sobre o assunto, define a violência como o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002 *apud* MINAYO, 2010, p. 5).

O impacto do suicídio é sentido no Sistema de Saúde, não só nos prontos-socorros e hospitais, mas também nos ambulatórios e muitas vezes de forma indireta, através de queixas psíquicas e social (CHEREN *apud* SERRANO, 2008).

Como relata Minayo (2010) o reconhecimento da violência pela área na saúde no Brasil vem se fazendo de forma fragmentada, lenta, intermitente, mas progressiva.

Diante da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências oficializada em 16 de maio de 2001, por meio da Portaria Ministerial MS/GM, nº. 737 de 16/05/2001, observa-se o quanto, expressa as reais necessidades da sociedade brasileira frente às dificuldades do enfrentamento aos diversos tipos de violência e os acidentes evitáveis.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, estabelece serviços em redes de cuidados, tratamentos, encaminhamentos, reabilitação e prevenção, entre diversos segmentos, sendo eles governamentais e não governamentais.

2.1 SUICÍDIO

Ao pensar na complexidade de todos os tipos de violências, e buscando respostas sociais e históricas a esses fenômenos, nos deparamos com um tipo no mínimo embaraçoso, o suicídio.

Foi suicídio. Tirou a própria vida. Seja lá qual for a forma, sempre que você responde à pergunta" como fulano morreu?" e responde que foi suicídio, o constrangimento é imediato (FONTENELLE, 2008).

Segundo o francês Jean Baecheler (1975 *apud* SERRANO, 2008), não há nada mais especificadamente humano que o suicídio, posto que apenas o ser humano é capaz de refletir sobre a sua própria existência e de tomar a decisão de prolonga-la ou de dar-lhe fim (BERTOLOTE, 2004).

O suicídio contempla uma dimensão central relacionada ao sofrimento (WERLANG, BOTEGA, 2003). Sendo assim, pode-se pensar que o sofrimento leva o indivíduo ao ato suicida, implica "no sofrimento resultante do enfrentamento familiar frente ao suicídio de um de seus membros, assim como consequências sociais que tal ato provoca" (WERLANG; BOTEGA, 2003, p. 89)

Para Meleiro (2004) Suicídio é uma trágica e intempestiva perda de vida humana. O mais devastador e perplexo de tudo é que é resultante de um ato voluntário.

O suicídio é uma decisão de terminar com a própria vida, de dizer não à continuação de uma história, descartando qualquer possibilidade de esperança. È um ato revestido de muita violência (WERLANG, 2004).

Meleiro (2004), diz que:

> o suicídio, é uma trágica e intempestiva perda da vida humana. O mais devastador e perplexo de tudo é que é um ato voluntário. A história, filosofia e demais ciências, relatam os pensamentos e teorias frente a violência autoprovocada. Observamos que estas concepções têm mudado ao longo dos anos da Historia da Humanidade: da tradição em certas culturas ou opção aceitável em outras, para peado na Ide Media, e posteriormente sinal de doença mental (MELEIRO, 2004, p. 13).

Segundo Durkhein (1887), "toda morte que resulta mediata ou imediatamente e um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima. Tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado" (DURKHEIN *apud* FEIJÓ, 1998).

O modelo atual considera para classificação a intencionalidade Feijó (2008), aponta que, a intencionalidade entre suicídio e a tentativa de suicídio é confusa. Alguns autores chamam de suicídio quando há intenção é a morte, tentativa de suicídio ou parassuicídio quando a intenção é de mobilizar a atenção dos outros.

Para Solomon (2014), o suicídio não é culminação de uma vida difícil, nasce de algum lugar escondido além da mente e da coincidência.

Minayo (2009), o suicídio é um ato humano de infligir a si próprio o fim da vida. Em toda a variedade de definições existentes sobre o fenômeno, a intenção de morrer é o elemento-chave. No entanto, é muito difícil reconstituir com precisão o pensamento e o desígnio das pessoas que se auto eliminam, mesmo quando elas fazem declarações claras sobre suas intenções antes de morrer.

A Organização Mundial da Saúde, traduz a categorização utilizada para esta distinção (KRUG et al. 2002 *apud* MINAYO, 2009), descrita a seguir:

- Suicídio fatal constitui-se no ato humano de tirar a própria vida;
- Tentativa de suicídio diz respeito ao ato de buscar a própria morte, sem que a intenção se consume;
- Ideação suicida é um termo sinônimo de pensamento suicida. Pensar em se matar é comum entre os seres humanos quando enfrentam situações difíceis, conflituosas e dolorosas. Mas há vários graus de ideação, e ela é particularmente problemática quando a pessoa imagina que sua vida perdeu o sentido;
- Comportamento autopunitivo diz respeito ao procedimento de se infligir danos voluntariamente, como ferir-se de propósito, causar lesão a seu corpo, ficar sem se alimentar, entre outros.

No Manual de Prevenção ao Suicídio para Médicos, observamos que de acordo com estimativas da OMS do ano 2000, naquele ano, aproximadamente 1 milhão de pessoas estiveram em risco de cometer o suicídio. O suicídio é uma das 10 maiores causas de morte em todos os países, e uma das três maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 35 anos.

O impacto psicológico e social do suicídio em uma família e na sociedade é imensurável. Em média, um único suicídio afeta pelo menos outras seis pessoas. Se um suicídio ocorre em uma escola ou em algum local de trabalho, tem impacto em centenas de pessoas.

> O custo do suicídio pode ser estimado em termos de DALYs (*disability-adjustedlife- years*, ou anos de vida ajustados às limitações). De acordo com este indicador, em 1998 o suicídio foi responsável por 1,8% do custo total de doenças em todo o mundo, variando entre 2,3% em países de alta renda a 1,7% em países de baixa renda. Este é um custo equivalente ao das guerras e homicídios, grosseiramente aproxima-se do dobro do custo do diabetes, e também equivale ao custo do trauma e asfixia neonatal (BERTOLOTE, 2000, p. 3).

Expõe-se as 10 características do suicídio, apresentada por Shneidman (1992 *apud* SERRANO, 2008):

1- O propósito comum do suicídio é conseguir uma solução;

2- O objetivo comum do suicídio, é fazer a consciência cessar;

3- O estímulo comum do suicídio, é uma dor psicológica insuportável;

4- A tensão comum do suicídio, vem das necessidades psicológicas frustradas;

5- A emoção comum do suicídio, é de desespero e abandono;

6- O estado comum do suicídio, é a ambivalência;

7- A capacidade perceptiva comum do suicídio, é de estreitamento da percepção;

8- A ação comum do suicídio, é a evasão, o retirar-se da cena;

9- O ato comum do suicídio, é a comunicação da intenção;

10- A rigidez comum do suicídio, tem a ver com os padrões de personalidade que a pessoa manteve ao longo de toda vida: a pessoa se mata com a mesma determinação do que viveu.

Essas conclusões foram recolhidas com pessoas que praticaram a violência autoprovocada. Fica evidente que o principal objetivo, destas pessoas era parar de sofrer. Seria um movimento em direção à cessação, mas também um movimento de fuga da angustia, insuportável.

De modo simplificado os suicídios acontecem a partir do "triangulo letal" (SHNEIDMAN, 1985 *apud* SERRANO, 2008). O Triângulo é composto de três fatores predisponentes (1) ódio de si mesmo, por culpa ou baixa estima; (2) estado de ansiedade e agitação, em que pessoa tensa não consegue se concentrar e pensar com clareza; (3) percepção estreitada, limitando a vida intelectual, a ponto de o indivíduo não conseguir pensar num âmbito mais amplo que o da imediaticidade.

Esses três fatores podem estar presentes, mas inertes, sem gerar ações suicidas. É preciso que um gatilho desencadeie a ação. Este gatilho, geralmente apresenta-se como um fato desagradável, entendido pelo sujeito como um motivo pretexto. Seria em linguagem brasileira: "a gota d'água" (SERRANO, 2008).

Ninguém espera a palavra suicídio e demonstram isso várias formas. O mais comum é mudar de assunto, como se nem tivessem ouvido (FONTENELLE, 2008).

2.1.1 Fatores de Risco do Suicídio

Um suicídio nunca tem uma causa única ou isolada. O que se costuma atribuir como a causa de um suicídio é a expressão final de um processo de crise vivido pela pessoa (MOURA *et al.*, 2011).

Diversos estudos mostram que o suicida deseja livrar-se de um sofrimento para o qual não está encontrando saída (BORGES; WERLANG; COPATTI, 2008; BOTEGA *et al.*, 2006; SILVA *et al.*, 2006; WHO, 2001).

Antes de chegar ao ato final, o suicida já mostrou sinais e procurou ajuda para esclarecer o seu sofrimento. A atenção a todo este processo e a capacidade de lidar com o problema pode resultar em um desfecho favorável.

Para Moura *et al.* (2011), são diversas as situações de vulnerabilidade para o suicídio que merecem atenção. Entre as mais frequentes, podem ser mencionadas: doenças graves; isolamento social; ansiedade; desesperança; crise conjugal e familiar; luto; perda ou problemas no emprego; transtornos mentais, como uso abusivo de álcool e outras drogas, depressão, esquizofrenia entre outros associados à facilidade de acesso aos meios de suicídio (APA, 2003 *apud* SILVA *et al.*, 2006).

Essas situações não são determinantes para o suicídio, mas podem interagir e contribuir para a sua ocorrência quando existe sofrimento intenso.

Dessa forma, as tentativas de suicídio são consideradas como um dos principais focos das ações de vigilância, prevenção e controle.

Para Dr. J. M. Bertolote (2000) alguns fatores individuais e sócio demográficos, úteis clinicamente, estão associados com suicídio. Eles incluem:

- Transtornos psiquiátricos (geralmente depressão, alcoolismo e transtornos de personalidade);
- Doença física (doenças terminais, dolorosas ou debilitantes, AIDS);
- Tentativas anteriores de suicídio;
- História familiar de suicídio, alcoolismo e/ou outros transtornos psiquiátricos;
- Estado marital solteiro, viúvo ou separado;
- Viver sozinho (isolamento social);
- Desemprego ou aposentadoria;
- Luto na infância.

Sabe-se que o suicídio é considerado multifatorial, que pode ou não estar associado a uma patologia psiquiátrica. Então a violência autoprovocada, pode ocorrer por um fator de risco isolado ou estar integrada as diferentes causas, ou até mesmo que se relacionam entre si, como: emocionais, sociais, psicológicos, culturais, religiosos, doenças psiquiátricas, socioambientais, dependência química, fatores biológicos, e até mesmo a faixa etária deve ser analisada, para identificar os fatores de risco de um suicídio (BOTEGA, 2004).

