

# **Manual de Prevenção do Suicídio**

Autor: Prof. Dr. Sergio A. Perez Barrero

Fundador da Rede Mundial de Suicidiologia

Fundador da Secção de Suicidiologia da Associação Mundial de Psiquiatria

Tradução Dr. Roberto Curi Hallal

## **Prólogo**

O suicídio ocupa um lugar entre as primeiras 10 causas de morte nas estatísticas da Organização Mundial da Saúde. Considera-se que o cada dia se suicida no mundo ao menos 1.110 pessoas e tentam suicídio centena de milhares, independentemente da geografia, cultura, etnia, religião, posição socioeconômica, etc. Segundo estimativas conservadoras no ano de 2020 morrerão por suicídio não menos de 1.530.000 seres humanos e por cada um deles, tentarão suicídio entre 15 a 20 pessoas. Isto representa um suicídio a cada 20 segundos e uma tentativa de auto-eliminação a cada 1 a 2 segundos, Por outra parte se considera que por cada pessoa que se suicida necessitarão algum tipo de terapia ao menos seis sobreviventes, ou seja, pessoas muito vinculadas afetivamente com o falecido. Um cálculo muito simples mostra que a cada ano, pelo suicídio ou suas conseqüências sofrem pelo menos 22.000.000 de pessoas.

Qualquer sujeito pode, em um determinado momento de sua existência, sentir que a vida não tem sentido por diversas causas, como na doença física ou mental, a perda de uma relação valiosa, uma gravidez ocultada ou não desejada, a solidão, as dificuldades quotidianas em personalidades pouco tolerantes, o que converte el suicídio na sua melhor e única opção.

É por isso que se põe em mãos do público este pequeno livro sobre o comportamento suicida, pois conhecendo as particularidades desta conduta anômala, estarão em melhores condições de ajudar as pessoas em risco de cometer suicídio e saber que fazer para impedir este ato.

Não se pretende esgotar o tema, pois na pratica se apresentarão situações que não aparecem em texto algum. Somente se trata de fazer um modesto aporte à prevenção desta causa de morte.

O Autor

## Generalidades

A tentativa de suicídio, e o suicídio são as duas formas mais representativas da conduta suicida, ainda que não as únicas. Infelizmente existem muitos textos que somente levam em consideração estes dois aspectos. São as mais representativas da conduta suicida porque é o que mais se fala, do suicídio e da tentativa de suicídio, e não se fala tanto das outras modalidades de dito comportamento que são bem mais importantes, e não outros que sendo previstos e tomando-os em consideração de forma oportuna, evitariam que ambos acontecessem.

O espectro completo do comportamento suicida está conformado pela construção da autodestruição em seus diferentes graus: as ameaças, o gesto, a tentativa e o fato consumado. Incluem:

- O desejo de morrer ("Não vale a pena viver a vida", "Eu deveria é morrer", etc).
- A representação suicida ("Imaginei que me enforcava").
- A idéia de autodestruição sem planejamento da ação ("Vou me matar", e ao perguntar-lhe como irá fazê-lo, responde: "Não sei como, mas vou fazê-lo").
- A idéia suicida com um plano indeterminado ou inespecífico ainda ("Me vou me matar de qualquer maneira, com pílulas, jogando-me na frente de um carro, incendiando-me")
- A idéia suicida com um método específico não planejado. O indivíduo pensou enforcar-se, porém ainda não decidiu quando nem em que lugar irá realizar. ("Vou me enforcar": ¿Quando? "Não sei, porém vou me enforcar")
- A idéia suicida com um adequado planejamento ("Pensei enforcar-me no banheiro, enquanto minha esposa durma"). Também constituem um plano suicida. Sumamente grave.

Todas estas manifestações da construção da autodestruição devem ser exploradas, se o paciente não as manifesta, pois a comunicação e o diálogo aberto sobre o tema não incrementam o risco de desencadear o ato, como erroneamente se considera e é uma valiosa oportunidade para iniciar sua prevenção.

Várias são as formas de abordar o tema. Sugiro-lhes as seguintes:

1ra variante: "Evidentemente você não se sente bem e gostaria saber como tem pensado em resolver sua situação atual".

2da. variante: "Você me manifestou que dorme muito mal e gostaria de saber em que pensa quando isso lhe acontece, pois sei que nessas situações aparecem muitas coisas".

3ra. variante: "E durante esse tempo que você se sentiu assim, teve maus pensamentos?"

4ta. Variante: "Bem, eu quisera saber se na sua família alguém se matou, ou seja, se suicidou ou tentou contra a própria vida" (Esperar resposta e perguntar). "Você tentou alguma vez contra sua vida ou pensou fazê-lo?", "E agora, tem pensado?"

5ta. variante: "Pensou tirar-se a vida?"

As respostas afirmativas para qualquer destas variáveis para explorar a idéia suicida devem ser consideradas com seriedade y receber ajuda do pessoal

especializado para valorizar no conjunto a conduta que se deve seguir de forma imediata.

- As ameaças suicidas são expressões verbais ou escritas do desejo de matar-se e deve ter-se em conta, pois é um erro freqüente pensar: "Quem diz, não faz" ou "Aquele que se mata, não avisa que irá fazer".
- Quando a ameaça ocorre tendo os meios disponíveis para sua realização, porém sem levá-la a cabo, alguns autores consideram como gesto suicida (ter as pílulas à mão sem tomá-las) e nunca deve ser minimizado nem valorizado depreciativamente como "um alarde".
- A tentativa suicida, também denominado para-suicídio, tentativa de suicídio, tentativa de auto-eliminação (IAE) ou autolesão intencionada (deliberate self harm), se definiu como aquele ato sem resultado de morte no qual um individuo, de forma deliberada, faz-se dano a si mesmo. Considera-se que a tentativa é mais freqüente em jovens, do sexo feminino, e os métodos mais utilizados são os suaves ou não violentos, principalmente a ingestão de remédios ou substâncias tóxicas.
- O suicídio frustrado. É aquele ato suicida que, de não mediar situações fortuitas, não esperadas, casuais, houvesse terminado na morte.
- O suicídio acidental. O realizado com um método do qual se desconhecia seu verdadeiro efeito ou com um método conhecido, porém que não se pensou que o desenlace fora a morte, não desejada pelo sujeito ao levar a cabo o ato. Também se incluem os casos nos que não foram previstas as complicações possíveis, como acontece na população penal, que se auto-agride sem propósitos de morrer, porém as complicações derivadas do ato lhe privam da vida (injeção de petróleo na parede abdominal, introdução de arames até o estômago ou pela uretra, etc.).
- Suicídio intencional. É qualquer lesão auto-infringida deliberadamente, realizada pelo sujeito com o propósito de morrer e cujo resultado é a morte. Na atualidade ainda se debate se é necessário que o individuo deseje morrer ou não, pois neste último caso estaríamos diante de um suicídio acidental, em que não existem desejos de morrer, ainda que o resultado tenha sido a morte. São mais freqüentes em adultos e anciãos, no sexo masculino, e os métodos preferidos são os chamados duros ou violentos, como as armas de fogo, o enforcamento, o fogo, etc.

### **Resumindo:**

O comportamento suicida é um contínuo que vai desde a idéia em suas diferentes expressões, passando pelas ameaças, os gestos e tentativas, até o suicídio propriamente dito. A presença de qualquer destes indicadores (idéias, ameaças, gestos e tentativas) deve considerar-se como um sinal de alto risco no indivíduo que os apresenta.

## **Fatores de risco de suicídio**

Para prevenir a tentativa e o suicídio consumado, é primordial conhecer os fatores de risco, que são aqueles que os predispõem.

Na literatura suicidológica se mencionam múltiplos fatores de risco, os quais não abordaremos na sua totalidade por não ser o objetivo fundamental do presente texto, ainda que sim estudaremos os que possam orientar ao médico de atenção primária na sua detecção e adequada avaliação e manejo.

Antes de tudo há que considerar que estes traços são individuais, pois o que para alguns é um elemento de risco, para outros não representa problema algum. Além das individualidades há fatores geracionais, já que os fatores na infância podem não sê-lo na adultez ou na velhice. Por outra parte, são genéricos, pois os da mulher não são similares aos dos homens. Existem os que são comuns a qualquer idade e sexo, os quais, sem dúvida, são os mais importantes. Passemos, pois, à sua análise, começando pela infância.

## **Fatores de risco suicida na infância**

A infância é considerada, em geral, como uma etapa feliz da vida, na qual a conduta suicida não pode estar presente. Isto nem sempre é assim, na infância acontecem atos suicidas, os quais não são considerados e computados como tal ou o fazem como acidentes em muitos países, e se considera que é um fenômeno que vai aumentando.

Na infância, os fatores de risco são possíveis de detectar, principalmente, no meio familiar no qual vive o menor. Assim, há que ter em conta se foi uma criança desejada ou não, pois neste último caso existirão em maior ou menor grau, de forma explícita ou encoberta, diferentes manifestações de rechaço, com a lógica repercussão psicológica no menor.

A idade dos progenitores tem importância. As gravidezes em pessoas demasiado jovens dão lugar a transtornos na atenção e na educação do filho devido a imaturidade biopsicológica dos pais. As gravidezes em pessoas maduras, são causa de uma criação defeituosa pela diminuição da energia vital que impede satisfazer as demandas do menor em seu lógico desenvolvimento, o que provoca atitudes que podem encobrir toda uma gama, desde a super proteção limitante até a permissividade.

O seguimento durante a gravidez e os controles obstétricos periódicos tem importância, pois denotam disciplina e responsabilidade com o fruto da concepção. Uma grávida que não frequenta as consultas médicas e é despreocupada com seu estado, não deve resultar uma mãe responsável com a criação de seu filho.

A personalidade dos progenitores tem uma enorme importância no risco suicida dos filhos, se padecem um transtorno de personalidade, sobretudo as anti-sociais ou emocionalmente instáveis, a criação estará mediada por ditos traços. Mesmo assim, ser portadores de enfermidades psiquiátricas, como a depressão materna, o alcoolismo paterno ou a esquizofrenia, são fatores que podem predispor ao suicídio nos filhos.

Sabedores que resulta difícil para o médico que faz atenção primária a realização de um diagnóstico psiquiátrico específico, uma opção adequada é considerar a enfermidade mental de algum dos progenitores, como um fator de

risco nas crianças, independentemente da patologia psiquiátrica de que se trate.

Quanto às características psicológicas do menor que pode realizar um ato suicida, se mencionam as seguintes: a disforia, a agressividade e a hostilidade, como manifestações de um transtorno do controle dos impulsos. Podem ser crianças com pobre tolerância às frustrações, incapazes de adiar a satisfação de seus desejos, demandantes de atenção e afeto, com tentativas suicidas prévias, manipuladores, que assumem papel de vítima; ciumentos dos irmãos, susceptíveis, rancorosos. Podem expressar idéias de morrer ou suicidas. Outras vezes são rígidos, meticulosos, ordenados e perfeccionistas; tímidos, com pobre autoestima, passivos, etc.

Referente às doenças mentais que podem ter risco suicida, encontram-se as psiquiátricas graves (transtornos do humor, esquizofrenia), os transtornos de conduta, os da adaptação e de ansiedade, o atraso mental e os transtornos incipientes da personalidade. Portanto, a doença mental na criança é um traço importante que se deve ter presente ao avaliar a um menor com outros fatores de risco suicida.

O clima emocional no qual convive o menor é importante. Um lar desfeito, com discussões e brigas freqüentes entre os pais, o mau trato físico a criança ou psicológico sob forma de rechaço manifesto, humilhações e ofensas, ou um lar sem normas de condutas coerentes com o papel de cada membro da família, podem ser um caldo de cultura para a realização de um ato suicida. Neste sentido há que se ter em conta a presença de familiares, principalmente pais, irmãos e avós, com antecedentes de comportamento suicida, pela possibilidade do aprendizado por imitação. Nesta direção são de destacar também a existência de amigos ou companheiros de colégio com tal conduta, que, por similar mecanismo, podem predispor à realização deste ato.

Os motivos que podem desencadear um suicídio na infância são variados e não específicos, pois também se produzem em outras crianças que nunca tentaram contra a sua vida. Por isso é importante determinar os fatores de risco antes descritos que predispoem a que um menor, frente a um acontecimento precipitante, se manifeste com uma conduta autodestrutiva.

Entre os motivos mais freqüentes que levam ao ato suicida na infância, se encontram:

Presenciar acontecimentos dolorosos (divorcio, separação, morte de um ser querido).

Problemas com as relações paterno-filiais.

Problemas escolares.

Chamadas de atenção de pais ou professores com caráter humilhante.

Busca de afeto e atenção.

Agredir a outros.

Deseos de reunir-se com um ser querido falecido.

Contrario ao que se pensa, a existência de um motivo não desencadeia habitualmente um ato suicida de imediato, por impulso, senão que a criança começa a dar uma série de sinais em sua conduta que de maneira geral se traduzem em mudanças de todo tipo. Assim teremos que velar seu comportamento na casa ou na escola (agressivos ou passivos), variação de hábitos alimentares (perda ou aumento do apetite), nos hábitos de sono (insônia, pesadelos, enurese, excesso de sono), de caráter e de ânimo, dificuldades no aproveitamento escolar, nas brincadeiras (desinteresse, na

participação com os amigos habituais), repartir posses valiosas, preocupação pela morte e temas afins, fazer bilhetes de despedida, etc.

Uma criança em quem se observem mudanças como as assinalados no parágrafo precedente e que reúna outros fatores de risco suicida, deve ser avaliada rapidamente por um profissional especializado em Saúde Mental (psicológicos ou psiquiatras infanto-juvenis).

Os métodos eleitos pelos menores para auto destruir-se dependem da disponibilidade, das próprias experiências e as circunstâncias do momento. São citadas: a ingestão de comprimidos, venenos agrícolas, querosene, loções para a pele, atirar-se de prédios, enforcamento, fogo, corte de vasos sanguíneos, etc. Em geral, as meninas tentam contra sua vida ainda menores que os meninos e nos lugares que habitualmente habitam ou freqüentam (casa, escola, casa de amigos, etc).

Conhecidos alguns fatores de risco para a conduta suicida no menor, se recomenda o seguinte Guia para avaliar dito risco e proceder da maneira que se sugere:

		Pontos
1.	Pais demasiado jovens ou maduros.	1
2.	Dificuldades na captação e controle pré-natal.	1
3.	Doença psiquiátrica dos pais.	2
4.	Criança pouco cooperadora na consulta.	1
5.	Criança que manifesta mudanças no seu comportamento.	3
6.	Violência na casa e sobre a criança.	3
7.	Antecedentes familiares de conduta suicida (pais, irmãos, avós) ou amigos com dita conduta.	2
8.	Antecedentes pessoais de autodestruição.	2
9.	Manifestações desagradáveis dos pais em relação à criança.	3
10.	Situação conflitiva atual (lar desfeito recentemente, perdas, fracassos escolares, etc.).	2

Se a soma da pontuação é menor de 10, deve ser indicado à criança uma interconsulta com a equipe de saúde mental de sua área, e se for maior de 10 pontos, por um psiquiatra infanto-juvenil no curto prazo para sua avaliação e manejo pelo pessoal especializado.

Como se evidencia no guia, o médico deve detectar as crianças com risco suicida e proceder a sua interconsulta, participando da mesma para ir habituando-se ao manejo deste tipo de pacientes e seus familiares junto aos profissionais de saúde mental. Não é necessário assistir a interconsulta de todos os menores com este traço, mas sim daqueles mais graves ou que com mais frequência tenham esta conduta, para ir treinando-se neste tratamento, o qual lhe permitirá realizar ações de saúde cientificamente melhor fundamentadas.

## Bibliografía

1. Barra, Flora de la. "Conducta suicida en niños y adolescentes", *Pediatra.*, 5(3):152--7, Chile, jul.-ago., 1989.
2. Calderón Colmenero, J., y R. Aguilar Esquivel:"Suicidio en niños", *Rev. Ped. Mex.*, 55(1):51-2, México, ene.-feb., 1988.
3. Kienhorst, C.W.M., W.H.G. Wolters, R.F.W. Diekstra y E Otte:"A study of the frequency of suicidal behaviour in children aged 5 to 14", *J. Child. Psychol Psychiat.*, vol. 28, No. 1:153-65, Holanda, 1987.
4. Krarup, G., B. Nielsen y P. Rask: "Childhood experiences and repeated suicidal behaviour", *Acta Psychiatr. Scand.*, 83:16-19, Dinamarca, 1991.
5. Mardomingo Sanz MJ.: *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes*, Ediciones Díaz de Santos, S.A., España, 1994.
6. Mardomingo Sanz M.J. y M.L. Catalina Zamora:"Intento de suicidio en la infancia y la adolescencia: factores de riesgo", *An. Esp. Pediatr.*, 36, 6(429-32), España, 1992.
7. Mardomingo Sanz M.J. y M.L. Catalina Zamora:"Suicidio e intentos de suicidio en la infancia y la adolescencia: ¿Un problema en aumento?", *Pediatrika*, vol. 12(118-21) España, mayo, 1992.
8. Mardomingo Sanz M.J. y M.L. Catalina Zamora "Características de personalidad, medio familiar y rendimiento escolar en los intentos de suicidio en niños y adolescentes", *Pediatrika*, vol. 12/5-10, España, enero-febrero/92.
9. Pagán Castro A.L., C. Parrilla Cruz y J.A. Sánchez Lacay:"Comportamiento suicida en niños", *Boletín Asociación Médica de Puerto Rico*, 74(10)284-88, Puerto Rico, octubre, 1982.
10. Pagán Castro A.L., C.E. Parrilla Cruz y S.M. Parrilla Cruz. "Comportamiento suicida en niños y adolescentes: intervención del médico de familia", *Boletín Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico*, 74(10):284-88, Puerto Rico, enero, 1990.
11. Rodríguez Pulido F., A. Sierra López, R. Gracia Marco, J.L. González de Rivera y D. Montes de Oca: *La prevención del suicidio (I): prevención primaria*, *Psiquis*, 317/90, vol. XI/90, 47-52, España.
12. Sarro, B. y C. de la Cruz. *Los suicidios*, Editorial Martínez Roca, España, 1991.
13. Vaz-Leal, F.J.:"Psychotherapeutic. Management of suicide attempts in children and early adolescents: working with parents, Psychother". *Psychosom.* 52:125-32, España, 1991.

## **Fatores de risco suicida na adolescência**

A mortalidade por suicídio entre os adolescentes e jovens está incrementando-se, particularmente nos homens, pelo que se faz inadiável sua prevenção eficaz. Para lográ-lo é necessária a promoção de saúde, a proteção específica dos grupos de risco, o diagnóstico precoce e tratamento oportuno e adequado daquelas afecções que levem ao suicídio e à tentativa de auto destruição em qualquer de suas variáveis.

A promoção da saúde para prevenir esta conduta deve envolver não somente aos profissionais da saúde, senão a outras pessoas que se relacionam, muitas vezes durante maior quantidade de tempo, com os adolescentes, como são: os familiares, os professores e os próprios adolescentes.

Que devemos promover? Principalmente modos de vida saudáveis entre eles, como a prática sistemática do esporte, uma sexualidade responsável, não hábitos tóxicos, desenvolver múltiplos interesses que lhes permitam um uso adequado do lazer, entre outros.

É útil também que o adolescente, que ainda não formou plenamente sua personalidade, desenvolva características que lhe sirvam como tampão contra o comportamento suicida. Por tanto, devemos adequá-lo no amor ao país, sua historia, seus heróis e mártires, de maneira que os vivencie próximos a ele; incrementar o estoicismo, a humildade, a modéstia, a perseverança no logro de objetivos elevados, assim como a renuncia, quando seja necessária, o qual indica flexibilidade sem deixar de ser ele mesmo; o altruísmo, a sensibilidade e o sentimento solidário; o autocontrole, a busca de enfrentamentos ou respostas variadas a um mesmo problema; o amor ao estudo, ao trabalho, aos futuros filhos, à família e saber ser amigo; a generosidade, os bons modos, a delicadeza, o respeito a seu semelhante, costumes e opiniões; tolerar frustrações, aceitar-se tal e qual é; pensar positivamente, não se supervalorizar nem se sub-valorizar; confiar em si mesmo e nos outros, assim como desenvolver uma sadia desconfiança e dúvida frente ao ainda não conhecido. Lograr que o adolescente aprenda a expor e defender suas idéias até que se convença de seus erros, aceitando quando isto aconteça, assim como não alimentar aqueles traços negativos do caráter como a vaidade, o egoísmo, a mesquinhez, a inveja, os ciúmes, a timidez, a auto-suficiência, a complacência com o conquistado, a mediocridade, as coisas mal feitas, a teimosia, a dúvida, a falta de fantasia e projetos elevados, a gula, a impulsividade, a crítica depreciativa diante do êxito do outro, o desconhecimento ou desvalorização do mérito alheio, a fraude em todas suas manifestações, a covardia, a deserção, os falatórios ou fofocas, a traição, a crueldade, os maus tratos a flora ou a fauna, etc.

