

Damaris Rocha Fernandes

COMPORTAMENTO SUICIDA: um estudo acerca de seus possíveis fatores
motivacionais predominantes

Palmas – TO

2015

ii

Damaris Rocha Fernandes

COMPORTAMENTO SUICIDA: um estudo acerca de seus possíveis fatores
predominantes

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) elaborado e apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof(a) M.Sc. Nara Wanda Zamora Hernandez

Palmas – TO

2015

Dados Internacionais da Catalogação na
Publicação

Fernandes, Damaris Rocha

F363c Comportamento suicida: um estudo acerca de seus possíveis
fatores predominantes / Damaris Rocha Fernandes - Palmas,
2015

53fls.29 cm.

Orientação: Profa. MSc. Nara Wanda Zamora Hernandez
TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) Psicologia - Centro
Universitário Luterano de Palmas. 2015

1. Depressão. 2. Fator motivacional. 3. Frustração. 4.

Conflito. 5. Comportamento suicida. I. Hernandez, Nara
Wanda Zamora. II. Psicologia .

CDU: 159.94

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária – Maria Madalena Camargo –
CRB-8/298

iv

Damaris Rocha Fernandes

COMPORTAMENTO SUICIDA: um estudo acerca de seus possíveis fatores
predominantes

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) elaborado e
apresentado como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário
Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof(a) M.Sc. Nara Wanda Zamora
Hernandez

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). M.Sc. Nara Wanda Zamora Hernandez
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

Prof(a). Dra. Irenides Teixeira

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

Prof. M.Sc. Wayne Francis Mathews

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

Bel. Hudson Eygo Soares Mota

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA

Palmas – TO

2015

A Deus, por seu propósito. À minha mãe,

pelo investimento material, emocional e espiritual; por sua fé, esperança e seu imenso amor à vida; principalmente, por sempre acreditar nos meus sonhos. Devo a ela tudo que sou hoje.

vi

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais por tudo, em especial a minha mãe, por seu amor incondicional, farol e porto seguro, a quem tudo devo; em quem eu me inspiro no caráter; por ser meu alicerce nos momentos mais difíceis; pelo apoio e motivação em tudo que eu faço;

A minha orientadora Nara Wanda – exemplo de pessoa e profissional, pela atenção; por compartilhar comigo do seu profundo conhecimento no decorrer do Curso e em especial neste estudo e que estimulou a minha —teimosia || ;

Aos professores da banca examinadora, pela disponibilidade em ler e avaliar este estudo, além dos conhecimentos também transmitidos no decorrer do Curso;

A todos os colegas e professores do curso que tive a oportunidade de conhecer pela parceria. Vocês foram muito importantes para minha formação;

A meus colegas de trabalho pela inspiração, colaboração, diversas contribuições e por terem proporcionado condições e flexibilidade para meus estudos. A meu irmão João Batista por me servir de exemplo de protagonismo. A minha sobrinha Nathany Everllin pela inspiração advinda das madrugadas em que a —flagrei || estudando e a minha amiga Luzia Nildy por sua força, obstinação e perseverança;

Enfim, a todos que, direta e/ou indiretamente, me apoiaram, incentivaram e/ou contribuíram para esta conquista e para minha formação pessoal e profissional.

Bondade

Em tudo há bondade. Nosso objetivo é encontrá-la. Em cada pessoa, o

melhor existe. Nosso trabalho é reconhecê-lo. Em cada situação, o positivo existe. Nossa oportunidade é vê-lo. Em cada problema, a solução existe. Nossa responsabilidade é aplicá-la. Em todo o revés, o sucesso existe. Nossa aventura é descobri-lo. Em cada crise, as razões existem. Nosso desafio é compreendê-las. Uma vida de bondade é uma vida de riqueza.

Brahma Kumaris

viii

RESUMO

FERNANDES, Damaris Rocha. **Comportamento Suicida**: um estudo acerca de seus possíveis fatores predominantes. 2015. 63 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2015.

Este estudo visa destacar um panorama acerca dos fatores motivacionais, de risco e proteção para comportamento suicida. Destaca suas características epidemiológicas da contemporaneidade que atinge as populações de modo geral e sua prevalência, que tem previsão de aumento para as próximas décadas. Mostra os mecanismos biopsicossociais, espirituais e filosóficos desencadeadores do intento suicida, fazendo uma relação com as frustrações e conflitos envolvidos que mais apontam a ideação suicida. O objetivo foi analisar as frustrações e conflitos que poderiam determinar ideações suicidas; assim como os motivos (fatores) para avaliar a predominância na relação destes, de acordo com diferentes autores. Foi uma pesquisa básica; de natureza qualitativa; bibliográfica. A coleta de dados se deu através de livros, dissertações, monografias, teses, revistas, jornais, artigos científicos no portal de periódicos da CAPES, Google Acadêmico e bases indexadas como SciELO, MEDLINE e PubMed. As sessões compreendem definições operacionais, características, fatores motivacionais. O agrupamento e apresentação dos dados se deu através de tabelas e quadros para comparação por ordem de

predominância. Nos resultados observam-se generalidades quanto a fatores de risco e protetivos, bem como fatores específicos que se apresentem particularmente em determinada circunstância e fase da vida.

Palavras-chave: Depressão. Fator motivacional. Frustração. Conflito.
Comportamento suicida.

ix

ABSTRACT

FERNANDES, Damaris Rocha. **Suicidal behavior**: a study on its possible predominant factors. 2015. 63 f. Work of conclusion of course (graduation) – psychology course, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2015.

This study aims to highlight an overview about the motivational factors, risk and protective factors for suicidal behavior. Highlights its epidemiological characteristics of contemporaneity that strikes the population in general and its prevalence, which has increased the forecast for the next decades. It shows the biopsicossociais mechanisms, spiritual and philosophical triggers the suicide attempt, making a relationship with the frustrations and conflicts that involved more point to suicidal ideation. The objective was to analyze the frustrations and conflicts that could determine suicidal ideation; and the reasons (factors) to assess the prevalence in respect thereof, according to different authors. It was a basic research; qualitative; literature. Data collection was through books, dissertations, monographs, theses, magazines, journals, scientific papers in the CAPES periodical portal, Google Scholar and indexed databases like SciELO, MEDLINE and PubMed. The sessions include operational definitions, characteristics, motivational factors. The grouping and presentation of the data was made through tables and charts for comparison in order

of predominance. The results are observed generalities about risk factors and protective as well as specific factors that are present particularly in certain circumstances and stage of life.

Keywords: Depression. Motivational factor. Frustration. Conflict. Suicidal behavior.

x

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diagrama - frustração e conflito	32
Figura 2 – Dimensões do comportamento suicida	33
Figura 3 – Taxas globais de suicídios notificados desde 1950 e projeção até 2020 .	39
	xi

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Óbitos por residência Brasil – números gerais	40
Tabela 2 – Número de suicídios na população total na região Norte (Brasil) de 2002 a 2012.	43
Tabela 3 – Óbitos por residência Brasil grande grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente - região não definida -TO.	43
Tabela 4 – Variáveis particulares de risco de suicídio	44
Tabela 5 – Fatores de risco de suicídio por faixa etária	45
	xii

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Óbitos por residência Brasil grande grupo CID10: X60-X84 Lesões

autoprovocadas voluntariamente segundo sexo. Período: 2013	40
Gráfico 2 – Óbitos por residência Brasil grande grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente segundo faixa etária. Período: 2013	41
Gráfico 3 – Óbitos por residência Brasil grande grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente – escolaridade. Período: 2013	42
Gráfico 4 – Óbitos por residência Brasil grande grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente – estado civil. Período: 2013	42
	xiii

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – A grade de conflito	27
Quadro 2 – Fatores gerais de risco suicida	45
Quadro 3 – Fatores que aumentam o risco de suicídio em pessoas com depressão	46
Quadro 4 – Frustrações, conflitos e motivos para depressão	46
	xiv

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP Associação Brasileira de Psiquiatria

AELBRA Associação Educacional Luterana do Brasil

CEULP Centro Universitário Luterano de Palmas

CFP Conselho Federal de Psicologia

DATASUS Departamento de Informática do SUS

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde
OPS Organización Panamericana de La Salud
SIM Sistema de Informação sobre Mortalidade
ULBRA Universidade Luterana do Brasil
WHO World Health Organization

xv

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 PERCURSO TEÓRICO	21
2.1 Depressão	21
2.1.1 <i>Características, Sintomas e Sinais da Depressão</i>	22
2.1.2 <i>Outros Estados e Formas Clínicas de Depressão</i>	23
2.1.3 <i>Fatores Circunstanciais que Podem Desencadear os Conflitos Internos da Depressão</i>	24
2.2 Frustração	24
2.3 Conflitos	26
2.3.1 <i>Os Conflitos Internos e Depressão</i>	28
2.3.2 <i>Os Conflitos Externos e Depressão</i>	30
2.4 Comportamentos Suicidários	33
2.5 Proteções ao Comportamento Suicida	35
3 PERCURSO METODOLÓGICO	37
3.1 Procedimento	37
3.2 Do Universo da Amostra	38
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	39

4.1 Dados Epidemiológicos do Brasil	39
4.2 Dados sobre Fatores e Variáveis de Risco de Suicídio	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

O comportamento suicida, bem como seu processo de construção e finalização ou elaboração, estão presentes no pensamento humano desde a antiguidade até os dias atuais e é considerado um grave problema de saúde pública. Desejar acabar com a própria vida é uma atitude preocupante e sua discussão demonstra a necessidade de melhor conhecimento deste complexo fenômeno devido ao impacto sociocultural e repercussões que causa, tanto numericamente, quanto em relação a familiares, relacionamentos sociais e comunidades das pessoas que tentam ou idealizam tirar a própria vida.

Como ideação e comportamento suicida têm-se um grande número de conceitos, pensamentos e condutas que partem de atitudes autodestrutivas, de intentos suicidas, das tentativas de suicídio e do suicídio propriamente dito ou nomeado suicídio direto.

Observam-se ações suicidas com intenção de morte, mas que não são bem sucedidas e denominadas tentativas de suicídio; em outros casos, as tentativas de suicídio têm uma característica peculiar e se assemelham mais a um pedido de socorro de um sujeito em situação de desespero. Finalmente, o suicídio consumado ou direito, resultando em morte. (MANUAL MERCK, 2015).

A ideação suicida não ocorre de um momento para outro; deve-se considerar que a construção desse pensamento se dá em um processo de interação recíproca entre a pessoa e as suas relações através do tempo, sendo uma consequência das

forças que emanam de múltiplos contextos e das relações entre eles (BRONFENBRENNER, 1979, 1996). A efetivação deste ato ocorre, então, através de processos abstratos complexos e progressivos de um sujeito contra si próprio e todo o seu ambiente.