Botega (2004) apresenta fatores de risco que merecem atenção, para avaliação das pessoas com intenção de práticas da violência autoprovocada:

Quadro 1 – Fatores de Risco para o Suicídio

Sociodemográficos
Sexo masculino
Faixa etária 15-35 anos e maior de 75anos
Separados/divorciados/solteiros/viúvos/casados
Estratos econômicos mais rico e mais pobre
Áreas urbanas
Aposentados e desempregados
Ateus protestantes católicos e judeus
Isolamento social
Psicológicos
Perda de pais na infância
Perdas recentes

Instabilidade familiar
Datas importantes
Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade do humor
Historia familiar de doença afetiva/alcoolismo/suicídio
Psiquiátricos
Depressão. Alcoolismo, drogradição, esquizofrenia, síndromes orgânicos cerebrais
Transtorno de personalidade
Tentativa de suicídio pregressa
Doenças físicas incapacitantes, dolorosas, terminais

Fonte: Botega (2004)

2.1.2 Mitos e Verdades Sobre o Suicídio

Observa-se o Manual de Prevenção ao Suicídio no nível local do Rio Grande do Sul (2011, p. 17 e 25-26) apresenta-se os mitos e verdades sobre o suicídio:

1. Quem vive ameaçando se matar nunca o faz

Esse é um dos principais mitos sobre o suicídio. O comportamento suicida é uma ação extrema de uma pessoa em grande sofrimento que não vê outra saída a não ser a morte. O mito é mais forte ainda em relação ao jovem, quando a tentativa é vista como uma forma de chamar a atenção. O fato de dizer que quer morrer já é um alerta importante de que alguma coisa vai muito mal com a pessoa. Mais de dois terços (BOTEGA *et al.*, 2006, p. 14) das pessoas que cometeram suicídio manifestaram previamente sua intenção, que não foi percebida.

2. A tentativa de suicídio é uma forma de chamar a atenção

A tentativa de suicídio deve sempre ser levada a sério, não se deve duvidar nunca da fala da pessoa que diz querer por fim a sua vida. A verbalização desse pensamento de morte é um importante sinal de alerta de que a pessoa está em grande sofrimento e que precisa de ajuda.

3. Quem quer se matar normalmente não fala sobre o assunto.

Simplesmente se mata. A maior parte das pessoas que se suicida dá sinais importantes, às vezes inconscientes, de que não estão bem e de que precisam de ajuda. Frequentemente esses sinais não são compreendidos na sua gravidade.

4. Quem comete suicídio é louco.

Independentemente do estado mental da pessoa que fala em se matar, este é um importante sinal de alerta que deve ser entendido como um pedido de ajuda. É comum achar que o suicídio ocorre apenas em quem tem um grave problema mental, mas isso nem sempre é verdade.

5. Não se deve perguntar se a pessoa está pensando em se matar porque isso pode induzi-la ao suicídio.

Pelo contrário! Ao perceber sinais de que a pessoa está pensando em suicídio, o tema deve ser abordado abertamente, porém com cautela, com uma atitude de acolhimento. Proporcionar um espaço para falar sobre seu sofrimento, de forma respeitosa e compreensiva, favorece o vínculo, mostrando que nos importamos com ela e que outras saídas são possíveis.

6. Se alguém quiser se suicidar, nada vai impedi-lo.

É importante entendermos que a pessoa que fala em acabar com sua própria vida está falando de um sofrimento insuportável, para o qual não vê saída, e que, naquele momento, enxerga a morte como única possibilidade. As tentativas de suicídio são pedidos de ajuda que devem ser entendidos como tal. Acreditar que quem quer se matar acaba se matando mesmo pode levar a uma situação de impotência diante de uma pessoa em situação de risco. "Não se trata de evitar todos os suicídios, mas sim os que podem ser evitados".

7. Quando uma pessoa tenta suicidar-se, tentará novamente pelo resto da vida.

A pessoa que quer se suicidar se sente assim por um determinado tempo, até poder enxergar outras saídas para o sofrimento que está sentindo. É nisso que o profissional deve apostar, envolvendo a pessoa nessa busca de novas possibilidades. Pensamentos suicidas podem ser recorrentes, mas não são permanentes e podem nunca mais aparecer.

8. Uma pessoa que tenta se matar uma vez, dificilmente tentará novamente.

A tentativa de suicídio é o fator de risco mais importante a ser considerado na prevenção do suicídio. As estatísticas mostram que, para cada suicídio consumado,

ocorreram 10 tentativas, e que a pessoa pode tentar mais de uma vez. Isso aponta para a importância do tratamento por profissional devidamente capacitado.

9. Após uma tentativa de suicídio, uma melhora rápida significa que o perigo já passou.

Quando a pessoa se mostra mais calma, não significa necessariamente que o problema se resolveu. Ela pode estar mais calma justamente por já ter se decidido pelo suicídio como forma de terminar com seu sofrimento, aguardando apenas uma oportunidade. Por outro lado, muitos suicídios ocorrem quando a pessoa começa a melhorar do quadro depressivo, ou seja, quando tem a energia e a vontade de transformar pensamentos em ação autodestrutiva. O início do tratamento/ recuperação da depressão é um momento crítico que requer o máximo cuidado.

10. Quem planeja o suicídio quer morrer.

A ambivalência é uma característica importante no comportamento suicida. A pessoa muitas vezes não deseja a morte, mas uma vida diferente, uma saída para seu sofrimento. O fato de dizer que quer morrer já representa um grave sinal que deve ser considerado como alerta.

11. Quem se mata é fraco.

Não se deve fazer julgamento moral da pessoa que busca no suicídio a solução para seu sofrimento. A pessoa muitas vezes sofre de um transtorno que altera sua percepção dos fatos, o que a leva a buscar na morte a sua saída. Em lugar de julgamento, o que se deve oferecer é compreensão e acolhimento, tanto para a pessoa como para seus familiares. O que leva ao suicídio é uma dor psíquica insuportável e não uma atitude de covardia ou de coragem.

12. Suicídio é coisa de rico. Pobre não tem tempo para isso.

O suicídio atinge todas as camadas sociais, independente de sexo, raça ou idade. Embora existam fatores mais associados ao suicídio, ele está presente em todas as camadas sociais.

2.1.3 Ideação Suicida

São ideias e pensamentos de morte, sem apresentar maiores manifestações de autodestruição. Podem ocorrer esporadicamente ou tomar uma proporção constante onde o indivíduo não consegue mais deixar de pensar em morrer (MELEIRO, 2004).

Meleiro (2004), diz também que a pessoa, pode a morte seria um alívio, sem, no entanto, cogitar em realiza-lo por si mesmo.

A noção de que a ideação suicida varia dentro de um *continun* ocorrendo desde ideias não especificadas como "a vida não vale a pena" ou "eu queria estar morto", para ideias especificas que se acompanham de intenção de morrer e/ou plano de suicídio (BAHLS, 2003 *apud* MELEIRO, 2004).

Minayo (2009), a ideação suicida é mais frequente entre adolescentes, população idosa e determinados grupos profissionais, como médicos, policiais e agricultores (MELHEIROS, 1998; NOGUEIRA, 2009). Estudo que revisou inquéritos epidemiológicos realizados em vários países utilizando um mesmo método de aferição de ideação suicida encontrou prevalências que variaram de 2,1% em Beirute, no Líbano, a 18,5%, em Christchurch, Nova Zelândia (WEISSMAN *et al.*, 1999).

2.1.4 Tentativa de Suicídio

Ayd (1995 *apud* MELEIRO, 2004) definiu tentativa de suicídio como qualquer ato com ameaça à vida que requer atenção médica e foi cometido com a intenção consciente de terminar cm a própria vida. Englobam atitudes e comportamento variados e indicam problema de saúde biopsicossocial, sendo o risco maior para o suicídio completo.

A literatura expressa que as tentativas de suicídio são mais frequentes em adolescentes e idosos. Segundo a OMS (KRUG *et al.* 2002) existem evidências de que apenas 25% das pessoas que tentam se matar entram em contato com hospitais e os que neles chegam são os casos mais graves.

Pesquisa realizada na cidade de Campinas, São Paulo (BOTEGA *et al.*, 2005 *apud* MINAYO, 2009), mostrou que, de cada três tentativas, apenas uma chegou aos serviços de saúde.

A APA define a tentativa de suicídio como um comportamento auto lesivo com evolução não-fatal, acompanhado de evidência tanto explícita quanto implícita de que a pessoa pretendia morrer (MELEIRO, 2004).

Meleiro (2004) apresenta as diferentes características das tentativas de suicídio versus suicídio completo.

Quadro 2 – Características das tentativas de suicídio versus suicídio completo.

	Tentativa	Completo
Sexo	Mulheres	Homens
Idade	Menos de 35 anos	Mais de 60 anos
Meio	Baixa letalidade	Alta letalidade
Diagnóstico	Menos comuns 50% não têm diagnóstico psiquiátrico	Comum: depressão, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno de personalidade
Planejamento	Impulsivo	Cuidadoso
Ambiente	Público ou de fácil observação	Privado, isolado
Disponibilidade de ajuda	Alta	Pequena
Método	Medicamentos, corta-se	Enforcamento e arma de fogo

Fonte: Meleiro (2004)

2.2 SUICÍDIO NO MUNDO

Dentre os tipos de violência, o suicídio, sendo uma violência autoprovocada, é o mais complexo, embaraçoso e silencioso de todas. O suicídio se constitui como um importante problema de saúde pública.

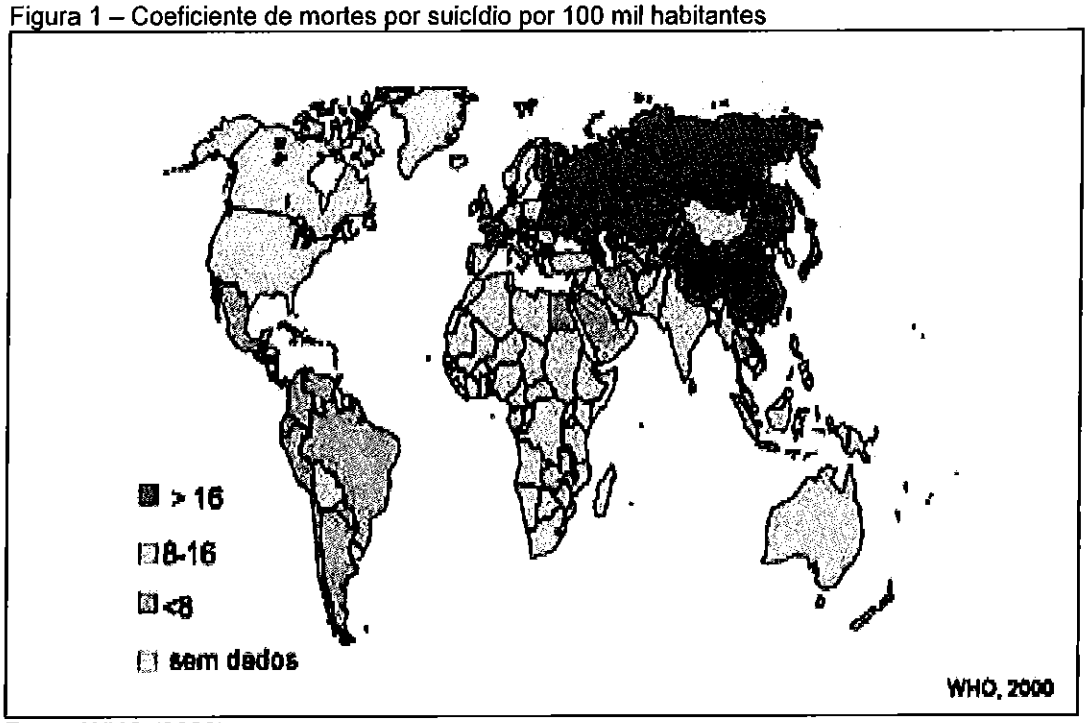
Botega (2006), diz que o suicídio:

> Está entre as dez principais causas de morte na população mundial em todas as faixas etárias, ocupando o terceiro lugar no grupo com idade entre 15 a 34 anos. Essas taxas variam entre países e em função do contexto social, gênero, meios utilizados e faixa etária.