Como se evidencia, foram mencionados alguns aspectos relacionados com a personalidade do adolescente que devem ser desenvolvidos e não precisamente nesta etapa da vida, senão desde a mais precoce infância, pelo qual é imprescindível a educação da família, cuidadores, pessoas que trabalhem em instituições infantis, etc. Porém, se isto não se pode lograr, a adolescência continua sendo um bom momento para começar, por não estar estruturada por completo a personalidade como assinalamos antes.

A proteção específica se faria, sobre aqueles com desvantagem biopsicosocial, como os que tenham sido crianças com risco suicida ou os que na própria adolescência tenham acumulado diversos fatores de risco até esse momento



ausente. Entre estes se encontram os que tenham realizado uma tentativa de suicídio ou um suicídio frustrado; os que apresentem alterações em seu comportamento sexual em forma de precocidade, promiscuidade, abortos, gravidezes não desejadas ou ocultadas, masturbação compulsiva, que tenham sido vítimas de abuso sexual, violação ou outro delito desta índole. Também há que ter em conta as variáveis no comportamento escolar, como as dificuldades no rendimento habitual, as fugas ou evasão escolar, o desajuste vocacional, as dificuldades nas relações com professores, a presença do fenômeno gozador-humilhado com outros companheiros de estudos, a presença de amizades com conduta suicida previa, a inadaptação de determinados regimes escolares ou militares (bolsas de estudos, serviço militar).

Na casa, além dos fatores de risco mencionados na infância, há que ter em conta àqueles que o abandonam de maneira permanente antes dos 15 anos; a identificação com familiares suicidas, deprimidos ou alcoólatras; convivência com um enfermo mental como único parente; dificuldades socioeconômicas; permissividade na casa de determinadas condutas anti-sociais, o que as reforçam; presença entre os familiares diretos de personalidades anti-sociais, criminais, etc.

No aspecto social, o risco suicida pode incrementar-se através de notícias sensacionalistas, seja pelos meios de comunicação massiva ou pelo rumor popular, quando o adolescente a identifica com a amizade, o amor, o heroísmo ou qualquer outra qualidade positiva. Também pode aumentar-lhe a falta de apoio social, a possibilidade de adquirir drogas, armas de fogo, etc.

Entre os fatores de risco nesta etapa se cita o surgimento da doença mental, sobretudo os transtornos de humor e a esquizofrenia. A denominação de transtornos do estado de ânimo ou de humor substituíram ao termo transtornos afetivos e inclui os depressivos e bipolares. Não entraremos a classificar ditos transtornos, pois não é o objetivo do presente texto, pelo que nos limitaremos a seu diagnóstico, particularmente o dos depressivos.

Um episódio depressivo maior se define por um síndrome formado ao menos cinco dos sintomas que a continuação se relacionam:

- ✚ Ânimo deprimido.
- ✚ Diminuição do interesse ou perda do prazer por atividades habituais.
- ✚ Aumento ou perda de peso (5 % num período de um mês) ou mudanças no apetite.
- ✚ Insônia ou hipersonia quase diários.
- ✚ Agitação psicomotora ou lentidão.
- ✚ Fadiga ou perda de energia.
- ✚ Sentimentos inadequados de culpa ou inutilidade.
- ✚ Diminuição da capacidade de concentração ou indecisão.
- ✚ Idéias de suicídio ou de morte.

Os sintomas se apresentam ao menos durante duas semanas.

Se a depressão é de tipo melancólico, de maior severidade se encontrará ao menos cinco dos seguintes sintomas:

- ❖ Perda do interesse ou prazer pela maioria das atividades habituais.
- ❖ Falta de resposta a estímulos agradáveis.
- ❖ Maior depressão pelas manhãs.
- ❖ Insônia matutina (despertar 2 horas antes do habitual).
- ❖ Lentidão ou agitação psicomotora.

- ❖ Anorexia significativa ou perda de peso (mais de 5 % do peso corporal em um mês).
- ❖ Ausência de transtornos prévios da personalidade.
- ❖ Um ou mais episódios depressivos maiores anteriores com remissão completa ou quase completa.
- ❖ Boa resposta prévia a um tratamento somático antidepressivo adequado (antidepressivos, sais de lítio, eletrochoque).

O transtorno distímico, consistente num estado de ânimo deprimido ou irritável, que se prolonga diariamente durante um ano, se caracteriza por acompanhar-se de dois dos seguintes sintomas.

- ✓ Perda ou aumento do apetite.
- ✓ Insônia ou hipersonia.
- ✓ Fadiga ou perda de energia.
- ✓ Diminuição da autoestima.
- ✓ Falta de concentração ou dificuldade para tomar decisões.
- ✓ Sentimentos de desesperança.

Geralmente começa aos 21 anos e a ausência de sintomatologia durante dois meses exclui o diagnóstico.

Em outras ocasiões, a depressão se manifesta como abuso de drogas, dificuldades de comunicação, escassa autoestima, mutismo, mau caráter incomum, isolamento social, descuido pessoal, rebeldia com pais e professores, problemas com a polícia, etc.

A esquizofrenia, outra doença com elevado risco suicida requer para seu diagnóstico da presença de sintomas psicóticos, cuja duração deve ser de um mês, e a não aquisição do nível de desenvolvimento social correspondente a idade ou a deterioração do nível prévio adquirido. Ditos sintomas são:

- i. Transtornos do conteúdo do pensamento, especialmente idéias delirantes.
- ii. Desordem no curso do pensamento, sobretudo a perda da capacidade associativa.
- iii. Alucinações.
- iv. Afetividade sem modulação ou inadequada.
- v. Transtorno da identidade pessoal com extrema perplexidade à si mesmo.
- vi. Dificuldade para levar adiante e concluir a atividade habitual.
- vii. Problema nas relações interpessoais e desordem na psicomotricidade.

Outros autores consideram algumas características como as seguintes:

- ✚ Transtornos evidentes e mantidos das relações emocionais, com marcada tendência à reserva e as condutas inapropriadas no contato interpessoal.
- ✚ Falta de consciência aparente da identidade pessoal, que se traduz em posturas inadequadas e investigação reiterativa de uma parte do corpo (olhar-se no espelho durante horas).
- ✚ Preocupação excessiva por determinados objetos que não guardam relação com o uso habitual.
- ✚ Resistência e intolerância às mudanças no ambiente com reações de muita ansiedade ou medo intenso.
- ✚ Respostas excessivas, imprescindíveis ou nulas aos estímulos sensoriais.
- ✚ Assumir posturas estanhas, maneirismos, estereotípias.

- ✚ Deterioração da linguagem adquirida.
- ✚ Preocupações religiosas, sexuais, filosóficas, não usuais.

A adolescência é a idade preferida para começar o transtorno esquizofrênico, ainda que desde a infância são freqüentes os sintomas de ansiedade, as preocupações excessivas, os medos a timidez. O início típico é o surgimento abrupto dos elementos antes descritos, com intensa agitação e agressividade, ainda que também pode dar-se o começo insidioso.

Em algumas ocasiões o suicídio é o primeiro sintoma evidenciável de uma esquizofrenia, como uma reação da parte ainda sadia da personalidade ante a evidencia da desintegração que se anuncia com a doença. Isto é muito perigoso nos primeiros dias de ser admitido num hospital psiquiátrico ou imediatamente depois de ter alta.

De maneira geral podemos dividir a biografia dos futuros adolescentes com conduta suicida em três etapas:

- I. Infância problemática.
- II. Recrudescimento de problemas prévios, com a incorporação dos próprios da idade (transformações somáticas, preocupações sexuais, novos desafios nas relações sociais e no rendimento escolar, etc.).
- III. Etapa previa à tentativa suicida, que se caracteriza pela ruptura inesperada de relações interpessoais.

A primeira etapa engloba os fatores predisponentes; a segunda, os reforçantes, e a terceira, os precipitantes.

Igual que na infância, o seguinte guia prático pode contribuir a avaliar e tomar a conduta segundo a pontuação obtida.

		Pontos
1.	Vir de um lar desfeito.	1
2.	Pais portadores de doença mental.	2
3.	Antecedentes familiares de comportamento suicida.	3
4.	Historia de transtornos de aprendizado, evasão escolar, inadaptação a bolsas de estudos ou serviço militar.	2
5.	Antecedentes pessoais de conduta de autodestruição.	4
6.	Mudanças evidentes no comportamento habitual.	5
7.	Amigos com conduta suicida.	2
8.	Presença de idéias suicidas e suas variáveis (gestos, ameaças, plano suicida).	5
9.	Antecedentes pessoais de doença mental.	4

10.	Conflito atual (familiar, casal, escola, etc.).	2
-----	---	---

Se a soma da pontuação é maior de 12, o adolescente deve ser trasladado a um serviço de psiquiatria infanto-juvenil para sua hospitalização e, de não ser possível, precisará de uma avaliação imediata pelo especialista em psiquiatria da equipe de saúde mental da zona.

Outra valorização que pode realizar-se ante um adolescente potencialmente suicida, inclui la exploração dos seguintes aspectos:

1. Comportamento suicida. Deve investigar-se até a o esgotamento dos desejos de morrer, a idéia suicida, os gestos, as ameaças e o plano de auto destruição, o método que vai empregar, circunstâncias em que o realizaria, etc.
2. Âmbito familiar. Relações conflitivas com padres, lar desfeito, violência familiar, pais doentes mentais, familiares com conduta suicida. Devem explorar-se as expressões familiares que manejem a auto destruição como uma possibilidade de por fim à vida e a presença de amizades con este comportamento.
3. Quadro clínico. Explorar sinais de doença mental, especialmente depressão, esquizofrenia e conduta suicida previa do adolescente.
4. Estado psicológico. Confirmar a presença de desesperança, sentimentos de solidão, angústia, culpabilidade, abuso de álcool, depressão, raiva, agressividade.
5. Motivos. Perda de uma relação valiosa, conflitos escolares, humilhações, problemas familiares, desejos de matar-se, etc.

Um comportamento suicida afirmativo, um meio familiar que não constitui um adequado suporte, a presença de sintomas depressivos, desesperança, agressividade ou sentimentos de solidão e qualquer motivo, por pouco significativo que pareça, deve pressupor a possibilidade real de um ato suicida se deve atuar com eficácia para evitá-lo.

Para concluir, se deve considerar o ato de autodestruição na adolescência como um ponto na continuidade dos problemas de conduta em questão e a necessidade de estabelecer diferenças entre os estressantes crônicos de suas vidas e os estressantes agudos que podem precipitar a conduta suicida.

Entre os estressantes crônicos se citam a disfunção familiar, os fracassos escolares, o abuso sexual e o consumo de álcool ou drogas, entre outros; enquanto que os agudos podem ser brigas entre amigos, conflitos amorosos, reprimenda dos pais que, como se evidencia, podem e de fato formam parte da rotina da adolescência, porém que em um jovem com problemas emocionais podem levar ao ato suicida.

### **FATORES PROTETORES DO COMPORTAMENTO SUICIDA**

Os fatores de risco são aqueles que predispõem o aparecimento de determinada condição mórbida e os fatores protetores são os que impedem, bloqueiam, atenuam ou diminuem a possibilidade de que se apresente dita condição.

Entre os fatores protetores do suicídio se encontram os seguintes:

- 1- Possuir habilidades sociais que lhe permitam integrar-se aos grupos próprios da adolescência na escola e a comunidade de forma positiva;
- 2- Possuir confiança em si mesmo, para o qual deve ser educado destacando seus êxitos, tirando experiências positivas dos fracassos, não os humilhar nem criar-lhes sentimentos de insegurança, etc.;
- 3- Ter habilidades para enfrentar situações de acordo às suas possibilidades, o que lhes evitará submeter-se a eventos e contingências ambientais nas que provavelmente fracassará, reservando as energias para abordar aqueles investimentos em que saia triunfante;
- 4- Ter capacidade de autocontrole sobre seu próprio “destino” , como disse o poeta chileno Pablo Neruda, quando expressou: “Tu és o resultado de ti mesmo”;
- 5- Possuir e desenvolver uma boa adaptabilidade, responsabilidade, persistência, perseverança, razoável qualidade de ânimo e dos níveis de atividade;
- 6- Aprender a perseverar quando a ocasião o solicite e a renunciar quando seja necessário;
- 7- Ter boa autoestima, autoimagem e suficiência;
- 8- Desenvolver inteligência y habilidades para resolver problemas;
- 9- Saber buscar ajuda em momentos de dificuldades, aproximando-se a madre, o pai, os avós, outros familiares, um bom amigo, os professores, o médico, o sacerdote ou o pastor;
- 10- Saber pedir conselhos diante de decisões relevantes e saber eleger a pessoa mais adequada para oferecê-lo.
- 11- Ser receptivo às experiências alheias e suas soluções, principalmente aquelas que tiveram um desenvolvimento satisfatório.
- 12- Ser receptivo diante de novas evidências e conhecimentos para incorporá-los a seu repertorio.
- 13- Estar integrado socialmente e ter critério de pertinência.
- 14- Manter boas relações interpessoais com companheiros de estudo ou trabalho, amigos, professores e outras figuras significativas.
- 15- Ter apoio dos familiares e sentir que se lhe ama, se lhe aceita e apóia.
- 16- Lograr uma autêntica identidade cultural.
- 17- Possuir habilidades para desfrutar adequada e sadiamente o lazer.
- 18- Evitar o consumo de substancias aditivas (café, álcool, drogas, tabaco, fármacos, etc.)
- 19- Aprender adiar as gratificações imediatas por aquelas em longo prazo que tragam resultados duradouros.
- 20- Desenvolver uma variedade de interesses extrafamiliares que lhe permitam equilibrar as dificuldades de casa se as tiver.
- 21- Saber expressar a pessoas confiáveis aqueles pensamentos dolorosos, desagradáveis e muito incômodos, incluindo as idéias suicidas ou outras, por muito estapafúrdias que possam parecer.

A estes fatores haveria que agregar a capacidade para fazer utilização das fontes que oferecem saúde mental, como as consultas de aconselhamento, de psicologia ou psiquiatria, as unidades de intervenção em crises, os serviços médicos de urgência, os médicos de família, agencias de voluntários na prevenção do suicídio, etc. Deve-se educar aos adolescentes no aproveitamento das fontes de saúde mental existente na comunidade, quando fazer uso deles, que benefícios se podem obter, que serviços ou possibilidades

terapêuticas se lhes pode brindar e favorecer desde que se faça um uso racional das mesmas.

Nesta própria vertente se deve começar um sistemático esforço para educar aos adolescentes na tolerância em relação aos enfermos mentais e a aceitação da doença mental como um tipo de transtorno similar a outras doenças crônicas não transmissíveis, evitando a estigmatização e as atitudes de rechaço em relação a quem as padecem, o qual incrementará as probabilidades futuras de aceitá-las em caso de padecê-las e buscar ajuda para receber tratamento especializado, diminuindo as possibilidades de cometer suicídio se tem-se em consideração que padecer uma doença mental é um fator de risco suicida comprovado, e se não se a trata, pior ainda.

### Bibliografía

- 1) Allebeck, P., C. Allgulander y LL. Fisher: "Predictors of completed suicide in a cohort of 50465 young men: Role of personality and deviant behaviour", B.M.J., vol. 297, 176-8, Inglaterra, jul, 1988.
- 2) Berman, A. y R. Schwartz: "Suicide attempts among adolescents drug user, A.D.J.C., vol. 144, 310-14, USA, march, 1990.
- 3) Buendía, J.: Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales, Ed. Pirámide S.A., España, 1986.
- 4) Castell P; Silver TJ. Guia practica de la salud y psicología del adolescente. Ediciones Planeta 1998.
- 5) Crook, M.: Please, listen to me! Your guide to understanding teenagers and suicide. Self. Counsel. Personal self-help, 2 ed., Canadá, 1992.
- 6) Eldrid, J.: Caring for the suicidal, Ed. Constable, London, 1993
- 7) Gilchrist V.J.: "Preventive health care for the adolescent", Am. Fam. Physician, 43(3):869-78, Canadá, march, 1991.
- 8) Grossman, D.C., B.C. Milligan y R.A. Dey: "Risk factor for suicide attempts among navajo adolescents", Am J Public Health, 81(7):870-4, USA, jul, 1991.
- 9) Hendin, H.: "Psychodynamics of suicide with particular reference to the young", Am J Psychiatry, 147:2,190-95, USA, feb, 1990.
- 10) Kienhorst, I.: "Crisis intervention and a suicidal crisis in adolescent", Crisis (16/4): 154-156, Holland, 1995.
- 11) Low B.P. y S.F. Andrews: "Adolescent suicide, Med. Clin. Nort. Am., 74(5):1251-64, USA, sept., 1990.
- 12) Mardomingo Sanz M.J.: "Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes", Ed. Díaz de Santos, SA, España, 1994.
- 13) Mardomingo Sanz M.J. y M.L. Catalina: "Características de personalidad, medio familiar y rendimiento escolar en los intentos de suicidio en niños y adolescentes, Pediatría, vol. 12, 5-10, España, enero-febrero/1992
- 14) Mardomingo Sanz MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Ed. Díaz de Santos. 1994.
- 15) Orbach I. (1997). "Suicidal behavior in adolescents." *Italian Journal of Suicidology* Vol VII N<sup>o</sup> 2 october 97-98.
- 16) Pérez Barrero SA (1996). "Factores de riesgo suicida en la adolescencia." *Rev. Psiquiátrica del Uruguay*, Año LX. N<sup>o</sup> 11(4) :318-25.

- 17) Pérez Barrero SA(1997). "Significados del acto suicida en adolescentes y jóvenes sobrevivientes." *Rev. Psiquiátrica del Uruguay*, N<sup>o</sup> 336, vol 61:101-106.
- 18) Pérez Barrero SA (1997). "Actitudes hacia el suicidio en adolescentes." *Rev. Psiquiátrica Infantojuvenil* N<sup>o</sup> 2 abril-junio:102-106.
- 19) Pérez Barrero SA; Sereno Batista A. Conocimientos de un grupo de adolescentes sobre la conducta suicida. *Revista Internacional de Tanatología y Suicidio* Vol 1.N<sup>o</sup> 2 Junio. 7-10. 2001
- 20) Pérez Barrero SA. *La adolescencia y el comportamiento suicida*. Ediciones Bayamo. 2002.
- 21) Sánchez Lacay A., C. Parrilla Cruz y A. Pagán Castro: "Intentos suicidas en adolescentes", *Bol. Asoc. Med.*, vol 77:7,273-77, julio, 1985.
- 22) Swedo S., D. Rettew, N. Kuppenheimer, D. Lum, S. Dolan y E. Goldberger: "Can adolescent suicide attempters be distinguished from At-Risk adolescents? *Pediatrics*, vol. 88, No. 3, 620-29, USA, sep., 1991
- 23) Tovilla y Pomar M (2000). "Factores de riesgo suicida en los adolescentes." *Rev. Internacional de Tanatología y Suicidio* Vol 1 N<sup>o</sup> 1 octubre: 7-17.
- 24) WHO (2000). *Preventing suicide: a resource for teachers and others school staff*.

### **Fatores de risco suicida no adulto**

Seguindo a linha de pensamento precedente, os fatores de risco suicida na adultez estarão conformados pelos que se arrastam desde a infância e a adolescência mais aqueles inerentes a esta etapa da vida. Como se evidencia, trata-se de levar à consciência da população um principio na prevenção da conduta suicida: a realização de um corte longitudinal da vida do paciente que permita compreender porque determinado motivo, comum a muitas pessoas, desencadeia um ato dessa natureza em uns e não em outros.

Entre os fatores de risco no adulto é necessário mencionar em um lugar preferencial o alcoolismo. Neste período da vida adquire categoria de doença o que até então era um costume socialmente aceitável, porém com a reiteração do tóxico, se converteu em um consumo prejudicial e/ou um hábito propriamente dito.

O diagnóstico de alcoolismo se pode realizar mediante a aplicação de avaliações, provas e teste (Mast, Mast abreviado, CID, CAGE, Jellinek); a história clínica e os marcadores biológicos como a gamma-glutamil-transpeptidasa (GGT) e o volume corpuscular médio (VCM); enzimas sanguíneas (TGO y TGP), colesterol, triglicérides e a creatinfosfoquinasa (CPK).

Desde o ponto de vista meramente clínico, se pode propor a existência de uma alcoolização física dada por: congestão facial, pequenos vasos aumentados nos pômulos e no nariz, escleróticas amareladas, voz rouca, movimentos torpes, marcha oscilante e tremor fino nas mãos, diminuição da agudeza visual, repugnância aos doces, sudorese profusa, parestesias em membros inferiores, fígado aumentado de tamanho e doloroso, eritema palmo plantar, diminuição dos pelos, alopecias, etc.



A alcoolização psíquica estaria dada pelas seguintes manifestações: mudanças do humor, irritabilidade, reações coléricas, remorsos, tristeza, choro, perda de memória e agilidade mental; elevada susceptibilidade, tensão interior, propensão aos ciúmes e a culpar a outros; isolamento, insegurança, busca de relações com outros alcoólicos, vulnerabilidade aos eventos vitais, etc.

