



**Universidade de Brasília**

**Clara Xavier Perin Nery**

**É preciso ouvir**

Falar sobre suicídio é um ato de amor

**Brasília**

**2021**

**Clara Xavier Perin Nery**

**15/0007965**

## **É preciso ouvir**

**Falar sobre suicídio é um ato de amor**

Relatório apresentado ao curso de Graduação em Design, Departamento de Design, Instituto de Artes, Universidade de Brasília, como parte das exigências à obtenção do título de Designer Graduada em Programação Visual e Projeto de Produto.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Symone Rodrigues Jardim

**Brasília**

**2021**

## **Dedicatória**

Dedico esse projeto a todas as pessoas que passaram por uma tentativa de suicídio, ou que tenham pensamentos suicidas, que possamos sempre escolher a vida, que a dor se torne ao menos suportável e encontremos amor e acolhimento em nossos caminhos.

## **Agradecimento**

Agradeço a professora Symone Jardim, por ter aceito me orientar nesse tema tão delicado e por me ouvir mesmo quando eu já não sabia o que estava dizendo.

Aos meus pais, agradeço pelo apoio e paciência durante minha trajetória.

Aos meus amigos, que fazem da tarefa de viver mais suportável, pelo apoio e pela ajuda no projeto e na vida.

Agradeço a minha sobrinha de coração, Mel, por existir e por me fazer querer ficar.

Agradeço as pessoas que compartilharam comigo suas histórias, por mais dolorosas que elas fossem.

Por fim, minha gratidão a Giovana, por falar de suicídio de forma tão aberta, de compartilhar sua trajetória e me dar coragem de falar sobre um assunto tão pessoal.

Now, I understand what you tried to say to me  
And how you suffered for your sanity  
And how you tried to set them free  
They would not listen, they did not know how  
Perhaps they'll listen now

Vincent – Don McLean

## Resumo

O seguinte projeto tem como objetivo educar e conscientizar as pessoas sobre suicídio, para diminuir o estigma existente e humanizar o tabu. Para isso foram utilizados os métodos "como podemos", mapa mental e a criação de personas. Foi realizado uma revisão bibliográfica extensa, sobre diversos assuntos relacionados ao tema, definições, retomada histórica, teorias, estigma, atendimento em emergência, prevenção e pós tentativa. Resultaram na criação de um kit de ferramentas, com quatro produtos, (i) livreto, (ii) card para rede de apoio, (iii) card para auxiliar a pessoa que passou por uma tentativa e (iiii) *template* de um plano de segurança. O objetivo do projeto foi alcançado parcialmente, já que para dar voz foi utilizado personas no lugar de pessoas reais.

Palavras-chave: Suicídio. Sobrevivente de tentativas. Acolhimento. Estigma. Conscientizar.

## **Abstract**

The following project aims to educate and raise awareness of suicide, to reduce the existing stigma and humanize the taboo. For this, the methods "how we can", mental map and the creation of personas were used. An extensive literature review was conducted on various subjects related to the theme, definitions, historical resumption, theories, stigma, emergency care, prevention and post-trial. Resulted in the creation of a toolkit, with four products, (i) booklet, (ii) card for support network, (iii) card to assist the person who went through an attempt and (iiii) template of a security plan. The objective of the project was partially achieved, since to give voice was used personas in place of real people.

Keywords: Suicide. Survivor of attempts. Host. Stigma. Raise awareness.

## Lista de figuras

|   |     |
|---|-----|
| FIGURA 1 - Esquema – estrutura de projeto.....  | 16  |
| FIGURA 2 – Mapa mental.....   | 17  |
| FIGURA 3 – Como podemos.....  | 18  |
| FIGURA 4 - Gráfico suicídios globais, por idade e nível econômico de países, 2016.....  | 19  |
| FIGURA 5 - Gráfico top 3 principais causas de morte, faixa etária 15-29 anos, 2016..... | 20  |
| FIGURA 6 – Ramona.....  | 90  |
| FIGURA 7 - Ramona Bold/ Light.....  | 90  |
| FIGURA 8 – Athelas.....   | 91  |
| FIGURA 9 – Livreto.....   | 92  |
| FIGURA 10 – Breathe.....  | 93  |
| FIGURA 11 - Página escura.....  | 94  |
| FIGURA 12 – Fala personas.....  | 95  |
| FIGURA 13 – Como auxiliar.....  | 97  |
| FIGURA 14 – Como conversar.....   | 98  |
| FIGURA 15 – E agora?.....   | 99  |
| FIGURA 16 – E agora? Citação.....   | 100 |
| FIGURA 17 – Plano de segurança.....   | 101 |
| FIGURA 18 - Plano de segurança fundo.....   | 102 |