No desenvolvimento da personalidade, a pessoa enfrentará uma série de desafios motivacionais: os conflitos, frustrações e ansiedades junto com situações às quais deverá se ajustar ou com elas aprender a conviver.

A frustração, deste modo, pode ser entendida como o —estado emocional que acompanha a interrupção de um comportamento motivado, [...] a pura e simples interrupção no curso de um comportamento || . (ZACHARIAS, 2010, p. 25).

O conflito, para Braghirolli (2001, p. 190) pode ser denominado como —o estado psicológico decorrente da situação em que a pessoa é motivada, ao mesmo

17

tempo, para dois comportamentos incompatíveis. [...] O conflito nasce da necessidade de se fazer uma escolha, uma opção || .

Situações que envolvem escolhas são inerentes à vida e o ajustamento a uma determinada condição é uma tarefa realizada pela personalidade para superar esses problemas e/ou conviver com os mesmos. (BRAGHIROLLI, 2001).

O tratamento inadequado ou o não tratamento do indivíduo em sofrimento, bem como a falta de ajustamento aos fatores motivacionais que levam a ideação suicida culminam em suicídio de milhares de pessoas todos os anos em todos os países. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) projeta que, em 2020 ocorrerão, aproximadamente, um milhão e meio de suicídios em todo o mundo, ou seja, uma morte a cada vinte segundos. O suicídio é considerado um problema

social de grande relevância para a manutenção da saúde pública e que pode ser evitado. É importante estudar a ideação suicida também pelo fato de que esse fenômeno é um dos preditores para o risco de suicídio e situa-se em um dos pólos de um *continuum* que pode levar à autodestruição (BARRIOS; EVERETT; SIMON & BRENER, 2000; WHO, 2002 apud WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005), considera estes autores, que a ideação suicida pode ser o primeiro passo para sua efetivação.

Alertando para o fenômeno do morrer, Netto (2013, p. 15) lembra que em uma sociedade que não quer saber da morte, que busca escondê-la ou afastá-la a todo custo para impedir que ela aconteça, alguém que tente ou que consiga tirar voluntariamente a própria vida, só poderia ser considerado, no jargão mais —senso comum || possível, —um louco || . E é por aí que costumam vir as justificativas do porquê as pessoas costumam tirar suas vidas. É importante pensar que a palavra suicídio tem uma significação de morte violenta. Há uma pobreza terminológica ao referir a esse fenômeno e a outros que, porventura, possam se assemelhar formalmente a ele, sem o sê-lo de fato. Utiliza-se suicídio para expressar as mais diversas formas de tirar a própria vida, independente de ter sido, de fato, intencional e deliberadamente; da forma e dos meios utilizados, da motivação e da conjuntura em que o fenômeno ocorre.

O interesse por este estudo surgiu da grande visibilidade dessa situação na atualidade, da repercussão que suicídios noticiados em mídia jornalística recentemente causam e da necessidade de um aprofundamento no estudo dos

fatores biopsicossociais e espirituais e filosóficos que envolvem o tema a fim de fomentar análises fatoriais que permitam orientação e resolução da ideação suicida para que a vida possa ser vista como uma experiência valiosa.

O suicídio e os fatores que o envolvem é uma temática que sempre foi perturbadora na história humana. A profundidade do significado da autodestruição é algo que escapa à nossa percepção, na sua essência e ter uma real compreensão do fenômeno é um desafio para a compreensão humana. Numerosas teorias abordam este assunto a partir do cerne da destrutividade humana, até os enredos que conduzem aos caminhos do autoextermínio exitoso. No entanto, cada caso é inextricável e por vezes nos mostra que nos aproximamos de forma insignificante da compreensão de um caso específico de suicídio, mas sem condições de generalizar para outros casos em uma abrangência que não se torne mera teorização (CAMON, 1997). Segundo matéria veiculada na revista Debates Psiquiatria Hoje, da Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP (2010), o suicídio é um problema de saúde pública relacionado a doenças mentais em 90% dos casos sem tratamento adequado, o que indica uma possibilidade de prevenção. Numerosos fatores já foram identificados como predisponentes e precipitantes das ações (comportamentos) suicidas, entre os quais, constituição genética, fatores demográficos (particularmente idade, sexo e situação conjugal), fatores culturais, fatores nosológicos (particularmente doenças mentais e físicas crônicas, incuráveis e causadoras de grande sofrimento), fatores psicológicos (perdas afetivas ou materiais, reais ou simbólicas), fatores sociais e ambientais (por exemplo, isolamento social, condições de vida extremamente adversas, e importantes perdas

materiais).

Vive-se numa era de intensa estimulação, rapidez e competitividade. A celeridade das constantes mudanças nas tradições que serviam de apoio ao comportamento, o crescente processo de automação, o desemprego, dentre outros fatores induzem ao vazio existencial conforme aponta Frankl (1945). Sendo o homem considerado fruto do ambiente social, de sua interação com o outro no espaço social (Vygotsky, 1996) isso poderá contribuir para alterações no comportamento dos indivíduos.

A perspectiva de aumento dos casos de depressão e suicídios eleva-se significativamente. Conforme Botega (2010), o suicídio é responsável por 24 mortes

19

a cada dia no Brasil e três mil no mundo todo, além de 60 mil tentativas. É a terceira causa de mortes entre pessoas entre 15 e 35 anos, o que preocupa os profissionais que trabalham no atendimento a problemas de saúde mental, relacionados a 90% dos casos.

Demonstrando seu aspecto preocupante, dados estatísticos apontam um crescimento quantitativo entre os anos 2002 e 2012 na população geral, quando o total de suicídios no país passa de 7.726 para 10.321 (33.6%). Esse aumento foi superior ao crescimento da população do país no mesmo período (11,1%).

—Destaca-se, a região Norte, onde os suicídios passaram de 390 para 693: aumento de 77,7%. Amazonas, Roraima, Acre e Tocantins duplicam – aproximadamente – seus quantitativos. || (WAISELFISZ, 2014).

Entretanto, quando se fala da epidemiologia do suicídio, Botega (2010) destaca que os dados sobre mortalidade por suicídio derivam do Sistema de

Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, disponíveis na internet, sendo as estatísticas oficiais subestimadas, pois ocorrem subnotificações decorrentes, por vezes, de falhas na identificação e classificação da causa de morte.

Devido aos acidentes e as violências, e ao impacto que tem causado na população, o governo brasileiro tem implementado políticas públicas com relação a morbimortalidade como, por exemplo, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e o Plano Nacional para Prevenção do Suicídio, lançado em 2009. São iniciativas do Ministério da Saúde para tentar diminuir a incidência de casos no Brasil, visando reduzir as taxas de mortes por suicídio e os danos diretos e indiretos causados às pessoas envolvidas e afins.

Pode-se perceber que a depressão afeta profundamente um número considerável de pessoas de maneira direta e indireta e, por isso, pode-se concordar com Myers (2003) quando ele afirma que é compreensível que ela venha sendo tema de numerosos estudos e que os psicólogos estejam trabalhando para desenvolver uma teoria de transtornos de humor que sugira maneira de tratá-los ou impedi-los. O que era tabu passa a ser tema em conversas, reuniões e mídias, deixando de ser um assunto técnico e profissional de médicos e psicólogos, passando a despertar o interesse de profissionais de diversas áreas da saúde e da sociedade, indicando sua alta relevância na atualidade e os benefícios que o conhecimento de seus fatores predisponentes proporcionará para nortear futuras intervenções cujos benefícios serão refletidos na sociedade.

20

Considerando esse fenômeno, o **Problema desta Pesquisa** procurou-se identificar quais frustrações e conflitos que com maior frequência determinam as

ideações suicidas, segundo estudos já realizados.

Este trabalho teve como **objetivo geral**: identificar a predominância das frustrações e conflitos que apontam, com maior frequência ou peso, risco suicida. A busca por respostas para o problema de pesquisa foi orientada pelos seguintes **objetivos específicos**: 1) Analisar as frustrações que poderiam determinar ideações suicidas; 2) Relacionar os motivos (objeto real ou ideal que leva à ação) com as frustrações e conflitos e as ideações suicidas; 3) Avaliar a predominância na relação conflito e frustração e a ideação suicida de acordo com diferentes autores.

Diante do exposto, é de fundamental importância aprofundar o conhecimento em relação ao tema, visando à compreensão de psicólogos quanto às novas estratégias para cuidar de tais demandas. Enfim, a depressão está cada vez mais se evidenciando nas sociedades de forma geral, expondo pessoas, sociedades e governos aos riscos de prejuízos à saúde e morte, além de prejuízos emocionais e materiais que este fenômeno psíquico pode acarretar quando não utilizadas as estratégias de prevenção ou terapêutica.

21

2 PERCURSO TEÓRICO

A depressão é a imperfeição no amor. Para poder amar, temos que ser capazes de nos desesperarmos ante as perdas, e a depressão é o mecanismo desse desespero. **Solomon** (2014, p. 15) **2.1**

Depressão

A etiologia da palavra depressão passa pela história da melancolia e é da teoria da bílis negra que surgiu o termo melancolia: do grego melas (negro) e kholé (bile), que corresponde à transliteração latina melaina-kole (KRISTEVA, 1989; RODRIGUES, 2000; ROUDINESCO & PLON, 1998 apud TEIXEIRA, 2005). O termo, depressão foi inicialmente usado em inglês para descrever o estado de desânimo

em 1660; mas foi introduzido no debate sobre a melancolia em contextos médicos somente em meados do século XVIII, passando a ser mais utilizado pelos psicopatologistas e sendo de uso comum por volta do século XIX (SOLOMON, 1963; TEIXEIRA, 2005).

Também na Bíblia encontramos a presença da melancolia, a velha imortal que resistiu aos tempos, arrolou-se pelos séculos, habitou os velhos mosteiros, vagou errante pelas terras medievais, presenciou o nascimento das grandes cidades, sucedeu à terrível peste negra, adentrou o renascimento, foi musa do romantismo e resistiu fortemente até meados do século XIX, período em que foi substituída pela depressão (SCLIAR, 2003 apud TEIXEIRA, 2005).

Considerada a doença do século para a OMS (2000; 2002), a depressão é uma das doenças que mais assolam a humanidade com possibilidades de continuar expandindo sua abrangência e intensidade, num universo de constantes mudanças, fragmentado e multifacetado, aparentemente por muitos motivos diferentes e com dificuldades excessivas de integração.

Acomete, ao longo da vida, entre 10% e 25% das mulheres e entre 5% e 12% dos homens. Quanto mais precoce o tratamento, mais rápida a remissão e menor a chance de cronificação. Entre os gravemente deprimidos, 15% se suicidam. Cerca de 2/3 das pessoas tratadas respondem satisfatoriamente ao primeiro antidepressivo prescrito. (MS, 2006, p. 33).