A OMS alerta para o aumento de até 60% no número de suicídios nos últimos 45 anos em todo o mundo, representando a terceira maior causa de morte na faixa etária entre 15 e 35 anos em ambos os sexos (WHO, 2001, p. 5). Para cada suicídio, cinco a dez pessoas próximas sofrem graves consequências psicológicas, econômicas e sociais, são os chamados "sobreviventes" (WHO, 2008, p. 6).

De acordo com registros da Organização Mundial da Saúde, 900.000 pessoas cometeram suicídio em 2003. Isso representa uma morte a cada 35 segundos (WHO, 2003 *apud* BOTEGA 2006).

Figura 1 – Coeficiente de mortes por suicídio por 100 mil habitantes



Fonte: WHO (2000)

Os coeficientes de mortalidade por suicídio (calculados em termos de número de mortes por cada cem mil habitantes), segundo Botega (2006), são consideravelmente mais baixos na América do Sul do que na América do Norte e Europa (ver Tabela 1).

Da mesma forma que em outros continentes, tem-se observado um incremento nesses coeficientes entre jovens e adultos jovens de sexo masculino (SÁNCHEZ *et al.*, 2002; SERFATY *et al.*, 2003) e entre populações indígenas (OLIVEIRA; LOTUFO NETO, 2003).

Tabela 1 – Coeficiente de mortalidade devido às causas externas na América do Sul (2000-2005)

País	Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 habitantes)		
	Suicídio	Homicídio	Acidentes com veículos
Argentina	8,2	7,0	8,9
Bolívia *	*	*	*
Brasil	4,9	29,322,3	
Chile	10,9	5,7	13,2
Colômbia	5,2	80,4	20,9
Equador	5,9	21,2	13,4
Guiana Francesa	*	*	*
Guiana	11,1	5,7	6,
Paraguai	3,7	15,8	12,6
Peru	2,3	4,4	12,8
Suriname	11,5	3,0	13,7
Uruguai	13,9	5,0	13,8
Venezuela	4,8	14,7	18,0

* Sem dados disponíveis.
Fonte: WHO (2005).

Em geral nos países onde as mortes por violência autoprovocada, constituem fonte de preocupação a notificação de óbitos é feita com maior seriedade e regularidade. Muitos países registram os dados sobre a mortalidade por esta violência desde 1950. As primeiras informações brasileiras fornecidas a OMS datam de 1980.

As taxas de suicídio no Brasil foram consideradas baixas, comparadas aos demais países. (Tabela 2). Em números absolutos o Brasil ocupa a nona posição no ranking mundial. Entretanto, segundo Wang et al. (2004), quando se consideram as taxas de violência autoprovocada (caso de suicídios por 100.000 habitantes). O Brasil, foi posicionado em 71º lugar na classificação mundial (WHO, 1999).

Tabela 2 – Classificação de países de acordo com o número absoluto de suicídios (estimativa para o ano 2000) por taxa de suicídio (ano mais recente disponível)

País	Nº absoluto de suicídios	Ranking por nº absoluto	Taxa por 1000.000	Ranking por taxa de suicídio
China	195.000	1º	16.1	24º
Índia	87.000	2º	9.7	45º
Rússia	52.500	3º	41.5	3º'
Estados Unidos	31.000	4º	11.9	38º
Japão	20.000	5º	16,8	23º
Alemanha	12.500	6º	15.8	15º
França	11.600	7º	20.7	14º
Ucrânia	11.000	8º	22.6	11º
Brasil	5.400	9º	3.5	71º
Siri Lanka	5.400	10º	31	7º

Fonte: OMS (1999)

O Sociólogo Émile Durkheim (1982), um dos pioneiros dos estudos sobre suicídio, afirmava que cada país tem sua própria taxa e CAD região, dentro de um mesmo país, pode ter também sua própria taxa. Estas taxas variam segundo características locais (culturais, étnicas, religiosas, demográficas, etárias) e conjunturais (do momento) (DURKHEIM *apud* SERRANO, 2008).

Serrano (2008) aponta que a taxa mundial é estimada pela Organização Mundial da Saúde em 16 óbitos para cada cem mil habitantes. A Lituânia e a Rússia beiram 40 suicídios para cada cem mil habitantes. A França, 17, a Alemanha e a Suécia têm cada uma 13,5. O Canadá, Austrália e Nova Zelândia chegam a perto de 12. Os Estados Unidos, 11, a Itália e o Reino unido 7 e o Brasil 4.

As maiores taxas de violência autoprovocada estão na Europa, especificadamente no leste europeu, nos países que compartilham passado histórico similar e características socioeconômicas semelhantes: Estônia, Letônia e Lituânia.

Outros países com altas taxas desta violência são: Rússia Hungria e Finlândia. Subtraindo a Europa, temos altas taxas em Cuba, Japão e Ilhas Mauricio.

Wang *et al.* (2004), chama atenção para a influência da religião frente aos números de suicídios. Nos países com baixas taxas de suicídio, que possuem a tradição islâmica, bem como algumas repúblicas da Ásia Central.

Quando consideramos os muçulmanos (Kuwait, por exemplo) cuja religião proíbe o suicídio, a taxa de suicídio é praticamente próxima do zero (p. 98). Nos países católicos e budistas, as taxas são de 11,2 (Itália) e 17,9 (Japão) respectivamente.

Em contrapartida nos países considerados ateus, como a Rússia e os países bálticos, apresentam taxas evidentemente mais altas de 27 a 44/1000.000 habitantes (BERLOTE; FLEISHMANN, 2002 *apud* WANG *et al.*, 2004).

As taxas globais evidenciam dois picos: a faixa de 15 a 35 anos de idade e idosos acima de 75 anos. Os índices globais por idade variam de 0,9/100.000 no grupo de 5 a 14 anos, a 66,9/100.000 entre pessoas com mais de 75 (KRUG *et al.*, 2002).

Nos atos consumados, homens prevalecem sobre mulheres numa razão que pode chegar a 10:1, de acordo com o contexto cultural. Em média, no mundo, a relação é de 3:1. Internacionalmente, os atos fatais entre as mulheres aumentam com a idade e, na América Latina, a maior prevalência é entre adultas jovens (OMS, 2003), enquanto nas idades mais avançadas as taxas permanecem baixas, sobretudo, quando comparadas às relativas aos homens.

Quanto à etnia, estudos da OMS, mostram que os caucasianos apresentam taxas elevadas e similares em vários países do mundo. No Brasil, além desses grupos, existe um percentual elevado de suicídio entre as populações indígenas (KRUG *et al.* 2002 *apud* MINAYO, 2009).

2.3 SUICÍDIO NO BRASIL

As estatísticas sobre mortes são guardadas pelo Sistema de Informação de Mortalidade cuja sigla é SIM. Este sistema está disponível no Banco de Dados do Sistema único de Saúde, denominado DATASUS.

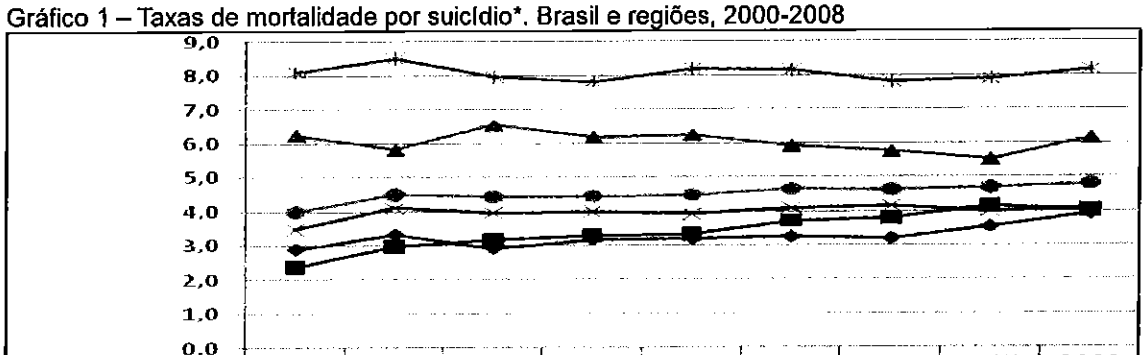
Dentro do Brasil, há variações grandes de uma região a outra e de uma cidade a outra. Enquanto a Bahia e o Nordeste têm taxas pequenas, os estados do

Sul, têm altas taxas (SERRANO, 2008). O do Brasil gira em torno de 4,5 (7,5 em homens; 2 em mulheres). Esse índice pode ser considerado baixo, quando comparado aos de outros países.

Se, em vez de coeficiente de mortalidade, considerarmos o número total de mortes por suicídio, o Brasil atingirá o nono lugar, numa escala mundial. Isso se dá por sermos um país populoso. Foram 8639 suicídios oficialmente registrados em 2006, o que representa, em média, 24 mortes por dia. É uma triste realidade, muitas vezes encoberta pelos índices elevados de homicídio e de acidentes de trânsito, campeões entre as chamadas causas externas de mortalidade.

No Gráfico 1 encontram-se informações por taxas, em geral, e por regiões do Brasil.

Gráfico 1 – Taxas de mortalidade por suicídio*. Brasil e regiões, 2000-2008



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Norte	2,9	3,3	2,9	3,2	3,2	3,2	3,2	3,5	3,9
Nordeste	2,4	3,0	3,2	3,3	3,3	3,7	3,8	4,2	4,0
Centro-Oeste	6,3	5,8	6,5	6,2	6,3	5,9	5,8	5,5	6,2
Sudeste	3,5	4,1	4,0	4,0	3,9	4,1	4,2	4,0	4,1
Sul	8,1	8,5	8,0	7,8	8,2	8,1	7,8	7,9	8,2
Brasil	4,0	4,5	4,4	4,4	4,5	4,6	4,6	4,7	4,8

(*) Dados de mortalidade extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), utilizando os códigos X60 a X84 da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Taxas por 100.000 habitantes.
Fonte: Datasus (2012).