## Sumário

|  |    |
|--|----|
| 1. Apresentação.....                             | 11 |
| 1.1. Contextualização.....                       | 13 |
| 1.2. Justificativa.....                          | 14 |
| 1.3. Objetivos.....                              | 15 |
| 1.4. Processos de design.....                    | 16 |
| 2. Precisamos falar sobre suicídio.....          | 19 |
| 3. Ao longo do tempo.....                        | 25 |
| 4. Quero morrer, razão?.....                     | 28 |
| 5. Marca que condena.....                        | 34 |
| 5. 1. Sobreviventes à tentativa de suicídio..... | 38 |
| 5.2. Sobreviventes do suicídio.....              | 44 |
| 5.3. Os profissionais de saúde.....              | 45 |
| 6. É preciso saber falar.....                    | 48 |
| 6.1. Diretrizes para comunicação segura.....     | 52 |
| 7. É preciso prevenir.....                       | 55 |
| 8. Preciso de ajuda.....                         | 64 |
| 9. O que acontece quando a prevenção falha?..... | 69 |
| 9.1. Rede de apoio.....                          | 77 |
| 9.2. Cards.....                                  | 80 |
| 9.3.....   | 86 |
| 10. O projeto.....                               | 89 |

|   |     |
|---|-----|
| 10.1. Livreto "É preciso ouvir: falar sobre suicídio é um ato de amor"..... | 92  |
| 10.2. Cards.....  | 96  |
| 10.3. Plano de segurança.....   | 100 |
| 11. Considerações finais.....   | 102 |
| Referências.....  | 103 |

# 1. Apresentação

Não sabemos falar sobre suicídio. Por muito tempo acreditou-se que falar sobre o tema colocaria a ideia na cabeça das pessoas. Além disso, o suicídio foi e continua a ser visto como um pecado mortal pelas religiões (especialmente as cristãs), como crime ou como falta de caráter, formando um forte estigma. Esses dois principais fatores, ajudaram a transformar o tema em um tabu, criando um silêncio. Os suicidas foram isolados, milhões de pessoas envergonhadas em silêncio e reduzidas a estatísticas, vivendo em constante medo do preconceito e da discriminação em casa, no trabalho e na sociedade. Muitas vítimas tem cicatrizes psicológicas reais resultantes da dor e vergonha de tentar suicídio ou conhecer alguém que morreu por suicídio. O preconceito, a ignorância e o medo estão na raiz da estigmatização, e esses fatores causam imenso sofrimento àqueles que de alguma forma são percebidos como "anormais" (OLSON, 2013).

Hoje sabe-se que a melhor forma de prevenção é romper o silêncio. O estigma vem diminuindo em passos bem lentos, mesmo assim, as pessoas ainda têm receio de falar a palavra que começa com "S". Milhares de pessoas morrem todos os anos por suicídio e muitas mais tentam se matar, estatisticamente, de acordo com Mental Health América ([s. d.]) nove em cada dez pessoas que tentam o suicídio e sobrevivem, seguem suas vidas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (2014) o principal fator de risco para um suicídio é uma tentativa prévia. Porém falta apoio e informação para as pessoas que sobrevivem a uma tentativa. A mídia e o público geralmente se concentram nas pessoas que morreram por suicídio, em vez de aquelas que sobreviveram para contar a história, perdendo uma importante oportunidade de entender verdadeiramente a complicada questão do suicídio sob a perspectiva de primeira pessoa.

O relato da doutora e psicóloga clínica Sally Spencer-Thomas, mostra muito bem o peso do estigma na vida dos suicidas e sobre como dar voz aos sobreviventes de tentativas pode ajudar na prevenção. Em uma apresentação do TEDx, conta sobre a morte do irmão.