A depressão é um distúrbio mental decorrente de um conflito interno (desequilíbrio psíquico) e de uma alteração bioquímica no cérebro envolvendo neurotransmissores (desequilíbrio orgânico) (GUARIENTE, 2002). O conflito interno pode ser despertado ou desencadeado por fatores psíquicos, orgânicos e sociais. A intensidade do conflito interno e sua durabilidade determinarão a gravidade da depressão, bem como o rompimento com a realidade interna e externa, os quais podem variar em sua forma e intensidade.

É caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas que são indicadores ou

avisos de que algo não vai bem com a pessoa. A CID-10 (1993) classifica-a, e o número, a intensidade e a importância clínica dos sintomas lhe permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

No episódio depressivo leve geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas característicos do transtorno. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas, mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades. Já no episódio depressivo moderado, na maioria das vezes estão presentes quatro ou mais dos sintomas e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina. Por fim, no episódio depressivo grave (sem sintomas psicóticos) vários dos sintomas são marcantes e angustiantes; tipicamente a perda da autoestima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas "somáticos". (CID-10, 1993; DALGALARRONDO, 2008; DSM-V, 2014).

2.1.1 Características, Sintomas e Sinais da Depressão

Em cada um dos três graus de depressão - leve, moderado ou grave - o paciente apresenta sintomas e sinais psíquicos, orgânicos e sociais que devem permanecer por mais de duas semanas e na maior parte do dia, tais como um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. (CID-10, 1993; GUARIENTE, 2002).

Os principais elementos das síndromes depressivas podem ser agrupados segundo a área psicopatológica envolvida. Segundo Dalgalarrondo (2008) são sintomas afetivos: alterações da esfera instintiva e neurovegetativa, alterações ideativas, alterações cognitivas, alteração da autoavaliação, alteração da volição e psicomotricidade, e sintomas psicóticos, marcadores biológicos (não específicos).

Existem outras alterações psicossomáticas, tais como: alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, insegurança, inércia, sentimento de impotência, além de ideias de suicídio (GUARIENTE, 2002). O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode vir acompanhado de sintomas ditos "somáticos", por exemplo, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão.

23

2.1.2 Outros Estados e Formas Clínicas de Depressão

São apontados outros estados depressivos que não constituem doença, propriamente dita; sendo sentimentos intrínsecos e corriqueiros de qualquer pessoa e podem promover conhecimento e crescimento interno, como o luto e o estado depressivo passageiro. São estados transitórios; sendo que este último ocorre em função da frustração de uma necessidade, desejo ou objetivo não satisfeito. A elaboração eficiente desses estados depressivos permite amadurecimento e desenvolvimento psicológico. O contrário pode levar a pessoa à mania ou à depressão. (GUARIENTE, 2002)

Na concepção de Dalgarrondo (2008), a distímia, humor cronicamente deprimido, geralmente de intensidade leve, inicia-se no começo da vida adulta, tendo dois anos de duração, no mínimo, em que o envolvido passa a maior parte do tempo se sentindo fatigado, com autoestima diminuída, dificuldade de tomada de decisões e concentração, irritabilidade e sentimento de desesperança.

Transtorno afetivo bipolar é caracterizado por episódios repetidos nos quais o humor e os níveis de atividade da pessoa estão significativamente perturbados; em

algumas ocasiões há elevação do humor e aumento de energia e atividade e, em outras, de um rebaixamento do humor e diminuição de energia e atividade.

(DALGALARRONDO, 2008).

O DSM-V (2014) aponta que episódio depressivo grave com sintomas psicóticos, o indivíduo usualmente apresenta angústia ou agitação considerável; perda de autoestima ou sentimento de inutilidade ou culpa, e o suicídio é um perigo marcante nos casos particularmente graves.

Já o Transtorno Depressivo Recorrente, conforme consta da CID-10 (1993, p.122-123) caracterizado por episódios repetidos de depressão são indicativos de depressão original insuficientemente tratada, tomando evidências de cronicidade:

na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados.

24

Depressões podem ser decorrentes de uma condição médica, como hiper ou hipotireoidismo, diabetes, artrite reumatóide, hepatite, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, tuberculose, câncer, AIDS, herpes e outras não especificadas. Assim como podem ser precipitadas pelo uso de algumas substâncias químicas como anti-hipertensivos, contraceptivos orais, sedativos, neurolépticos, álcool, cocaína e outras substâncias não especificadas. (TRICKETT, 1997; DALGALARRONDO, 2008).

2.1.3 Fatores Circunstanciais que Podem Desencadear os Conflitos Internos da Depressão

Trickett (1997) e Guariente (2002); apontam como circunstanciais as perdas, de um ente querido, de uma condição social, de bens materiais; as frustrações; derrotas; recessão econômica; os conflitos familiares; as mutações adaptativas como idade, estado civil, gravidez, parto, menopausa, aposentadoria; desequilíbrio bioquímico assim como os neuronais (serotonina, noradrenalina, dopamina) outros desequilíbrios como uma infecção bacteriana ou virótica e o estresse, devido a intensas e repetitivas atividades onerosas, desprazerosas e angustiantes.

Ainda as alergias, infecções por fungos como afta e candidíase crônica, encefalomielite miálgica (EM) —doença dissimulada || , dor crônica como causa de esgotamento nervoso, deficiências nutricionais são assinaladas por Trickett (1997) como causas de ansiedade e depressão.

2.2 Frustração

A frustração é a situação provocada pela presença de um obstáculo no caminho de um desejo e é considerada normal na vida. A aptidão para superá-la é que dará equilíbrio ao indivíduo, sendo que existem tantos motivos para se frustrar que seria utópico enumerá-los todos (WEILL, 1998).

É necessário que desde a mais tenra idade a criança seja submetida pelo seu cuidador mais próximo, a mãe, por exemplo, a situações minimamente frustrantes para desenvolver nela a capacidade de tolerância a diversos infortúnios, dentre eles a frustração de seus desejos como recurso de fortalecimento para enfrentar adversidades com respostas emocionais assertivas e como parte do seu

desenvolvimento global. Braghirolli (2001) denomina frustração como o estado emocional que acompanha a interrupção de um comportamento motivado.

25

Uma formulação na teoria geral de frustração de Rosenzweig (1944, 1948 apud FERREIRA; CAPITÃO, 2000) é a de tolerância à frustração, que se define pela atitude da pessoa suportar frustração sem perder sua adaptação psicológica, em outras palavras, sem recorrer a tipos de respostas inadequadas. Essa formulação abrange o fenômeno da adaptação em seu conjunto e implica também a existência de diferenças individuais nas situações de tolerância à frustração. Essas diferenças estão relacionadas com a gravidade da pressão e também com características da personalidade da pessoa. A tendência para avaliar negativamente, para desconfiar ou suspeitar de outros pode influenciar na baixa tolerância à frustração.

Como uma das respostas alternativas a situações de frustração, Rosenzweig (1944, 1948 apud FERREIRA; CAPITÃO, 2000) faz referência à agressão. Para o autor existem dois tipos de frustração. A frustração primária ou privação é caracterizada pela quantidade de tensões e insatisfações subjetivas, em decorrência da ausência de uma situação final essencial à satisfação da necessidade ativa. A secundária é constituída pela presença de obstáculos ou dificuldades no caminho que conduz à satisfação de uma necessidade. De modo especial, o autor se refere ao segundo tipo, ao definir frustração como sendo todas as vezes que o organismo se depara com um obstáculo ou dificuldade, mais ou menos intransponível, no caminho que o conduz à satisfação de qualquer necessidade vital.

Para Trickett (1997) a atualidade leva à perda da tolerância com as restrições e dificuldades inerentes à existência humana. Reduz-se a tolerância a perdas,

frustrações e limitações insuperáveis que revelam a fragilidade e impotência do indivíduo; não se suporta a consciência da condição humana, restrita e finita que se tem. Perde-se a capacidade de ver, compreender, enfrentar e até conviver com as reais dimensões humanas. Hoje não se suporta mais as restrições; conduzido que se está por um senso de prazer incompetente, superficial e permanente, que diz ao sujeito que não enfrente seus verdadeiros medos e fantasmas.

Não se pode evitar por completo as frustrações, uma vez que nem todas as nossas necessidades e desejos são satisfeitos. A saúde mental não depende de se enfrentar ou não frustrações, e sim da forma como são enfrentadas. Tanto a ausência de frustração (superproteção) quanto o excesso são desaconselháveis. Aponta-se ainda que existam obstáculos internos e externos, bem como limitações provenientes de situações ambientais e pessoais (ZACHARIAS, 2010).

Conforme aponta Braghirolli (2001, p. 192)

26

as frustrações mais dolorosas provêm das limitações estritamente pessoais, especialmente as que têm implicações sociais como a reprovação num vestibular, a perda do emprego por desempenho inadequado, o fracasso amoroso. Essas situações acabam atingindo duramente o autoconceito, provocando sentimentos de inadequação e inferioridade.

Devido à racionalização de custos e otimização de resultados, o indivíduo é visto apenas como mais um número descartável, mesmo que alcance as metas definidas pelas organizações cada vez mais atuais exigindo superioridade permanente, levando a frustrações que podem ser provocadas por demora, por entrave e outras vezes advêm de situações sociais. Os meios de comunicação, especialmente a propaganda, ajudam a criar frustrações na medida em que apresentam modelos física e economicamente superiores à média geral

(ZACHARIAS, 2010).

Na interpretação de Zacharias (2010), a agressão pode decorrer da aprendizagem e a pessoa aprende a ser agressiva sem ser frustrada. A pessoa frustrada pode responder com inquietação, agressão (direta ou deslocada) ou com apatia; sendo a autoagressão é uma forma de agressão deslocada. Também é admitido que a frustração possa gerar agressão, entretanto existem outras respostas possíveis à mesma, decorrentes dos vários mecanismos de ajustamento.

O ajustamento depende da correta utilização dos vários mecanismos que nos auxiliam na solução de problemas psíquicos. Os mecanismos de defesa podem ajudar no ajustamento diminuindo a tensão possibilitando novas experiências que poderão ensinar novas formas de ajustamento; ajudando a descobrir as verdadeiras causas do comportamento; muitas atividades engajadas através dos mecanismos de defesa, são atividades construtivas e úteis (compensação) (HILGARD, ATKINSON e ATKINSON, 1971, p. 465-6 apud BRAGHIROLI, 2001).

Existem várias maneiras de se reagir à frustração, mas a única atitude construtiva nas relações humanas será a conduta de solucionamento do problema, aponta Weill (1998); do contrário, o obstáculo à realização do desejo continua, abrindo espaço para a instalação e permanência do conflito.

2.3 Conflitos

Existem situações vividas pela pessoa em que diferentes tipos de motivação não compatíveis se opõem, querendo assumir a direção de seu comportamento. A esse fenômeno Zacharias (2010); Braghirolli (2001) denominam Conflito, subdividido em três tipos:

27

- Conflito aproximação – aproximação ocorre quando o indivíduo se sente

motivado ao mesmo tempo para duas metas positivas que se excluem mutuamente.