Botega (2006) afirma que o Brasil encontra-se no grupo de países com baixa taxa de suicídio, em média 4,5/100.000 habitantes, mas, como é um país populoso, atinge o nono lugar em números absolutos de suicídio – 7987 em 2004.

Além do suicídio, há outro problema a ele ligado: o elevado número de pessoas que tentam o suicídio. No entanto, não existe nenhum sistema de registro nacional que monitore a real dimensão disso.

Apesar do Brasil, "situar-se entre os países que representam as menores taxas de morte por suicídio" (BARROS *apud* WERLANG, 2004), este fenômeno é

considerado pelo Ministério da Saúde como um problema de saúde pública, tirando a vida de uma pessoa por hora no Brasil, mesmo período no qual, outras três tentaram se matar sem sucesso.

No Brasil, há cerca de três suicídios masculinos para cada suicídio feminino. (SERRANO, 2008). Os homens apresentam maior risco de suicídio do que a mulheres, como aponta a literatura especializada (BARROS *et al. apud* BOTEGA, 2004).

Em relação ao Brasil, em 1998-2000, o total de óbitos por razão da violência autoprovocada, foi de 0,95% das mortes masculinas e 0,33% das mortes femininas. Entretanto apesar dos números retratarem a maioria de suicídio em homens, estes números oscilam dependendo da faixa etária.

Há diferenças quanto às faixas etárias. A população em que há maior número bruto de suicídios é a dos homens adultos, entre 20 e 59 anos. Para esta população, o coeficiente foi de 9 para cem mil homens dentro a faixa. Contudo é entre os homens de mais de 60 anos de idade que estão as maiores taxas, chegam a 13 para cada cem mil (SERRANO, 2008).

Quanto aos meios usados para perpetrar o suicídio no Brasil, Minayo (2009), demonstra que, em 2008 destacaram-se os enforcamentos, estrangulamentos e sufocações, tanto para os homens (59,2%), cuja proporção é maior nos municípios de pequeno porte. Em sequência, destacam-se as intoxicações por outras substâncias que não analgésicos, antipiréticos e outros (12,2%), os decorrentes do uso de armas de fogo (12%) e as precipitações de altura (3,6%). No entanto, esse último meio chega a 11,8% nos municípios acima de um milhão de habitantes.

No sistema brasileiro os casos de suicídio são registrados na seção das Causas Externas da Classificação Internacional de Doenças-décima edição (CID10). As informações de mortalidade por causas externas registram eventos letais não decorrentes de doenças biológicas, monitorando, sobretudo as mortes resultantes de acidentes fatais e violências autoprovocadas.

A dificuldade no Brasil, é distinguir o suicídio de eventos violentos como homicídios, bem como casos fatais duvidosos (CASSORL, 1994 *apud* WANG *et al.*, 2004).

Frequentemente os médicos legistas não esclarecem a causa básica da morte no atestado de óbito, especificam somente a natureza da lesão, dificultando a

obtenção de dados conclusivos sobre a natureza da morte registrada (LAURENTI; MELLO, 1987; MELLO *et al.*, 1997 *apud* WANG *et al.*, 2004).

Serrano (2008), afirma que, é bem possível, portanto que haja muitos suicídios escondidos entre as estatísticas de mortes por causas mal definidas.

Nos cenários brasileiros, são números expressivos das mortes por causas externas, mas são silenciosos, onde ocorre a violência autoprovocada.

O suicídio tem sido apontado como uma das formas de morte em acelerado aumento no Primeiro Mundo: Europa e Estados Unidos (Cf. LESTER, 1997 *apud* SERRANO, 2008). O incremento de suas taxas parece ser uma característica da transição epidemiológica.

No Brasil as taxas de suicídio são bastante baixas se comparadas à grande maioria dos países do primeiro e do segundo mundo. Contudo, os estados meridionais do Brasil, os mais parecidos com a Europa em termos étnicos, culturais e de distribuição de renda, apresentam as taxas mais altas do país (SERRANO, 2008).

Algumas medidas importantes têm sido registradas no Brasil para a mudança desse cenário, como a elaboração pelo MS, em 2005, de uma Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio e o estabelecimento das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Portaria GM/MS nº. 1.876, de 14/08/2006).

Apontamos alguns itens que balizaram a Portaria GM/MS nº. 1.876 de 14/08/2006, citados por Minayo (2009):

- formação e sensibilização da sociedade;
- capacitação dos profissionais de saúde, assistência social, educação, segurança pública;
- ampliação do acesso da população de maior risco;
- estímulo a estudos e pesquisas;
- aprimoramento da notificação sobre mortalidade e tentativas;
- fomento e apoio a programas de prevenção em nível local regional com foco na prevenção secundária;
- desenvolvimento de ações de promoção;
- redução do acesso a meios letais e a métodos autodestrutivos;
- controle e uso adequado de agrotóxicos.

Ministério da Saúde, por meio de uma parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Universidade de Campinas (Unicamp), também elaborou o manual *Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental* (BRASIL, 2006b), que apresenta, de forma clara e objetiva, os principais fatores de risco para o suicídio, os de proteção, os sintomas de transtornos mentais mais relacionados (depressão, transtorno do humor bipolar, esquizofrenia) e suas formas de tratamento.

Orienta ainda sobre como lidar em situações de risco, formas de encaminhamento, entre outras informações.

O Ministério da Saúde também vem apoiando iniciativas da sociedade civil que realizam ações de proteção e prevenção do suicídio, como as desenvolvidas pelo Centro de Valorização da Vida (CVV).

O CVV atua desde 1962 oferecendo atenção às pessoas que se encontram em sofrimento por meio do telefone 141. Além disso, a Associação Brasileira de Psiquiatria publicou, em 2009, um manual sobre o tema dedicado aos profissionais de mídia, Comportamento suicida: conhecer para prevenir (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2009).

Outras publicações, com iniciativas locais, podem ser observadas no Brasil, onde temos no Rio Grande do Sul: o Manual de Prevenção do Suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para profissionais que a integram (2011), bem como *Guia de Prevenção ao Suicídio*, sendo este um manual de Bolso (MOURA *et al.*, 2011).

2.4 SUICÍDIO EM SANTA CATARINA E MAFRA

Em Santa Catarina, apresentam-se indicadores significativos frente à violência autoprovocada. Tendo em vista, o estado se posicionar na região sul do Brasil, e sua colonização ser é basicamente alemã e italiana, estando muito enraizada na população, a virtude da preservação da honra e da dignidade.

Portanto aspectos culturais, como a vergonha de possuírem dívidas, ou outros problemas, como dependência química, doenças mentais, bem como os fatores ligados ao clima, nesse caso o frio, balizam a violência autoprovocada em SC.

Segundo Serrano,

> na capital do estado Florianópolis, teve 20 ocorrências fatais em 2003, 16 em 2004 e 26 em 2005. Blumenau teve um número maior de casos do que capital do estado, registrando, respectivamente, 22, 23, e 32 ocorrências fatais nos mesmos anos. Joinville, que é a maior cidade de SC, registrou, 37, 27, 28 ocorrências fatais para os anos respectivos (2008, p. 158).

A média das taxas de suicídio no conjunto do Estado de SC, para os anos de 1996 a 2005, foi de 7,65 suicídios para cada cem mil habitantes, cerca de duas vezes o valor da taxa de suicídio que o Brasil apresentou no ano de 1999 (SERRANO, 2008).

A taxa de Mafra-SC, neste período foi de 8,51, e esta entre os 10 municípios catarinenses com mais de 40 mil habitantes, com as maiores taxas de suicídio (SIM, DATASUS, IBGE, 2007).

Observamos na Tabela 3, o número de internações em SC, motivadas pelas lesões autoprovocadas. Apresentamos os óbitos em SC conforme Tabela 4.

Tabela 3 – Internações por lesões autoprovocadas em SC

X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**Total**
	171	273	322	286	246	1298

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS, 2013)

Tabela 4 – Óbitos por violência autoprovocadas em SC

X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**Total**
	488	519	530	520	-	2057

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS, 2013)

Sabedores de que Mafra-SC é silenciosa, frente alguns tipos de violência, isso não quer dizer que ela não esteja se fortalecendo socialmente e, além disso, se consolidando como fenômeno natural frente às realidades discrepantes que observamos. Observamos a Tabela 5 e destacamos um aumento dos casos.

Tabela 5 – Óbitos por violência autoprovocadas em Mafra SC

X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
	07	07	06	01	04	08	11	07	08	59

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS, 2014)

É evidente que de cada pessoa que tentou ou cometeu a violência autoprovocada, temos "05 a 06 pessoas", envolvidas neste fenômeno, de maneira cultural, social, emocionalmente e/ou economicamente (BOTEGA *apud* WERLANG, 2004).

Esses indicadores epidemiológicos traduzem o impacto na saúde das pessoas. Porém há limitações na alimentação sistemáticas destes Sistemas de Informações em Saúde, tendo intrinsecamente outros aspectos não apontados, como o fator do uso de drogas, pobreza, perda de pessoas queridas, desentendimentos de familiares e amigos, problemas legais ou laboratoriais, ruptura de relacionamento e outras motivações emocionais, como fator causador dos suicídios e tentativas de suicídio.

Com a população com aproximadamente 53 mil habitantes, Mafra-SC reflete pausadamente danos irreversíveis e permanentes, sem falar na fatalidade desta população atingida.

As doenças e agravos não transmissíveis respondem pelas maiores taxas de morbimortalidade e por cerca de mais 70% dos gastos assistenciais com a saúde no Brasil. Portanto, precisamos urgentemente, olhar as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS), como gargalo de investimento, planejamento e cuidado na Política Pública Municipal.

2.5 SOBREVIVENTES DO SUICÍDIO

O suicídio contempla uma dimensão central relacionada ao sofrimento (WERLANG; BOTEGA, 2003). Sendo assim, pode-se pensar que o sofrimento leva o individuo ao ato suicida, implica "no sofrimento resultante do enfrentamento familiar frente ao suicídio de um de seus membros, assim como consequências sociais que tal ato provoca" (WERLANG; BOTEGA, 2004, p. 89).

A morte sempre é dolorosa. Aceitar a morte voluntária é um exercício difícil e espinhoso para as famílias. O suicídio é um ato de extrema violência que não se esgota nele mesmo, atinge diretamente os familiares e amigos da pessoa que se auto violentou.

Para Fontenelle (2008), a morte é sempre um acontecimento que envolve dor, tristeza e cura, mas para aqueles que perdem alguém para suicídio, esse processo é

diferente porque envolve questionamento e emoções que não fazem parte de outros tipos de perda.

O silencio que reina nos núcleos familiares, enredam o dia-a-dia das pessoas mais próximas, provocando mistos de sentimentos e indagações, que muitas vezes não são percebidas pelos serviços de saúde, pela comunidade e às vezes pelos membros destas famílias. A morte é inevitável a todos os seres, mas reconhece-la é estar ciente da finitude da vida. A vida nega o suicídio, ocultando na maior parte do tempo, a realidade da própria mortalidade (SOLOMON, 2014).