[...] minha mãe ligou... ela disse, nossos piores medos foram confirmados, seu irmão morreu de suicídio. [...] Eu não acredito que meu

irmão perdeu a esperança de que ele não poderia ficar bem novamente, **eu acredito que meu irmão perdeu a esperança de que ele poderia ter sua vida de volta; seus parceiros de negócios não confiariam mais nele, seus amigos não achariam ele engraçado, e essa é a parte da história que me deixa tão irritada, que as pessoas que estão lutando por suas vidas com essas condições de saúde tratáveis, também têm que lidar com todos os tipos de discriminação, preconceito, desinformação e mitos.** [...] minha família não está sozinha nisso, cerca de 44.000 pessoas morrem de suicídio a cada ano [...] para cada morte por suicídio há 25 pessoas que sobreviveram, 25 pessoas que vivem através de suas tentativas, eles seguram a caixa preta, eles seguram as respostas de como é experimentar esse nível de desespero suicida e, mais importante, como passar por isso. Muitas dessas pessoas vão para a vida cheia de coisas revigorantes e interessantes e muitas vezes, isso é, uma crise suicida é o ponto de virada para ajudá-los a voltar à vida. Por que não sabemos sobre isso, um sobre o outro. Porque a maioria das famílias mantém essas histórias no armário, cheias de vergonha, raiva e culpa e por isso não compartilhamos nossas histórias. (SALLY SPENCER-THOMAS: STOPPING SUICIDE WITH STORY | TED TALK, [s. d.]. Tradução da autora)

O presente projeto surgiu da vontade e a necessidade de dar voz a nós, sobreviventes de tentativas, por meio de histórias, e trazer informações relevantes. O suicídio é uma questão humana. Mostrar que somos pessoas, existimos e estamos por todos os lados, não nos resumindo a estatísticas.

Lembrar que o suicídio acontece, não é motivo de vergonha. O projeto vem do desejo de mudar para melhor a atitude das pessoas sobre o suicídio; diminuir o preconceito e a discriminação contra sobreviventes de tentativas, lembrar que não estamos sozinhos e que é possível passar por essa experiência.

## 1.1 Contextualização

De acordo com a informação da OMS (2014, 2018; 2012) sobre prevenção ao suicídio, é a segunda principal causa de morte na faixa dos 15 a 29 anos de idade. Esses dados correspondem a uma taxa global por idade de 10,5 por 100.000 habitantes em 2016, sendo 13,7 e 7,5 por 100.000 para homens e mulheres, respectivamente.

É imensurável e devastador o impacto do suicídio nas pessoas. Infelizmente, o tema normalmente não é priorizado como um grave problema de saúde pública. Embora o conhecimento e pesquisas sobre o assunto tenham aumentado, o tabu e o estigma em torno do suicídio persistem e fazem com que, constantemente, as pessoas não procurem por ajuda ou sejam invisibilizadas. E quando conseguem procurar por auxílio, muitas vezes os sistemas e serviços de saúde falham em conseguir prover ajuda eficiente e dentro de um tempo adequado.

Entretanto, como é um assunto delicado, é muito provável que os números reportados sejam menores do que os reais. Segundo a OMS (2014), mesmo em países que possuem uma boa base de registro de mortes, o suicídio pode ser, muitas vezes, mal classificado como um acidente ou outra causa de morte. O processo para registro de um suicídio é complicado e envolve várias autoridades diferentes, incluindo as autoridades policiais. Em países sem registros confiáveis de mortes, inúmeros suicídios são simplesmente atenuados.

Mesmo com as diretrizes da OMS, de acordo com a folha informativa da Organização Pan Americana de Saúde - OPAS ([s. d.]) a prevenção ao suicídio só está incluída como prioridade de saúde em apenas alguns poucos países e somente 38 deles relatam possuir uma estratégia nacional para isso. Para que os países consigam alcançar progressos na prevenção do suicídio, sensibilizar a comunidade e quebrar o tabu são ações necessárias.

## 1.2 Justificativa

Mais de 800 mil pessoas tiram a própria vida por ano e muitas mais tentam suicídio de acordo com os dados da OMS. Segundo a Associação Internacional de Prevenção ao Suicídio – IASP, o suicídio faz parte da vida de muitas pessoas, para cada suicídio, cerca de 135 pessoas são impactadas por dor intensa ou de outra forma. Por ano, são 108 milhões de pessoas profundamente afetadas. Comportamento suicida inclui não só o suicídio, também a ideação suicida e tentativas de suicídio. Para cada suicídio, 25 pessoas fazem uma tentativa de suicídio e outras mais têm sérios pensamentos de suicídio. (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION, 2019). Entretanto falar sobre o tema ainda é um grande tabu.