- Conflito afastamento – afastamento resulta da ocorrência de duas alternativas indesejáveis. Seria fácil resolver o impasse e não haveria conflito se ambas as alternativas pudessem ser abandonadas, mas as circunstâncias obrigam o indivíduo a uma decisão, uma escolha, nascendo então a tensão, a ansiedade e a frustração.

- Conflito aproximação (aproximação-afastamento) – afastamento envolve um mesmo objeto para o qual nos sentimos ao mesmo tempo atraídos e repelidos. A situação contém elementos positivos e negativos. Nasce, então, a ambivalência.

- Conflito aproximação (afastamento-aproximação) – afastamento é o mais frequente. À medida que o sujeito se aproxima do objeto, a força de atração passa a crescer num ritmo menos intenso e a força de repulsão cresce num ritmo mais intenso. Muitos conflitos de aproximação – afastamento se apresentam no dia a dia do homem contemporâneo, mas há três situações que, pela sua frequência e gravidade, merecem menção especial: A independência e dependência, a situação de cooperação e competição e o incentivo à liberdade dos impulsos, particularmente os ligados à agressão e ao sexo, enquanto se pede também o controle dos mesmos.

Segundo Zacharias (2010), a necessidade de se fazer uma escolha, uma opção é que origina o conflito e satisfação de um leva automaticamente ao bloqueio e frustração do outro.

Os conflitos experimentados podem envolver um, dois, três ou mais motivos-meta de modo simultâneo. Além dos motivos-metas, os conflitos envolvem duas preocupações. Para Weill (1998), numa situação de conflito o indivíduo tem duas preocupações ou orientações: pessoas e/ou a produção de resultados, e podem ser identificados cinco estilos de abordagem de conflitos, conforme Quadro 1 abaixo:

Quadro 1 – A grade de conflito

Alta 9 1.9. Discordâncias_ amaci- adas' ou ignoradas para manter harmonia superficial. Coexistência pacífica.

9.9. Resolução de problemas a partir de fatos e

8

diversidade de pontos de vista objetivamente **PA ã P E S C U Ç C O O M** avaliados. Emoções e

28

dúvidas também examinadas e elaboradas. 7 6 5.5. Acomodação, nego- ciação, meio-termo para 5 evitar_ ganha-perde'.

Soluções_ práticas' ao invés de_ válidas'. 4 3 2 1.1. Neutralidade mantida a qualquer custo. Fuga/alie- nação de situações de conflito.

Baixa Baixa ← PREOCUPAÇÃO COM RESULTADOS → Alta

Fonte: (BLAKE & MOUTON in WEILL, 1998).

Na Evasão (1.1) evita-se o conflito; assume-se posição neutra ou de distanciamento, fugindo à responsabilidade social até o caso extremo da alienação.

Na Harmonização (1.9) prefere-se aceitação pessoal à validade de soluções; consegue-se cordialidade e concordância superficiais à custa de convicções pessoais e criatividade. Na Supressão (9.1) controla-se o conflito pela força; situação polarizada de ganha-perde, autoridade-obediência. Na Acomodação (5.5) o conflito é superado por negociação e na Confrontação (9.9) há uma discussão aberta, chegando-se ao melhor acordo (WEILL, 1998).

2.3.1 Os Conflitos Internos e Depressão

Fatores biológicos, genéticos, psicológicos são conflitos internos que podem contribuir para que a pessoa possa ter pensamentos suicidários. Alguns autores apontam falha química no metabolismo humano, mas seu funcionamento ainda é desconhecido. Guariente (2002) e Silva; Couto; Santos (2013) elencam fatores, sejam eles: psicopatológicos, pessoais e psicológicos.

- Psicopatológicos incluem a depressão endógena, esquizofrenia, alcoolismo, tóxico dependência e distúrbios de personalidade; modelos suicidários: familiares, pares sociais, histórias de ficção e/ou notícias veiculadas pela mídia; comportamentos suicidários prévios; ameaça ou ideação suicida com plano elaborado; distúrbios alimentares (bulimia).

29

- Pessoais como a morte de amigos íntimos; escolaridade elevada; presença de doenças de prognóstico reservado (HIV, cancro etc.); hospitalizações frequentes, psiquiátricas ou não; família atual desagregada por separação, divórcio ou viuvez.
- Psicológicos por ausência de projetos de vida; desesperança contínua e acentuada; culpabilidade elevada por atos praticados ou experiências passadas; perdas precoces de figuras significantes (pais, irmãos,

amigos, companheiro); ausência de crenças religiosas (não cultivo da espiritualidade).

Os fatores filosóficos e espirituais também podem contribuir para que a pessoa tenha pensamentos suicidas quando se considera a revolta metafísica em que se questiona a funcionalidade, a validade da vida, do existir e do sofrer. Então se faz atual a frase de Albert Camus, filósofo existencialista franco-argelino: —Só existe um problema filosófico realmente sério: o Suicídio || (CAMUS, 2004, p. 17).

Para este autor, descobrir e reconhecer o absurdo da inutilidade da vida leva a uma paixão desenfreada pelo tema. —Morrer por vontade própria supõe que se reconheceu, mesmo instintivamente, o caráter ridículo desse costume, a ausência de qualquer motivo profundo para viver, o caráter insensato da agitação cotidiana e a inutilidade do sofrimento" (CAMUS, 2004 p. 19).

A busca por um sentido para a existência da pessoa ou mesmo sua dúvida a respeito nem sempre provem de alguma doença ou mesmo resulta em doença. Conforme Frankl (1945) a frustração existencial é inócua, não determinante para doença mental, e a prescrição de medicamentos por parte dos médicos tem a função de acalmar e guiar o paciente através de suas crises existenciais quando relacionadas ao seu crescimento/desenvolvimento.

Outras condições podem desencadear os conflitos internos levando a depressão com potencial suicida. Guariente (2002) aponta ainda a intolerância à dor da frustração; o superego severo, rígido e primitivo; o sentimento de culpa excessivo; o ideal primitivo supervalorizado e desconhecido; a inveja e cobiça excessiva; as personalidades tipicamente narcísicas; a predominância do princípio do prazer em detrimento do princípio de realidade; a rigidez e excessos dos mecanismos de defesa do ego e a predominância do instinto de morte em

2.3.2 Os Conflitos Externos e Depressão

Fatores sociológicos e ambientais são conflitos inicialmente externos que também podem somar para que o indivíduo possa ter pensamentos suicidários. Os fatores sociais, como mudança de residência; divórcio, perda de emprego, privação, emigração; falta de apoio familiar e/ou social podem provocar consternação e o humor do indivíduo se altera. Estudos mais recentes sugerem que um estado psicológico de desespero é a chave precursora do suicídio e pode ser um comportamento aprendido socialmente num processo cumulativo. TRICKETT (1997); GUARIENTE (2002); PIMENTEL CE et al (2009); O gosto musical, como o *rock* por suas letras deprimentes, revoltosas e/ou agressivas, também é apontado como um fator que une pessoas com ideais comuns e implica vulnerabilidade moderada e alta tendência ao suicídio. SILVA; COUTO; SANTOS (2013).

Embora o suicídio seja, para a OMS (2000), um ato individual ele acontece no contexto de uma determinada sociedade e se associa a determinados fatores sociodemográficos como sexo, idade, estado marital, ocupação, desemprego, residência urbana/rural, migração, dentre outros apontados:

- Na maioria dos países, mais indivíduos do sexo masculino cometem suicídio, a razão masculino/feminino, no entanto, varia de país para país.
- Os mais idosos (mais que 65 anos) e os mais novos (15-30 anos) são grupos etários de risco aumentado para suicídio.
- Pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas estão em maior risco para suicídio. O casamento parece ser protetor para o sexo masculino em termos de risco de

suicídio, mas não tão significativamente para as mulheres. Separação e morar sozinho aumentam o risco de suicídio.

- Alguns grupos ocupacionais, como veterinários, farmacêuticos, dentistas, médicos e fazendeiros têm uma taxa mais alta de suicídio. As explicações motivacionais não são claras, embora o acesso a meios letais, pressões no trabalho, isolamento social e dificuldades financeiras, possam influenciar.
- Existe associação entre as taxas de desemprego e as taxas de suicídio. Os efeitos do desemprego podem ser mediados por fatores como pobreza, diminuição do nível social, dificuldades domésticas e desesperança.
- Em alguns países os suicídios são mais habituais em áreas urbanas, enquanto em outros eles ocorrem mais frequentemente em áreas rurais.

31

- A migração, com seus problemas decorrentes como pobreza, habitações precárias, perda de suporte social e expectativas não preenchidas, aumenta o risco de suicídio.
- Alguns fatores sociais, como a fácil disponibilidade de meios para cometer o suicídio, e eventos de vida estressantes, podem contribuir para aumento do risco de suicídio.

O fator sóciodemográfico motivacional sexo, enquanto gênero aponta que homens cometem mais suicídios. Entre as mulheres, as taxas são mais altas em planejamento e tentativa de suicídio. Os meios geralmente utilizados pelas mulheres são imediatamente menos violentos e menos letais que aqueles utilizados pelos homens, mas este fato não é suficiente para explicar a motivação das mulheres para tentarem mais o suicídio. CFP (2013).

Em estudo realizado com a população brasileira foi verificado aumento de 32,8% na taxa masculina de suicídio, com crescimento em todos os grupos etários entre 1980 e 2000. (Baggio et al., 2009).

Por outro lado, Netto (2013) chama a atenção para um fenômeno que vem aumentando de número e vê como uma denúncia importante é o suicídio de homossexuais, transgêneros e mais especificamente transexuais, sendo que a maioria deles está —diretamente ligada ao preconceito, à homofobia, a não aceitação da família e as mais diversas formas de violência as quais essas pessoas estão submetidas cotidianamente || .

Outros fatores sociodemográficos apontados pela OMS (2000), que aumentam o risco de comportamentos suicidas são: Pessoas de sexo masculino; faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos; estratos econômicos extremos; residentes em áreas urbanas; desempregados (principalmente perda recente do emprego); aposentados; isolamento social; solteiros ou separados; migrantes.

Observando o ciclo vital do desenvolvimento humano, estudos de Schlösser; Rosa; More (2014) apontam os adultos como a faixa etária em que há maior incidência de suicídios. Segundo estes, em revisão aos autores (Almeida et al., 2009; Meneghel et al., 2004; Rogers, 2001; Weir, 2001; WHO, 2000/2008 APUD Schlösser; Rosa; More, 2014) diversas pesquisas apontam como principais fatores de risco para condutas suicidas:

32

consumo e/ou uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas; problemas familiares e/ ou parentais; transtornos mentais severos; enfermidades terminais; impulsividade; não possuir parentes e/ou vínculos sociais; rompimento de relações interpessoais significativas; problemas financeiros;

histórico familiar de suicídio; abuso na infância, tentativas prévias e ideação suicida; isolamento social; perdas afetivas; histórico familiar de suicídio; transtornos mentais severos, principalmente os transtornos depressivos e doenças terminais; bem como variáveis demográficas e socioeconômicas.