Para Worden (1998), os familiares de um suicida não só ficam com uma sensação de perda, mas ficam com uma herança de vergonha, medo, rejeição, raiva e culpa. Os enlutados sofrem uma pressão depois dos fenômenos bem sucedidos, que interferem e definem o comportamento da própria família e suas relações sociais.

Desta maneira, o suicídio, ou as suas tentativas, se inserem nas inter-relações familiares e se constituem em elemento que promove alguma espécie de interação. O indivíduo que efetivamente se mata pode estar querendo resolver um problema do único modo que considera possível (SOUZA; RAZIA, 2006).

Para Solomon (2014), o suicídio é notoriamente uma solução duradoura para um problema com frequência temporário.

Aceitar a morte não é simples. Aceitar o suicídio como morte comum, é ainda mais desafiador para as famílias, porque a sociedade é construída com costumes, meio social, cultura acumulada, tabus, ritos religiosos, padrões éticos e morais, que decifram o comportamento das pessoas que comungam dos mesmos princípios. (SOLOMON, 2014)

O desespero e a angustia mental que surgem após a morte de uma pessoa querida são caóticos, imprevisíveis e incomuns em sua intensidade passional (CLARK, 2007).

As pessoas que praticam um suicídio com sucesso, não raro se sentem deslocados das sociedade. Solomon (2014), afirma que não é incomum o suicida acreditar que é um peso para os outros.

Muitas vezes uma pessoa que pensa e planeja suicídio, deixa sinais. Segundo familiar irmã sobrevivente de um suicídio[1]:

---

[1]ELENA [Gravação de vídeo]. Direção Petra Costa. Roteiro Carolina Ziskind e Petra Costa. Instituto Moreira Salles, Classificação 12 anos. 82 min. Rio de Janeiro, 2014.

> eu sinto que pouco a pouco você começa a se distanciar [...] ela dizia: eu vou ficando triste, triste [...] Agora me sinto gorda e vazia, queria ter pai, mãe e irmã em casa agora. [...] Minha garganta está machucada, sempre teve, não só pelo frio, chuva, vento, mas principalmente da consciência, do medo, da falta de amor por mim, pela minha voz. Talvez eu precise de terapia especial, para tirar esse rolo de fios, no peito e na garganta.

A mãe sobrevivente de um suicídio[2] relata que: "ela sentia um vazio enorme no peito. Sentia uma solidão muito grande".

Uma quantidade imensa de pessoas vive em desespero e não se mata por não conseguir os meios de fazê-lo (SOLOMON, 2014).

Para Clark (2007), quando a morte se deu por suicídio, fatores como estigma social, medo, culpa e autoacusação podem afetar o apoio que nos oferecem, bem como nossas reações.

[2]ELENA, 2014

3 MATERIAL E MÉTODOS

Observa-se que o silêncio frente ao suicídio baliza a sociedade em geral, que vivencia esta espinhosa situação.

Para conseguir identificar o que acontece com esta comunidade, elegeu-se como ferramenta a pesquisa prospectiva básica, descritiva, transversal e qualitativa. O método de pesquisa qualitativa contribui para conhecer os pensamentos subjetivos. A metodologia qualitativa é distinta porque enfoca o significado do comportamento do indivíduo ou de uma organização (LEFÈVRE, 2003).

A opção pelos métodos qualitativos baseia-se no fato de que eles permitem incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 1996).

A amostra pesquisada, foi escolhida aleatoriamente, com 05(cinco) famílias que possuem registro no Serviço Social da Secretaria Municipal de uma cidade do Planalto Norte Catarinense.

Esta pesquisa seguiu os princípios do sigilo e o anonimato garantidos mediante a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, fornecido no ato da entrevista, obedecendo à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos.

O projeto desta pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Contestado

A coleta de dados ocorreu através de entrevista aberta semiestruturada, com roteiro de 10 (dez) questões no período de junho a julho de 2015, utilizando como instrumento de registro um micro gravador de voz.

Os benefícios desta pesquisa foi de extrema relevância social no enfrentamento ao silêncio percebido na sociedade, diante ao suicídio.

Possibilitar um espaço de acolhimento e escuta qualificada, aos familiares, sobreviventes a este fenômeno, desencadeou uma abordagem inovadora dentro dos Serviços Públicos de Saúde.

As questões utilizadas serão:

1. Como você percebia o suicídio antes do fato ocorrido com sua família?
2. Como você observa o suicido atualmente?

3. Seu familiar demonstrou em algum momento sinais da real intenção de morte?
4. Você tem conhecimento se mais alguém na sua família cometeu suicídio?
5. Seu familiar era acompanhado pelos serviços de saúde?
6. Se não, qual motivo?
7. Quais os sentimentos que você vivenciou com relação ao suicídio?
8. Você participaria de um grupo específico para auxiliar pessoas que perderam entes queridos por suicídio nos serviços públicos de saúde?
9. Você se sente amparado hoje pelos serviços de saúde?
10. É possível prevenir o suicídio?

Para tradução dos dados foi utilizado a técnica de análise temática do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Esta técnica processa os dados, ancorados na obtenção do pensamento coletivo. Conforme Lefèvre (2003), o objetivo de uma pesquisa de representação social é o resgate do imaginário social sobre um dado tema.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da leitura exaustiva dos relatos dos familiares sobreviventes de um suicídio exitoso os mesmos foram analisados por meio do método do Discurso do Sujeito Coletivo, por isso os dados serão apresentados em duas etapas: na primeira apresentamos algumas características dos sujeitos, mas estes dados não estarão relacionados aos mesmos no decorrer da discussão e a segunda apresentando os discursos por temáticas emergidas.

Algumas considerações acerca das entrevistas podem ser dadas como, por exemplo, a percepção de que apesar do tema ser extremamente doloroso os sobreviventes não tiveram dificuldades aparentes de responder as questões, muito embora, identificou-se durante as falas muita emoção em relembrar do suicídio e das vítimas.

4.1 PERFIL DOS SUJEITOS PESQUISADOS

Dentre os sujeitos, os vínculos familiares foram diversos, irmãos, mãe, filho, sobrinho. A idade dos entrevistados variou entre 38 a 55 anos. Com relação ao estado civil das vítimas, temos 02 divorciados, 01 solteiro, 01 casado e 01 viúvo. A religião praticada pelas vítimas pesquisadas era católica. A escolaridade oscilou entre 02 vítimas com 1º grau incompleto, 01 vítima 1º grau completo, 01 pós-graduado e 01 com 3º grau incompleto. Em relação à profissão exercida pelas vítimas, 01 era estudante, 01 militar e 03 do lar. Sobre o perfil das vítimas alguns dados foram apresentados no quadro 1:

Quadro 3 – Perfil da Vítima de Suicídio das regiões do Planalto Norte de Santa Catarina e Sul do Paraná de acordo com a idade, o estado civil, a religião, a escolaridade, a profissão, dia da semana no qual o ato se consumou horário e data de acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Mafra/SC em 2015.

Idade	Sexo	Estado Civil	Religião	Escolaridade	Profissão	Dia da semana do fato	Horário de ocorrência
65	F	Divorciado	Católico	1º incompleto	Do lar	6ª feira	13:10'
60	F	Viúvo	Católico	1º completo	Do lar	Sábado	15:00'
19	M	Solteiro	Católico	3º Incompleto	Estudante	6ª feira	12:00'
47	M	Divorciado	Católico	Pós-graduado	Militar	5ª feira	07:30'
71	F	Casado	Católico	1º incompleto	Do lar	6ª feira	15:15'

Observando o perfil das vítimas, destacamos o sexo das vítimas que foram bem sucedidas no ato suicida sendo 03 femininos e 02 masculinos. Os instrumentos utilizados para os suicídios pesquisados foram 03 por enforcamento, 01 arma de fogo e 01 queda. O horário no qual o fato ocorreu teve predomínio do período matutino até início da tarde.

Os espaços físicos no qual o suicídio ocorreu, foram: 03 nas próprias residências e 02 em outros locais, sendo um em prédio privado e outro na casa dos pais. Quanto às vítimas 04 realizavam tratamento especializado com psiquiatra, 03 com psicólogos e 01 com neurologista, sendo que um dos entrevistados já havia sido internado em Hospital Especializado pela tentativa anterior de suicídio, todavia, mesmo estando aparentemente em tratamento pelo relato dos familiares pode ser observado uma descontinuidade do tratamento.

A idade da vítima mais nova era de 19 anos e a mais idosa era de 71 anos. Destaque que 80% estão na faixa etária acima dos 45 anos. A profissão se enquadrou em 60% do lar, 20% militar e 20% estudante.

4.2 APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE DOS DISCURSOS DOS SUJEITOS

Após análise dos discursos dos sujeitos, conforme indica à metodologia escolhida, os mesmos foram aleatoriamente classificados com uma numeração e separados por temáticas. Quanto aos discursos, optamos por apresentá-los em quadros para melhor entendimento.

Destaca-se da metodologia de que o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) captura a variedade das expressões da população estudada por meio de respostas às entrevistas, tornando em um discurso o discurso de muitos (LEFÈVRE, 2003).

Os DSC foram construídos a partir das expressões chaves, recolhidas das narrativas em reposta a sete blocos de perguntas: - Por que será que o suicídio ocorreu ou quais as razões que tinha para morrer? -No momento o que você pensou? - Como se sente hoje com relação ao que aconteceu? -Como você percebia o suicídio antes do fato ocorrido com sua família? - Como você observa o suicido atualmente?-Seu familiar demonstrou em algum momento sinais da real intenção de morte? - É possível prevenir o suicídio?

Os Discursos do Sujeito Coletivo foram construídos a partir das expressões chaves, recolhidas das narrativas. Para cada questão foram agrupadas essas expressões, dividindo-se as mesmas, seguindo a classificação das ideais centrais.

O Discurso do Sujeito Coletivo captura a variedade das expressões da população estudada por meio de respostas às entrevistas, tornando um discurso o discurso de muitos (LEFÈVRE, 2003).

Quadro 4 – Ideia Central 1 – Sempre há um motivo

1- Por que será que o suicídio ocorreu ou quais as razões que tinha para morrer?	
DSC	Expressões Chaves
DSC 01 Depressão	Estava se sentindo sozinha, muita solidão, depressão, desespero. Pode ser que estivesse com sentimento de culpa, depressão, tristeza. Ele achava que a gente não o compreendia, batíamos muito de frente. Ele estava deprimido e foi momento de desespero. É uma somatória de fatos, desespero, protesto, estava depressivo. Estava com depressão. "[...] na hora que eles tentam, não pensam que vão morrer. Querem curar aquele sofrimento deles". ..." ela não achava que ia morrer, ela estava indo matar o sofrimento." "[...] a dor emocional é a pior dor." "[...] fica uma lacuna no meio disso tudo Uma dúvida..."
DSC 02 Desespero	
DSC 03 Findar do sofrimento	

Observamos nos DSC que justificaram a ideia central 1 – "Sempre há um motivo" que a depressão foi um fator comum percebido pelos sujeitos utilizado como possível explicação para o evento, ou seja, desencadeante para o comportamento suicidário. Outros adjetivos também foram destacados como ser o suicídio um ato de desespero e uma maneira de findar os sofrimentos.