A dependência do álcool, alcoolismo crônico ou doença alcoólica, se diagnostica segundo a Associação Psiquiátrica da América quando se produzem como mínimo três dos seguintes sintomas:

- ✚ Com freqüência se bebe em maior quantidade ou por um período mais longo do que pretendia.
- ✚ Um desejo persistente, com esforços mais ou menos inúteis para suprimir ou controlar seu consumo.
- ✚ Uma grande parte do tempo se emprega em obter e consumir o álcool ou recuperar-se dos efeitos de sua ingestão.
- ✚ Intoxicação freqüente ou sintomas de abstinência quando tem que realizar suas atividades habituais, ou ingestão de álcool em situações arriscadas.
- ✚ Redução de atividades sociais, laborais, culturais ou recreativas em consequência da ingestão de bebidas alcoólicas.
- ✚ Uso continuado de álcool apesar de ser consciente de ter um problema físico, psicológico ou social persistente e recorrente.
- ✚ Tolerância notável com necessidade de incrementar as quantidades de álcool para lograr a intoxicação ou o efeito desejado.
- ✚ Sintomas de abstinência ao suprimir o tóxico, como tremor na língua, pálpebras e mãos, náuseas, vômitos, cansaço, cefaléia, palpitações e sudorese excessiva.
- ✚ Acabar os sintomas de abstinência com a ingestão de álcool.

Uma vez que se diagnostica esta toxicomania, deve considerar-se o risco suicida. As seguintes características predispõem a tentativa de auto destruição nos alcoólatras:

- Ter baixo nível socioeconômico.
- Ser jovem e do sexo feminino.
- Começar em idades precoces a ingestão de álcool e os problemas derivados da ingestão.
- Consumir grandes quantidades de álcool cada vez que se ingere.
- Ter co-morbidade: personalidade anti-social, depressão maior, transtorno de ansiedade.
- Possuir familiares com antecedentes de tentativas suicidas, os quais abusam do álcool.

As seguintes características predispõem à autodestruição entre os alcoólatras.

- Pertencer ao sexo masculino.
- Ter pobre apoio social.
- Ingerir freqüentemente bebidas alcoólicas.
- Sofrer um episódio depressivo maior.
- Sofrer doenças médicas.
- Não possuir emprego.
- Viver só.
- Ter pensamentos suicidas.

Os transtornos depressivos continuam sendo um fator de risco no adulto, sobretudo se cumprem as seguintes características:



### A. Temática suicida

Tentativas suicidas

Devaneios de autodestruição, catástrofes.

### B. Sintomas e co-morbilidade

Angústia ou agitação.

Transtornos crônicos do sono.

Inibição dos efeitos e da agressividade.

Fase depressiva que finaliza.

Nosomania ou doenças incuráveis.

Co-morbilidade por alcoolismo.

### C. Meio ambiente

Desordens familiares na infância e adolescência.

Ausência ou perda de contatos humanos (isolamento, decepção).

Dificuldades profissionais ou financeiras.

Ausência de objetivos na vida.

Ausência ou perda de relações religiosas sólidas ou de outro tipo.

Considera-se que a associação de desesperança, sentimentos de culpa, inutilidade, delírios diversos com um humor depressivo possui grande risco suicida.

Em relação com a esquizofrenia no adulto, se considera que existem dois grupos de pacientes suicidas:

#### 1º. grupo

Pacientes com aceitável recuperação e franca regressão de seus sintomas produtivos (alucinações, delírios), porém com sentimentos de frustração e desesperança.

#### 2º. grupo

Pacientes nos quais predominam a angústia, a agitação, as alucinações e as idéias delirantes.

Também nos esquizofrênicos podem ter risco suicida os efeitos secundários dos neurolépticos, principalmente a depressão pós-tratamento e a acatisia. (A acatisia ou akatisia é um efeito extrapiramidal de alguns medicamentos neurolépticos principalmente os antigos e consiste em intranquilidade nas pernas. Se lhe conhece também como a síndrome das pernas inquietas).

Por último, em relação com esta doença, se diz que a auto destruição é difícil de prever e é um perigo que nunca deve ser esquecido.

Na adultez geralmente se padecem determinadas doenças que, ainda que não são privativas desta etapa da vida, há que levá-las em consideração quando coexistem com outros fatores de risco. Entre estas temos: a doença de Parkinson, a Coreia de Huntington, a sífilis terciária, las endocrinopatias (Addison, Cushing, hipotireoidismo, hipertireoidismo, diabetes mellitus), carcinoma da cabeça do pâncreas, anemia perniciosa, colagenopatias (artrites reumatoidea, lupus eritematoso sistêmico), etc. Também constituem um fator de risco os fármacos que necessariamente se utilizam em determinadas doenças, como são: Clonidina, Metildopa, Propanolol, Reserpina, Amantadina, Levodopa, fenotiacinas, butirofenonas, barbitúricos, anticoncepcionais orais, digitálicos, Disulfiram, benzodiazepinas, esteróides e outros que tem em comum ser pró depressivos.

Na mulher a síndrome pré-menstrual, com as mudanças hormonais que traz consigo, e a menopausa, a qual se somar fatores sócio-psicoculturais (independência dos filhos, perda da beleza física e da capacidade de procriar, impossibilidade de realizar desejos frustrados, competição de novas gerações, etc.), podem, junto a outros fatores de risco associados, precipitar um ato suicida.

Também os adultos que tratam de proteger suas famílias, sua profissão ou seus negócios de algum escândalo que eles ocasionaram, possuem grande risco suicida, nesta situação vêm na auto destruição uma resposta a esses problemas.

Nos adultos, a diferencia dos adolescentes, existem duas esferas que podem converter-se em geradoras de conflitos e que em determinados sujeitos podem ser o motivo de um ato suicida. Nos referimos ao matrimônio e ao trabalho. Comprovou-se que um bom funcionamento matrimonial e laboral pode ser um antídoto contra esta conduta. Demonstrou-se que pode converter-se em um fator suicidógeno em determinados sujeitos, principalmente do sexo feminino, uma relação matrimonial que não satisfaz as expectativas originais. A mulher solteira tem menos risco de auto destruição que o homem nesta mesma condição, enquanto que o homem casado possui menos perigo suicida que a mulher em tal situação.

O desemprego, sobretudo no primeiro ano, pode ser um fator predisponente, assim como o fracasso no exercício de uma profissão, o qual se mede pela insatisfação laboral (atitude) e pela falta de êxito (realização), tanto no término eficiente das tarefas como nos logros econômicos; a perda de prestígio, de aceitação e de realização pessoal, os quais podem dever-se a um déficit de aptidões, rechaço vocacional, capacitação deficiente, baixos salários, escassas possibilidades de desenvolvimento pessoal, ocupação monótona e repetitiva, demissão por mudanças tecnológicas e tendências neuróticas auto destrutivas que induzem a cometer erros e fracassar.

Nesta etapa da vida na qual o sujeito interage mais intensamente com a sociedade e o êxito ou fracasso desta inter-relação indivíduo-sociedade pode, junto a outros fatores, evitar ou precipitar uma tentativa ou um suicídio consumado.

Em relação com isto, vemos que a desmoralização, condição mental que se apresenta quando um indivíduo se encontra a si mesmo de maneira persistente incapaz de dominar situações que ele e outras pessoas esperam que se solucione de forma adequada, ou experimenta um mal estar contínuo que não logra explicar com certeza, pode precipitar um ato suicida, pela carga de desesperança, desamparo, retraimento e perda da auto estima que tal estado possui.

Outra condição que se deve que valorizar no risco suicida de um adulto, é haver realizado previamente uma tentativa ou um suicídio frustrado, entendendo como tal àquele que não teve êxito em seus propósitos somente por um erro de cálculo ou por outro acidente. Estes indivíduos podem repetir tais atos e existem alguns fatores que podem anunciá-los com antecedência, como os seguintes:

- ❖ História de tratamento psiquiátrico, já seja de forma ambulatorial ou hospitalizado.
- ❖ Possuir uma personalidade anti-social.
- ❖ Abusar do álcool ou outras drogas.

- ❖ Pobres condições materiais de vida.
- ❖ Desocupação.
- ❖ Antecedentes criminais (lesões, homicídio, roubo, etc).

A continuação se põe a consideração outra guia prático para avaliar o risco suicida na atenção primaria, a qual consta dos seguintes temas com suas respectivas pontuações:

		Pontos
1.	Os familiares temem que o paciente realize uma tentativa suicida.	3
2.	Atitude pouco cooperadora do individuo na entrevista.	2
3.	O paciente expressa desejos de morrer.	2
4.	Manifesta idéias suicidas.	4
5.	Expõe um plano de auto destruição.	5
6.	O sujeito tem antecedentes de transtornos psiquiátricos.	4
7.	Possui antecedentes de hospitalização psiquiátrica recente.	2
8.	Tem antecedentes de tentativa suicida.	3
9.	Possui antecedentes familiares de conduta suicida.	3
10.	Presença de um conflito atual.	2

Para a valoração do risco de autodestruição se procederá da seguinte maneira: Se a soma da pontuação sobrepassa os 18, o sujeito deve ser hospitalizado. Se a soma se encontra entre 10 e 18 pontos sem contabilizar as perguntas 1, 4 e 5, o individuo deve ser observado por parte de uma pessoa especializada nas instituições correspondentes.

Se a soma for menor de 10 pontos sem contabilizar as perguntas 1, 4 e 5, o paciente deve ser consultar com um especialista em saúde mental.

Esta guia, como as precedentes, tem a vantagem de avaliar o risco sem necessidade de realizar um diagnóstico psiquiátrico, assim como sugerir que fazer em cada situação, e somente quando se solicitar para sua obtenção, um interrogatório ao paciente e se este não coopera, ao familiar.

## Bibliografía

1. Beck, A., G. Brown, R. Berchick, B. Stewart y R. Steer: "Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients", Am J Psychiatry, 147:2,190-5, feb, 1990.
2. Camuel Y., M. Rotenberg y E. Caine: "Completed suicide at age 50 and over", J.A.G.S., vol, 38, No. 6, 640-4, jun, 1990.
3. Eldrid, John: "Caring for the suicidal", Ed. Constable, London, 1993.

4. González M., Ricardo: Psiquiatria para médicos clínicos, Ed. Científico-Técnica, Cuba, 1988.
5. Heinrich K., y A. Klimke. "Suicide in psychiatric clinic patients", Z-Klin-Psychol-Psychopathol-Psychother, 38(2):99-180, 1990.
6. Modestin, J. y W. Boker: "Neuroleptic therapy and suicide. Review of the literature and personal results", Fortschr-Neurol-Psychiatr., 60(4):154-62, apr, 1992.
7. Motto J.A.: "Estimation of suicide risk by the use of clinical models", Suicide and Life-Threatening Behavior, vol. 7(4):236-45, Winter, 1990.
8. Motto J.A. y A. Bostrom: "Models of suicide risk. Nice person", Crisis, 11(2):37-47, nov., 1990.
9. "Empirical indicators of nearterm suicide risk", Crisis, 11(1):52-9, may, 1990.
10. Pérez Barrero, S.A. "Guía práctica para la evaluación del riesgo suicida". Rev Psiq. Peruana, 1:33-36, Perú, 2da. época, 1994.
11. Roy A., D. Lamparsk, J. de Jong, V. Moore y M. Linnoila: "Characteristic of alcoholics who attempt suicide", Am. J. Psychiatry, 147(6):761-5, jun, 1990.
12. Siomopoulos V.: "When patients consider suicide. Risk factors to watch for", Post-graduate Med., vol 88, No. 3, 205-13, sept, 1990.
13. Sarro B. y C. de la Cruz. "Los suicidios", Ed. Martínez Roca, España, 1991.
14. Zambrano M, N. González, Leonardo Castillo y D. Aitor, 1992  
Psiquiatria Peruana 12, Anales del XII Congreso Nacional de Psiquiatria, Eds.

## Fatores de risco suicida na velhice

Apesar da pressão popular sobre o suicídio na juventude e as numerosas investigações em torno deste fenômeno, os anciãos são os que têm maiores taxas neste aspecto. Na medida em que as pessoas de mais idade constituam o segmento de mais rápido crescimento da população, o número absoluto de suicídios continuará incrementando-se e se prognostica que para o ano 2030 será o dobro, pelo que se faz necessário aprofundar o conhecimento dos fatores de risco na velhice para atenuar em certa medida dito prognóstico.

É conhecido que esta conduta no ancião tem os seguintes traços distintivos:

- ❖ Realiza menos tentativas de autodestruição.
- ❖ Usam métodos mortais.
- ❖ Manifestam menos sinais de aviso.
- ❖ Ditos atos são premeditados, reflexivos.
- ❖ Podem assumir a forma de suicídios passivos (deixar-se morrer).

Por estas características faz-se necessário que se conheçam os diversos fatores de risco para esta conduta.

O envelhecimento traz consigo o abandono da profissão ou de outros objetivos, redução do vigor físico, transformação nos prazeres sensuais e uma consciência da morte desconhecida em etapas prévias. O ancião nem sempre se queixa de sintomas porque teme que lhe diagnostiquem uma doença grave ou porque assumam suas dificuldades como parte do processo de envelhecimento. Entre os problemas físicos que o ancião deve enfrentar se

encontram: a patologia artrítica, que afeta a locomoção; as doenças cardiovasculares, que limitam o exercício físico; a doença neurológica, que compromete a função intelectual, e o câncer, que ocasiona dor, dependência e morte.

Os problemas emocionais incluem certa depressão e uma alteração da própria estima, à qual se agregam as próprias pressões sociais derivadas da aposentadoria, a dependência, a morte de familiares e amigos, a perda da segurança econômica, entre outras.

Como se evidencia, existem suficientes condições inerentes à velhice que são um caldo de cultura adequado para que se manifeste esta conduta.

A tentativa de autodestruição nesta idade é um sério problema, pois em muitas ocasiões trata-se de verdadeiros suicídios frustrados por seu alto grau de premeditação; pelos métodos utilizados, que usualmente são violentos; pela existência de doenças médicas concomitantes, sobretudo as que se acompanham de dispnéia no caso de doenças físicas ou os transtornos depressivos no grupo das doenças mentais. Esta última condição, ao igual que no adolescente, se manifesta em ocasiões de maneira diferente ao adulto, com certa atipicidade, já que los anciãos deprimidos diminuem a importância da tristeza, insistindo em queixar-se fundamentalmente dos sintomas físicos que lhes levam a considerarem-se doentes e freqüentam médicos ou buscam atenção e cuidados primários, o que adia o início de um tratamento antidepressivo específico.

Os sinais biológicos da depressão, como a insônia, perda do apetite, peso e energia; os transtornos gastrointestinais, como a pirose, acidez, digestões lentas, constipação; os sintomas cardiovasculares, tais como as palpitações, précordialgias; os sintomas osteomioarticulares, como as mialgias, artralgias, lombalgias e dores nas costas, são comumente atribuídos pelo ancião a uma doença física como foi dito anteriormente, e se o médico da atenção primária não está familiarizado com esta forma de apresentação do transtorno afetivo no paciente, uma depressão não suicida pode converter-se em suicida.

Outras vezes a depressão adquire uma forma de apresentação demencial (pseudodemência depressiva), sobressaindo a confusão mental, a desorientação no tempo e no espaço, a labilidade afetiva e inclusive a incontinência urinária.

Para uma melhor classificação dos fatores de risco nos anciãos, estes se podem dividir em:

#### A. Fatores médicos:

Doenças crônicas, terminais, dolorosas, invalidantes e incapacitantes, como o Parkinson, a demência de Alzheimer ou de outro tipo, as neoplasias, a diabetes mellitus complicada de retinopatia ou polineuropatia incapacitante, a insuficiência cardíaca congestiva, a doença pulmonar obstrutiva crônica.

A hospitalização periódica do ancião, assim como ser submetido a intervenções cirúrgicas freqüentes.

Os tratamentos pró depressivos muito utilizados para compensar patologias que padece o ancião (digitálicos, Propanolol, L. Dopa, Indometacina, etc.).

As doenças pró depressivas, principalmente a arteriosclerose, demências, a de Parkinson, entre outras.

**B. Fatores psiquiátricos:**

Incluem-se as depressões de qualquer etiologia, o abuso de drogas ou álcool, os transtornos crônicos do sono, as psicoses delirantes paranóides com grande desconfiança e agitação e a confusão mental.

**C. Fatores psicológicos:**

Os anciãos que sofrem de sentimentos de solidão e inutilidade, inativos, aborrecidos, com falta de projetos vitais e com tendência a reviver o passado.

**D. Fatores familiares:**

Perda de seres queridos por mortes naturais ou por suicídio. A viuvez durante o primeiro ano é um momento crítico para o ancião, durante o qual pode acontecer a chamada autodestruição passiva, na que o evento vital doloroso desencadeia uma depressão e altera o sistema imunológico, o que facilita a patologia somática, principalmente as infecciosas.

O avô "ping-pong" é outra condição de risco suicida e se produz com a migração forçada do ancião (fazem uma rotação de moradia temporária entre os familiares).

O ingresso em um asilo de velhos na sua etapa de adaptação pode reativar situações de desamparo previas que precipitem um ato auto destrutivo.

**E. Fatores socio-ambientais:**

A aposentadoria.

O isolamento social.

A atitude hostil, pejorativa ou depreciativa da sociedade em relação ao ancião.

A perda de prestígio.

Estes são alguns dos fatores de risco que se podem encontrar nesta etapa e que enquanto maior número destes se acumulem, maior será o risco de terminar sua vida por suicídio.

O seguinte guia prático pode ajudar a avaliar dito risco na velhice por parte do médico:

		Pontos
1.	Viver só.	2
2.	Padecer uma doença física que requer internações freqüentes e tratamentos prolongados.	2
3.	Padecer uma doença mental.	3
4.	Ter antecedentes pessoais de conduta suicida.	3
5.	Possuir antecedentes familiares de dita conduta.	1
6.	Atitude pouco cooperadora na entrevista.	2
7.	Expressar desejos de descansar de tudo, não dar mais trabalho aos outros, não fazer falta aos outros.	4
8.	Manifestar idéias suicidas.	5
9.	Mudanças de conduta sob forma de isolamento, agressividade, agitação, choro freqüente de	3

	poucos dias de evolução.	
10.	Negar-se a receber ajuda por considerar que é inútil apesar de manter uma atitude adequada na entrevista.	5

Se a soma da pontuação for maior de 9, o ancião deve ser mandado a uma unidade psiquiátrica para ser examinado por pessoal especializado.

## Bibliografia

1. Bron, B.: "Suicidal risk in endogenous, neurotic and reactive depression in advanced age Schweiz-Arch-Neurol", Psychiatr, 14(3):229-53, 1990.
2. Comuel Y., M. Rotenberg y E. Caine: "Completed suicide at age 50 and over", J.A.G.S., vol. 38, No. 6, 640-44, jun, 1990.
3. De las Heras F. y M. Dueñas: "Etiopatogenia e incidencia del suicidio entre los ancianos, Rev Esp de Geriat y Geront, vol. 23, 23-30, enero-febrero, 1988.
4. Ekeberg O., y I. Aargaarald: "Suicide and attempted suicide among-the elderly", Tidsskr-Nor-Leageforen, III(5):562-4, feb., 1991.
5. Frierson R.L.: "Suicide attempts by the ald and very old", Arch Intern Med., 151(1):141-4, jan., 1991.
6. Kalb, R. y E. Lungershausen: "Fortschr-Med, 188(9):168-72, mar, 1990.
7. Lester D., y B. Yang: "Social and economic correlates of the elderly suicide rate", Suicide-Life-Threat-Behav. 22(1):36-47, Spring, 1992.
8. Tobias, O.R., R. Pary y S. Lippimann: "Preventing Suicide in older people", Am Fam-Physician., 45(4):177-13, apr., 1992.
9. Walshe, T.: Manual de problemas clínicos en Medicina Geriátrica, E.R., 1987.

## Algumas técnicas de intervenção

Conhecendo os fatores de risco suicida, el médico estará em melhores condições para detectar aqueles indivíduos suicidas em potencial e os guias práticos podem sugerir a conduta que se deve seguir para que esse tipo de paciente seja valorado de forma precoce por profissionais da saúde mental, os que sem objeção, estão cientificamente mais capacitados para aprofundar no diagnóstico nosológico, perturbabilidade e letalidade potencial da pessoa com risco de autodestruição, assim como a terapêutica que deve seguir, seja hospitalizado ou de forma ambulatorial.

Não obstante, muitos autores consideram que a prevenção deste ato não é um problema exclusivo das instituições de saúde mental, (leia-se equipes de saúde mental, psiquiatras e psicólogos), mas de toda a comunidade, suas organizações, instituições e indivíduos. Na medida em que uma maior quantidade de pessoas, sejam profissionais ou voluntários, saibam o que fazer frente a um paciente com risco suicida, maior será a possibilidade de evitar que tente contra a própria vida.

O primeiro que se deve saber é que uma pessoa com esse tipo de risco nem sempre estará sentada frente a um médico ou um psiquiatra. Pode-se encontrá-lo como vizinho, amigo, familiar, companheiro de estudos ou de

trabalho, etc., pelo qual a primeira ajuda pode e deve ser oferecida por aquele que esteja mais próximo dele no momento de crise.