Já os agravos Psicológicos citados pela OMS (2000) são: perdas recentes; perdas de figuras parentais na infância; dinâmica familiar conturbada; datas importantes; reações de aniversário; personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil; condições clínicas incapacitantes; doenças orgânicas incapacitantes; dor crônica; lesões desfigurantes perenes; epilepsia; trauma medular; neoplasias malignas; AIDS.

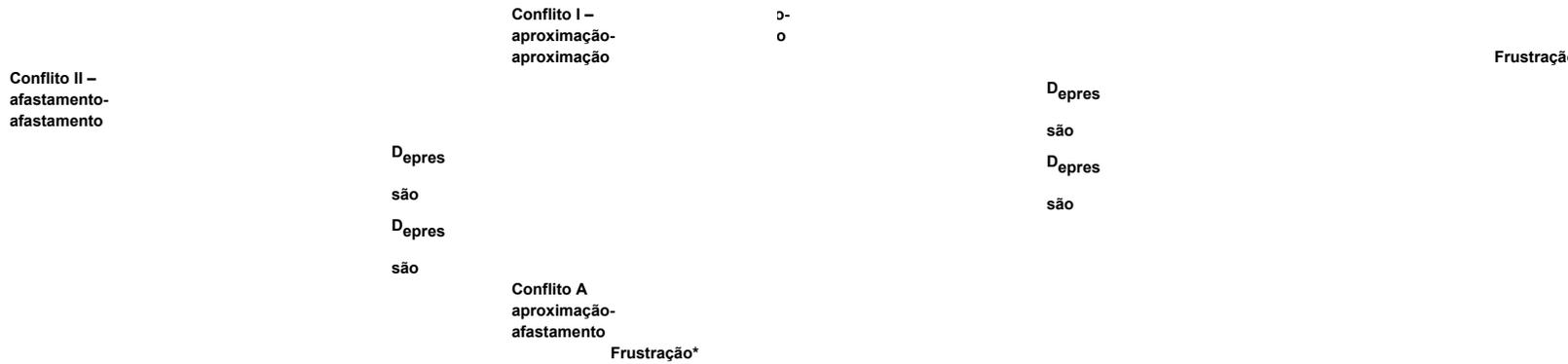
Além desses fatores, necessita-se de voltar a atenção para os fatores ambientais na atualidade como o lar e o trabalho das pessoas que apresentam comportamento suicida. A intensidade do sentimento de frustração pode-se manifestar de forma violenta, conforme aponta Werlang (2013). Para ela a contemporaneidade traz inúmeros sofrimentos devidos a choques de interesses, disposição, estilos de vida diferentes, que a coabitação apresenta, destacando locais de moradia e trabalho dentre os locais mais frustrantes.

As frustrações e os conflitos experienciados pelos sujeitos, podem interligar-se, sofrendo um processo acumulativo, que envolve vários fatores motivacionais, o que – por sua vez – é um dos elementos que podem favorecer o desenvolvimento de um quadro depressivo, conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1 – Diagrama: frustração e conflito

*(diferença entre situação ideal e real)

Fonte: Produção Própria.



Conflito B

2.4 Comportamentos Suicidários

Pode ser considerado comportamento suicida o ato intencional de causar dano a si mesmo, tendo como objetivo dar fim a própria vida, abrangendo ideias e desejos suicidas, condutas suicidas sem resultado fatal e os suicídios exitosos. Esta descrição possibilita a concepção do comportamento suicida ao longo de um *continuum*, ou seja, a partir de pensamentos de auto extermínio, passando por ameaças, gestos, tentativas e finalmente o suicídio (WERLANG; BOTEGA, 2004). A

Figura 2 possibilita uma percepção visual ampla da problemática que envolve os comportamentos suicidas.

Figura 2 – Dimensões do comportamento suicida

Fonte: (WERLANG; BOTEGA E COLS, 2004)

Durkheim (1897 apud SILVA; COUTO; SANTOS, 2003, p. 5) já apontava que suicídio é —todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia produzir esse resultado || .

A Organización Panamericana de La Salud - OPS (2014) reconhece que o conhecimento do comportamento suicida tem aumentado muito nas últimas décadas. A pesquisa tem mostrado a importância da interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e culturais na determinação do comportamento suicida. Também tem sido observado variabilidade cultural no risco de suicídio, e como cultura pode aumentar os comportamentos de risco de suicídio ou proteger contra estes.

Para a Organização Mundial de Saúde - OMS, o suicídio é um problema grave de saúde pública, pois 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foi devido a tentativas de suicídio. Estima-se que o ônus global por doenças devido a tentativas de suicídio para o ano de 2020 seja de 2,4%. A estimativa requer a atenção de todos os profissionais, primordialmente os da área da saúde, onde se encontram os psicólogos (OMS, 2006).

O comportamento suicida perpassa os fatores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais. Como impacto do ato suicida tem-se a desestrutura familiar que, se não for acolhida pode perdurar por muitos anos. Estima-se que para cada pessoa que comete suicídio, entre dez a vinte e cinco tentam sem sucesso. Se a maioria das intenções de morte fosse identificada antes, poderia ser evitada. O maior desafio profissional consiste em identificar a população que tanto está em risco como as que possam ser influenciadas, ou seja, são vulneráveis bem como entender as circunstâncias que influenciam o comportamento autodestrutivo, planejar e intervir de maneira eficaz (OMS, 2006).

Silva; Couto; Santos (2003) e Nogueira (2007) resumem os pensamentos do sociólogo Durkheim (1986) acerca do suicídio enquanto fonte de controle social: para Durkheim (1986) o estudo do suicídio, que é um fenômeno especificamente individual, apesar de só em aparência, lhe permitiu demonstrar as fortes relações entre o indivíduo e a sociedade. Segundo Durkheim (1986) há três tipos de suicídio: o suicídio egoísta, —que resulta de uma individualização excessiva || e cujo grau de integração do indivíduo na sociedade não se apresenta suficientemente forte (o suicídio varia na razão inversa do grau de integração da sociedade religiosa, familiar e política); o suicídio altruísta, que, ao contrário do suicídio egoísta, resulta de uma

—individualização insuficiente || (o indivíduo determina a sua morte por força de —um imperativo social interiorizado, obedecendo ao que o grupo ordena ao ponto de asfixiar dentro de si próprio o instinto de conservação ||); e o suicídio anômico, que se relaciona com uma situação de desregramento, típica dos períodos de crise que impede o indivíduo de encontrar uma solução bem definida para os seus problemas, situação que favorece um sucessivo acumular de fracassos e decepções propícias ao suicídio (—se a influência reguladora da sociedade deixa de se exercer, o indivíduo deixa de ser capaz de encontrar em si próprio razões para se autoimpor limites ||) (grifo do autor).

35

Acerca dos fatores motivacionais, Silva (2012) expõe que a pesquisa de Durkheim sobre o fato social Suicídio, no ano de 1897, emergiu de suas reflexões na tese A Divisão do Trabalho. Assim, divisão orgânica do trabalho é parte do desenvolvimento normal das sociedades humanas. O homem, porém, não se sente necessariamente mais feliz com sua sorte nas sociedades modernas, e registra, de passagem, o aumento do número dos suicídios, expressão e prova de certos traços, talvez patológicos, da organização atual da vida coletiva.

Só estaremos imunizados contra o suicídio se estivermos socializados... não podemos deixar que o vazio ocupe nossa existência... o lugar que mais socializa é a associação, a corporação, o grupo profissional... o mal-estar que sentimos não é provocado por um aumento quantitativo e qualitativo das causas objetivas de sofrimento; revela uma maior miséria econômica, mas uma alarmante miséria moral (DURKHEIM, 1986 apud SILVA, 2012).

Levando-se em consideração os aspectos observados, entende-se que a depressão traz diversos sinais e sintomas passíveis de unir a ideação suicida com os fatores motivacionais apontados dando possibilidades à execução suicida. Faz-se necessário buscar conhecimento, identificar, elaborar e fornecer subsídios sobre

esse transtorno e seus fatores motivacionais precipitantes, trazendo possibilidade de fomentar tratamentos psicoterápicos eficazes, que permitam novas saídas para os conflitos.

2.5 Proteções ao Comportamento Suicida

Assim como existem os fatores de risco para suicídio, há também os fatores de proteção que reduzem o risco de suicídio e são considerados isoladores contra o suicídio. Segundo OMS (2006) incluem: apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos; crenças religiosas, culturais, e étnicas; envolvimento na comunidade; uma vida social satisfatória; integração social como, por exemplo, através do trabalho e do uso construtivo do tempo de lazer; acesso a serviços e cuidados de saúde mental.

Há muitos fatores de proteção que devem ser avaliados conforme a demanda surgida, que é multifatorial. Na concepção de Teodoro (2009) para a criança é importante a construção da autoestima. Os adultos lhes servirão como espelhos na estruturação de sua identidade. A forma como o adulto trata a criança, manifestando seus sentimentos por ela, verbalmente ou por gestos, expressões faciais e atitudes, vai fornecendo a ela informações sobre quem e como ela é. —Assim, uma criança pode, ao longo do seu desenvolvimento, acreditar que é incapaz, chata, indesejada,

36

preguiçosa, entre outras impressões negativas que podem comprometer sua autoestima || (p. 45).

Os adolescentes estão passando por uma fase de transição e, dentre seus fatores protetores estão a boa relação com os membros da família, o apoio familiar e

a confiança em alguém; boas habilidades sociais, busca por ajuda e conselhos, senso de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizados, habilidade em comunicar-se, receptividade com a ajuda dos outros e projetos de vida (estilo cognitivo e personalidade); valores culturais, lazer, esporte, religião, boas relações com amigos e colegas, boas relações com professores e outros adultos, apoio de pessoas relevantes e amigos que não usem drogas (fatores culturais e sociodemográficos); e, além de cuidados pessoais e físicos como dieta saudável, boa qualidade do sono e atividade física (fatores ambientais) (OMS, 2006).

Para populações adultas é possível citar alguns fatores protetivos que podem contribuir para evitar condutas suicidas. Dentre elas Schlösser; Rosa; More (2014) citam em seus estudos a presença de razões para viver; responsabilidade para com a família, mais precisamente com o(s) filho(s), bem como possuir filho(s). Além destes, os autores acrescentam boas relações familiares e interpessoais; satisfação nas atividades cotidianas; flexibilidade aos problemas e busca de ajuda em momentos críticos.

O número de suicídios entre os idosos pode ser diminuído se as pessoas ao seu redor estiverem atentas às mensagens prévias. Cerca de 70% dos idosos que cometem suicídio são conhecidos por partilhar as suas ideias suicidas com um membro da família ou com outros indivíduos antes de cometerem o seu ato fatal. Portanto, entrevistas com pessoas que lhes são próximas são imprescindíveis com esta população (OMS, 2000).