Cabe destacar que a depressão não é isolada dentre os demais fatores que influenciam o sofrimento mental. É uma doença, com bases biológicas cada vez mais esclarecidas, sendo a hereditariedade um peso determinante, e vários membros de uma mesma família podem ser acometidos pelo problema. A depressão é uma das doenças mais frequentes na prática clínica geral e como a mesma é subnotificada e subtratada por desconhecimento e/ou preconceito, o suicídio é a consequência mais trágica da doença (BOTEGA, 2015).

Estima-se que 90% das pessoas que tiraram a própria vida apresentaram algum tipo de transtorno mental nos últimos seis meses de vida. Em 2002, a OMS, realizou um estudo em diferentes regiões do mundo, de quase dezesseis mil casos de suicídios, todavia, em apenas 3% não foi possível fazer um diagnóstico psiquiátrico (FONTENELLE, 2008).

A depressão pode ser um dos fatores estressores, acontecendo de maneira vinculada a outros, mas não necessariamente somente ela leva ao suicídio. Comumente, a depressão aparece combinada a outras condições mentais que agravam o risco de suicídio: impulsividade, agressividade, abuso e dependência de substâncias psicoativas e transtornos de personalidade (BOTEGA, 2015).

O indivíduo em geral, assim como especificadamente o individuo suicida, não pode ser considerado, então fora de seu ambiente familiar, social, nem se reduzir exclusivamente a sua dinâmica intrapsíquica. Cada indivíduo está em interação intensa com os membros da família e sociedade. Portanto, os problemas individuais não tem só um sentido, mas sim, certamente, uma função no contexto mais amplo onde surgiram (WERLANG, 2000).

Botega (2015) afirma que para algumas pessoas, o marcante da depressão não é a tristeza e sim a angustiante sensação de vazio, de falta de sentido e de ausência de sentimentos.

Um suicídio nunca tem uma causa única ou isolada. O que se costuma atribuir como a causa de um suicídio é a expressão final de um processo de crise vivido pela pessoa (MOURA *et al.*, 2011).

Sabe-se que o suicídio é considerado multifatorial, que pode ou não estar associado a uma patologia psiquiátrica. Então a violência autoprovocada, pode ocorrer por um fator de risco isolado ou estar integrada as diferentes causas, ou até mesmo que se relacionam entre si, como: emocionais, sociais, psicológicos, culturais, religiosos, doenças psiquiátricas, socioambientais, dependência química, fatores biológicos, e até mesmo a faixa etária deve ser analisada, para identificar os fatores de risco de um suicídio (BOTEGA, 2004).

A depressão pode até ser um fator desencadeante, considerado como um gatilho, mas não é um único motivo. Se pesquisado o histórico de quem tirou a própria vida, certamente e encontrará um padrão de comportamento que explica o suicídio (FONTENELLE, 2001).

Cassorla (1991, p. 20) e Werlang (2008) considera o suicídio como um evento que ocorre como culminância de uma série de fatores que vão se acumulando na biografia do individuo a, em que entram fatores constitucionais até ambientais, culturais, biológicos, psicológicos, etc. O que se chama "causa" é, geralmente o elo final dessa cadeia.

Todavia, mesmo tendo conhecimento de que a depressão e outros fatores podem levar um indivíduo ao suicídio é colocado por um dos sujeitos entrevistados que: *"fica uma lacuna no meio disso tudo, uma dúvida"*. Não se pode tentar explicar o que o sujeito quis dizer em relação à dúvida que tem sobre o evento, mas que ainda, além do que é entendível, pode haver outras "forças", outros "motivos", "impulsos" para tal.

Desta maneira, o suicídio, ou as suas tentativas, se inserem nas inter-relações familiares e se constituem em elemento que promove alguma espécie de interação. O indivíduo que efetivamente se mata pode estar querendo resolver um problema do único modo que considera possível (SOUZA; RAZIA, 2006).

Para Solomon (2014), o suicídio é notoriamente uma solução duradoura para um problema com frequência temporário.

Quadro 5 – Ideia Central 2 – A culpa que está em todos nós

2- No momento o que você pensou?	
DSC	Expressões Chaves
DSC 01 Culpabilização da vítima	"[...] que não estava morta. Tentei salvar. Fiquei preocupada com minha mãe e minha tia. Sentimento enorme de tristeza.". "e se eu tivesse chego antes." "Pensei mil e uma coisas, mas de início fiquei com muita raiva, você está abandonando a gente, porque fez isso?" "Meu Deus o mundo acabou. A culpa é minha, ele fez isso por minha culpa. "[...] ele não conseguia dialogar, batíamos de frente o tempo todo." "Logo no início sentimentos foram muito fortes." "[...] e se, ela tivesse contado, se aberto, certamente a gente teria ajudado." "[...] e se na época tivesse um serviço público de apoio, ela teria participado e talvez não teria acontecido." "[...] pessoa não vê outra solução para os problemas dela se não a morte pra ela parar de sofrer." "[...] pensei, e se eu não tivesse jogado um pedaço de maconha que encontrei, talvez ele tivesse usado e não teria feito o que fez [...]." "[...] a gente pensa o porque eu não trabalhei mesmo, porque eu não a escutei mais, porque não fiquei mais junto".
DSC 02 Auto Culpabilização	"[...] não acho que ela queria morrer, queria chamar atenção". "[...] eu não era tão informada, se fosse teria agido diferente, teria levado no psicólogo e ficado junto se preciso fosse". "[...] foi uma maneira dele me castigar, pra eu me sentir culpada o resto da minha vida. Depois você percebe que não era isso que o problema estava com ele." "[...] foi uma falha minha não monitorar o uso adequado dos medicamentos. E se eu tivesse monitorado melhor o uso do remédio... Por muito tempo me senti muito culpada por não ter acompanhado de perto." "[...] depois que acontece a gente se culpa muito." "[...] eu não entrei no mundo dele. Não consegui ter esse tato de pensar como ele." "[...] as pessoas são incapazes de lidar com frustrações, e o único recurso é por fim, porque daí acaba tudo. Acaba o teu sofrimento, acaba o sofrimento dos outros" "[...] eu sei da responsabilidade pelo o que aconteceu." "[...] foi uma história toda que culminou naquele momento." "Arrependimento por não ter dado mais tempo, quem sabe se eu tivesse dedicado mais tempo talvez."

Observamos nos relatos que 80% dos entrevistados em um primeiro momento sentiram culpa após o suicídio do parente e 20% raiva em relação ao ato suicida de seu familiar, seguidos desse sentimento, depois da elaboração muita tristeza e desespero.

Segundo Botega (2015) após o choque inicial da notícia do suicídio, vêm os sentimentos de culpa e de responsabilidade pela morte. Ao mesmo tempo, o suicídio nos impõem a rejeição e o abandono por parte do falecido. Isso costuma misturar e confundir raiva com tristeza e, consequentemente gerar mais culpa.

Destacamos no DSC 01 e 02 o sentimento maciço da culpa, com a expressão "[...] e se [...]". É praticamente impossível não se questionar sobre o que poderia ter sido feito para impedir o suicídio de alguém próximo. Segundo Fontenelle (2008) todos passam por isso.

Outro importante ponto que merece destaque além do familiar se culpar é a "Culpabilização da vítima", ou seja, colocar a culpa no próprio indivíduo suicida, que em condição de doente não conseguiu fazer as melhores escolhas, e na impulsividade retirou a própria vida.

As pessoas que praticam um suicídio com sucesso, não raro se sentem deslocados das sociedade. Solomon (2014), afirma que não é incomum o suicida acreditar que é um peso para os outros.

Ainda para Fontenelle (2008), a morte é sempre um acontecimento que envolve dor, tristeza e cura, mas para aqueles que perdem alguém em um ato suicida, esse processo é diferente porque envolve questionamentos e emoções que não fazem parte de outros tipos de perda.

O suicídio é tomado como uma mensagem que se quer passar, como uma marca que se pretende deixar na vida de outra pessoa. Como pode ser observado nas expressões "*queria chamar atenção...*" *foi uma maneira dele me castigar, pra eu me sentir culpada o resto da minha vida* Na maioria das vezes, não se espera que ocorra o suicídio, uma morte sempre violenta e chocante, que não é vista como uma forma socialmente aceitável de se morrer. A realidade da perda, gradualmente irá penetrar na vida das pessoas enlutadas, com sentimentos que podem variar de tristeza e vazio a raiva, confusão e rejeição (BOTEGA, 2015).

Para Clark (2007), quando a morte se deu por suicídio, fatores como estigma social, medo, culpa e autoacusação podem afetar o apoio que nos oferecem, bem como nossas reações.

O suicídio em geral, não é visto como uma forma aceitável de se morrer. Às vezes esconde-se o fato de a morte ter sido por suicídio, e, em outras vezes, são negados os sentimentos mais dolorosos. O incomodo se expressa no silêncio, na ausência do que dizer, no inconformismo, na incredulidade. É como se as palavras fossem inúteis, como se nada pudesse amenizar a dor, e essa reação vai alimentando, com o tempo, a nossa própria resistência em expor o que sentimos (FONTENELLE, 2008).

Quadro 6 – Ideia Central 3 – Saudades com marcas

3- Como se sente hoje com relação ao que aconteceu?	
DSC	Expressões Chaves
DSC 1 Saudades	"Sinto saudades." "Sinto saudades, a falta. Hoje consigo aceitar, reajo melhor, passei por depressão e também tentei." "Foi uma escolha [...]. Decidiu sozinho. A gente tem que trabalhar esse sentimento".
DSC 2 A aceitação do fato	Eu queria ela próxima eu queria ela perto". "[...] a vida continua, você tem noite, tem dia, tem hora do almoço, tem trabalho, se envolve com afazeres, mas isso foi um marco muito grande na minha vida. Até hoje eu não superei. Isso nunca vai passar." "[...] faz parte da minha história, tem o antes o depois a vida segue, mas [...]" "[...] lembro do luto do meu pai, foi mais fácil, o da minha mãe-que se suicidou- foi muito doloroso. Foi bem mais difícil o suicídio". "o médico que atendia minha mãe, ao ficar sabendo do ocorrido, ficou uma semana sem ir trabalhar, a secretária disse que ele precisou desse tempo para repensar no trabalho dele [...]" "[...] as pessoas não sabem lidar com a morte através de um suicídio, dói, dói muito".