Pouco se discute sobre o tema, e muitas vezes não é feito de forma correta, a falta de informação e o estigma dificultam a procura por ajuda, marginalizam e discriminam o suicida. O estigma faz com que essas pessoas sejam, muitas vezes, recebidas com desprezo e hostilidade, inclusive em locais que deveriam ser de acolhimento e apoio, como em prontos socorros e dentro da rede de apoio, como veremos mais à frente. Quanto mais são silenciados e tratados como se fossem menos do que humanos, é provável que novas tentativas aconteçam. De acordo com um artigo do *Everyday Feminism*, “quando não temos conversas saudáveis e compassivas sobre suicídio e sobrevivência, acabamos desencorajando os sobreviventes de buscar apoio.” (FINCH, 2015, tradução da autora ).

Pessoas que tentaram suicídio estão por todos os lugares, são amigos, parentes e colegas, por isso precisamos falar com respeito e compaixão. O suicídio acontece, não é uma questão de coragem ou covardia, nem algo que deveria ser tratado com vergonha, deve ser tratado de forma correta, sem julgamentos e sem estigma, tratar o assunto de maneira responsável, não dar explicações simplista e não diminuir ou invalidar a dor do suicida.

É necessário falar abertamente sobre o suicídio para apoiar os sobreviventes de tentativas de suicídio, também é importante acabar com o estigma, e dessa forma suicídio não deveria ser tratado como tabu e com hostilidade. Para se prevenir, é preciso que as pessoas sejam educadas a uma comunicação correta, para isso é necessário conhecimento, informação e empatia.

O projeto apresenta como proposta diminuir o estigma, a partir da voz de sobreviventes de tentativas dentro de um espaço honesto e acolhedor, onde o suicídio não é considerado tabu, usando o design como forma de comunicar e auxiliar. Trazendo relatos e informações relevantes, com uma abordagem sensível e humana.

### 1.3 Objetivos

Para o desenvolvimento deste projeto definiu-se como objetivo geral e específicos apresentados a seguir.

Geral:

Desenvolver uma narrativa com informações e relatos, que possa diminuir o estigma e humanizar o tabu.

Específicos:

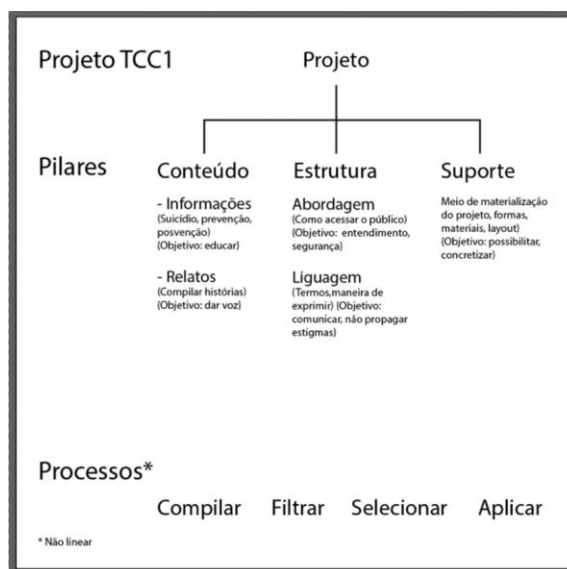
- Fazer levantamento e pesquisa sobre linguagem e abordagem sobre o tema.
- Entender de onde vem o estigma e a melhor forma de combatê-lo, visto que ele é uma das causas que colaboram para o suicídio.
- Seguir os critérios de segurança e definir qual o melhor suporte para aplicação no projeto, físico ou digital.
- Pesquisar e coletar as informações necessárias sobre: prevenção, suicídio.
- Criar personas com relatos fictícios utilizando como base relatos públicos para que possam aproximar o leitor e humanizar o tema.
- Garantir, por meio das narrativas, um espaço sem julgamentos e acolhedor onde o suicídio não é considerado tabu.

## 1.4 Processo de design

O projeto foi desenvolvido ao longo de dois semestres e seu processo não ocorreu de maneira linear. O projeto teve seu início na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso 1 (TCC1) durante o primeiro semestre acadêmico de 2020. Foram feitas pesquisas teóricas, visuais e pesquisas de projetos já existentes sobre o assunto.

A pesquisa e estruturação do projeto foram feitos sobre três pilares: conteúdo, estrutura e suporte. Todas as informações a serem coletadas nas pesquisas e levantamento de dados, deverão passar por processos de compilação, filtragem, seleção e aplicação. Como no esquema apresentado na figura 1.

Figura 1: Esquema – estrutura de projeto.