—Essa capacidade da consciência de refinar-se mediante a humanização de seu ambiente social e tecnológico constitui a mais completa liberdade, porque nada fica fora do controle humano || (RATNER, 1995, p. 263). Apesar dos fatores de proteção não eliminarem o risco de suicídio, juntamente com outras estratégias e

cuidados, podem equilibrar o peso imposto por circunstâncias difíceis que o indivíduo enfrenta ao longo da vida.

37

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho consistiu em uma pesquisa exploratório-descritiva, marcada pela iniciativa da realização de um levantamento dos dados necessários para o estabelecimento do perfil epidemiológico de mortes por suicídio; buscou-se a obtenção e exposição de dados representativos do fenômeno e compreendê-los.

O estudo tem uma abordagem qualitativa. Este tipo de metodologia é citado por Marconi e Lakatos (2004 p. 269), da seguinte forma:

A metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento etc.

Quanto à sua finalidade, este estudo visou ser uma pesquisa aplicada, uma vez que se volta para objetivos de aplicação de teorias às necessidades humanas e social: estudo do comportamento humano e da sociedade (GONZALÉZ, 2005). —O método por si só não pode explicar um fenômeno social || (TARTUCE, 2006, p. 15).

O procedimento metodológico adotado para este trabalho caracterizou-se em um levantamento, análise e discussão dos dados epidemiológicos e estudos de publicações de domínio público divulgados sobre o tema até o momento, e condensação para serem aproximadas, com a finalidade de fundamentar teoricamente o objeto de investigação com a literatura existentes. Compreendeu uma busca detalhada na literatura, selecionando-se e sintetizando ideias, estudos e pesquisas que se relacionem com problema investigado, objetivando melhor

compreensão das inúmeras facetas deste.

3.1 Procedimento

Inicialmente, realizou-se uma revisão sistemática da literatura disponível a partir de fontes tais como: livros, artigos, dissertações, monografias, periódicos (revistas, boletins, jornais), entre outros referentes ao tema. O objetivo consistiu em esclarecer idéias e conceitos sobre questões da trajetória do comportamento voltado ao suicídio, os fatores de risco e o papel do psicólogo na prevenção deste fenômeno.

38

3.2 Do Universo da Amostra

Os participantes foram alcançados a partir dos dados epidemiológicos divulgados pela OMS – Organização Mundial da Saúde em 2014 (além da linha histórica de 2000-2012), pelo sistema DATASUS/SIM (2013) e outros estudos, artigos e monografias publicados, dando-se ênfase para populações brasileiras.

A compilação das informações e dos dados foi realizada manualmente, sendo que as variáveis estão apresentadas em forma de tabelas por predominância e gráficos, mediante descrição com categorização por faixa etária, sexo, escolaridade e estado civil; além das representações fisiológicas, sociais, psicológicas, espirituais e filosóficas, sendo utilizados os relatórios gráficos gerados pela ferramenta do Microsoft Office.

A análise do material coletado deu-se através da integração dos principais dados teóricos existentes em relação ao assunto, de modo a aproximar as ideias, ordenando e sintetizando os dados contidos nas fontes pesquisadas de maneira que

possibilite a obtenção de respostas ao problema da pesquisa, ressaltando as evidências de modo a esclarecer cada questão levantada mediante exame qualitativo das informações obtidas.

39

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados estão organizados por tópicos, relacionados e comparados com a produção de estudos brasileiros sobre a temática. Posteriormente é feita a análise e discussão acerca do comportamento suicida de acordo com os fatores motivacionais e as frustrações e conflitos envolvidos, conseqüentemente transformados em informações para melhor compreensão do fenômeno aqui estudado.

Foram analisados artigos e publicações de diferentes autores, dados da OMS, MS DATASUS-SIM e baseado na metodologia proposta, conforme tabelas e quadros a seguir.

4.1 Dados Epidemiológicos do Brasil

Segundo dados demográficos de suicídio no Brasil publicados pelo Ministério da Saúde, via programa DATASUS-SIM, informa sobre óbitos por causas externas no Brasil por suicídio, ou seja, lesões autoprovocadas considerando-se os dados atualizados do sistema. Para cálculo do número de suicidas per capita, pela população brasileira, foram utilizadas as estimativas intercensitárias disponibilizadas pelo DATASUS que, por sua vez, utiliza fontes do IBGE.

Figura 3 – Taxas globais de suicídios notificados desde 1950 e projeção até 2020

Fonte: (ERLANG; BOTEGA; COLS, 2004)

A figura 3 demonstra as taxas globais de suicídio (por 100.000 habitantes) calculadas desde 1950 e projetada até o ano de 2020 onde é possível observar um aumento de cerca de 49% para homens e de 33% para mulheres, numa proporção que varia de 3,2:1 (1950) 3,6:1 (1995) e projeta-se para 3,9:1 (2020). Em 1995 foram 40 900.000 óbitos notificados e a projeção é para 1,53 milhão de óbitos previstos (WERLANG; BOTEGA, 2004).

Tabela 1 – Óbitos por residência Brasil: números gerais

Grande Grupo CID10 Período Total X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente ²⁰¹³
10.533

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10br.def> <http://www.deepask.com/goes?page=Confira-o-numero-de-suicidios-no-Brasil>

A tabela 1 aponta que em 2013 houve 10.533 óbitos ocorridos no Brasil provocados por lesões autoprovocadas voluntariamente considerados o grande grupo da CID 10 (Classificação Internacional de Doenças-10), X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente. Segundo o DATASSUS, esse número representa 5,01 óbitos para cada 100.000 habitantes no período, devido a esse fator. No ano de 1999 os óbitos pelo mesmo fator foram de 3,98 óbitos/100 mil pessoas. Percebe-se que o crescimento das taxas condiz com a previsão da OMS afirmando que as estimativas realizadas apontam que, em 2020, as vítimas poderiam ascender a 1,53 milhões, e de 10 a 20 vezes mais pessoas realizarão intento suicida.

Gráfico 1 – Óbitos por residência Brasil grande grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente segundo sexo. Período: 2013

Óbitos por Residência

12.000
10.000
8.000
6.000
4.000
2.000
0

Masculino Feminino Ignorado Total Óbitos 8.309 2.223 1 10.533

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10br.def>

41

Os dados do Gráfico 1 demonstram que o número de suicídio é maior entre pessoas do sexo masculino. As tentativas de suicídio são historicamente mais comuns entre as mulheres, enquanto os suicídios consumados são mais comuns entre os homens, salvo exceções, como a China devido às formas/meios mais eficazes de atentar contra a própria vida (NETTO, 2013).

Gráfico 2 – Óbitos por residência Brasil grande grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente segundo faixa etária. Período: 2013

Óbitos por Faixa Etária

12000
10000
8000
6000
4000
2000
0

80 5 a 9 anos

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10br.def25>

No Gráfico 2 percebe-se que na população adulta concentram os índices elevados de suicídio, concordando com os estudos de Schlösser; Rosa; More (2014) que apontam os adultos como a faixa etária em que há maior incidência de suicídios.

10 a 14 anos

15 a 19 anos

20 a 29 anos

anos e mais 30 a 39 anos

40 a 49 anos

50 a 59 anos

60 a 69 anos

70 a 79 anos

Idade ignor

Total ada

Óbitos - - 3 119 666 2.206 2.288 2.024 1.512 904 528 255 25 10.53

42

Gráfico 3 – Óbitos por residência Brasil grande grupo CID10: X60-X84 Lesões

autoprovocadas voluntariamente – escolaridade. Período: 2013

Óbitos por Escolaridade

12000
10000
8000
6000
4000
2000
0

Nenhuma 1 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 11 anos

12 anos e

mais Ignorado Total Óbitos 491 1.701 2.591 2.145 813 2.792 10.533

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10br.def>

No Gráfico 3 os índices de suicídio encontram-se entre pessoas com níveis razoáveis de educação. Estudos apontam que jovens de ensino médio; presença de transtornos psiquiátricos, uso abusivo de álcool e outras drogas, assim como condutas de risco, aumentam o risco de suicídio.

Gráfico 4 – Óbitos por residência Brasil grande grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente – estado civil. Período: 2013

Óbitos por Estado Civil

12.000
10.000
8.000
6.000
4.000
2.000
0

Separad

Solteiro Casado Viúvo

o judicial mente

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10br.def>

Outro Ignorad

o Total

Óbitos 5.158 2.782 407 734 526 895 10.533

43

O Gráfico 4 exibe a elevada incidência de óbitos entre solteiros. Na literatura consultada, os principais motivos apontados são decorrentes de traumas de infância e adolescência, juntamente com novas responsabilidades; além de impulsividade, toxicodependências, comorbidades, facilidade de acesso a armas, direção perigosa, falta de sentido para a vida, dentre outros (OMS, 2000).

Tabela 2 – Número de suicídios na população total na região Norte (Brasil) de 2002 a 2012

UF/Região	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012																																																																											
Δ%	02/12	11/12	Acre	22	26	26	19	25	36	33	31	40	41	43	95,5	4,9	Amapá	35	35	38	40	25	26	31	26	29	37	21																																																										
	-40,0	-43,2	Amazonas	80	91	98	91	98	129	147	152	162	188	185	131,3	-1,6	Pará	139	137	135	167	158	179	217	187	190	221	240	42,7	8,6	Rondônia	45	53	63	64	65	41	76	84	82	78	73	62,2	-6,4	Roraima	19	20	26	27	34	43	31	32	34	34	38	100,0	11,8	Tocantins	50	72	64	68	71	89	84	80	85	93	93	86,0	0,0	Norte	390	434	450	476	476	543	619	592	622	692	693	77,7	0,1

Fonte: (SIM/SVS/MS in: WAISELFISZ, 2014).

A Tabela 2 mostra o número de suicídios na região Norte. Segundo Waiselfisz (2014) chama a atenção para a subnotificação também a incompleta cobertura do sistema, fundamentalmente nas regiões Norte e Nordeste, faz com que a fidedignidade das informações diminua com a distância dos centros urbanos e com o tamanho e disponibilidades dos municípios. —Destaca-se, de forma preocupante, a região Norte, onde os suicídios passaram de 390 para 693: aumento de 77,7%. Amazonas, Roraima, Acre e Tocantins duplicam – aproximadamente – seus quantitativos || .

Tabela 3 – Óbitos por residência Brasil grande grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente - região não definida -TO

Grande Grupo CID10: Período: Total Números Gerais 2013 94

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10br.def>

A Tabela 3 demonstra os números de suicídios ocorridos no Estado do Tocantins, no ano de 2013, em números gerais, sem especificação de outros dados, não sendo o objetivo deste estudo a regionalização, pois se encontram diluídos nos dados gerais do Brasil.