A vivência de ser um sobrevivente de um suicídio não é fácil. Destacamos o quanto o DSC, retrata essa constatação. Observa-se o sentimento doloroso, entre os sujeitos, chamamos de embaraçoso, mas espinhoso o sentimento que afeta os sobreviventes do suicídio. 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 (BOTEGA, 2015)

Dentre o DSC, destacamos o sentimento de superação do luto e até mesmo certo alivio por parte dos entrevistados, principalmente os que vivenciaram isso já há mais tempo, de certa maneira um novo estágio de suas vidas. É difícil para o ser humano aceitar que esse sentimento de alívio faça parte do processo de cicatrização da dor, mas isso e é natural segundo Fontenelle (2008). O que se reflete muito nos discursos com a palavras "saudades".

Todavia, percebemos um sentimento de ambiguidade entre a aceitação e a não aceitação, mas mesmo sendo destacado pelos entrevistados que "a vida continua", o evento do suicídio deixa marcas e gera uma reflexão contínua nos familiares que por este evento passaram, ficando evidente no relato "isso nunca vai passar [...] faz parte da minha vida".

Quadro 7 – Ideia Central 4 – O pré-conceito que nos cerca

4- Como você percebia o suicídio antes do fato ocorrido com sua família?	
DSC	Expressões Chaves
DSC1 Julgamento prévio	"Julgava, o que leva uma pessoa a se matar? Questionava, pensava o que levava a pessoa a fazer isso? Achava que a pessoa estava desesperada. O porquê a pessoa fez isso?" "Que as pessoas não pensavam na família, algo nesse sentido..." "Que aquela pessoa tinha problemas, que a família não ajudou, que não fizeram nada pra mudar isso."
DSC 2 Ambiguidade de Sentimentos	Que todos têm seus porquês. Pessoa faz porque esta doente, Não vê outra saída. Eu entendo, não julgo. O suicídio é realmente uma coisa muito triste. A pessoa não precisa chegar nisso, existe tratamento. Penso totalmente diferente do que eu pensava [...] "Penso totalmente diferente.". "[...] eu sei hoje em dia, de outros suicídios e penso que a mesma dor da mãe, essa pessoa também sentia." "é um turbilhão de coisas que passam pela sua cabeça.". "sempre que acontece o suicídio, eu penso o que eu posso dizer pra essa 'pessoa. A dor dela é diferente da minha." "[...] como as pessoas não tem controle de suas reações.". "[...] apesar que tudo que identifiquei eu tentei ajudar e fazer por ela" [...]. "Mesmo tendo a depressão, é difícil a gente entender como isso acontece." [...] Por quê Deus não me deu um sinal antes do acontecido?"

O impacto social do suicido, é complexo. O suicídio em Emilie Durkheim, desloca-se do foco do individuo para a sociedade da moral, para os problema sociais. Passou a ser algo tão abstrato quanto desconfortante -"morreu na contramão, atrapalhando o tráfego", diz a canção de Chico Buarque (FONTENELLE, 2008).

Em geral luta-se pela vida e pensa-se na morte de forma genérica e abstrata como algo distante, neste ponto o indivíduo suicida é ameaçador, fere devoções e expectativas ao trazer a morte para mais perto, ele desafia subterfúgios existentes de quem o atende (BOTEGA, 2015). Assim como, a vivência do suicídio de um ente querido faz com que necessitemos reconhecer os nossos pré-conceitos a cerca do assunto, pois quando uma pessoa morre por motivos de doença, acidente, por mais desconfortável que seja todos demonstram solidariedade imediata, querem saber dos detalhes, falam abertamente sobre a situação, oferecem conforto. No suicídio, não.

O incomodo se expressa no silencio, na ausência do que dizer, no inconformismo, na incredulidade. Segundo Fontenelle (2008) é como se as palavras fossem inúteis. Pelos discursos dos familiares podemos perceber exatamente a dor do pré-conceito e a dificuldade em reconhecer que talvez a família que "eu julgava" não ter *"feito nada"*, talvez não tenha sabido fazer, trazendo um sentimento de incapacidade ao reconhecimento das próprias limitações em relação à situação.

Os questionamentos "Foi suicídio? Ele se matou?. Tirou a própria vida?". Seja lá qual for o formato, sempre se responde à pergunta "como fulano morreu? E se responde que foi suicídio, o constrangimento é imediato. Infelizmente, parte do motivo por trás do silêncio é o fato de que suicídio ainda é um tabu; as pessoas não sabem lidar com a morte voluntária (FONTENELLE, 2008).

O suicídio insere-se na mortalidade ocasionada pelas chamadas causas externas. Entre elas estão acidentes de trânsito e homicídios. Mortes com intenção indeterminada ou de causa mal definida mascaram considerável proporção de casos de suicídio, principalmente entre adultos jovens do sexo masculino (BOTEGA, 2015).

Para Werlang (2000), o suicídio não é um ato aleatório, sem finalidade, pelo contrário é vivenciado como a melhor saída disponível, onde o propósito é concentrar uma solução para um sofrimento muito intenso e insuportável.

Quadro 8 – Ideia Central 5 –A prevenção que não conseguimos fazer

6- Seu familiar demonstrou em algum momento sinais da real intenção de morte? 7- É possível prevenir o suicídio?	
DSC	Expressões Chaves
DSC1 Sinais de Alerta	"Sim, já tinha tentado uma vez." "[...] são muitos comentários que a pessoa suicida diz que você não dá devida importância." "depois a gente identificou vários sinais, foi como se ele tivesse falado pra gente." "Hoje vejo que sim, foi se afastando...Mas na época, cheguei a perguntar no início da depressão, e me garantiu que jamais faria isso." "[...] o médico falou que quando ela consultou nas últimas vezes ela estava planejando [...]." Na semana do acontecido ela estava muito bem.". "...depois de algum tempo a diarista falou que estranhou a extensão que ela usava para passar roupa estar em cima de uma cadeira. Talvez ela havia pensado só não teve coragem." "[...] ela planejou tudo certinho, se certificou se ninguém iria atrapalhar." [...] no domingo antes, a namorada me disse M. quis se matar. Procurou uma arma que era do avô dele. Tinha cadeiras quebradas, gavetas reviradas. Por sorte não encontrou [...]. [...] a gente acha que está tudo bem, mas fica mascarado as evidências e você não consegue perceber." "[...] chegou momento que ele não queria mais sair com os amigos." "[...] ela foi se afastando naturalmente [...]." "Sempre foi carentão, por isso que o que ele falava a gente achava q ele estava se fazendo [...]" -[...] a gente não tem experiência no ramo, depois que aconteceu a gente viu que ele deu vários sinais."

	"[...] ela insistiu pra ficarem lá ...tinha tudo planejado." "[...] ofereci psicólogo pra minha mãe, ela me disse não preciso eu aguento." "...ela dizia que ia no psiquiatra, eu particularmente acho que ela dava uma enrolada e não tomava os remédios". "[...] na semana do fato, ela me disse que iria voltar ao psicólogo"
DSC2 Possível Prevenção	"Na minha opinião é preciso falar dos problemas mentais já na escola. E que é preciso ensinar as crianças a pedir ajuda." [...] "gostaria de dizer que no SUS o psicólogo e psiquiatra precisam ser mais rápidos. Por que às vezes não dá tempo de esperar a consulta [...] Por que esse sofrimento tem que ser já o atendimento, pra família e pra pessoa.". "[...] falta conhecimento pra gente reconhecer os sinais." [...] difícil responder se o suicido pode ser prevenido.". "[...] a pessoa tem que querer ajuda para sair desse pensamento de morte. Quando o próprio suicida desejar sair ele aceita ajuda. Mas quando pra ele já está elaborado [...]". "[...] sempre é possível prevenir, mas tem o livre arbítrio da pessoa né [...]" "[...] mesmo sendo instruído a gente não soube lidar com a situação." "[...] eu faria diferente, eu dedicaria mais tempo pra ouvir [...]"

Observa-se nos DSC da ideia central 5 que as vitimas deixaram de alguma maneira explícita ou não sinais de suas intenções. Apesar de que para alguns casos estes sinais não eram evidentes, mas conforme diz Fontenelle (2008), o silêncio pode também ser um indicativo de despedida.

De maneira geral, as sinalizações sejam elas verbais ou não, conduzem a uma despedida, uma indicação de que a pessoa não planeja estar por perto num futuro próximo (FONTENELLE, 2008).

Nas pessoas que planejam a própria morte, alguns comportamentos se confundem com os sintomas da depressão: distúrbios de sono, uso de drogas psicoativas, reclusão, cansaço, perda de interesse por atividades que antes eram prazerosas, dores físicas, isolamento, convulsividade, descaso coma aparência, alterações de humor, mudança no peso e apatia. Outros são bem características do suicida (FONTENELLE, 2008).

È importante observar que 40% das vítimas cujos parentes responderam a esta pesquisa se enquadram nos sinais, que alguns autores chamam de traiçoeiros, ou seja, falsa melhora, por enganar quem está próximo à pessoa. Fontenelle (2008) diz que trata-se de uma aparente tranquilidade e melhora demonstrando algo longe de ser real.

Todavia, muito da prevenção do suicídio poderia ser realizada no reconhecimento dos sinais de suicídio. Mas é nítido nos relatos, principalmente como este "[...] *são muitos comentários que a pessoa suicida diz que você não dá devida importância [...]*" e o pior de todas as situações é que a família, mesmo depois de passar por esta situação continua achando que a pessoa precisa "*se*

ajudar", quando este é um dos mais evidentes sinais de risco, a não aceitação do problema.

Outros pontos dos DSC aqui colocados chamam a atenção como o afastamento, o não desejo do convívio social, esses são sinais agravados da depressão que podem levar a um suicídio exitoso.

Dessa forma a prevenção do suicídio deve ser indicada no caso de grupos populacionais com altíssimo risco de suicídio. É por isso que dar especial atenção a pessoas que tentaram se matar é um das principais estratégias em prevenção do suicídio. Espera-se que os serviços de saúde incorporem a prevenção dos suicídios, como um componente essencial e rotineiro no rol de suas funções (BOTEGA, 2015).

Para isso, no final de 2005, o Ministério da Saúde do Brasil convocou um grupo de trabalho com finalidade de elaborar um plano nacional de prevenção do suicídio. Em 2006, a Portaria nº. 1.876 instituiu Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio, recomendando várias estratégias de prevenção, entre elas: difusão e sensibilização da população a respeito de o suicídio ser um problema de saúde pública, estudos de seus determinantes e condicionantes; organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; coleta e analise de dados visando à disseminação de informações e à qualificação da gestão; educação permanente dos profissionais de saúde em prevenção do suicídio, especialmente dos que atuam na atenção básica (BOTEGA, 2015).

Um importante ponto de prevenção de novos casos na própria família é o oferecimento de acompanhamento psicológico aos familiares que perderam entes queridos por suicídio. Nesta amostra, 03 dos entrevistados atualmente fazem acompanhamento com profissionais de saúde e 02 não realizam nenhum tipo de acompanhamento.