O segundo é que uma pessoa em crise suicida não é um criminoso nem um louco furioso capaz de realizar qualquer agressão, não apenas contra ele mas contra outros. Geralmente trata-se de pessoas muito infelizes que pensam em auto destruir-se por não ter outras formas de adaptar-se às situações dolorosas de suas vidas. E terceiro, faz-se necessário eliminar crenças erradas daqueles que desconhecem esta conduta, como as seguintes:

1. "A pessoa que fala em suicidar-se nunca o faz". Não é certo, aproximadamente 75 % dos que se suicidam o haviam tentado antes, e de cada 10 pessoas que o fizeram, 9 deram aviso ou haviam falado disso.
2. "O suicídio se comete sem aviso prévio". Não é verdade, a pessoa dá muitos sinais verbais e extra verbais de seus propósitos.
3. "O paciente que se repõe de uma crise suicida não tem perigo de recaída". Não é certo, pois quase 50 % dos que atravessaram esse tipo de crise, foram as vias de fato tentando suicídio dentro dos primeiros três meses seguintes, quando tudo parecia pensar que o maior perigo havia passado.
4. "Todo aquele que se suicida está deprimido". Ainda que todo deprimido seja um suicida em potencial, nem todos os que o levam a efeito o são, pois pode ser um indivíduo com um transtorno de personalidade alcoólatra, etc.
5. "O suicídio é herdado". Não é certo, não se herda, o que pode acontecer é que se herde a predisposição a padecer determinadas doenças nas quais o suicídio pode ocorrer (esquizofrenia, transtornos afetivos) ou que se imite dito comportamento anormal.
6. "Falando com um indivíduo com risco suicida sobre o tema, pode-se fazer com que ele o leve a cabo". Não é verdade, já que se comprovou que isso reduz o risco, e é a primeira possibilidade, quiçá única, de iniciar sua prevenção.
7. "O suicídio não pode ser prevenido, pois ocorre por impulso". Não é certo; em 1949, E. Ringel examinou 745 casos de tentativas suicidas com o objetivo de determinar seu estado psíquico prévio ao ato e descreveu a síndrome pré suicidal, que ainda que não forma parte de nenhuma doença psiquiátrica, é um denominador comum de todos os transtornos psíquicos, e a pessoa em crise o é. Dita síndrome pré suicidal está conformado por compulsão de sentimentos e intelecto, inibição da agressão e fantasias suicidas, as quais se reforçam entre si. A detecção destes sintomas pode evitar a autodestruição.
8. "Somente os psiquiatras podem prevenir o suicídio". Não é verdade, em parágrafos precedentes foi afirmado que qualquer pessoa pode ajudar a prevenção do suicídio.
9. "O abordar uma pessoa em crise suicida sem estar preparado para isso, só mediante o senso comum, é perder tempo". Não é certo, se o senso comum nos faz assumir os seguintes princípios, será uma valiosa ajuda para o paciente potencialmente suicida:
  - Escutar com atenção a pessoa em crise, facilitando seu desabafo.

Durante o discurso do sujeito em crise deve-se utilizar, em seu momento, frases curtas que lhe façam sentir que o compreendemos e o levamos a sério.



Estas frases podem ser: "Me imagino", "Entendo", "É lógico", "Claro", "Não é para menos", etc.

- Perguntar sempre sobre o comportamento suicida segundo o indicado ao início desse manual.
- Ajudar-lhe a que encontre outras alternativas que não seja a autodestruição, ainda que não confie naquelas que não possa realizar imediatamente. Exemplo: "Eu vou embora de casa" (sem ter outro lugar aonde viver); "Vou me esquecer dele" (como se a memória fora como o quadro negro, que se pode apagar num momento e não deixar sinais do escrito); "Tenho que mudar para que ela volte" (apesar de que ela não queira nada mais com ele e já tem um novo amante).
- Não deixar a sós a pessoa em crise e fazer todos os esforços por levá-la aos profissionais de saúde (médico, enfermeiras, psicólogos, psiquiatras, etc.), ou aos serviços de saúde em qualquer de suas modalidades (consultórios, policlínicos, hospitais).

Se estas premissas são utilizadas pelo chamado bom senso, um grande número dos que hoje tentam contra sua vida ou se autodestroem, não o farão. Outra forma de abordar ao indivíduo em situação de crise é o que se denominou de primeira ajuda psicológica, que tem pontos de contato com o descrito anteriormente, como se comprovará a continuação segundo o seguinte diagrama.

#### Primeira ajuda psicológica

Etapa	Sim	Não
I. Estabelecer contato.	Escutar.	Contar sua própria história.
	Mostrar sentimentos	Ignorar sentimentos.
	Aceitação	Brincar, não dar importância.
II. Conhecer a dimensão do problema.	Formular perguntas abertas para facilitar expressão de sentimentos e conhecê-los.	Ater-se a perguntas com respostas sim ou não.
	Avaliar o perigo suicida. Perguntar diretamente se for necessário.	Ignorar ou não explorar o perigo suicida
III. Possíveis soluções.	Abordar os obstáculos diretamente.	Não explorar os obstáculos.
	Estabelecer prioridades.	Visão de túnel.

IV. Ação concreta	Tomar uma medida a tempo.	Ser tímido. Ser indeciso.
	Ser diretivo, confrontar	Retrair-se de assumir responsabilidades quando seja necessário
V. Seguimento.	Realizar novos contato para avaliar progresso o retrocesso.	Deixar a avaliação a outro que não conhece o sucedido.

Se o indivíduo já realizou uma tentativa de suicídio, a primeira medida é salvar sua vida, pelo que há que se apoiar em um médico que avalie os possíveis danos e imponha o tratamento oportuno que impeça futuras seqüelas. Porém se o sujeito está em condições de cooperar, se deve facilitar a comunicação com a intenção de conhecer qual foi a razão que explique esta conduta.

Uma tentativa de autodestruição é uma forma desesperada de dizer algo e se considera um grito de ajuda ou socorro. É, em definitivo, um mecanismo de adaptação anormal que nos diz que o paciente não encontra ou não tem outros mais adequados. Portanto, há que entender que nos quis comunicar com esse ato extremo. Geralmente estes são alguns dos significados da tentativa suicida: Possibilidade de dormir para descansar, temporalmente, da pressão de uma situação intolerável.

Expressar raiva, desconformidade, frustração.

Início de uma doença psiquiátrica de relevância.

Reação diante da perda de uma relação valiosa.

Forma inadequada de viver.

Reclamação de busca de apoio.

Agredir aos outros.

Evitar a dor física ou a doença fatal.

Conhecendo esses possíveis significados, se pode entender melhor ao paciente suicida e ajudá-lo mais eficazmente. Uma vez conseguido estabelecer o argumento que desencadeia a tentativa suicida, se deve continuar escutando com paciência e sensibilidade, e manter-se próximo do sujeito para diminuir os sentimentos de solidão tão freqüentes neles, que percebem que se lhes aceita, apesar dessa anômala conduta. É de importância capital que o paciente compreenda, se seu estado mental o permite, que essa vida é sua e que ninguém melhor que ele deverá cuidá-la, pelo que nossa função é tratar de que se ajude, ou seja, trabalhar juntos pela opção de viver; não de morrer.

Ao mesmo tempo, devemos ser sagazes observadores de nossas próprias reações, tendo em conta que o afeito não é uma técnica terapêutica reconhecida nem é suficiente para dar a todos os pacientes, pelo qual deve dosificar-se.

Também devem evitar-se as manifestações de ódio, desprezo, indiferença, deboche ou qualquer outra que traduza um rechaço, consciente ou não, a esse tipo de pessoas.

Igualmente devemos cuidar para não manifestar nossas reações, não menos importantes são as da pessoa em crise, que pode assumir atitudes de vítima,

de autocompaixão, manipulação, francamente hostil, o qual deve ser confrontado de forma imediata à apresentação das mesmas.

Se considera útil também conhecer as 10 características comuns em todo suicida segundo Shneidman, para realizar o adequado em cada momento. Estas são:

Características comuns nos suicídios segundo Shneidman

Variável	Características
1. Estímulo	Insuportável dor psíquica.
2. Estimulo estressante	Necessidades psíquicas frustradas.
3. Propósito	Encontrar uma solução (a morte).
4. Objetivo	Ausência de consciência.
5. Emoção	Desesperança-desamparo.
6. Atitude	Ambivalência (morrer-viver).
7. Estado cognitivo	Exigências
8. Atitude interpessoal	Mensagens de intenção suicida.
9. Ação	Auto-agressão
10. Consistência	Copiar padrões prévios de ajuste.

A primeira característica é a insuportável dor psíquica. É imperioso reduzi-la, utilizando uma escuta atenta e sensível, não impedir o choro ou outra expressão emocional que se converta numa válvula de escape dessa dor.

A segunda é a frustração das necessidades psicológicas, pelo que é prudente aceitar como reais ditas necessidades e ser imparcial.

A terceira é encontrar uma solução, pelo que se deve dar oportunidade ao sujeito a que manifeste sua situação e entender que para ele é séria e urgente. É esta a oportunidade de perguntar se considerou outras saídas que não seja o suicídio e se não, convidá-lo a pensar em outras alternativas e informar-lhe que você poderá ajudar-lhe.

A quarta é a perda da consciência, por aquilo de "o que os olhos que não vêem, o coração não sente". Frente a esta característica é necessário oferecer apoio emocional ao sujeito, calor humano e valorizar em que forma o stress pode ser reduzido para que o individuo elimine tensões. Isso pode incluir inclusive a hospitalização, o tratamento farmacológico, etc.

A quinta característica são os sentimentos de desesperança (desamparo) e se impõe reconhecer como reais tais sentimentos, não combatê-los com expressões tais como: "você está demasiado pessimista" ou algo pelo estilo, pois em ocasiões esses sintomas respondem a depressões severas condicionadas por desequilíbrios dos neurotransmissores, o qual não se retifica com boas intenções e conselhos.

A sexta é a ambivalência, que é imprescindível diagnosticar e começar a apresentar-lhe ou buscar em conjunto alternativas mais positivas e reforçá-las.

A sétima é a compulsão, a qual deve ser reconhecida precocemente e explorar outras opções que permitam uma visão mais ampla de possibilidades de solução aos problemas.

A oitava são as mensagens da intenção suicida, pelo que se deve estar atento a elas; elas se traduzem sob forma de umas mudanças sutis, evidentes outras, que podem ser o prelúdio desse comportamento. Por isso, é imprescindível interrogar sobre a presença de idéia ou um plano suicida.

A nona característica é a auto-agressão, pela qual se deve escutar e atuar com urgência, pois nessa condição o individuo está no limite de suas possibilidades de não levar a cabo dito ato. É óbvio que devem restringir-se os métodos mediante os quais o sujeito possa ferir-se.

A última característica é copiar padrões anteriores de conduta, pelo que se deve prestar atenção, prévia análise longitudinal da vida do paciente, a seus traços singulares de personalidade, os quais se podem por de manifesto em seu comportamento durante a entrevista, assim como suas anteriores formas de reagir em situações críticas.

### **A pessoa com risco suicida e seu manejo (Variante I)**

A continuação se expõe várias maneiras de manejar a uma pessoa com a possibilidade de realizar um ato suicida e alerta-se para que qualquer método, sempre que seja autêntico, harmonize com as características da personalidade de quem o emprega, seja utilizado por quem creia em sua efetividade e persiga como objetivo impedir a consumação do ato pode lograr bonos resultados na prevenção do suicídio.

I. Frente ao paciente com risco de suicídio o primeiro que se avalia é se o sujeito pode se responsabilizar por sua vida ou não. Isto implica considerar quem foi essa pessoa, quem é agora, comparando-a com os dados obtidos previamente, para fazer patente as diferenças, si existiram, e que podem precipitar um ato suicida. Recomenda-se a pesquisa da parte sadia e inteligente do paciente, com a que devemos trabalhar para diminuir as probabilidades de levar a vias de fato os propósitos auto lesivos. Paralelamente, se devem explorar quais outros recursos na família e no meio estão disponíveis para evitar a tentativa ou o suicídio.

Igual, como se avalia a parte sadia, deve avaliar-se a parte doente do individuo, ou seja, seu grau de perturbação mental: se estiver sem suas faculdades mentais intactas e se é capaz de participar de maneira construtiva ou não em sua autoajuda. E também se esta pessoa tem reais motivos para seguir vivendo, pelo que se faz necessário averiguar se está casado, se têm filhos, se trabalha e se sente satisfeito com o que faz, se tem amigos ou pertence a alguma organização política, religiosa, fraternal, etc., seu estado de saúde física e sensação de bem-estar, entre outras questões.

Logo dessa análise entre quem era este sujeito e quem é agora, neste momento de risco, se pode dividir as pessoas potencialmente suicidas em três categorias:

Primeira categoria: Pessoas impossibilitadas de fazerem-se responsáveis de suas vidas. Nesta categoria se incluem os que têm poucos motivos para seguir vivendo, como os anciões sós e sem família que se ocupe deles e tenham outros fortes fatores de risco suicida, como doença dolorosa, incapacidade, que requeira varias intervenções cirúrgicas, má situação econômica, tristeza, choro, idéias suicidas, ameaças de tirar-se a vida, ingestão freqüente de álcool,

insônia marcada, demência incipiente, etc. Os indivíduos portadores de doenças psiquiátricas graves como as esquizofrenias, os transtornos de humor, a depressão e o alcoolismo complicado; os dementes e os retardados mentais moderados a severos, assim como aqueles doentes físicos portadores de câncer ou aids, e os que padecem de dor crônica intensa.

Por último, as crianças devem ficar entre as pessoas que não são responsáveis por suas vidas, por suas impossibilidades.

Segunda categoria: Pessoas com responsabilidade parcial sobre suas vidas. Nesta categoria ficam incluídos aqueles que sofram as doenças anteriores em determinado momento de sua evolução, quando é possível manter contacto com o profissional, são manejáveis em seu meio familiar e seus sintomas atuais não são graves. Incluem-se os retardados mentais leves, os alcoólatras não complicados e, claro, os adolescentes, que ainda que não sejam doentes igual que as crianças, requerem não tutela, mas sim, orientação e conselhos.

Terceira categoria: Aqui se incluem as pessoas com plena responsabilidade sobre suas vidas, como os que apresentam transtornos da personalidade, doenças psiquiátricas menores ou não graves, doenças físicas com repercussão psicológica porém com consciência lúcida, problemas situacionais sem sintomas de graves alterações do funcionamento psíquico; e, obviamente, os adultos sem transtornos psiquiátricos.

Com cada uma de estas categorias se deve fazer uma intervenção diferente, segundo o seguinte diagrama:

Este manejo se propõe como fundamental, comprovar se o sujeito pode colaborar com o cuidado de sua própria vida e quem irá cuidá-la

. Quanto menos cooperação exista, se devem extremar as precauções, pois é mais provável a realização do ato suicida, independentemente do grau de responsabilidade que tenha sobre sua vida.

### **A pessoa com risco suicida e seu manejo (Variante II)**

Esta variante é para enfrentar-nos com quem tenha realizado uma tentativa de suicídio. Consiste em tratar de dar resposta a uma serie de perguntas em entrevista com o suicida em potencial. Passemos a enunciá-las:

1. Quem era essa pessoa antes de tentar contra sua vida?

Das respostas a esta pergunta se podem conhecer os fatores que elevam o risco de cometer suicídio:

- Padecer doença psiquiátrica prévia
- Antecedentes de tentativas de suicídio
- Inadaptação social
- Inadaptação laboral
- Inadaptação familiar
- Provir de uma família psiquiátrica ou ter familiares psiquiátricos, loucos
- Provir de uma família de suicidas ou sobreviventes de suicídios.

2. Quem é esta pessoa agora?

A comparação entre as respostas à pergunta precedente e a esta pode dar mais conhecimento a respeito do risco de suicídio, pois quanto maiores sejam as diferenças entre o que uma pessoa foi e o que é, este pode se incrementar. Aqui fica incluído, além disso, o quadro clínico atual, ou seja, os sintomas apresentados e é a idéia suicida planejada a mais perigosa pela proximidade da execução do ato; a inadaptação familiar, laboral e social no presente, os

fatores que desencadearam a tentativa suicida, entre os que sobressaem os conflitos de família e casal, doenças físicas associadas, etc.

### 3. É alta sua letalidade?

Aqui as respostas nos devem orientar sobre o método empregado, pois ainda que qualquer um em determinadas circunstancias pode ocasionar a morte, os chamados métodos duros, como o enforcamento, o fogo, jogar-se de lugares elevados criados pelo homem ou naturais, corte de grandes vasos, afogamentos e outros, são mais perigosos. Com respeito às circunstâncias, deve prestar-se especial atenção aos que elegem lugares de difícil acesso, no quais as possibilidades de resgate são mínimas, ainda que se realizaram suicídios diante das câmaras de televisão e milhões de telespectadores.

### 4. Que é o que diz o paciente?

Con essa pergunta se trata de verificar a que se ajusta a idéia de suicídio: se existe o propósito de morrer ou ao ato se lhe atribuem outro significado como o desejo de mostrar a outros como são grandes seus problemas, escapar de uma situação intolerável, pedido de ajuda, etc. A presença de um plano suicida incrementa substancialmente o perigo de repeti-lo com êxito, igual que as idéias distorcidas sobre a realidade, os clássicos “disparates” no entender dos familiares, que quando tem como tema supostas culpas, autoreprovações, misérias, tragédias, calamidades, doenças incuráveis, etc., comportam elevado risco de suicídio.

### 5. Que parte sadia tem o sujeito?

A resposta a esta pergunta tem uma importância estratégica, pois dela depende o manejo definitivo da crise suicida. As situações diversas que possam se apresentar transcorrem desde pessoas com pequena perturbação psíquica até a gravemente perturbada, desde as que têm uma crítica coerente do ocorrido até as que consideram o suicídio como única possibilidade.

### 6. Do que se pode apoiar este sujeito, além de mim, para seguir vivendo?

Como se vê, mediante esta pergunta deve conhecer-se tudo aquilo que trate com a pessoa com risco suicida; isto de grande valor humano, fraternal, solidário, porque, além da nossa ajuda, devemos oferecer apoio de filhos, cônjuges, companheiros de trabalho, vizinhos, etc.

### 7. O que mais posso fazer por esta pessoa?

Sua resposta permite fazer uma revisão do fato até este momento que, no fundamental, consiste na avaliação do risco suicida. Daí em diante, se devem concentrar os esforços em dirigir à pessoa com tentativa de suicídio, ameaças suicidas, idéias suicidas planejadas ou não, a receber atenção qualificada, que pode ser o médico da família, psicólogos, psiquiatras, unidades de intervenção em crise dos hospitales ou serviços de voluntários, etc. Este objetivo de aproximar ao individuo em crise suicida aos centros de saúde é fundamental, y se ele não for a eles, já que longe dos grandes centros nem sempre se tem disponibilidade destes serviços, se pode pedir uma visita na casa de algum médico que tenha com o que colaborar.

Por último, lembre não deixar solo em nenhum momento a pessoa numa crise suicida. Não esqueça disso.

### 8. Fiz tudo o que está a meu alcance?

Como se pode observar, esta é uma pergunta incisiva que complementa a anterior pretendendo com ela mobilizar todos os recursos disponíveis, entre eles, a família, os amigos, os vizinhos, a comunidade, as instituições,

organizações e tudo quanto seja necessário para enfrentar a uma pessoa com intenções suicidas.

### **A pessoa com risco suicida e seu manejo (Variante III)**

O primeiro que se deve fazer quando uma pessoa nos confia suas idéias suicidas, é levá-lo a sério, dando-lhe a importância requerida à situação, pois muitos cometem o grave erro de considerar a quem tenta o suicídio como chantagistas, manipuladores, que se fazem de loucos, que isso é um teatro ou um alarde. Pensam-se assim, não poderão nunca compreender nem ajudar a um suposto suicida.

Um segundo passo neste manejo é tratar de compreender ao sujeito, os motivos que teve para tentar contra sua vida, e para lográ-lo, é importantíssimo escutar com real interesse o que ele diz, detidamente, com atenção, assim se facilita a liberação de emoções e sentimentos, o qual cumpre uma função catártica, com o conseqüente alívio, ainda que seja momentâneo, porém alívio. Todo o anterior favorecerá a relação com ele e a ajuda que se deseja brindar.

Em terceiro lugar devemos tratar de facilitar no individuo a busca por si mesmo de soluções à sua problemática atual, de alternativas realistas e possíveis, pois em momentos de crise estas estão substancialmente reduzidas, e predominam os sentimentos de auto destruição.

Não é conveniente auto nomear-se juiz supremo dos atos do sujeito ou querer responsabilizar-se por sua vida se ele está em condições de fazê-lo por si mesmo.

O quarto é tirar do pensamento a idéia falsa de minimizar o motivo pelo qual uma pessoa pode tentar suicídio com expressões como: “Não o fará pois o que lhe está passando não é motivo para tirar-se a vida”. Para você ou outro individuo sem risco suicida, pode ser que esse motivo não desencadeie tal ato, porém para o sujeito em risco, um motivo similar pode precipitá-lo.