4.2 Dados sobre Fatores e Variáveis de Risco de Suicídio

Nesta sessão encontram-se variáveis diversas para o comportamento suicida, conforme vários autores, de acordo com a literatura consultada e estudada para corroborar os resultados da pesquisa epidemiológica, abarcando os diversos fatores envolvidos.

Tabela 4 – Variáveis particulares de risco de suicídio

Variável Alto Risco Baixo Risco DEMOGRÁFICA Idade > 45 Anos <45 Anos
 Sexo Masculino Feminino Situação conjugal Divorciado/viúvo Casado
 Emprego Desempregado Empregado Relações interpessoais Conflituosas
 Estáveis Estrutura familiar Caótica/conflituosa Estável

SAÚDE Física Doença crônica Boa

Hipocondria Sente-se bem Excesso de medicamentos Pouco uso Mental

Depressão grave Depressão leve Psicose
Neurose

Transtorno personalidade Personalidade normal Abuso
de álcool/drogas Bebe socialmente

ATIVIDADE SUICIDA

Ideação suicida

Frequente/intensa Pouco frequente/leve Prolongada Transitória **Tentativas de
suicídio**

Múltiplas Primeira Planeada Impulsiva Desejo de
morrer Desejo de mudar Autoacusação Raiva
Método letal Método não-letal

RECURSOS

Poucas aquisições Muitas aquisições **Pessoais** Insight
pobre Bom insight

Afeto pobre e descontrolado Afeto adequado **Sociais**
Isolamento Bom

envolvimento/integração Família pouco envolvida Família
envolvida

Fonte: (Roy, A. Psychiatric emergencies. 1989; extraído de Kaplan et al., 1997) e
(<http://www.ccs.ufsc.br/psiquiatria/981-13.html>)

45

Quadro 2 – Fatores gerais de risco suicida

Os fatores de risco gerais incluem:

- Estatuto sócio-econômico e nível de educação baixos; perda de emprego;
- Estresse social;
- Problemas com o funcionamento da família, relações sociais, e sistemas de apoio;
- Trauma, tal como abuso físico e sexual;
- Perdas pessoais;
- Perturbações mentais tais como depressão, perturbações da personalidade, esquizofrenia, e abuso de álcool e de substâncias;
- Sentimentos de baixa auto-estima ou de desesperança;

- Questões de orientação sexual (tais como homossexualidade);
- Comportamentos idiossincráticos (tais como estilo cognitivo e estrutura de personalidade);
- Pouco discernimento, impulsividade, e comportamentos autodestrutivos;
- Poucas competências para enfrentar problemas;
- Doença física e dor crônica;
- Exposição ao suicídio de outras pessoas;
- Acesso a meios para conseguir fazer-se mal;
- Acontecimentos destrutivos e violentos (tais como guerra ou desastres catastróficos)

Fonte: Fonte: OMS, 2006. http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf

Tabela 5 – Fatores de risco de suicídio por faixa etária

Faixa etária Fatores e situações de risco Crianças Família disfuncional e conflituosa;

Divórcio dos pais; Desamparo; Perda de controle. Adolescentes História familiar com doenças psiquiátricas;

Disfunção familiar, rejeição pela família, e negligência; Abuso na infância Menor apoio familiar; Ideação ou comportamento suicida anterior; Problemas disciplinares ou legais; Acesso a armas de fogo; Suicídio de figuras proeminentes ou conhecidos pessoais; Suicídios em grupos; Imitação de estilo de vida ou os atributos de personalidade de indivíduo suicida; Álcool e o abuso de substâncias; Perturbações do humor e da ansiedade; Fuga de casa, e o sentimento de desespero; Experiências de vida humilhantes; Fracasso na escola ou no trabalho; Conflitos interpessoais com um parceiro romântico; Diagnóstico de perturbação da personalidade, perturbações do comportamento, perturbação de stress pós-traumático, ou sintomas violentos e agressivos.

Crianças e adolescentes

substâncias; Perda de relações românticas; r com desafios acadêmicos e outras situações

ressivo, problemas emocionais, comportamentais e

46

estressantes da vida; Poucas competências para resolver problemas; Baixa autoestima; Conflitos em torno da identidade sexual; Abuso por parte de colegas e/ou por parte de adultos.

Adulto Transtornos mentais;

Condições clínicas incapacitantes; Transtornos mentais (em participação decrescente nos casos de suicídio); Transtornos do humor (ex.: depressão); Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ex.: alcoolismo); Transtornos de personalidade (principalmente borderline, narcisista e anti-social); Esquizofrenia; Transtornos de ansiedade; Comorbidade (ex.: alcoolismo + depressão).

Idoso Uso indevido de medicamentos;

Depressão;

Fonte: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf

Quadro 3 – Fatores que aumentam o risco de suicídio em pessoas com depressão

- Idade menor que 25 em homens.
- Fases precoces da doença.
- Abuso de álcool.
- Fase depressiva de um transtorno bipolar.
- Estado misto (maníaco-depressivo).
- Mania psicótica.

Fonte: (OMS, 2000): http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

Quadro 4 – Frustrações, conflitos e motivos para depressão

Autor Faixa etária Frustração Conflito Motivo

Teodoro (2009)

Infância Necessidade de apoio/falta

Falta de referência positiva

Experiências emocionais vividas pela mãe em sua própria infância e pelas contingências em que ocorre a gravidez Adolescência Incapacidade para

suportar e reagir às pressões internas e externas

Crise de identidade

Sentimento de pertença

Adulto jovem Revolta diante da

vida e a dependência afetiva

Crescer - abrir mão dos prazeres da fase anterior.

Postergação do enfrentamento das responsabilidades da vida adulta.

47

Meia idade Dificuldade

afetiva/autoestima- não realizações

Conflitos em relação à auto- estima, e pela necessidade de certezas sobre vida, redução da capacidade, e convívio social

Desmoronamento de verdades construídas, ninho vazio, saúde.

Velhice Incapacidades,

isolamento

Enfrentamento Alterações biológicas, psicológicas e sociais significativas. OMS (2000) Homem

15 e

35 anos; > 75 anos

Incapacidade de prover, relacionar- se.

Necessidade de provisão, relacionamentos

Estratos econômicos extremos; residentes em áreas urbanas; desempregados (principalmente perda recente do emprego); aposentados; isolamento social; solteiros ou separados; migrantes

Ao analisar os Quadros 02 e 03, e Tabela 05 acima, verifica-se que o suicídio

pode ser aumentado em uma variedade de transtornos mentais, em especial o

transtorno afetivo do humor, esquizofrenia, transtorno de dependência de álcool e outras drogas e transtorno da personalidade (WHO, 2000).

Pode-se observar no Quadro 04 e na Tabela 05 a grande incidência de famílias disfuncionais o que leva a concordar como sendo a família um dos berços dos conflitos e frustrações não elaborados, o que reflete em baixa autoestima, pouca capacidade de enfrentamento, incertezas sobre vida e empobrecimento do convívio social, fatores que aumentam o risco de autoagressão.

As pesquisas publicadas pela OMS (2011) apontando que existem fortes associações entre as taxas de desemprego e as taxas de suicídio, mas a natureza destas é complexa. Os efeitos do desemprego são mediados por fatores como a pobreza, baixa do nível social, dificuldades domésticas e desesperança entre outros; em períodos de crise econômica acresce o grau de endividamento e a perda de habitação. Por outro lado, concluem que pessoas com perturbações mentais têm maior risco de ficarem desempregadas.

48

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cumpriram-se os objetivos deste estudo como primeira etapa ao se observar as frustrações e os conflitos envolvidos nos fatores suicidógenos e é possível atender a acadêmicos e profissionais da área da saúde em geral, educadores, famílias e populações gerais para consultas acerca do tema. De qualquer modo, apesar dos estudos já realizados, das políticas públicas estabelecidas e das ações preventivas e assistenciais relacionadas ao suicídio, como os Planos de Prevenção do Suicídio, por exemplo, seu número tende a crescer.

Assim, é de grande relevância lembrar que a cultura de cada país, povo e região age na leitura da realidade outorgando-lhe os mais diversos significados, valores, representações, símbolos e modelos explicativos sobre seus problemas e causalidades, segundo modelos criados e alimentados/sustentados por esse povo, já que estes são particulares conforme sua identidade étnica, não se generalizando ou aplicando ao todo (VYGOTSKY, 1996).

Toda a problemática apresentada anteriormente é resultado de um conjunto de fatores biopsicossociais adversos, que na literatura médica representam fatores patogênicos estruturantes esses desde a gravidez podem estar presentes e que, associados a outros fatores ambientais ao longo do desenvolvimento da vida de cada pessoa, e também no conjunto, configuram quadros clínicos resultantes do conflito de forças - afastamentos/aproximações (sendo que dentre estes conflitos o que mais aponta riscos são os de afastamento/afastamento), entre os estressores e as capacidades de reação ou proteção da pessoa, no ambiente e com sua rede de apoio (DALGALARRONDO, 2008).

Este estudo expõe que juntamente com evidências médicas sobre certas patologias como a depressão, que está associada com o suicídio como os traumas psicológicos desde a infância (abuso, maus tratos, negligência parental dentre tantos outros que impossíveis de enumerar) foram observados na história de vida das pessoas que agem com autoagressão. Desta forma, nas últimas décadas, foi cada vez mais reconhecida a importância fundamental do contexto social (das normas e valores que acompanham o crescimento das pessoas, como solidariedade, apoio e proteção vs. isolamento e competição individual).

Assim, pode-se concordar com Cassorla (1991, p.128) quando ele aponta:

Nenhum dos fatores suicidógenos em si é causa do ato suicida, mas, se houver concomitância desses fatores com a problemática psicossocial, eles serão considerados causas específicas desta fase de desenvolvimento.

49

Deste modo, este estudo permite afirmar através da literatura revista, que uma boa relação familiar e social, rede de apoio sólida, sentido de forma ampla, além de questões como sentimentos de bem estar, autoestima elevada, capacidade

para buscar ajuda em situações necessárias, abertura a novas experiências, flexibilidade emocional para lidar com conflitos e frustrações, além de confiança em si mesmo são importantes aspectos que atuam como proteção no que tange ao risco de comportamento suicida.

De maneira global, pode-se afirmar que muitas ações podem ser executadas no âmbito da saúde pública, entre elas a elaboração de estratégias nacionais e locais de prevenção do suicídio, conscientização e questionamento de tabus na população, detecção e tratamento precoces de transtornos mentais, controle de meios letais e treinamento de profissionais de saúde em prevenção de suicídio (BOTEGA, 2014).