Sobre o atendimento de saúde que estão recebendo após o evento do suicídio familiar alguns relatos nos chamam a atenção:

"[...] eu fui muito ampara depois pelo psicólogo." [...] "você tem os altos e baixos, e tem épocas que você acha que está bem e não precisa de ajuda e tem outras épocas que você reconhecer que precisa ser ajudada." "[...] agente precisa de apoio depois, ficamos muito fragilizadas." "[...] você terá que aprender a lidar com a situação e sozinha é muito mais difícil."

A fim de evitar a morbidade psicológica em pessoas que enfrentam as consequências do suicídio de um ente querido, recomenda-se o que se

convencionou chamar de Posvenção, que são várias medidas que favoreçam a expressão de ideias e sentimentos relacionados ao trauma e a elaboração do luto (BOTEGA, 2015).

Ao serem questionados se na época que o fato aconteceu se os Programas de Saúde disponibilizassem algum serviço de amparo aos sobreviventes de um suicídio exitoso se participariam, 80% deles disseram que sim:

"sem sombra de dúvidas, que participaria; [...]."não, eu não podia falar no assunto [...] Chorava muito. Depois eu falei com o psicólogo. E foi aos poucos depois que terapia que me ajudou."

Sobre o fato de não conseguir falar sobre o assunto nos primeiros momentos Botega (2015, p. 226) afirma que, "o dia-a-dia de quem perde um ente quero por suicídio costuma ser de silêncio e de isolamento".

Percebemos então, como é fundamental os Serviços de Saúde estarem disponíveis, facilitando o acesso às pessoas sobreviventes de um suicídio. Da mesma forma o profissional da saúde também sente o impacto emocional de um suicídio. Ele deverá estar preparado para isso, pois, além de lidar com seus sentimentos, poderá dar assistência aos familiares do falecido ou, em um contexto institucional, a pacientes e a equipe assistencial (BOTEGA, 2015).

O apoio profissional, familiar e dos demais amigos, contribuem muito para superação do luto.

"[...] o que mais eu sentia falta de um abraço dos amigos [...]"; "[...] a ajuda da família é muito importante" [...] "minha família, meus amigos e depois psicólogo me ajudaram bastante para superar esta fase difícil depois."

O processo de luto que se segue a um suicídio costuma ver mais difícil e mais doloroso, tanto para familiares e amigos como para profissionais da saúde, pois combina sentimentos de tristeza e de raiva, este último em reação à violência imposta pelo suicídio (BOTEGA, 2015).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte é sempre um acontecimento que envolve dor, tristeza e sofrimento, mas para aqueles que perdem alguém por suicídio, esse processo é diferente porque envolve questionamentos e emoções que não fazem parte dos outros tipos de perda. Isso ocorre porque, ao contrário de outras mortes, quando alguém tira a vida, ele deixa para trás interrogações que nunca serão inteiramente respondidas. E essas dúvidas dizem respeito diretamente àqueles que o amavam.

A morte por suicídio é dolorosa. Aceitar a morte voluntária é um exercício difícil e espinhoso para as famílias. O suicídio é um ato de extrema violência que não se esgota nele mesmo, atinge diretamente os familiares e amigos da pessoa que se auto violentou.

O silencio que reina nos núcleos familiares, enredam o dia-a-dia das pessoas mais próximas, provocando mistos de sentimentos e indagações, que muitas vezes não são percebidas pelos serviços de saúde, pela comunidade e às vezes pelos membros destas famílias.

A morte é inevitável a todos os seres, mas reconhecê-la é estar ciente da finitude da vida. Aceitar a morte não é simples. Aceitar a morte ocasionada por um ato suicidário é ainda mais desafiador. Todavia, reconhecemos que é um assunto evitado socialmente, negado muitas vezes pela sociedade e difícil compreensão.

Dispensar um olhar acolhedor aos sobreviventes de um suicídio exitoso, balizando ações de acolhimento e solidariedade são fundamentais nos Serviços de Saúde.

Parece impossível esgotar o tema do suicídio, suas causas, seus sinais e consequências na vida dos que ficam, mas é preciso ventilar de maneira permanente este fenômeno em todos os seus desdobramentos sociais. É preciso quebrar o silêncio que baliza o suicido. Os Serviços de Saúde precisam reavaliar a disponibilidade interna de se importar com o sofrimento humano, se dispor a ajudá-lo nas suas inquietações e acima de tudo ampará-los nos momentos de angustia e desesperança.

Tanto as pessoas que tentaram suicídio, quanto os sobreviventes de um suicídio exitoso, carecem de um olhar cuidadoso e consolador, quebrando assim tabus, mitos e preconceitos frente a esse doloroso fenômeno.

Com esta pesquisa, não nos resta dúvida, do quão é importante dar voz aos sobreviventes de uma perda por suicídio. O impacto psicossocial, gerado por este evento nas famílias envolvidas é significativo, severo e permanente. A multiplicidade de sentimentos observados, desde culpa, raiva, questionamentos intermináveis, tristeza profunda, isolamento, até mesmo vergonha social, julgamentos, diante os olhares da comunidade, por não ter dado importância aos sinais e riscos deixados ou não pela pessoa que cometeu suicídio, são vivências que os sobreviventes balizam em suas rotinas. Estudar este impacto, com os sobreviventes, nos auxilia a compreender os sofrimentos antecipatórios de uma família que acompanhou esta pessoa até o ato final.

Podemos destacar que os achados a partir do DSC, concordam com a literatura visitada. A similaridade destes achados, trás para perto de nossa realidade de modo inequívoco a universalidade e a gravidade dos sentimentos e pensamentos a respeito de um suicídio próximo, e, por conseguinte a necessidade de políticas públicas, voltadas para esta realidade ainda de forma mais contundente.

Finalmente, ressalta-se a importância desta pesquisa para dar voz aos sobreviventes de um suicídio exitoso, onde o DSC fica evidenciado nas valiosas expressões de seus sentimentos e percepções com relação ao suicido. Cabe também como inspiração profissional, para nortear futuras ações em saúde pública, para que se apropriem de ferramentas viáveis para prevenir o suicídio, bem como dar suporte a comunidade atingida por este fenômeno.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Simone Gonçalves et al. **Impactos da violência na saúde.** 2.ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Editora Fiocruz, 2009.

BARRERO, Sergio Perez; CORREA, Humberto. **Suicídio**: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006.

BERTOLOTE, José Manuel; BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In: BOTEGA, N. J.; WERLANG, B. G. (Orgs.). **Comportamento suicida.** Porto Alegre: ArtMed. 2004. p. 35-44.

BORGES, Vivian Roxo; WERLANG Blanca Susana Guevara; COPATTI Mônica. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. Barbarói, n. 28, 2008. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/192>. Acesso em: 28 mar. 2013.

BOTEGA, Neury José (Coord). **Ideação suicida.** Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul, 2004.

BOTEGA, José Neury. (Coord). **Cartilha comportamento suicida:** conhecer para previnir. Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, 2009.

BOTEGA, Neury José (Coord). **Comportamento suicida**: conhecer para prevenir. Dirigido aos profissionais da Imprensa. São Paulo: ABP Editora, 2009.

BOTEGA, Neury José et al. Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**, Porto Alegre: PUCRS, v. 37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006.

BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida**: epidemiologia. Campinas, SP: Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde.** 3.ed. Brasília, 2011.

_____. _____. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 2.ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007.

_____. _____. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.** MS/GM nº. 737 de 16/05/2001. Brasília, 2001.

_____. _____. **Portaria n. 204/GM de 29 de janeiro de 2007.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>. Acesso em: 28 mar. 2013.

_____. _____. **Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010.** Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/106972-4217.html>. Acesso em: 28 mar. 2013.

_____. _____. **Prevenção do Suicídio**: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. **Sistema de Informações DATASUS.** Disponível em: <www.datasus.gov.br>; <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 21 abr. 2013.

_____. _____. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS** (SIH/SUS). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/ cnv/fisc.def>. Acesso em: dez. 2013.

_____. _____. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS** (SIH/SUS), 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/ cnv/fisc.def>. Acesso em: dez. 2013.

_____. _____. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). **Indicadores de Mortalidade por Grupos de Causas.** Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 22 abr. 2013.

_____. _____. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). **Indicadores de Mortalidade por Grupos de Causas.** Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 26.fev.2015.

BROWN, P. Choosing to die: a growing epidemic among the Young. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 12, p. 12-14, 2001.

CASSORLA, Roosevelt M. S. Autodestruição humana. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 61-73, 1994.

CLARK, Sheila. **Depois do suicídio**. São Paulo: Gaia, 2007.

ELENA [Gravação de vídeo]. Direção Petra Costa. Roteiro Carolina Ziskind e Petra Costa. Instituto Moreira Salles, Classificação 12 anos. 82 min. Rio de Janeiro, 2014

FEIJÓ, Marcelo. **Suicídio**: entre a razão e a loucura. São Paulo: Lemos Ed., 1998.

FITZPATRICK; R.; BOUTON, M. Qualitative research in health care. The scope and validity of methods. **J Eval Clin Pract**, v. 2, p.123-30, 1996.

FONTENELLE, Paula. **Suicídio**: o futuro interrompido. São Paulo, 2008.

GASTAL, Cláudio Luis da Cunha. **Revisão bibliográfica sobre a epidemiologia do suicídio, com dados mundiais, nacionais, estaduais e municipais.** 2004.

KRUG E. G. et al. (Org). **Relatório mundial sobre a violência e saúde.** Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

KRYZHANOYSKAYA L, PILYAGINA G. Suicidal behavior in Ukraine. **Crises,** v. 20, n. 4, p. 184-190, 1999.

LEFÈRE, Fernando; LEFÈRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito coletivo**. Caxias do Sul: EDUCS,2003.

LOPES, Fabio Henrique. **Suicídio & saber médico**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2008.

MELEIRO, Alexandrina; TENG, C. Tung; WANG, Y. Pong. **Suicídio**: estudos fundamentais, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro:Abrasco,1996, 254p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Impactos da violência na saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

MOURA Anna Tereza Miranda Soares et al. (Org.). **Manual prevenção do suicídio no nível local:** orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Rio grande do Sul. Porto Alegre. CORAG, 2011. Disponível em: <www.polbr.med.br/ano11/ 034704do1ao64.pdf>. Acesso em: abr. 2013.

OLIVEIRA, Cleane S. de; LOTUFO NETO, Francisco. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 4-10, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S0101-60832003000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2014.

SERRANO, Alan Índio. **Chaves do óbito autoprovocado**. Florianópolis: Insular, 2008.

SOLOMON, Andrew. **O demônio do meio dia:** uma anatomia da depressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

SOUZA, Nei Ricardo de; RASIA, José Miguel. Modelo de reação familiar ao suicídio. Fam. **Saúde Desev**., Curitiba,v.8, n.2, p.117-127, maio/ago. 2006.

WERLANG, B. Guevara; BOTEGA, N. José. **Comportamento suicida.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

WORDEN, J. W. Apego, perdas e o processo de luto. In: **Terapia do luto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.