O quinto é que nunca deve fazer-se é criticá-lo, sugerindo-lhe métodos de maior letalidade do que tenha empregado no caso de ser sobrevivente de uma tentativa de suicídio, como: “E se tinhas tantos desejos de morrer por que não te atirastes diante do trem? e o sujeito só havia ingerido pílulas de um ansiolítico de ação breve; ou “Acaba de matar-te de uma vez que me tens enjoado” ou “Você não se mata nada, não faça papelão”, estas expressões devem ser abolidas de nosso vocabulário e criticar a quem as pronuncie porque, evidentemente, não sabe a hostilidade que este tipo de pessoas gera nele.

Perca o temor de enfrentar as pessoas com idéias suicidas, eles, geralmente, são capazes de estabelecer uma boa relação com você, estão muito necessitados de ser escutados e desejam seguir vivendo desde que ocorram pequenas modificações em suas vidas.

E não esqueça nunca que se intuitivamente considera que o sujeito está em crise suicida e pode consumir o suicídio, trate por todos os meios de levá-lo a um centro médico para seu tratamento especializado.

### **A pessoa com risco suicida e seu manejo (Variante IV)**

Ao enfrentar uma pessoa potencialmente suicida, é necessário ter em conta nossas próprias opiniões e pontos de vista com respeito a quem o tenta, os

quais podem oscilar desde o rechaço manifesto, considerando-os como covardes, até a plena justificativa, catalogando-os de heróis.

Não é prudente assumir, nem uma posição nem a outra. Os indivíduos que tentam ou desejam tentar contra sua vida, não são nem covardes nem valentes, pois a covardia e a valentia são qualidades do caráter não quantificáveis pela capacidade que tenham os seres humanos de privar-se de suas vidas ou não. A essas pessoas lhes falhou sua capacidade reativo-adaptativa, lhes fracassou seus mecanismos úteis de adaptação ante os acontecimentos da vida, e como sucede em qualquer caso de crise, se encontram desesperados, confusos e com uma mistura ambivalente de sentimentos.

Ante esta situação é muito útil servir de “modelo ortopédico” a este tipo de indivíduos, dando-lhes apoio freqüente, ajudando-lhes na análise de seus problemas e dificuldades, facilitando a participação deles na busca de soluções em conjunto com outros familiares, companheiros de estudo ou de trabalho, com a finalidade de diminuir, até onde seja possível, os sentimentos de solidão tão freqüentes nas pessoas suicidas.

É uma boa técnica de ajuda não tentar convencê-los do maravilhoso que é - estar vivo, de quão boa é a vida e outras conversas similares, pois eles, precisamente, não são capazes de pensar iso e longe de ajudar, podem incrementar seus sentimentos de ineficiência, inutilidade, desvalorização de si mesmos, por sentirem-se incapazes de desfrutar dos benefícios do viver. Neste sentido, é mais adequado investigar com detalhes o que dizem sobre suas vidas e porque consideram que carecem de sentido e é melhor morrer, pois a simples expressão destas opiniões pode trazer-lhes um certo alívio, além do que permitir-nos conhecer como pensam.

Não se deve esquecer em nenhum momento que as pessoas com esse risco, têm alternativas muito limitadas para resolver problemas e a mais socorrida é o suicídio, pelo que resulta de grande importância conhecê-las e avaliar quão realistas são, e se o perigo é elevado; desde esse momento não se devem deixar sós.

Por último, use uma parte do tempo junto a elas em fazer-lhes compreender as outras opções não suicidas para resolver os problemas, e que ocasionariam sofrimento às pessoas próximas se morressem; assim como também há quem deseja ajudá-las, sem esquecer de mencionar as fontes onde recorrer em busca de saúde mental, se persistem os desejos de auto eliminação, em cujo caso, você é a pessoa indicada para levá-las até elas.

### **A pessoa com risco suicida e seu manejo (Variante V)**

Uma variante um tanto complicada de manejar a estas pessoas com risco de suicídio, é aquela na qual, o primeiro é realizar o diagnóstico do significado de tirar-se a vida para quem deseja fazê-lo ou o tenha tentado.

Nem todos os que se auto-agridem tem reais desejos de morrer. Aos efeitos resultantes de auto-agressões sem propósitos de morte se lhes denominam danos auto infligidos e como foi mostrado com anterioridade, pode ter diversos significados, necessários de precisar para fazer um manejo mais efetivo dessas pessoas.

Muitos se infringem dano para evitar com isso a dor física, sintoma fundamental ocasionado por determinada doença. Não é necessária esta evidência, senão que podem atentar contra la vida por causa do futuro, como é o caso das doenças incuráveis. Nessa situação, o essencial é assegurar ao individuo que



existem os medicamentos fundamentais em quantidade suficiente para ajudar-lhe frente a esta contingência e, de fracassar, a existência de outras técnicas para por fim à dor, disponíveis em instituições especializadas.

Alguns desejam com o suicídio agredir a outros seres queridos pelo que se faz proveitoso discutir o tema da agressividade e como fazê-la socialmente útil, pois não é mau ser agressivo, senão fazer um mau uso dela. Um boxeador que não seja agressivo não é um bom desportista, pois em todos os esportes de combate a agressividade é fundamental. E nem sequer nestes casos pode ser utilizada de qualquer forma, senão de maneira inteligente que se traduza na vitória. No cotidiano há que fazer o mesmo.

Outros reagem desta maneira ante a perda de uma relação valiosa, e nestes casos se lhes deve recordar outras perdas que tenham precedido à atual, relacionar os estados anímicos passados com los presentes e avaliar em que medida esta situação voltou a ter o mesmo significado das experiências passadas. Porém agora é um adulto e se espera dele enfrentá-las de forma mais madura, mais realista, menos dependente, menos danosa para ele e os que o rodeiam.

Muitos dos que tentam contra sua vida nos estão indicando que neles ha inaugurou-se uma determinada doença mental importante, com necessidade de atenção especializada o quanto antes pelo perigo de chegar a consumir o suicídio, e se faz impostergável a orientação de uma clínica psiquiátrica para seu diagnóstico, tratamento e seguimento de sua evolução por profissionais competentes.

Uma parte deles recorre ao suicídio tratando desesperadamente de pedir ajuda por encontrar-se ante um problema, incapazes de resolver sozinhos, pois sobrepasa suas capacidades de ajuste. Nesses casos, o melhor será retirá-los da situação caso seja possível mediante uma mudança de ambiente, hospitalização, etc., ensinar-lhes outras variantes de enfrentamento e pedir apoio a quantas pessoas tenham que ver com esse individuo e a solução de sua contrariedade.

Por último, existe quem deseja tirar-se a vida para sair de uma dificuldade apremiante como pode ser uma relação conflitiva e difícil, uma situação sócio econômica precária, responsabilidades inevitáveis para as que não está preparado, etc. Uma boa alternativa nesses casos é oferecer apoio emocional, calor humano e valorizar de que maneira o estresse pode ser reduzido para aliviar suas tensões.

## **A pessoa com risco suicida e seu manejo (Variante VI)**

Uma forma de poder ajudar às pessoas em perigo de suicídio é conhecer como se sentem nesses momentos.

É comum, elas sentirem-se terrivelmente sós, sem ninguém que esteja interessado em entendê-las. Em muitas oportunidades, o isolamento em que estão lhes facilita estes sentimentos. Com frequência consideram a vida sem sentido, supondo que as pessoas se sentirão melhor se elas deixassem de existir e preferem morrer. Se sentem pessimistas, consideram que nada lhes foi bem, lhe que nada irá bem nas suas vidas, que são um horror de pessoas e suas dificuldades não tem solução.

Não são poucos os desesperados cujas fantasias suicidas em suas mentes, cada minuto que passa se fazem mais fortes e convincentes. Porem junto com

isso sente também muitos desejos de seguir vivendo caso determinadas mudanças aconteçam, se lhes oferecessem um pouco de ajuda.

É conveniente eliminar o critério equivocado de não poder ajudá-los com o bom senso, pois eles somente necessitam que se lhes escute e se lhes assista.

Ante uma pessoa que lhe confia seus desejos de suicidar-se, sugiro o seguinte:

- Não se assuste ao receber essa informação, porem sempre leve a sério.
- Estimule-a a que lhe confie seus problemas e como eles lhe fazem sentir.
- Fale o menos possível para que predomine sempre a voz da pessoa que sofre.
- Toque a pessoa, pois o contato pele a pele facilita a comunicação (exemplo: ligeira pressão manual do antebraço convidando-o a desabafar).
- Não se ponha de exemplo, nem lhe fale de você e suas experiências pessoais.
- Não lhe dê as soluções que foram boas para você, pois pode ser que para ela não sirvam para nada.
- Se não se sente seguro no que está fazendo, peça ajuda. Não é aconselhável o manejo solitário de pessoas com risco de suicídio quando há insegurança.
- Acompanhe a pessoa em crise até o perigo tenha passado, o qual pode manifestar-se ao ser capaz de expressar verbalmente sua crítica aos pensamentos suicidas quando melhora seu estado de animo, e se mostra mais relaxada, tranqüila, cooperadora e interessada pelas atividades cotidianas.
- Se o risco suicida persiste, leve ao sujeito para que receba atenção psiquiátrica especializada.
- Tente de novo quando qualquer outra pessoa lhe confie seus propósitos suicidas e lhe sairá melhor que a primeira vez, como a todos os que nos dedicamos à prevenção do suicídio.

### **Manejo de quem realiza uma tentativa suicida por vingança ou chantagem**

A tentativa suicida por vingança ou chantagem, é aquela realizada por pessoas com traços anormais em seu caráter, quem pretende, mediante este ato, castigar a outros, pondo-os em evidencia como culpáveis de seu ato suicida e, em el caso de falecer, fazê-los responsáveis de sua morte.

As pessoas que realizam este tipo de tentativa suicida assumem com relativa freqüência o papel de vítimas em suas relações interpessoais ou o de manipuladores dos outros. Em geral, pretendem castigar a alguém muito estreitamente relacionado com elas, como o pai, a mãe, cônjuge, noivo, noiva, etc., por algo que fez ou não esperavam que fizesse e não o fez e elas queriam que fizesse. Quase sempre, o tempo transcorrido entre o problema ou motivo suposto e a tentativa de suicido, é breve: minutos, horas, raramente dias, de maneira que a outra pessoa e com ela os outros, possam dar-se conta da estreita relação entre o ocorrido e o ato suicida. Às vezes podem deixar bilhetes de despedida ou mensagens contraditórios como o que segue: “Não culpem a fulana do que estou fazendo, porem desde que me fez tal coisa não posso pensar em outra coisa que não seja a morte” (i?)

Este tipo de tentativa suicida deve ser manejado da seguinte maneira:

1. É conveniente fazer-lhe saber a essa pessoa que nenhum ser humano é culpado nem pode fazer com que outro se suicide: é o próprio sujeito que tenta o suicídio, quem elege o método e é ela mesmo quem o leva à prática. Quando um individuo causa a morte à outro, já não é um suicídio, que por definição é

matar-se, não um homicídio. Neste sentido, se diz que o suicídio é o homicídio de si mesmo.

2. Deve entender que a responsabilidade da tentativa suicida é do próprio sujeito que o realiza, por não ter um adequado controle de sua impulsividade e manejar de maneira inadequada sua hostilidade, por não haver aprendido a enfrentar situações complexas e eleger mecanismos anormais de enfrentamento.

3. Deve-se fazer a análise de quem castiga a quem com tal tentativa. Sem lugar a dúvidas, a pessoa a quem se pretende castigar seguirá vivendo, ainda que com certo grau de culpabilidade, maior quanto mais próximo seja o vínculo afetivo que os unia. Entretanto, o castigado com mais severidade é quem tenta, pois em primeira instancia pode perder a vida ou afetar sua saúde; pode perder a confiança de seus seres queridos quem começam a tratar com medo, pena ou compaixão, porem não como uma pessoa normal; será o comentário dos vizinhos, pois pensarão que não está gozando de boa saúde mental. Há que por ênfase em que o suposto castigador, a partir desse momento, terá dificuldades para conhecer por que se continuam às relações con ele ou ela, se é porque ainda existe amor ou porque lhe tem medo a suas reações, em caso de que se tenha tratado do casal, um dos casos mais freqüentes.

Também deve entender quanto se limitam suas possibilidades futuras de estabilidade afetiva e de encontrar um casal normal, pois é difícil manter vínculos duradouros con quem tenha tentado o suicídio para vingar-se de um ser querido.

4. Há que convidá-lo a que modifique sua maneira anormal de querer; quando realmente se quer não se chantageia ao ser amado nem se faz vingança ou manipulação.

5. Necessita compreender a importância de modificar a forma de ser y fazer, ou seja, o comportamento, se é que pretende ser uma pessoa mais equilibrada. E uma das características é não se auto-agredir para culpar os outros do que faz contra si mesmo.

6. O sujeito é o único responsável de sua vida e também de sua morte, e nessa morte por suicídio, o papel principal será desempenhado por sua própria maneira de ser, por nenhuma outra pessoa e há que fazê-lo compreender isto.

7. Se deve enfatizar a necessidade de estabelecer diferenças entre o motivo de e sua causa. O motivo de uma tentativa suicida por vingança ou chantagem pode ser: um desgosto, o término de uma relação, uma frustração, etc. Porém a causa desta conduta anormal é o próprio sujeito, com sua forma anormal de manejar situações.

8. Por último, é preciso convidá-lo a que faça uso da parte boa, adulta e responsável de sua personalidade, que seguramente impedirá a realização de atos deste tipo, mostra evidente, sem lugar a duvidas, de traços imaturos de caráter.

### **Manejo de quem realiza uma tentativa suicida por medo**

Este tipo de tentativa de suicídio o realizam quem tratam de evitar uma situação muito temida, daí a importância de definir de que se trata.

Há momentos que geram temores diversos na totalidade dos seres humanos, como são as guerras, as epidemias, a fome, as catástrofes naturais. Algumas, só se manifestam em determinadas pessoas, não assim em outras, por tratar-se de circunstancias que habitualmente não produzem este tipo de emoção.

São as chamadas fobias, temores irracionais frente dificuldades, objetos ou animais e múltiplas coisas em dependência de sua origem.

Existem outras contrariedades muito temidas, não pela situação em si mesma, senão pelas conseqüências derivadas dela em certos contextos culturais. Ponhamos por exemplo o caso de uma adolescente em uma casa, educada com rígidos princípios morais entre os quais a virgindade é a principal divisa da honra, e perdê-la significa ser uma desonra para ela e a família. Suponhamos que esta adolescente, por amor, curiosidade, engano, ou qualquer outra razão válida para se nesse momento, tenha relações sexuais com seu namorado, esse temor a enfrentar as conseqüências de seu ato, pode levá-la a realizar uma tentativa de suicídio para evitar a cólera paterna ou materna, os conflitos dos familiares, as fofocas e os comentários, etc. Nestes casos, os familiares reagem com uma gama de reações, que podem ir desde a raiva, até a agressão física, por sentir que a adolescente lhes humilhou ante todos.

Em circunstancias desse tipo, sugiro realizar o seguinte:

1. Há que lhes fazer compreender aos padres o limitado de seu critério de uma filha boa e honrada, pois uma boa filha o é porque é estudiosa, sociável, bondosa, sacrificada, carinhosa, respeitadora, verdadeira, pontual, e toda uma serie de qualidades pessoais que certamente sua filha tem e eles não lhe valorizaram pelo positivo, pois somente lhes interessa se é ou não virgem.

2. Pela rigidez antes descrita, que desempenha distanciamento, existem dificuldades na comunicação pais-filha, e impediu que a adolescente comunicasse o acontecido e optasse por tentar o suicídio.

3. Existiu uma deficiente educação sexual na adolescente e nos padres, o qual favoreceu a relação sexual pré matrimonial nesta etapa da vida.

4. A adolescente deve entender que as situações muito temidas o são para todos os seres humanos por igual e o resto se pode qualificar como muito importante, importante e pouco importante, e ajudá-la a classificar a sua segundo esse novo critério, que exclui o medo.

5. Os familiares e o adolescente devem saber que deve dar-se a cada problema seu justo valor. Nem sobrevalorizá-lo nem subvalorizá-lo, e é aconselhável pôr no conhecimento de outros não imersos nele e que podem ter uma visão mais realista do mesmo. Para isso se pode utilizar o médico da família, o psicólogo, o psiquiatra, o sacerdote ou pastor, um bom amigo, etc.

6. Deve chegar-lhes a mensagem de que nos momentos importantes como o referido, é quando se demonstra ser pai ou mãe para sua filha, pois é preferível ter uma filha que não seja virgem que ter uma filha morta ou sobrevivente de uma tentativa de suicídio.

7. A adolescente deve entender que em momentos importantes se demonstra aos padres que se é filha ao confiar neles. Ao principio não reagem como se espera, porém se seguem suas vidas como sempre, cumprindo com suas obrigações, lhes dá um tempo para a reflexão, tudo voltará à normalidade.

8. A família deve analisar quais os problemas surgidos, não necessariamente justificam o caos, a desorganização. Muitas vezes as crises na família contribuem ao crescimento individual de seus integrantes desde o ponto de vista emocional e isso se traduz em laços mais sólidos e realistas. Nessa nova dimensão se tentará a que funcione a família que se pretende ajudar.

Por último, existem múltiplas situações geradoras de atos suicidas, porém todas terão como denominador comum à intolerância, o medo unilateral motivado por fatores culturais que ainda persistem.

## Manejo de quem realiza uma tentativa suicida por desespero

A tentativa suicida por desespero acontece no curso de circunstancias com grande repercussão emocional em indivíduos com pouca tolerância às frustrações; mais freqüentemente depois de desenganos amorosos, ainda que não é privativo deles nem tampouco são as únicas em que se pode apresentar. Para o manejo deste tipo de tentativa de suicídio primeiro se fazem as seguintes perguntas ao sujeito em questão:

- Sempre tudo tem que sair bem na vida?
- As coisas sempre têm que sair como as pensamos e desejamos?
- Os seres humanos estão vacinados contra os fracassos, as decepções, os desenganos?
- Os desenganos, as frustrações e quantos problemas nos acontecem, são para que nos suicidemos ou para que os enfrentemos, soframos e lhes demos solução, se a tem e continuemos vivendo com essa experiência adquirida?

Ato seguido, seria de muita utilidade pensar com o indivíduo:

1. Nem tudo na vida tem que sair bem e isso não constitui uma tragédia. Ele que faz disso uma tragédia, porque não lhe saiu da forma desejada e porque ainda não aprendeu a enfrentar situações adversas.

Uma pessoa que deseje ser equilibrada tem que ser capaz de reconhecer seus equívocos, de desprender-se de posses valiosas ou renunciar a algo quando as circunstancias o requeiram.

2. Ele não é o único que sofreu os fracassos amorosos, as frustrações, os desenganos, a perda de seres queridos, em fim, os diversos problemas que ocorrem, porque formam parte, precisamente, da vida ainda que sejam dolorosos e muito freqüentes.

3. Nenhum ser humano está imunizado contra o fracasso. Existem vacinas para múltiplas doenças infecciosas, porém não existe nem será criada uma vacina antidesgosto, antfracasso, antiproblema. Nunca se diga “Eu não posso ter desgosto”, “Eu não posso me incomodar”, quando para sermos justos deveríamos dizer “Eu não aprendi a ter desgostos”, “Eu não aprendi me incomodar”. Em efeito, há aqueles desde épocas muito precoces de suas vidas sempre foram satisfeitos em todos seus caprichos por parte de seus seres queridos e sendo adultos, acreditam firmemente que o resto das pessoas que não são seus familiares estão obrigadas a satisfazê-los como o faziam antes seus familiares, e isso a maior parte das vezes não ocorrerá, e ocasionará no sujeito a frustração e mau estar.

Para ser equilibrado deve evitar incômodos desnecessários, evitar os desgostos porque os previne; pero não fugir deles caso se apresentem, pois no transcurso da vida deve-se aprender a enfrentá-los.

4. Os fracassos, as desilusões amorosas, fazem com que as pessoas se sintam anímicamente mal, frustradas, desiludidas, pessimistas, irritáveis ou qualquer outro tipo de estado psíquico não usual, porém tampouco anormal, pois é a resposta lógica a um acontecimento doloroso e desagradável que lhes aconteceu.

Se se deseja ser equilibrado, sofrerá seu mau estar porém continuará fazendo, quiçá com menos eficácia e criatividade, o que realizava antes do sofrimento: trabalhar, criar os filhos, estudar, etc. Pode pedir conselhos a seu médico de família, psicólogo, psiquiatra, sacerdote ou pastor ou simplesmente a uma pessoa em quem confie. Tudo isso é normal.

Agora, se deseja complicar sua própria vida, fará justamente o contrario: ao não suportar estar sofrendo, começara a deixar de fazer as coisas que lhe possam ajudar a diminuir dito sofrimento. Começará então a desatender o trabalho, os filhos, a família, fechando-se em si mesmo. Não buscará ajuda médica e se a busca, não cumprirá as indicações terapêuticas, tampouco confiará seus problemas a outros que pudessem socorrê-lo, e é nesses momentos de solidão mais aparente que real quando ocorrem estes atos suicidas.

5. É fundamental que sofra sua dor e trate de seguir funcionando o mais normalmente possível, aprendendo da experiência e tratando de perguntar-se qual tem sido sua participação para evitar repetir erros similares no futuro.