Fonte: A autora (2021)

O pilar **conteúdo** é dividido em informações e relatos. O item informações é referente à três principais assuntos, suicídio, prevenção e o pós tentativa, e tem como objetivo educar as pessoas sobre o assunto, para que aja melhor compreensão. O item **relatos** foca em levar histórias



de vida dos sobreviventes de tentativas de suicídio, e, está presente na criação das personas, que foram desenvolvidas para se aproximarem de relatos reais.

O pilar **estrutura** é sobre como o projeto vai ser formado, é dividido abordagem (diretrizes de segurança para reportar sobre suicídio) e linguagem (qual a linguagem e termos corretos, afim de não reforçar o estigma existente).

O pilar **suporte** é sobre o meio utilizado para materializar o projeto, seja no meio digital ou físico; materiais e formas.

Após ser realizada a revisão de literatura, foi feito um mapa mental (figura 2) para organizar o processo, e decidir quais são os melhores pontos de intervenção e como os assuntos pesquisados se relacionam.

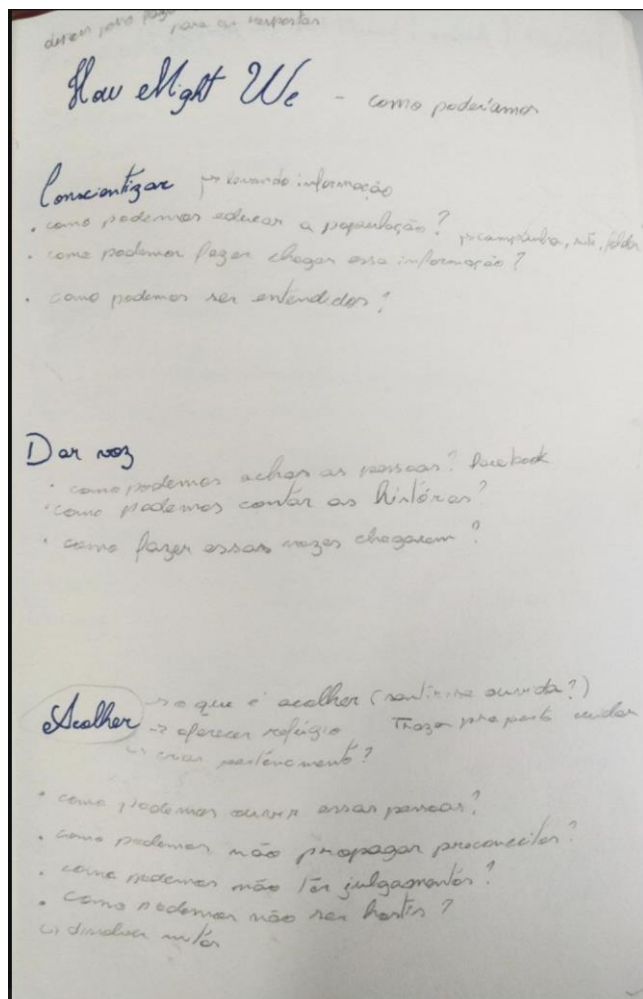
Figura 2: Mapa mental



Fonte: A autora (2021)

A partir da organização e seleção de quais seriam os pontos de intervenção, foi utilizado o método "Como podemos" (figura 3), em que consiste em fazer perguntas sobre o tema que começam com como podemos. Para isso, foram decididas três áreas dentro do tema, (i) conscientizar, (ii) dar voz e (iii) acolher. Depois de feitas as perguntas, foram geradas diversas respostas que guiaram como o projeto foi feito. O projeto foi desenvolvido usando esses métodos como base.

Figura 3: Como podemos



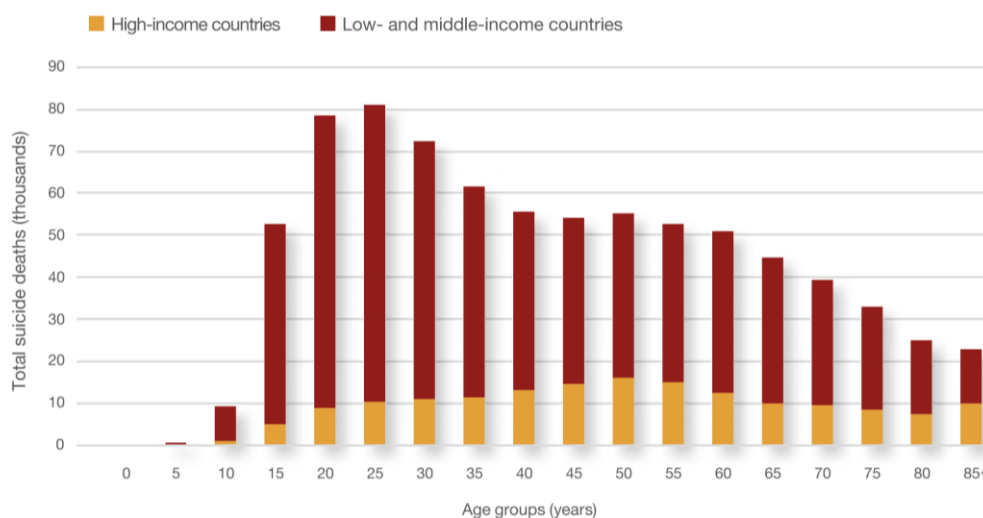
Fonte: A autora (2021)