Enquanto área de atuação na psicologia, o psicoterapeuta pode ajudar o indivíduo com depressão e comportamento suicida através do diálogo, em uma construção mútua na transformação de sentidos e significados. O contexto clínico e psicoterapêutico fala do encontro entre dois seres humanos, daí o *setting* terapêutico é considerado como —um local mágico onde as mentes se encontram, onde as coisas não são os mesmos para todos os que as vêem, onde os significados são fluidos, e onde a construção de um indivíduo pode preencher a de outro. Imaginem, duas pessoas cujas atividades são mutuamente contingentes, seguindo ritmos, rotinas e iniciativas relativamente simples [...] || (NEWMAN, GRIFFIN e COLE, 1989, p. 227 apud AIRES, 2006). Através da internalização, as formas interpsicológicas (sociais/relacionais) são transferidas para as formas intrapsicológicas (pessoais) de significados.

Depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas são os transtornos mentais mais associados ao suicídio, segundo Bertolote; Fleischmann (2002). Transtornos mentais, esquizofrenia e certas

características de personalidade também são fatores de risco que merecem atenção. A situação de risco é agravada quando há comorbidade, como, por exemplo, depressão e alcoolismo; ou então, a coexistência de depressão, ansiedade e agitação.

50

Constata-se que não existe uma causa única para a depressão, nem para o comportamento suicida, pois são diversos motivos reais ou ideais que se acumulam na vida do indivíduo e que podem desencadeá-la. É possível que a adequada orientação possa prevenir e proteger de muitas frustrações futuras, mudanças nas posturas, menores conflitos na primeira infância, para melhor agir com as primeiras experiências de um indivíduo, proporcionando o desenvolvimento de uma forma de vida mais satisfatória, nas etapas de crescimento e estruturação na busca de se fortalecer, prevenindo as tendências destrutivas e o comportamento suicida.

Os fatores de proteção correspondem às características e circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais que, quando presentes e/ou reforçadas, estão associadas à prevenção do adoecimento mental como a depressão, dos comportamentos autolesivos e atos suicidas e à promoção da saúde. Concorda-se com Carvalho (2013) que uma estratégia de prevenção precisa identificar as vias suscetíveis de estabelecer, manter e reforçar estes fatores.

Foi possível observar que um bom vínculo afetivo iniciado na infância e mantido ao longo da vida é de extrema importância para a estruturação psíquica de uma pessoa assim como o é a pessoa doente. Este aspecto é uma referência para a construção da própria imagem e para um desenvolvimento emocional satisfatório que deve se estender para os vínculos posteriores (TEODORO, 2010).

Concordando com Cassorla (1991) e Botega (2014) outro aspecto clínico a ser lembrado é que uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para uma futura efetivação desse intento. Por isso, devem ser encarada como um sinal de alerta a indicar atuação de fenômenos psicossociais complexos como profundidade do conflito interno e externo, tensões intrafamiliares ou desorganização. Fazer uma avaliação realista dos fatores suicidógenos e das influências socioculturais, além de dar especial atenção a uma pessoa que tentou o autoextermínio é uma das principais estratégias para se evitar um futuro suicídio.

Por ser um tema abrangente e complexo, tratou este estudo de uma aproximação ao problema. Então, é importante que se façam ainda mais estudos posteriores com objetivo de produzir informações que colaborem na formulação de estratégias para a redução da morbimortalidade da população, reduzindo as taxas de comportamentos suicidas no Brasil e no mundo, levando-se em considerações os aspectos gerais e particulares envolvidos.

51

REFERÊNCIAS

- AIRES, J. M. Q. Aires. A abordagem Sócio-Histórica na psicoterapia com adultos. **IPAF** – Instituto de Psicologia Aplicada e Formação (Brasil / Portugal). 2006. Disponível em: <<http://psicolatina.org/Cinco/adultos.html>>. Acesso em 07 set. 2015.
- ANGERAMI-CAMOM, V. A. **Suicídio**: Fragmentos de Psicoterapia Existencial. São Paulo: Pioneira, 1997. 120 p.
- BAGGIO, L., PALAZZO, L. S., & AERTS, D. R. G. de C. (2009). Planejamento suicida entre adolescentes escolares: Prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, 25(1), 142-150. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000100015&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 06 set. 2015.

BERTOLETE, J. M., & FLEISCHMANN, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. **World Psychiatry**, 1, 181-185. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>>. Acesso em 11 nov. 2015.

BONFENBRENNER, U. (1996). **A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas (original publicado em 1979).

BOTEGA, N. J. Comportamento Suicida em Números. In: Debate Psicologia Hoje. Associação Brasileira de Psiquiatria (**ABP**). Ano 2. No 1. Janeiro/Fevereiro de 2010. p. 10-24. Disponível em: <http://www.abp.org.br/download/PSQDebates_7_Janeiro_Fevereiro_light.pdf>. Acesso em 17 mai. 2015.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**. 2014 | volume 25 | número 3 | 231-236. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>>. Acesso em 21 out. 2015.

BRAGHIROLI, Elaine Maria et. al. **Psicologia Geral**. Porto Alegre: Vozes, 2001, p.189-199.

CAMUS, Albert. **O Mito de Sísifo**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

CARVALHO, Álvaro de. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Disponível em: <<file:///K:/TCC%20-%20200844/TCC%20II/Plano%20Nacional%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20do%20Suic%C3%ADdio.pdf>>. Acesso em 01 nov. 2015.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da **CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ed. – porto Alegre: Artmed, 2008. 440 p.

FERREIRA, Elizelma Ortêncio; CAPITAO, Cláudio Garcia. Investigação do grau de tolerância à frustração em presidiários. **Aletheia**, Canoas, n. 31, abr. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 abr. 2015.

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. Tradução de Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline. Porto Alegre: Sulina, 1987. 174p. Disponível em <<http://gropius.awardspace.com/ebooks/frankl.pdf>>. Acesso em 10 mai. 2015.

GONZALÉZ, R. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. Tradução: Marcel Aristides Ferrado Silva. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2005.

GUARIENTE, Júlio César Arroyo. **Depressão**: dos sintomas ao tratamento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 65 p.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-V** [American Psychiatric Association]. 5 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 P.

MANUAL MERCK Saúde para a Família. Uma publicação da **Merck & Co**, Inc. com sede em Whitehouse Station, New Jersey, USA. Disponível em: <<http://www.manualmerck.net/?id=111>>. Acesso em 15/04/2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica**. 3a ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MYERS, David G. **Explorando a Psicologia**. 5 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2003. 623 P.

NETTO, Nilson Berenchtein. Cap.1 In: **Conselho Federal de Psicologia. O Suicídio e os Desafios para a Psicologia** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013. 152p. cap. 1, p. 15-24. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>>. Acesso em 27 abr. 2015.

NOGUEIRA, R. M. C. D. P. A. **Violências nas Escolas: um estudo sobre o bullying escolar**. 2007. 248 f. Tese (Doutorado em Educação: História, Política,

Sociedade) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Universidade São Paulo, São Paulo. Disponível em:
<http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5084> Acesso em 26 abr. 2015.

OMS. **Prevenção do Suicídio: Um Manual Para Médicos Clínicos Gerais**. Genebra, 2000. Disponível em:
<http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_gp_port.pdf> Acesso em 13 mai. 2015.

53

Organização Mundial de Saúde — OMS. **Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros**. Genebra, 2006. Disponível em:
<http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf>. Acesso em 13 abr. 2015.

Organização Mundial de Saúde — OMS. WHO (2011) **Impact of economic crises on mental health**. WHO, Regional Office for Europe, Denmark. Disponível em:
<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf>. Acesso em 27 abr. 2015.

Organización Mundial de La Salud (**OMS**). **Prevención Del suicidio: un imperativo global**. Washington, DC: OPS, 2014. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1>. Acesso em 27 abr. 2015.

PIMENTEL CE et AL. Música e Suicídio: Preferência musical e risco de suicídio entre jovens. **J Bras Psiquiatr**. 2009;58(1):26-33. Disponível em
<<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n1/a04v58n1.pdf>>. Acesso em 05 abr. 2015.

RATNER, Carl. **A Psicologia Sócio-histórica de Vygotsky: aplicações contemporâneas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SCHLÖSSER, A., ROSA, G. F. C., MORE, C. L. O. O.. Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia** – 2014, Vol. 22, no 133, 1-145.

SILVA, Enio Waldir da. **Sociologia jurídica** / Enio Waldir da Silva. – Ijuí: Ed. Unijuí, 2012. – 304 p. – (Coleção direito, política e cidadania; 35). Disponível em <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/966/Sociologia%20Jur%C3%ADdica.pdf?sequence=1>> Acesso em 05 mai. 2015.

SILVA, Filipe; COUTO, Joana; SANTOS, Raquel. **Saúde Mental na Adolescência: suicídio**. 2003. Disponível em <<http://www.mat.uc.pt/~guy/psiedu1/Suicidio.pdf>> Acesso em 01 abr. 2015.

SOLOMON, Andrew **O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão**/Andrew Solomon; 1963; tradução Myriam Campello. - 2a ed. - São Paulo: Companhia das Letras, 2014. 579 p.

TARTUCE, T. J. A. **Métodos de pesquisa**. Fortaleza: UNICE – Ensino Superior, 2006. Apostila. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B3DjpU8C6UL2ZnFZTHotTFJSSkk/edit>> Acesso em 28 ago. 2015.

TEIXEIRA, Marco Antônio Rotta. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. **Revista de Psicologia da UNESP**, 4(1), 2005. 41. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/31/57>> Acesso em: 08 mai. 2015.

54

TEODORO, Wagner Luiz Garcia. **Depressão: Corpo , Mente e Alma**. 3 Ed. Uberlândia: 2009. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/depressaocma.pdf>>. Acesso em 05 out. 2015.

TRICKETT, Shirley. **Ansiedade e depressão: manual de auto-ajuda**. São Paulo: Paulinas, 1997. 145 p.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1996. Disponível em <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/vygotsky-a-formac3a7c3a3o-social-da-mente.pdf>>. Acesso em 18 mai. 2015.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da violência 2014. Os jovens do Brasil. **FLACSO Brasil**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf > Acesso em 31 ago 2015.

WEILL, Pierre. **Relações Humanas na Família e no Trabalho**. 48 ed. Petrópolis: Vozes, 1998. 246 p. (apostila).

WERLANG, B. S. G., BORGES, V. R., & FENTERSEIFER, L.. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, (2005), 39(2), 259-266. Disponível em <<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03929.pdf>> Acesso em 31 ago 2015.

WERLANG, B. S. G; BOTEGA, N. J. & cols. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZACHARIAS, Alba Regina. **Caderno de Psicologia Dom Alberto**. Santa Cruz do Sul: Faculdade Dom Alberto, 2010. Disponível em: <[http://www.domalberto.edu.br/gradu/Cadernos%20Empresariais%20Dom%20Alberto/Psicologia_Alba\[1\].pdf](http://www.domalberto.edu.br/gradu/Cadernos%20Empresariais%20Dom%20Alberto/Psicologia_Alba[1].pdf)>. Acesso em 12 mai. 2015.