Deseja-se ser equilibrado, deve ser capaz de dar-se conta quando deixou de significar para alguém o que significava antes. Isso sempre é triste e doloroso, porém não é o fim do mundo. Seguimos sendo o que somos pero sem essa pessoa.

Uma pessoa que deseja complicar-se a vida pensará que fez tudo bem, à perfeição, que o outro é o culpado, que fizeram ela de boba, foi enganada, manipulada, utilizada e sem esse outro ser e o conflito que limita seu mundo, acabará tudo. Os filhos, a família, os estudos, o trabalho, as amizades, não formam, para ela, parte de seu mundo e devemos lembrar-lhe que sim o são.

6. Há que ajudá-la a encontrar outras alternativas que não seja o suicidio na hora de enfrentar-se com situações dolorosas, pois é uma solução definitiva para maus estares que são temporários.

## **Manejo da família de um suicida**

A partir de determinada idade, que oscila entre os sete e os dez anos aproximadamente, todos os seres humanos normais sabem que tem que morrer, apesar disso, a morte sempre afeta, em maior ou menor grau, aos que continuam vivendo, e por isso adquire maior importância a forma como se morre, e sobretudo se essa morte é por suicidio, violenta e inesperada na maioria das vezes. A respeito disso, se disse que “a pessoa que se suicida põe seu esqueleto psicológico no armário emocional dos sobreviventes que tem que tratar com sentimentos negativos, pensamentos sobre sua possível participação no suicidio ou o que deixaram de fazer para evitá-lo”.

A causa de morte que gera maior culpabilidade, hostilidade e estigmatização é o suicidio. Portanto, ao enfrentar a família do suicida, o primeiro é:

- Ter em conta o grau de choque e quais recursos imediatos estão a disposição da família para seu apoio emocional.
- Detectar os sentimentos de culpa e responsabilidade pelo ocorrido.
- Detectar possíveis pensamentos suicidas, ameaças e outras condutas afins entre os familiares do falecido.
- Ajudar a família a reconhecer que o suicidio esteve relacionado com a possível doença do individuo e não com uma falha deles, pois está comprovado que os familiares dos suicidas estão em perigo de ter um comportamento similar por diversos mecanismos, entre os que a imitação desempenha seu papel.

É conveniente considerar que a clássica reação de luto, no caso dos familiares do suicida, é catastrófica por suas manifestações.

Na fase primeira de choque, a marcada tristeza é evidente entre os familiares que tinham uma relação mais próxima com o suicida, e coexiste com sintomas físicos, como dor de estômago, dores pré-cordiais, hipersensibilidade aos ruídos, sentimentos de irrealidade, falta de ar, perda de energia, transtornos do apetite e do sono. A fase seguinte é de raiva, a qual pode dirigir-se contra todos, dos médicos que atenderam ao indivíduo, ao próprio sujeito, ao suicida, Deus, etc. A esta fase lhe segue a de culpabilidade, na qual é notória a angustia por não haver previsto o desenlace, os desejos não satisfeitos do suicida, as diferenças não resolvidas nas relações com o defunto, possíveis motivos que contribuíram ao desenlace fatal, pensamentos repetitivos e lembranças do falecido.

Por último, a fase de reorganização permite aos sobreviventes reorientar suas energias psíquicas à novas motivações se o luto é resolvido de forma satisfatória.

Alguns afirmam reconhecer as fases do luto e não atuar de maneira imediata. A experiência, sustentada numa efetiva relação médico-paciente-família, leva a crer que as ações de saúde devam começar no próprio funeral, limitando-se nestes momentos a permitir as manifestações de dor e pena e, inclusive, estimulá-las naqueles familiares que tratam de manter um controle excessivo sobre suas emoções, velando sempre por levar a voz da razão onde predomina a voz dos afetos. Neste momento se lhe brinda o maior apoio emocional a quem estava afetivamente mais vinculado ao suicida.

Nos dias que se seguem se trabalhará com a família em estabelecer diferenças entre as mortes esperadas e as não esperadas como o suicídio, com a finalidade de que compreendam quão devastador resulta este tipo de morte para os sobreviventes, e se trata de evitar que os mesmos façam passar aos demais pela experiência traumática que eles estão vivendo.

Outro aspecto importante é estabelecer o que denomina “priorizar” o luto, ou seja, estabelecer uma hierarquia de doentes, e precaver a usurpação da dor por outros familiares que não são os mais afetados, porém por determinadas características de personalidade, se comportam como se fossem, os que mais sofrem. Este procedimento não se deve aplicar senão se tem uma sólida relação com os familiares e um profundo conhecimento dos vínculos entre eles e com o morto, para lograr desta maneira a solidariedade do resto da família e se brinde apoio emocional ao “doente priorizado”, sem que os outros sintam minimizados seus sentimentos, e incrementar suas atitudes altruístas.

Quanto a culpabilidade que com freqüência sentem os sobreviventes a um suicida, é possível manejá-la dependendo do grau de responsabilidade que sobre sua vida possa haver tido o falecido. Assim, se o suicídio foi realizado por um sujeito sem responsabilidade alguma sobre sua vida nesses momentos ou só a tinha parcialmente, lhe fazemos entender aos familiares que:

- A culpa é uma fase habitual pela que todos passamos quando morre um ser querido, independente da causa que a origine; esta dura certo tempo no qual o indivíduo se questiona constantemente que fez e o que deixou de fazer para que os fatos ocorressem. Isso é normal.
- Há doenças, como a padecida por certas pessoas, nas quais o suicídio, ainda que acontecido em determinado momento, poderia haver ocorrido muito antes e se não sucedeu assim, foi porque muito teve que ver os cuidados e as atenções brindadas pela família. O suicídio nessas doenças é como a febre na

amigdalite, sempre está presente e não é fácil de evitar quando a pessoa não tem nenhuma responsabilidade sobre sua vida.

- O próprio suicida não houvesse desejado padecer a doença que o levou ao suicídio, nem a família, nem o médico, nem o psicólogo, nem o psiquiatra.

Se o suicida teve plena responsabilidade sobre sua vida, se lhe faz compreender a família o seguinte:

- As pessoas, quando tem determinada forma de ser, ou certos traços em seu caráter, se convertem em seus próprios inimigos mais perigosos.

- Interroga-se ao familiar: Como você poderia evitar isto?, e geralmente responde com aquelas idéias que manifestam a culpabilidade pelo sucedido, isto é, o que não fez ou fez mal. Se lhe escuta atentamente e se lhe pergunta então: Durante quanto tempo você ia poder evitar o ocorrido? É possível que responda com um prazo, o qual se deve indagar: E depois, como ia evitar o suicídio se ele seguia sendo dessa maneira e não tinha interesse em mudar?

Si ainda não tenha compreendido a mensagem que se lhe quer dar de não sentir culpabilidade pelo ocorrido, se raciocina como segue: Que culpa tem minha mãe se agora, quando eu termine de falar com você, eu tentar o suicídio? Não se da conta de que sou um adulto, faço o que quero e ninguém me pode impedir? Para fazê-lo, teria minha mãe que amarrar uma coere em mim, dormir comigo, tomar banho comigo, sair comigo, e isso é impossível. Supondo que se pudesse fazer tudo isso por um tempo, a vida não teria nenhuma qualidade para ela nem tampouco para mim. Por outra parte, se deixa de estar acorrentada a mim eu posso tentar o suicídio, pelo que teria que passar toda sua vida dessa maneira, a qual é um absurdo.

Em seguida outra interrogação: Quem lhe cuida e a mim para que não nos suicidemos? Obviamente, nenhuma pessoa tem que se fazer responsável da vida da outra, se não se trata de uma criança, um enfermo mental grave sem capacidade para discernir entre o bom e o mau, um demente que perdeu seu total entendimento ou um atraso mental grave.

Um último recurso pode ser perguntar ao familiar se ele lhe inculcou a idéia do suicídio, se lhe facilitou os meios para levá-lo a cabo, as quais seguramente serão respondidas de maneira negativa. Ato seguido se lhe assegura o conhecimento do ocorrido por el para modificar sua maneira de ser, quantos conselhos deu-lhe e todo o sofrido por esse caráter do defunto.

Mais difícil se faz o manejo quando a culpa se baseia em fatos reais, como por exemplo, que existam familiares com tentativa suicida previa ao do ser querido. Em casos como esses não é prudente tentar eliminar toda a culpabilidade, pois isso pode ser percebido como um engano ou que se lhe trata de consolar sem as razões suficientes para isso. É conveniente conhecer o seguinte em relação com este fenômeno:

- O efeito imitativo da conduta suicida está reconhecido. Em 1841, Willian Farr sentenciou: “Não há um fato melhor estabelecido que o efeito imitativo na conduta suicida”. Atualmente, este efeito está relacionado com o manejo que fazem do tema os meios de difusão e as notícias sensacionalistas sobre o suicídio. Os antecedentes familiares desta conduta sempre se citam como um fator de risco e negar-lhe e sua importância sabendo do anterior, poderia ao descobrir-se sua falta de autenticidade diante da pessoa em crise, a qual tem uma sensibilidade especial para detectar quando se lhe brinda uma informação destorcida.



- Este tipo de pessoa da qual estamos falando, necessita sentir-se culpável, porem não totalmente. Ele tolera uma parte da culpabilidade que lhe pertence e agradece que se lhe permita carregar com ela e continuar vivendo com dignidade.

Tendo em conta estes dois aspectos mencionados, lhe faremos a seguinte observação: “Você, esta certo, havia tentado contra sua vida e isso como é lógico o faz sentir-se culpado do suicidio de seu familiar e eu considero que esse antecedente pode haver influenciado. Porem se você parar para pensar, ele tinha umas características em sua forma de ser muito diferente às suas. De quem as aprendeu? Não sabemos. De igual maneira que não podemos determinar de quem aprendeu essas coisas, tampouco se pode dizer que não aprendeu com você, única e exclusivamente, a não amar a vida. Porem, alem disso, você se da conta quando outra pessoa está fazendo algo mal feito e não o imita cegamente pelo simples fato de presenciá-lo. Em outras palavras, se se conhece o que é bom, regular e mau, não tem porque imitar este último a menos que o deseje, porque ninguém está obrigado fatalmente a imitar o pior quando pode tratar de imitar o bom. Como vejo as coisas, então? Para mim faz um tempo que você fez algo que não esteve correto o qual talvez influenciou de alguma maneira no que aconteceu com seu ser querido, porem isso não constitui a causa do suicidio, pois esse tipo de conduta se ocasiona devido a conjunção de múltiplos fatores e nunca apenas um deles. Neste caso em particular, o maior peso foi por seus traços anormais de caráter, que não só lhe ocasionaram a morte senão que antes o levou a ter dificuldades em sua escola, no matrimonio, com os amigos, no trabalho, etc”.

Uma vez assistido o familiar do suicida com antecedentes de igual tentativa, é útil tomar determinadas medidas de caráter geral que facilitem a elaboração do luto e, portanto, sua evolução dentro de limites normais. Estas medidas são:

- Retirar fotos do falecido dos lugares onde com freqüência se reúne a família. Quanto ao luto esteja elaborado, se pode colocar alguma onde seja agradável, pois já não se recordará com a intensidade afetiva dos primeiros dias. É melhor ter-se algum lugar para expressar o luto e não onde se encontre a imagem simplesmente porque se passa por um determinado lugar.
- Não levar fotos do falecido consigo (carteiras, moedeiros, documentos de identificação, medalhas, etc.).
- Retirar seus objetos pessoais guardando-os em um lugar seguro, porém não facilmente acessíveis à vista.
- Modificar o quarto do falecido ou o lugar onde costuma ficar.
- Não freqüentar o cemitério com muita assiduidade.
- Seguir vestindo-se como sempre o fez. Se há uma tradição de pôr luto não impedir.
- Permitir que as crianças continuem vivendo sua rotina cotidiana, ou seja, brinquem, vejam os programas infantis na televisão, etc.
- Não esquecer que o adolescente tem sua própria maneira de experimentar sua aflição pelo ocorrido e não tem que se manifestar como os demais. Ainda que se lhe veja rindo em determinados momentos, ele sofre tanto como você, não se esqueça.
- É conveniente falar com os menores sobre o fato, e relacionar sempre o suicidio com a loucura (ainda que não seja certo), pois esta associação pode diminuir a possibilidade de imitação, “o louco é aquele que se suicida e eu não estou louco, portanto, eu não me suicido”.

## **Desvantagens da conduta suicida para que tenta e sua família**

Algumas pessoas pensam que o suicídio tem a vantagem de impedir o sofrimento. Isso é certo, porém essa suposta vantagem é na realidade uma grande desvantagem. Por que?

1. Porque se pretende dar uma solução definitiva contra a própria pessoa a sofrimentos e situações que são temporárias. Alguém pode sentir-se mal durante um mês, três meses, um ano, cinco anos, porém não vai sentir-se mal aos setenta e cinco anos que é o tempo médio de vida de uma pessoa.

2. Nesse instante predomina a parte mais egoísta e menos inteligente da pessoa, pois só pensa em seus sofrimentos, em seus mal estares e não no sofrimento que ocasionará a seus seres queridos.

3. É incapaz nesses momentos de amar a outros, pois para querer aos demais primeiro tem que se querer sadiamente a si mesmo. Pede um pai ou uma mãe querer a seus filhos se os vai a deixarem órfãos? Pode o esposo querer a sua esposa si a vai a deixar viúva? Pense em torno disto.

4. Diz um refrão muito conhecido: “Quem sai aos seus não degenera”. E outro não menos conhecido: “Filho de gato caça rato”. “Pra um bom entendedor, poucas palavras bastam”, diz um terceiro. Se a pessoa não deseja que seus seres queridos aprendam a suicidar-se, não se lhes deve ensinar. Assim como se aprendem coisas boas, também se podem aprender coisas más, e é conhecida a influencia na conduta suicida dos filhos com antecedente de pais ou mães suicidas ou sobreviventes de uma tentativa de suicídio. Isto nos progenitores, coloca automaticamente em perigo a descendência. Como você pode observar, quem tenta o suicídio por ter um problema, terá dois: o que tinha e desde esse momento, os familiares em risco.

Alem destas desvantagens, há outras que também são importantes. Passemos a sua análise. Quando alguém tenta contra sua vida, começa a contribuir à formação de sua imagem de pessoa transtornada mentalmente entre os demais, não especialistas em questões de psiquiatria; os companheiros de estudos ou trabalho, que tampouco o são, e eles podem utilizar diversas expressões humorísticas para referir-se ao suicida como são “tem minhoca na cabeça”, “tem um parafuso a menos”, “tem um parafuso solto”, “estás louco” e outras não menos inteligentes, e não o considero uma falta de sensibilidade humana, senão, uma característica cultural própria das pessoas.

Quem tenta contra sua vida é pouco provável que possa formar um casal estável com uma pessoa normal, pois os normais não têm afinidade com ele, porque não lhes proporciona segurança.

Se quem tenta contra sua vida tem esposa ou namorada, esta pode continuar a relação porque teme que se realize o ato suicida se a termina; pode continuar porque lhe tem pena ou compaixão, porém muito dificilmente por amor, já que foi posto em perigo de acabar pelo suicídio. Às vezes não é fácil determinar quais são as verdadeiras motivações para continuar.

Outro inconveniente, a partir desse momento é que o suicida deixa de ser tratado como o era antes, aparece a desconfiança e o medo, estando quase todo o tempo supervisionado em seus atos, acaba tendo um acompanhante forçado para controlar o que faz, quando o faz, para que o faz, aonde o vai fazer, no fim, lhe espiarão cada um de seus atos, pois a família teme outra tentativa de auto-eliminação.

E estas atitudes de desconfiança e temor não são mais que a natural reação dos seres queridos ante a tentativa suicida e será a própria pessoa quando mostre um comportamento diferente, estável e controlado quem lhes devolverá a confiança perdida. Isso leva tempo, às vezes anos, com o lógico mal estar ocasionado a quem recebe a observação e a quem a faz.

Isto que ocorre com os familiares também pode suceder com outras pessoas, como os companheiros de estudo ou do trabalho, quem assume um comportamento similar.

É importante insistir em que todo suicida que tenha filhos, como já foi dito, os põe em risco de que façam o mesmo, de que o imitem. E é muito comum que os progenitores que tiveram esta conduta se defendam tratando de não assumir sua responsabilidade com expressões como as seguintes:

- “Eles são pequenos”. Argumento não convincente, pois o que lhes põe em risco, não é o tamanho nem a idade que tenham, senão o de ser filhos da pessoa em questão.

- “Eles não estavam ali, quando houve a tentativa de suicidio”. Tampouco este argumento convence, pois ainda que não estivessem ali são filhos da pessoa que tentou contra a própria vida e é isso o que constitui o risco e não o lugar aonde se estavam.

- “Ellos não o sabem”. O que põe em risco ser filhos de suicida, não é o conhecimento do fato.

- “Eles são adultos e sabem o que fazem”. Argumento pouco sólido, pois quem tentou contra sua vida, seja el pai ou mãe, sempre será más adulto que seu filho, entretanto, o fez. É prudente recordar que os filhos, ainda que sejam adultos e inclusive anciãos, continuam sendo-o. Nunca deixam de sê-lo.

- “Não vão fazer isso, eu garanto”. Outro argumento fútil. Essa pessoa não quer saber o que não lhe convém, pois um sem número de investigações científicas sérias cujas conclusões são que as probabilidades de realizar um ato suicida se incrementam na descendência. Está demonstrado que os filhos dessas pessoas se suicidam ou tentam com mais freqüência que os filhos de quem não teve este tipo de conduta.

Como se pode observar, a tentativa de suicidio e o suicidio só tem desvantagens para aquele que o realiza e seus familiares. Portanto, nunca tente contra sua vida, pois se converterá no pior inimigo de sua família, naquele que maior dano possa ocasionar-lhe.

## **Bibliografía**

- 1) Beskow, J. y D. Wasserman.: "A national programme for suicide prevention in Sweden, Italian Journal of Suicidology, 5(1):25-7, Suecia, 1995.
- 2) Eldrid, J.: Caring for the suicidal, Ed. Constable, London, 1993.
- 3) Leenaar, A.A. y D. Lester.: "Impact of suicide prevention center in Canada, Crisis, 16/1, 39, Canadá, 1995.
- 4) Reynolds, F.M.T. y A.L. Berman.: "An empirical typology of suicide", Archives of suicide research, vol. 1, No. 2, 97-110, USA, 1995.
- 5) Yac, S.N., y X. Yao. "Le phenomene suicidaire en Chine", Bulletin du Groupement d'etudes et de prevention du suicide, vol XIII, No. 2-7, China, mai, 1995.

## Glossário de términos suicidológicos

A)

Atitudes que favorecem o suicídio.- Conjunto de opiniões, critérios, sentimentos e condutas favorecedoras do suicidio como forma de morrer, quem o realiza, tenta ou pensa. Ditas atitudes estão estreitamente relacionadas com a cultura e geralmente se divide em dois grandes grupos: as atitudes punitivas e as permissivas. As atitudes punitivas consideram a morte por suicidio como um sinal de covardia, um pecado, algo que deva ser castigado. As atitudes permissivas consideram o suicidio um direito do sujeito, um ato de valor, uma amostra de liberdade pessoal, um ato heróico e eticamente aceitável.

Ato suicida.- Inclui a tentativa de suicidio e o suicidio

Afogamento. Método suicida muito utilizado pelas mulheres na Noruega.

Ameaça suicida.- Expressões verbais ou escritas do desejo de matar-se. Tem a particularidade de comunicar algo que está por suceder (ato suicida) à pessoas estreitamente vinculadas com o sujeito que realiza a ameaça.

Antecedentes suicidas.- Inclui, principalmente, os atos suicidas prévios que um sujeito tenha realizado. Pode ser utilizado também para referir-se a presença de familiares que tenham estes antecedentes.

Arma de fogo. Um dos principais métodos suicidas.

Associação Internacional de Prevenção do Suicidio.- Uma das associações encarregadas do estudo e a prevenção do suicidio. Se a conhece pelas siglas IASP.

Associação Internacional de Tanatología e Suicidio.- Uma das associações encarregadas do estudo da morte, o morrer e o luto, assim como o estudo e a prevenção ao suicidio. Se a conhece com as siglas AITS.

Autolesão intencionada.- Em ingles “deliberate self harm” (dsh) .Nome que serve para designar a tentativa de suicidio.

Automutilação.- Ato mediante o qual um sujeito tira ou corta uma parte qualquer de seu corpo. Não necessariamente tem que ser com propósitos suicidas.

Autópsia psicológica.- Investigação sobre o suicidio consumado realizada mediante entrevistas, estruturadas e semi estruturadas aos familiares do falecido, seu médico tratante, vizinhos, amigos e quantas pessoas seja necessárias. Tem como objetivo determinar se o suicidio foi a causa da morte assim como os sinais que pressagiaram o ocorrido. O termo foi proposto pelo Professor Norman Farberow, o Professor Edwin Shneidman e o Professor Curphey.

## B

Befrienders International.- Nome da maior organização de voluntários na prevenção do suicídio. Se a conhece como BI.

## C

Centro de prevenção do suicídio.- Instituição destinada ao tratamento das pessoas em crise suicida, na que se oferecem diversas modalidades terapêuticas das que participam profissionais da saúde mental e voluntários. Pode prestar atenção cara a cara ou mediante chamadas telefônicas.