## 2. Precisamos falar sobre suicídio

O suicídio acompanha a história da humanidade desde seu princípio, e está presente em todas as sociedades. Para falar sobre suicídio, é preciso falar também sobre a morte, mas a morte na sociedade ocidental é um grande tabu e o suicídio é um ainda maior, de tal modo que a própria palavra seja evitada. Apesar de todo silêncio construído sobre o tema, todos os anos milhões de vidas são perdidas prematuramente, afetando famílias, amigos e comunidades. A morte voluntária é um fenômeno complexo e um grande problema de saúde pública no mundo inteiro e uma das principais causas de morte. Apesar disso, há pouco investimento e o tema tem permanecido uma baixa prioridade de saúde pública.

De acordo com a OMS (2014, 2019; 2012), uma pessoa morre por suicídio a cada 40 segundos, matando mais do que a violência interpessoal e ocorre principalmente em países de baixa e média renda. (Figura 4).

Figura 4. Gráfico suicídios globais, por idade e nível econômico de países, 2016.

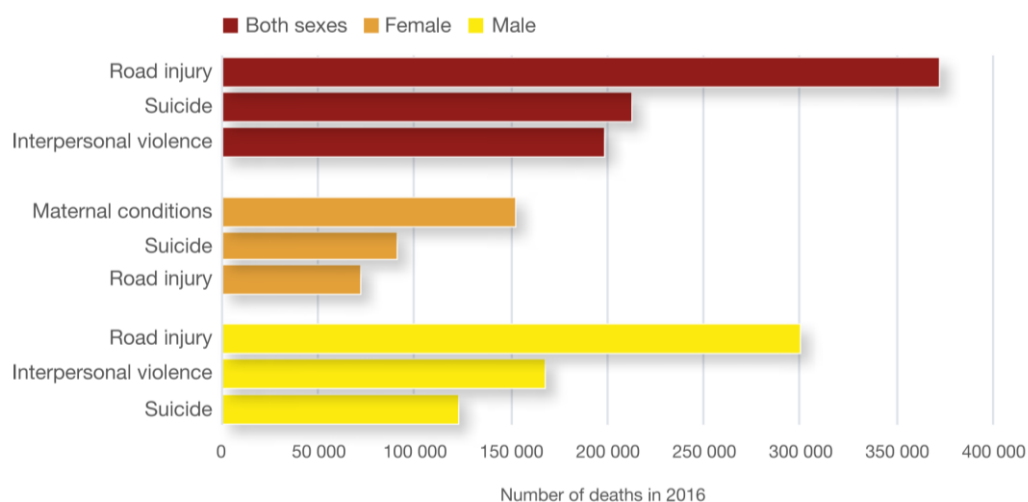


\* World Bank income groups, 2017

Organização Mundial da Saúde - OMS, 2019

Foi a segunda (para mulheres) e terceira (para homens) principal causa de morte na faixa etária de 15 a 29 anos (figura 5). Estatisticamente, homens morrem mais por suicídio, contudo mulheres tentam mais vezes do que os homens.

Figura 5. Gráfico top 3 principais causas de morte, faixa etária 15-29 anos, 2016



Organização Mundial da Saúde - OMS, 2019

De acordo com Silva (2019), citado por Greff et al. (2020), o comportamento suicida pode ocorrer em todas as idades, mesmo sendo mais raro em crianças e mais difícil de identificar, principalmente, pela dificuldade de reconhecer se a criança teve intenção de se matar ou se foi um acidente.

No Brasil, por volta de 11 mil pessoas tiram a própria vida por ano. É a quarta maior causa de morte entre 15 e 29 anos de idade, a terceira para homens e oitava para mulheres. Aproximadamente 69% das tentativas de suicídio foram de mulheres, entre 2011 e 2016 (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O Ministério da Saúde (2017) disponibilizou o boletim epidemiológico que mostra a situação do país entre os anos de 2011 e 2016, os meios mais utilizados foram, em 57,6% dos casos envenenamento/intoxicação, objeto perfurocortante em 6,5% e enforcamento em 5,8% dos casos. Mulheres reincidem em 31,3%. Homens morrem mais por suicídio com 79% dos casos, ou seja, a taxa de mortalidade entre homens é 3,6 vezes maior. As principais regiões são: região sul com 23% dos suicídios do Brasil e 14% da população, e o Sudeste concentra 38% dos suicídios e 42% da população.

O monitoramento sobre suicídio ainda é muito impreciso, há uma grande dificuldade em contabilizar os casos. No Brasil, de acordo com dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), são 24 vítimas por dia e 51% dos casos acontecem na própria residência, cerca de um em cada três tentativas de suicídio chegam aos serviços de saúde (BURIGO *et al.*, 2015; GREFF *et al.*, 2020).

É na faixa etária entre os 20 e 49 anos de idade que ocorre a maior concentração de casos notificados de lesão autoprovocada, assim como de tentativas de suicídio. (BRASIL, 2017 apud GREFF *et al.*, 2020). O cenário brasileiro tem como principais fatores de risco o uso abusivo de álcool e outras drogas, desemprego, presença de sofrimento psíquico e falta de acesso a serviços de saúde mental, vulnerabilidade social e financeira (GREFF *et al.*, 2020).

De acordo com a OMS (2000), é um fenômeno complexo, não uma doença por si só, nem a manifestação de uma, contudo, na maioria dos casos está associado a transtornos mentais. A Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP (2014), citado por ABNp (2018), define suicídio como "um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal" (ABP, 2014, pág. 9 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018) e

é um comportamento com determinantes multifatoriais e resultado de uma complexa interação de fatores psicológicos e biológicos, inclusive genéticos, culturais e socioambientais. Dessa forma, deve ser considerado como o desfecho de uma série de fatores que se acumulam na história do indivíduo, não podendo ser considerado de forma causal e simplista apenas a determinados acontecimentos pontuais da vida do sujeito. É a consequência final de um processo. (ABP, 2014, apud SBNp, 2018, p. 53).

Quando falamos sobre suicídio, não é apenas sobre o ato consumado, é sobre o comportamento suicida ou suicialidade, que engloba ideação suicida (pensamentos sobre e intenções de se matar), planos e tentativas (autolesão destinada à morte que não cumpre sua intenção) (DAVIDSON et al, 2008 apud DEMMER, 2015). O termo "indivíduo com experiência de suicídio" é utilizado dentro da comunidade de prevenção ao suicídio, para falar de alguém que tenha sido tocado por qualquer uma dessas experiências acima. Outro termo importante é o do "sobrevivente de suicídio" e sobrevivente de tentativa. Sobrevivente do suicídio é a pessoa que perdeu alguém para o suicídio, tenha sido algum amigo ou familiar, já o sobrevivente de tentativa é a pessoa que tentou se matar e sobreviveu.

Não há um sistema de classificação de nomenclatura que seja amplamente aceito e adotado, por isso é necessário delimitar quais os termos que vão ser usados, para isso vamos seguir o que é utilizado pelo maior número de pesquisas na literatura científica.

Wenzel, Brown, & Beck (2010), citado pela Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (2018), a tentativa de suicídio, é um comportamento não fatal, auto infligido, com potencial danoso, e com qualquer nível de intenção de morrer como resultado, mesmo que tal intenção seja pouca. Pode ocorrer ferimentos ou não, a intenção de morrer pode ser implícita ou explícita, a intenção pode ser expressa diretamente, ou ser inferida a partir das circunstâncias do comportamento ou das crenças emitidas. Pode ser difícil determinar a intenção, já que pode existir ambivalência sobre seu desejo de morrer ou viver.

Uma tentativa de suicídio difere-se de um comportamento intencional autoagressivo não suicida, pois este segundo caracteriza-se por ser auto infligido, potencialmente danoso, porém com nenhuma intenção de morrer como resultado. Nesse sentido, tentar suicídio com qualquer intenção de morrer significa engajar-se em um ato suicida. Além disso, é importante salientar que uma tentativa de suicídio não necessita resultar em dano físico, é necessário apenas que haja um potencial para causar ferimento (WENZEL, BROWN, & BECK, 2010 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018, pág. 69).