Cibersuicídio.- Influencia da informação sobre suicídio aparecida na Internet na incidência dos suicídios em quem navega na rede. Podem-se encontrar jogos suicidas, piadas suicidas e música para suicidas de preferência rock. Um dos grupos mais ativos é Alt. Suicide. Holiday (ash) aparecido na década dos anos 80 na Internet, para aqueles que querem discutir as opções suicidas e para os que consideram o suicídio como uma possibilidade aberta a todos. Descrevem os métodos suicidas, desde os mais conhecidos e eficazes até os mais frívolos, chegando a mais de quarenta. Podem aparecer notas suicidas e anúncios incitando ao suicídio.

Circunstâncias suicidas.- São aquelas particularidades que acompanham ao ato suicida, entre as que se mencionam a localização, o lugar aonde ocorreu (familiar, não familiar, remoto, próximo), a possibilidade de ser descoberto (elevada, incerta, improvável, provável, acidental), acessibilidade para o resgate (pedir ajuda, deixar bilhetes ou outros indícios que facilitem ser encontrado, ou pelo contrário, tomar as precauções necessárias para não ser descoberto), tempo necessário para ser descoberto, probabilidade de receber atenção médica, etc.

Comunicação suicida.- São as manifestações conscientes ou inconscientes da tendência suicida. Tais manifestações devem aparecer em determinado contexto para ser interpretado como tal. Em certas ocasiões isto não é possível até depois de ocorrido o suicídio, o qual se investiga mediante a autópsia psicológica. A comunicação suicida se classifica da maneira seguinte:

Comunicação suicida direta verbal.- É aquela na qual se expressa explicitamente os desejos do sujeito de por fim a sua vida, como por exemplo: “vou me matar”, “vou me suicidar”, “o que tenho que fazer é acabar de uma vez por todas”.

Comunicação suicida direta não verbal.- É aquela na qual se realizam determinados atos que indicam a possibilidade de que se realize um ato suicida a curto prazo como; aceder aos métodos, deixar bilhetes de despedida, repartir bens valiosos, etc.

Comunicação suicida indireta verbal.- É aquela na qual se expressam frases que não manifestam as intenções suicidas explicitamente porém sim estarão

implícitas em mensagens, como nas seguintes frases: “Quiçá não nos vejamos novamente”, “Quero que se lembrem de mim como uma pessoa que apesar de tudo não foi má”, “Não se preocupem que não vou incomodar mais ninguém”.

Comunicação suicida indireta não verbal.- Consiste na realização de atos que, ainda que não indicam a possibilidade suicida iminente, estão relacionados com uma morte prematura: fazer testamento, planejar os funerais, preferência pelos temas relacionados com o suicídio, etc.

Conduta autodestrutiva.- Termo coletivo dado a um grupo de atos realizados por um sujeito que implicam dano ou risco de dano tais como se queimar com cigarros, mutilar partes do corpo ou realizar atos suicidas.

Conduta suicida.- Termo coletivo que inclui os pensamentos suicidas, a tentativa de suicídio e o suicídio.

Contexto suicida. Conjunto de elementos básicos necessários para a autodestruição.

Contrato não suicida.- É um pacto que realiza o terapeuta com um sujeito com risco de suicídio que persegue como objetivo primordial comprometer-lo a que não faça dano a si mesmo, a não tentar o suicídio, responsabilizando-o com sua própria vida. O contrato não suicida não garante que o sujeito não cometa suicídio, pelo que nunca deve ser utilizado com aqueles indivíduos que não se encontrem em condições evidentes de cumpri-lo.

Cris suicida.- É aquela crise na qual, uma vez esgotados os mecanismos reativo-adaptativos criativos e compensatórios do sujeito, emergem as intenções suicidas, existindo a possibilidade que o indivíduo resolva ou tente resolver a situação problemática mediante a autoagressão. Este tipo de crise requer um manejo apropriado do tempo, ser diretivos, e tratar de manter a pessoa com vida como principal objetivo. Sua duração é variável, de horas ou dias, raramente semanas e a resolução pode ser o crescimento pessoal com uma melhor adaptação para viver, a resolução com um funcionamento anômalo que incrementa as possibilidades de uma nova crise e a realização de um ato suicida.

Cuidador. Pessoa que oferece seus cuidados a outro que os necessita.

## D

Dano auto infringido.- São os efeitos prejudiciais resultantes da realização de uma tentativa de suicídio ou um suicídio. Inclui também as consequências de atos auto destrutivos realizados pelo sujeito sem a intenção de morrer.

## E

Efecto Werther.- Término proposto por D. P. Phillips em 1974 para descrever o efeito da sugestão na conduta suicida. Johan Wolfgang von Goethe em 1774 publicou sua novela: As penas do jovem Werther na qual se conta a historia de um homem jovem, talentoso, quem se assume em especulações, devaneios, até que desesperançado por paixões amorosas, se suicida mediante um tiro na cabeça. Sua venda teve que ser proibida em diversos lugares da Europa porque desencadeou inúmeros suicídios em jovens mediante o mesmo método.

Enforcamento. Um dos principais métodos suicidas utilizados pelo sexo masculino tanto em áreas urbanas como rurais.

Estratégias de prevenção do suicídio.- Maneira de dirigir a prevenção do suicidio. Existem estratégias nacionais e locais. Entre as nações que desenvolveram estratégias de prevenção do suicidio se encontram a Finlândia, Inglaterra, Japão, Suécia. Noruega, Cuba, Dinamarca, etc. A Organização Mundial da Saúde sugeriu seis principais ações para diminuir as mortes por suicidio: tratamento da doença mental, controle da posse de armas de fogo, desintoxificação do gás doméstico e dos gases de veículos a motor, controle da disponibilidade das substancias tóxicas, diminuir as noticias sensacionalistas nos meios de difusão de caráter massivo.

Estressantes agudos.- São os fatores precipitantes de um ato suicida, comum para todos os seres humanos porém que, em determinados indivíduos, pode desencadear dito ato. Entre os mais freqüentes se podem citar os conflitos amorosos, castigos ou reprovações dos pais nos adolescentes, perda duma relação valiosa, etc. Podem considerar-se como fatores precipitantes ou desencadeantes.

Estressantes crônicos.- São fatores que predispõem a uns indivíduos e não a outros à realização de um ato suicida, entre os que se incluem a perda precoce dos progenitores por morte, separação ou divorcio, dificuldades na comunicação familiar, abuso de substancias, promiscuidade sexual, dificuldades escolares, desajuste conjugal, divórcios, inadaptación laboral, desocupação, doença física dolorosa e limitadora da capacidade, etc. Podem considerar-se como aqueles eventos que ocorrem na vida dos indivíduos e preparam as condições para que um estressante agudo leve a um ato suicida.

## F

Fator de risco.- Atributo ou característica que confere a um sujeito um grau variável de susceptibilidade para contrair determinada enfermidade ou alteração da saúde. Tem como características as seguintes: são individuais, pois o que para alguns é um risco, para outros não representa problema algum, são geracionais, já que os fatores na infância podem não sê-lo na adultez ou na velhice, são genéricos porque os fatores de risco na mulher não são similares aos dos homens, estão mediatizados pela cultura e os meios que rodeiam indivíduos, comprovando-se que o que é aceitado em determinado meio social pode ser reprovado em outros.

Fatores protetores do suicídio.- Fatores que, para uma pessoa em particular, reduzem o risco da realização de um ato suicida, como o apoio que se recebe em situações de crise, o tratamento da dor numa doença terminal, o tratamento das doenças depressivas, a adequada capacidade para resolver problemas, uma razoável autoestima e auto suficiência, a capacidade para buscar ajuda em pessoas competentes, etc.

Fogo. Método suicida muito freqüente em determinados países principalmente Cuba e Sri Lanka.

## G

Gesto suicida.- Ameaça suicida tomando os meios disponíveis para sua realização porem sem levá-la a cabo. Também fica incluída a tentativa de suicídio sem dano físico de importância.

Grande repetidor.- É o individuo que realizou três ou mais tentativas de suicídio.

Grupos de Auto-ajuda.- Conjunto de pessoas que tem um problema de saúde comum e que decidem trabalharem juntos pelo bem estar de todos, por exemplo: grupos de personas com tentativas de suicidio e sobreviventes.

Grupo de risco suicida.- Conjunto de pessoas que apresentam algum fator de risco para a realização de um ato suicida como podem ser os deprimidos os que têm idéias suicidas ou ameaçam com o suicidio, os que tentaram o suicidio, os sujeitos em situação de crise, os sobreviventes, etc. Os enfermos mentais em comparação com a população em geral constituem um importante grupo de risco para esta conduta.

Grupos vulneráveis.- São aqueles grupos de indivíduos que por sua condição tem maiores possibilidades de realizar um ato suicida que a população em geral. Incluem-se os anciãos, as pessoas que vivem sozinhas, os imigrantes não integrados ao país receptor, os nativos minoritários como são os aborígenes australianos, norteamericanos, canadenses, e taiwaneses, os prisioneiros, etc. Os grupos vulneráveis são grupos de risco.

## H

Hara-kiri. Forma tradicional de suicidio no antigo Japão, consistente na penetração no abdome de uma espada ou outro objeto cortante até ocasionar a propria morte.

Hot lines.- Termo usado por Jess Gorkin, jornalista do Boston Glove, em carta ao Presidente Kennedy, dos Estados Unidos da América, em 1963. Gorkin



sugeriu estabelecer um telefone para facilitar a comunicação imediata com o Primeiro Ministro Nikita Khruchev da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas e diminuir as barreiras existentes durante a guerra fria e especialmente durante a chamada Crise dos Mísseis Cubanos ou Crise de Outubro. O termo significa a utilização de uma conexão telefônica para ser utilizada em tempos de crises. É um serviço telefônico mediante o qual, o sujeito que chama (caller), tem necessidade de apresentar um problema ou situação para ser discutida, analisada, ou resolvida por quem a recebe (helper).

I

Idéia suicida.- Abarca um amplo campo de pensamento que pode adquirir as seguintes formas de apresentação:

O desejo de morrer, primeira manifestação que indica a desconformidade do sujeito com sua maneira de viver e porta de entrada à ideação suicida. É comum a expressão “não vale a pena viver”, “para viver assim é preferível estar morto”

A representação suicida- consistente em fantasias passivas de suicidio (imaginar-se enforcado)

A idéia suicida sem um método determinado- quando o sujeito deseja suicidar-se e ao perguntar-lhe como o fará, responde que não sabe como.

A idéia suicida com um método indeterminado- quando o sujeito deseja suicidar-se e ao perguntar-lhe como vai tirar sua vida, responde que de qualquer maneira, enforcando-se, queimando-se, dando um tiro, se jogando de um prédio, sem mostrar preferência por nenhum deles.

A idéia suicida com um método determinado sem planejamento- na qual o sujeito expressa suas intenções suicidas mediante um método específico porem sem haver elaborado um adequado planejamento.

A idéia suicida planejada ou plano suicida- na qual o individuo sabe como, quando, onde, porque e para que haverá de realizar o ato suicida e toma, geralmente as devidas precauções para não ser descoberto.

Incitação ao suicidio.- Estimular ao outro ou outros a realizar um ato suicida. Este ato é objeto de penalização pelas leis de diversos países por considerar-se um delito contra a integridade das pessoas.

Intervenção- Conjunto de técnicas dirigidas a abortar uma crise suicida.

Intenção suicida.- Desejo deliberado de realizar um ato de suicidio. Grau de sinceridade ou determinação de morrer.

L

Luto. Manifestações reativas à morte de um ser querido. No luto por um suicida sobressai a estigmatização, as idéias suicidas, a culpabilidade, a busca do por quê, o temor ante o arrependimento tardio, quando as forças não eram suficientes para evitar a morte próxima, entre as mais freqüentes.

Letalidade- Atributo de alguns métodos para provocar a morte. É a consequência de diversos fatores tais como susceptibilidade individual, a possibilidade de receber atenção especializada imediata, as condições do próprio método entre as mais significativas.

Lógica suicida.- Características comuns que conformam em conjunto uma maneira de pensar própria de los indivíduos suicidas, entre las que sobressai a urgente pressão de acabar com a vivencia insuportável de dor psíquica que padecem devido à frustração de algumas necessidades psicológicas, a angústia, a desesperança, a impotência e o desamparo, restrição da capacidade de encontrar alternativas não suicidas, fantasias de resgate, etc. Compartem muitas características da chamada Síndrome Pré-suicidal.

## M

Métodos.- Recursos, meios, elementos mediante os quais um sujeito trata de por fim a sua vida. Podem ser naturais ou criados pelo homem. Entre os primeiros se citam os vulcões, os penhascos, os lagos, os rios, os mares, regiões desérticas ou excessivamente frias, animais e plantas venenosas, grandes depredadores, etc.

Entre os segundos se mencionam as armas de fogo, os fármacos, os venenos agrícolas, os gases de veículos a motor, o gás doméstico, os edifícios altos, as armas brancas, as cordas de diversos materiais, arames, roupas, cintos, substancias tóxicas, corrosivas, ácidas, combustíveis de diversos tipos para ingerir ou jogá-los encima com a intenção de pôr fogo, injeção de substancias tóxicas, inoculação de germes mortais, etc. Geralmente se elegem os métodos que estão disponíveis e que culturalmente sejam aceitos. Entre os romanos antigos era freqüente o corte dos pulsos, entre os japoneses o harakiri, entre as jovens norueguesas desprezadas afogar-se no lago mais próximo, entre as adolescentes mestiças do oriente cubano que sofriam um desengano amoroso. As mulheres em geral, preferem os métodos que não lhes deformem sua imagem, enquanto que os homens elegem aqueles com os que não tenham volta. Os jovens podem optar por um método que tenha sido escolhido por um amigo, familiar ou personalidade pública que tenha tido um caráter sensacionalista nos meios de difusão. Se lhes dividem em duros ou violentos e suaves ou não violentos. Entre os métodos duros se cita as armas de fogo, o enforcamento, se jogar das alturas, o corte de grandes vasos. Entre os métodos suaves se mencionam a ingestão e inalação.

Mitos.-Critérios sobre algum aspecto relacionado com a conduta suicida, culturalmente aceitos pela população que não refletem a veracidade científica. Entre eles se citam os seguintes:

-O suicidio se herda: Falso, porque não está demonstrado que isso ocorre. O que pode herdar-se é a predisposição a padecer uma determinada enfermidade na qual o suicidio é um sintoma freqüente, como por exemplo, os transtornos esquizofrênicos, os transtornos de humor, etc.

-O suicidio se produz sem prévio aviso: Falso, já que o suicida manifesta uma serie de sinais verbais e extraverbais mediante os quais está anunciando seus propósitos. Não se trata de um ato impulsivo, mas de um processo que termina na morte.

-Aquele que se quer matar não o diz: Falso, já que de cada dez pessoas que cometeram suicidio nove o dizem explicitamente e outro deu a entender, o que ocorre é que nem sempre são levados a sério ou avaliados com a devida precisão diagnóstica.

-Perguntar sobre a idéia suicida pode influenciar a que uma pessoa o leve a cabo: Falso, já que na quase totalidade dos casos, é a única oportunidade de conhecer o que pensava o individuo e de evitar uma vez conhecidas as intenções suicidas, que as leve a vias de fato.

-Aquele que se suicida sempre está deprimido: Falso, pois ainda que a depressão seja uma condição freqüente entre os que tentam o suicidio ou os que o consumam, também podem ser portadores de outras enfermidades mentais ou físicas.

-A prevenção do suicidio é tarefa dos psiquiatras: Falso, pois esta tarefa corresponde a toda a sociedade em seu conjunto, se se levar em consideração que esse comportamento responde a múltiplas causas entre as que cabe mencionar os fatores biológicos, psicológicos, sociais, psiquiátricos, existenciais, situacionais, etc.

-Uma pessoa que não tenha conhecimentos de Psicologia ou Psiquiatria não pode evitar que outro se suicide: Falso, pois o simples fato de escutar com genuíno interesse e não deixá-lo só em nenhum momento enquanto dure a crises suicida, pode contribuir à evitar o ato auto destrutivo. Qualquer pessoa com um mínimo de aptidão e um treinamento elementar na prevenção do suicidio pode evitar muitas mortes por esta causa.

Motivo- Razão usada por quem tenta o suicidio para explicá-lo. No caso de consumir-se o suicidio, são os familiares os que buscam as possíveis razões ou o próprio falecido mediante os bilhetes suicidas. Não necessariamente o suposto motivo é a causa do ato suicida.

Mensagens suicidas- Se as denomina também bilhetes de despedida. São escritos deixados pelos suicidas que podem expressar estados de ânimo, opiniões, desejos de morrer, às relações com as pessoas significativas, os possíveis motivos, etc. Não se considera que tenha maior valor que a comunicação verbal e se desestima sua importância na hora de aportar dados sobre o suicida.

O

Oferenda- Tipo de suicidio com características altruístas.

## P

**Pato suicida-** É o acordo mútuo entre duas ou mais pessoas para morrerem juntas, ao mesmo tempo, usualmente no mesmo lugar e mediante o mesmo método. Geralmente trata-se de casais muito vinculados afetivamente como cônjuges, familiares ou membros de uma mesma organização política ou seita religiosa.

**Parasuicídio-** Termo utilizado principalmente na Europa para referir-se a tentativa suicida.

**Perfil suicida-** Traços psicológicos que podem caracterizar a um suicida potencial como a impulsividade, a pobreza nas relações interpessoais e a hostilidade, que são traços freqüentes, porem não exclusivos dos suicidas. Não se encontrou um perfil único que seja comum a todos.

**Pessoas suicidas-** São aqueles sujeitos que tentaram contra a própria vida recentemente ou durante o ano prévio, os que tem idéias suicidas persistentes ou os que tem risco de cometer suicidio de forma imediata ou no futuro.

**Plano suicida-** Pensamentos ou idéias suicidas com uma adequada estruturação, sumamente grave para quem os apresenta pois significa que deseja suicidar-se, utilizando um método específico e não outro, a determinada hora, por um motivo concreto, para deixar de viver e tomam as devidas precauções para não ser descoberto.

**Pós-Intervenção-** Termo usado por E. Shneidman em 1971, para referir-se ao apoio que necessita aquele que tenta o suicidio e os familiares de quem se suicidou. É uma das formas de prevenir os danos.

**Potencial suicida-** Conjunto de fatores de risco de suicidio em um sujeito que em determinado momento pode predispor, precipitar ou perpetuar a conduta autodestrutiva.

**Precipitação-** Método freqüentemente utilizado pelos suicidas nas grandes cidades nas que há edifícios altos.

**Prevenção do suicídio-** Medidas empregadas para evitar que ocorram atos suicidas. Se classifica em prevenção primária, secundária e terciária. Também se subdivide em antevenção, intervenção e postvenção ou prevenção direta, indireta e geral.

**Prevenção direta-** É o conjunto de medidas que ajudam a abortar ou resolver mediante soluções não auto destrutivas, o processo suicida.

**Prevenção indireta-** É o conjunto de medidas encaminhadas a tratar os transtornos mentais e de comportamento, as enfermidades físicas que levam ao suicidio, as situações de crise, a redução do acesso aos métodos mediante os quais as pessoas podem se machucar, etc.

Prevenção geral- É o conjunto de medidas de apoio ou sustento psicológicos, sociais, institucionais, que contribuem a que os cidadãos estejam em melhores condições de manejar os eventos vitais psicotraumáticos e mitigar os danos que eles possam ocasionar.

Primeiros Socorros Psicológicos- Uma das técnicas na intervenção da crise suicida e que consta das seguintes etapas:

- Primera- Estabelecimento de contato com o sujeito em crise.
- Segunda- Conhecimento do problema e suas características.
- Terceira- Encontrar possíveis soluções não suicidas.
- Quarta- Ação concreta
- Quinta- Seguimento.

Processo suicida- Lapso de tempo transcorrido desde que o sujeito teve o primeiro pensamento suicida planejado até a realização da tentativa ou o suicídio. O termo põe a ênfase no desenvolvimento através do tempo, sugerindo que o suicídio não é um ato que ocorre por impulso de quem o comete, senão que é um fato que tem uma historia prévia.

Projeto suicida- Termo utilizado para referir-se ao planejamento do suicídio.

Pseudosuicídio.- Suicídio que resulta de alterações sensoperceptivas (alucinações auditivas não impostas ao suicida, mas que ordenam ao sujeito a realizar determinados atos como: foge, salta e que as circunstâncias que rodeiam ao paciente facilitam sua morte. (Foge e é atropelado por um veículo por encontrar-se numa via de alta velocidade, não em uma casa no campo. "Salta" e vive em um apartamento no 20º andar, não no primeiro).

Outras vezes podem ser alucinações visuais terroríficas como nos delírios, que condicionam reações de fuga ou escape sem que o sujeito possa proteger-se dos perigos potenciais pelos transtornos da consciência que estão provocando os transtornos sensoperceptivos. Consideram-se também Pseudosuicídios aquelas mortes que respondem a idéias delirantes de imortalidade ou onipotência, nas que o sujeito crendo na sua "lógica delirante" se expõe a situações perigosas que lhe ocasionam a morte como por exemplo cruzar diante de um veículo considerando que nada vai acontecer por seu poder, sua incapacidade de morrer.

## R

Retardamento suicida.- Pedido al sujeito con risco de suicidio, por parte do terapeuta, de adiar sua decisão, para que, ao invés de cometê-lo de forma imediata, deixe para depois essa decisão durante seis ou oito semanas, depois das quais se lhe assegura, poderá fazer com sua vida o que estime conveniente. Esse tempo é o necessário para que os psicofármacos atuem devidamente e esta idéia desapareça, o qual, unido à vigilância estrita do individuo durante a crise suicida pode evitar sua morte. É um recurso que pode ser utilizado com sujeitos portadores de manifestações depressivas e transtornos da personalidade tipo limite que desejam cometer suicidio a prazo fixo.

Não confundir com o contrato não suicida que é um pacto que realiza o terapeuta com um sujeito em risco de suicídio que persegue como objetivo primordial comprometer-lo a que não se faça a si mesmo, a não tentar o suicídio, responsabilizando-o com sua própria vida. Enquanto que no adiamento busca adiar essa decisão.

Repetidor- Indivíduo que realizou uma tentativa suicida anterior ou quem previamente realizou uma tentativa de suicídio.

Representação suicida- São as fantasias suicidas ou imagens mentais nas quais o sujeito se percebe levando a vias de fato seus propósitos auto-destrutivos, sem que exista o contexto suicida para por em perigo a vida.

Risco suicida- Termo utilizado para referir-se aos sujeitos em risco de cometer um ato suicida em um futuro imediato ou aqueles que o possam vir a cometer durante suas vidas.

## S

Samaritanos- Organização de prevenção do suicídio conformada por voluntários treinados na arte de escutar e que realizam suas intervenções cara a cara ou por telefone.

Seppuku- Forma tradicional de suicídio no Japão antigo junto ao harakiri.

Significado- Mensagem implícito em todo ato suicida que é descoberto mediante a pergunta: Para que e o que pode ser respondida de diversas formas. Para morrer, para chamar a atenção, para pedir ajuda, para agredir a outros, para reunir-se com seres queridos falecidos, para mostrar-lhes aos outros quão grandes são os problemas, para evitar enfrentar-se em situações conflituosas, etc. Não é o motivo, pois este responde a pergunta Por que.

Síndrome Pré suicidal- Estado psíquico imediatamente anterior ao ato suicida, descrito por E. Ringel em 1949 e consistente em constrição do afeto e intelecto, inibição da agressividade e fantasias suicidas, as quais se reforçam entre si. A Síndrome Pré suicidal ou pré suicida não forma parte de enfermidade psiquiátrica alguma, porém é um denominador comum daqueles transtornos que levam ao suicídio.

Situação suicida- Uma situação que eleva o risco de cometer um ato suicida, como é o caso de um indivíduo que tenha realizado uma tentativa suicida e atualmente apresenta uma depressão.

Sobreviventes- Os que sobrevivem a um suicida, entre os que se encontram os familiares, os amigos, médicos assistentes, etc.

Suicida- Termo com múltiplos significados entre os que se incluem aquele que terminou sua vida por suicídio, aquele que realizou tentativas de suicídio de caráter grave com perigo para a vida, aquele que realiza atos temerários com

perigo para a vida ou para sua integridade física, psicológica ou seu desenvolvimento social.

**Suicídio-** Segundo a classificação NASH, é uma das formas de morrer na qual o indivíduo, utilizando determinado método se auto agride, o resultado desta agressão conduz à morte. É o homicídio de si mesmo, o ato suicida que termina na morte.

**Suicidiologia-** É o estudo científico da conduta suicida em seus aspectos preventivos, de intervenção e reabilitação. Compreende o estudo dos pensamentos suicidas, as tentativas de suicídio, o suicídio e sua prevenção.

**Suicídio acidental-** É o suicídio de sujeitos que não desejavam morrer porém que realizaram uma tentativa de suicídio com um método de elevada letalidade. É a morte de um sujeito que não desejava morrer devido a alguma complicação do método empregado.

**Suicídio altruísta-** Um dos tipos básicos de suicídio proposto pelo sociólogo francês E. Durkheim em seu livro *O Suicídio*, publicado em 1897 e que ocorre naquelas sociedades nas quais existe uma excessiva integração entre o sujeito e seu grupo. Não suicidar-se em determinadas situações é uma desonra. O harakiri no Japão antigo é um exemplo, pois seguir vivendo era pouco menos que uma vergonha. A viúva hindu que morria na pira ardente dos restos de seu esposo falecido é outro exemplo.

**Suicídio ampliado-** O suicida que priva da vida a outros que não desejam morrer. Pode dar-se o caso que o indivíduo que induza o suicídio de um grupo de pessoas ou cause a morte de vários familiares, não cometa suicídio ulteriormente por circunstâncias imprevistas ou por fracasso do método escolhido.

**Suicídio por anomia-** Outro dos tipos básicos de suicídio proposto por E. Durkheim, que ocorre quando a interação entre o sujeito e o grupo social ao qual pertence se rompe, deixando ao indivíduo sem normas alternativas, pois o sujeito anômico por definição é um sujeito sem normas e regras.

**Suicídio aparente-** Morte cuja causa provavelmente seja o suicídio

**Suicídio assistido-** O termo se refere ao suicídio no qual a morte do sujeito, ainda que tenha sido ocasionada por ele mesmo, intervieram outro ou outros indivíduos, aconselhando-lhe a maneira de levar a cabo, pondo os meios a sua disposição e o modo de empregá-los, como por exemplo alguma máquina que introduza uma substância venenosa numa veia canalizada e cujo funcionamento possa se usada pelo sujeito para realizar o suicídio.

**Suicídio coletivo-** Termo utilizado para referir-se ao suicídio de grupos de pessoas, principalmente por motivos religiosos ou políticos. Ainda que não tenha necessariamente que se haver realizado um pacto suicida explícito, existe, por detrás de todo suicídio coletivo, um acordo implícito de morrer por

suicídio entre os membros do grupo em questão que se realiza ante um grupo de circunstancias consideradas previamente.

Suicídio consumado- Suicídio

Suicídios crônicos- Condutas que levam a autodestruição do sujeito, não de forma imediata, nem com plena consciência ou intencionalidade, mas a longo prazo e com diversos graus de destruição física, psíquica ou social. Entre estes suicídios crônicos se citam o alcoolismo, a drogadição, a conduta antisocial, a invalidez neurótica, o ascetismo, o martírio, etc. El termo foi proposto por K. Menninger.

Suicídio duplo. Suicídio de duas pessoas relacionadas entre si, que podem ou não haver realizado um pacto suicida. Podem ser pai ou mãe e filho, irmãos, conjugues, etc.

Suicídio egoísta- Um dos tipos de suicídio descrito por E. Durkheim que ocorre quando o sujeito não tem por que seguir vivendo, pois não possui vínculos sociais ou grupos de pertinência que lhe brindem apoio. Praticamente o sujeito não dispõe de integração social.

Suicídio fatalista- Outro dos suicídios propostos por E. Durkheim, cuja causa é a regulação social excessiva e o controle insuportável que exerce a sociedade sobre os indivíduos na maioria de seus atos.

Suicídio frustrado- É aquele ato suicida que não levou à morte do sujeito por circunstâncias fortuitas, casuais, imprevistas, que se não se houvesse apresentado, se haveria de produzir-se necessariamente o desenlace fatal.

Suicídio intencional- É o ato suicida realizado pelo sujeito com o propósito deliberado de morrer.

Suicídios localizados.- Termo proposto por Karl Menninger em seu livro “O homem contra si mesmo”, para referir-se a um conjunto de condutas agressivas tais como a auto mutilação, a policirurgia, a impotência e a frigidez, as enfermidades fingidas, etc.

Suicídio palmo a palmo.- São aquelas condutas auto destrutivas indiretas, consideradas por E. Durkheim como espécies embrionárias de suicídio ou equivalentes suicidas. São os suicídios crônicos ou a longo prazo.

Suicídio racional- Termo utilizado para definir aqueles suicídios que ocorrem em ausência de uma enfermidade mental, como suposta expressão da liberdade do sujeito para eleger sua própria morte, sobretudo naquelas situações nas quais a vida não oferece oportunidade alguma, existindo elevada intencionalidade e motivações racionais que justificam tal ato. Se considera por diversos autores que é um termo ambíguo, pouco realista, porque é muito raro que ocorra um suicídio na ausência de uma enfermidade mental ou uma condição psicopatológica demonstrável, como concluíram um grande número de autópsias psicológicas.



Suicídio social- Suicídio de duas ou mais pessoas, como pode ser um pacto suicida, as epidemias de suicídio por contágio e o suicídio em massa, principalmente os ocorridos em determinadas populações, como os habitantes de Masada em Israel, quando preferiram cometer suicídio que cair em mãos dos conquistadores romanos.

Suicida tipo- Não existe um suicida tipo, porém o termo se utiliza para definir um conjunto de características comuns a uma população suicida determinada, como podem ser o suicida tipo nas prisões, o suicida tipo nas escolas, o suicida tipo entre os adolescentes, o suicida tipo nos hospitais de curta ou longa estada, o suicida tipo no final da vida ou na velhice, o suicida tipo numa localidade, uma região ou um país, etc.

Sobrevivente- Se denomina assim aos familiares de um suicida, ou seja os que vivem depois da morte do outro, e para alguns autores não se refere somente aos parentes mas também aos amigos e médicos, quem podem manifestar sintomas similares de luto ante a perda, do mesmo modo como os familiares do morto.

## T

Taxas de suicídio- É o número de suicídios que ocorrem numa localidade por cada 100.000 habitantes a cada ano. Pode referir-se a toda a população ou a uma parte específica dela segundo grupos de idades ou sexos. É um dado que deve ser tomado com cautela quando se refere a populações menores de 100.000 habitantes, e para a realização de ações preventivas, pois por exemplo, os dois países que acumulam a maior quantidade de suicídios que ocorrem no mundo não aparecem entre os dez primeiros segundo as taxas e todos os que aparecem nos dez primeiros lugares segundo suas taxas só conformam uma mínima parte dos suicídios que ocorrem a cada ano.

Telefone da Esperança- Um dos múltiplos nomes que receberam os serviços de intervenção telefônica nas crises. Na Espanha recebe tal nome. Em Portugal se lhe denomina "Telefone da Amizade", na Polónia "Telefon Zaufania", na Coreia do Sul "Love-line", em Trinidad e Tobago "Lifeline", na Arménia "Trust Telephone Counselling Centre", na Austrália "Lifeline International", na Alemanha, "Telefonseelsorge Berlin", na China "Tianjim Psycho-Hotline Station", na Ucrânia "Ukrainian National Association of telephone Counselor". Na Europa, as diversas hotlines se agruparam na Associação Internacional de Ajuda Urgente por Telefone (IFOTES), com sede em Genebra, Suíça.

Tendências suicidas- Atitude caracterizada por la intenção, planejamento, possível decisão ou impulsos de cometer suicídio.

Tipologias suicidas- Classificação dos suicidas segundo as características que lhe são comuns. Para E. Durkheim são quatro os tipos de suicidas segundo a maior ou menor integração social ou regulações sociais: egoísta, altruísta, anômico e fatalista. Menninger distingue três tipos segundo o motivo

predominante do ato: desejos de matar, desejos de morrer e desejos de ser morto. Baechler descreve quatro categorias baseadas na lógica do indivíduo suicida: fugitivo, agressivo, sacrificado e lúdico. Mintz os classifica segundo diferentes motivações existentes nos suicidas: hostilidade contra o objeto previamente introjetado, agressão dirigida contra si mesmo, gratificação narcisista ou masoquista, redução da culpabilidade, destruição de sentimentos intoleráveis, como ato de renascimento, como reunião, para escapar da dor, resposta contrafóbica ao medo da morte, etc. E. Shneidman os qualifica segundo a necessidade psicológica insatisfeita que predomine, tomando as necessidades enunciadas por Henry A. Murray em seu livro "Exploração da Personalidade" e enuncia um total de cem: agredir, defender-se, dominar, exibir-se, brincar, evitar uma humilhação, ser independente, etc. Pérez Barrero os qualifica segundo a capacidade que tenham de responsabilizar-se com sua própria vida e os divide em totalmente responsáveis, parcialmente responsáveis e não responsáveis, com os que há que estabelecer uma relação terapêutica específica durante a crise suicida (participação mútua, cooperação guiada e ativo passiva respectivamente). Outras tipologias são as de Wold, Henderson e Williams, Leonard, Berman, etc.

Teoria biológica do suicídio- A psicobiología do suicídio, a impulsividade, o homicídio e outros fenômenos relacionados, foram objeto de intenso estudo nas últimas décadas. Se associam estas condutas nas que o denominador comum é um transtorno do impulso com a neurotransmissão serotoninérgica e as funções endócrinas, particularmente a secreção de cortisol e tirotrófina. Se considera que os suicidas têm baixas concentrações de serotonina em certas partes do cérebro e que no sangue mostram baixas concentrações de colesterol e grupo sanguíneo tipo O de preferência. Estes achados não foram confirmados.

Nos que tentaram o suicídio se encontrou no Líquido Cefalorraquidiano (LCR), baixos níveis do ácido 5 hidróxi-indol-acético (5- HIAA), metabolito da serotonina. Também se encontrou baixas concentrações de ácido homovanílico (HVA) metabolito da dopamina, no LCR dos que tentaram o suicídio e se considera para alguns investigadores um preditor mais eficaz que o 5-HIAA. Baixa atividade da enzima monoamino-oxidase plaquetária, foi encontrada nas pessoas com tentativas de auto eliminação e se involucrou a conduta suicida com o eixo hipotálamo-hipófisis- suprarrenal, por encontrar-se um incremento da excreta de cortisol anormalmente elevado antes da tentativa de suicídio e um teste de supressão de dexametasona anormal em 60% dos deprimidos suicidas, em comparação com os deprimidos não suicidas. O eixo hipotálamo-hipófisis-tiroides também foi involucrado no comportamento autodestrutivo, assim como outros hormônios, reportando-se um marcada diminuição da testosterona em pacientes que cometeram suicídio por métodos violentos.

Teoria psicológica. As principais formulações psicológicas da conduta suicida se iniciam com Freud e seguidores, quem consideram o suicídio como um crime ao qual se lhe deu um giro de 180 graus, descrevem a ambivalência amor e ódio presente em todo suicida, a incapacidade pouco comum de amar a outros detrás de todo suicida, assim como a associação do suicídio como forma de agressividade com o instinto de morte. Hendin menciona as fantasias inconscientes mais freqüentes dos suicidas, entre as que se encontram: desejo

hostil de vingança, desejo culpável de castigo, desejo esperançoso de resgate, etc. Para Adler, o suicídio afeta a personalidades dependentes, com autoestima claramente baixa, egocêntricos e agressivos velada ou abertamente. Menniger considera que o suicídio se faz efetivo se se combinam muitas circunstâncias e fatores, existindo três elementos essenciais em todo comportamento suicida: o desejo de matar, o desejo de morrer e el desejo de ser morto. Para Shneidman, o suicídio é uma dor psíquica e considera que no último século se falou fundamentalmente de quatro aspectos psicológicos do suicídio: luta; na que ficam incluídos los significados de assassinatos, agressão, raiva, revanche, desejos de matar, etc. Fuga, nas que estão incluídos os significados de escape, resgate, sonho, renascer, reunião, desejos de morrer, etc. Susto; na que se incluem os significados de desolação, desesperança, confusão, medo, solidão, pânico, dor psíquica, etc. Carga; na que ficam incluídos os significados de vulnerabilidade genética, historia familiar de suicídios, enfermidades mentais na família, historia de abusos, etc. Em inglês estas quatro palavras têm uma homofonia (las 4 F): fight, flight, fright, freight.

Teoría psiquiátrica- É a que considera o suicídio como uma manifestação de uma patologia psiquiátrica e suas origens se remontam a metade do século XIX. Para Esquirol “todo suicídio é o efeito de uma enfermidade ou um delírio agudo”. Considerou o suicídio como um sintoma de transtorno mental, ainda que também como o resultado de paixões humanas. Mais recentemente opinam que a maioria dos suicidas sofrem de uma depressão, seja como transtorno ou como sintoma, chegando alguns a considerar que na ausência de uma enfermidade psiquiátrica raramente um individuo termina sua vida por suicídio. Por último, padecer uma enfermidade mental é um fator comprovado de risco suicida.

Teoria sociológica do suicídio- .Entre elas temos a de Durkheim, quem hipotetiza que o suicídio é resultante da perturbação existente entre a sociedade e o sujeito segundo se veja comprometida sua integração social ou segundo sejam as exigências impostas pela sociedade ao individuo, classificando-os em altruístas ou egoístas segundo o grau de integração social; e dependendo do nível de regulação em anômicos ou fatalistas. A teoria de subcultura considera que os modos de vida urbano e rural determinam as diferenças existentes entre as taxas de suicídio de ambos meios. A teoria de mudança de status coincide em que uma mudança repentina na posição social tem certa possibilidade de conduzir ao suicídio, sobretudo se era uma mobilidade descendente. Por último a teoria da integração de status plantea que quanto mais estáveis e duradouras sejam as relações sociais, maiores expectativas e menos indivíduos ocupando status incompatíveis, menor serão o número de suicídios.

Unidade de suicidología- Serviço destinado à hospitalização dos indivíduos que tenham realizado uma tentativa de suicídio, apresentem idéias suicidas ou planos suicidas com risco elevado de realizá-lo. Pode encontrar-se localizada em um Hospital Geral, adjunta à sala de Psiquiatria ou como parte de uma Unidade de Intervenção em Crises.

Voluntários- Termo com o que se conhece aos membros de Befrienders International ou os Samaritanos, por tratar-se de organizações de prevenção do suicídio regidas por pessoas interessadas no tema, com atitudes para isso e que baseiam seu trabalho na terapia de escuta e em contatar a um nível afetivo profundo. Este movimento foi iniciado por Chad Varah com o nome de os Samaritanos em 1953, em Londres. Em Novembro de 1974 se cria Befrienders International a partir daquele movimento original. Na atualidade é uma potente organização de voluntários na prevenção do suicídio com centros em todos os continentes e mais de 40 países incluídos. Sua utilidade é inquestionável se tem em conta um principio suicidológico que atribui a prevenção do suicídio a quem esteja mais próximo do suicida e saiba reconhecer os sintomas pré suicidais e atuar precocemente. Es essa pessoa pode ser um taxista, policia, estudante, barbeiro, ama de casa, dono de botequim, aposentado,etc.

### **Bibliografía**

1. Alvero Frances F. Cervantes. Diccionario Manual de la lengua Española. Ed. ICL .Pueblo y Educación.
2. Beck A; Resnik H; Lettieri D.(1974). The prediction of suicide. The Charles Press Publisher. USA
3. Baume P; Cantor CH; Rolfe A. Cybersuicide: The role of interactive suicide notes on the Internet. Crisis,18/2:1997:73-79.
4. Clark D; Kerkhof J.F.M.A. Physician-assisted suicide and euthanasia. Crisis,17/4.1996:146.
5. Conwell Y. Suicide in the elderly: When is it rational. Crisis, 14/1.1993.6
6. Eldrid Y. Caring for the suicidal. Ed Constable. London. 1993
7. Frances Sealey M. What are hotlines?. Crisis 15/3 1994: 108-109.
8. Mardomingo Sanz MJ. Psiquiatría del niño y del adolescente. Ed. Diaz de Santos. 1994.
9. Pérez Barrero SA. Attitudes toward suicide in 107 first and second year medical students. Italian Journal of Suicidology 8, 1:35-37, 1998.
10. Pérez Barrero SA.(1999) Lo que Ud debiera saber sobre ... Suicidio. Ed. Imagen Gráfica SA de CV.
11. Pérez Barrero SA.(1997).El Suicidio. Comportamiento y Prevención. Ed. Oriente. Santiago de Cuba.
12. érez Barrero SA.(2000). Psicoterapia del comportamiento suicida. Fundamentos.Ed. Hosp.Psiq.de la Habana.
13. Saito Y.(1998) Suicide can be contagious. The contemporary trend of suicidal behaviour in Japan. Befriending Worldwide.(3):3.
14. Sarró B. Los Suicidios.(1993) Edit. Martinez Roca.
15. Shneidman E.(1997).The suicide mind;Suicide as Psychache.Befriending Worldwide 2: 5.
16. Support in suicidal crisis. The Swedish National Programme to develop Suicide Prevention.Printing: Modin-tryek, Stockholm. October.1996.
17. Sweedo S et al(1992). Can adolescents suicide attempters be distinguished from at risk adolescents?. Pediatrics, Sept. vol 88, 3:620-29.
18. Varnik A. (1997).Suicide in the Baltic Countries and in the former Republics of the URSS. Gotab, Stockholm:10-18.
19. Vijayakumar L; Thilothammal N.(1993) Suicide pacts. Crisis.14/1:43-46

20. Wasserman D. Varnik A(1998).Reliability of statistics on violent death and suicide in the former URSS.1970-1990. Acta Psychiatr. Scand. Suppl 394.98:34-41.