A ideação suicida pode ser se definida como "qualquer pensamento, imagem, crença, vozes ou diferentes cognições relatadas por uma pessoa, sobre terminar intencionalmente com a própria vida" (WENZEL, BROWN, & BECK, 2010 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018). Os autores, também usam o termo 'crise suicida' para se referir a um episódio de ideação suicida, de tentativa.

Muitas pessoas apresentam algum tipo de pensamento suicida durante a vida, mas isso não quer dizer que vão fazer uma tentativa, na verdade grande parte não faz. Existem várias áreas que trabalham para tentar explicar o suicídio. São diversas variáveis ligadas ao aparecimento do comportamento suicida,

os pensamentos e comportamentos ligados ao fenômeno do suicídio são influenciados por diversos fatores, como psicológicos, sociais, biológicos e ambientais, os quais interagem entre si. Nenhum fator isolado é suficiente para explicar um ato suicida. Apesar disso, alguns fatores podem ser preditores fortes de futuras tentativas de suicídio (CLAUMANN et al, 2018). Segundo uma revisão sistemática com metanálise realizada por Franklin e colegas (2017), fatores como tentativa prévia de suicídio, autolesão prévia sem a intenção de se matar, hospitalização psiquiátrica prévia, ansiedade, depressão, desespero, e eventos estressantes destacaram-se como preditores de futuras tentativas de suicídio. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018, pag. 70).

Apesar de ser um grave problema de saúde pública, é possível prevenir, contudo é necessário esforços conjuntos, constantes e multisetoriais. O suicídio não é um transtorno mental, mas a presença de um transtorno é um importante risco para o suicídio, nesse ponto, quando pensamos na prevenção, encontramos inúmeras dificuldades, entre elas o tabu que foi construído ao longo da história sobre o suicídio e o tabu sobre os transtornos mentais.

Mesmo com todo o avanço da medicina, ainda não aprendemos a lidar com as doenças mentais e fenômenos associados, o tabu ainda é latente, olhar para o sofrimento psicológico como se fosse sinal de fraqueza, as representações são de forma geral negativas e estereotipadas. Quando é sobre o suicídio, a situação é ainda mais grave, a um grande silêncio sobre o tema é um estigma muito forte, que foram construídos durante muitos anos e ainda se perpetuam e atrapalham na prevenção. Nosso atual contexto, isolamento social e pandemia de Covid – 19,

agrava ainda mais a situação, mesmo assim, segundo a OMS (2014) a prevenção ao suicídio é dada como baixa prioridade para governos e formuladores de políticas.



### 3. Ao longo do tempo

O suicídio existe desde os tempos mais primitivos e sua prática é comum ao longo da história, contudo o entendimento sobre o tema foi mudando ao longo do tempo. Ora foi visto de forma negativa, ora de forma positiva ou neutra, chegando a ser incentivado e/ou criminalizado em diferentes culturas.

A história da Grécia e da Roma antiga, é marcada por diversos suicídios memoráveis, que ocorreram nos mais variados contextos. A prática da morte voluntária era questionada sobre se era aceitável, honrosa ou nociva à sociedade.

Na Grécia, cada escola filosófica tinha sua opinião, alguns viam a escolha pela morte como o valor máximo do indivíduo e de sua liberdade para decidir sobre sua vida e por si mesmo, de forma que "a vida só merece ser conservada se for um bem, se proporciona mais satisfação do que males e se está de acordo com a razão e com a dignidade humana. Do contrário, conservá-la seria uma loucura" (SILVA, 2009, p. 13). Outras proibiam, como para os pitagóricos, o suicídio profanava o corpo e quebrava a harmonia (SILVA, 2009).

Ainda de acordo com Silva (2019), os romanos, de forma geral, tinham uma aceitação melhor sobre o suicídio, mesmo que esse posicionamento não tenha sido constante. De forma mais ampla, apenas duas classes sociais eram proibidas, a primeira por ferir o interesse econômico, sendo ela os escravos; e a outra eram os soldados, no qual existiam penas para quem tentasse e sobrevivesse. Com a evolução do Direito, a legislação romana passa a condenar o suicídio e impor penalidades para quem tentasse acabar com a própria vida.

Foi com o estabelecimento do cristianismo que o suicídio foi completamente condenado. Porém, no início, não era assim, o ato poderia ser considerado como heroísmo para as elites religiosas e da realeza (NAGAFUCHI, 2019). Segundo a literatura, as primeiras gerações cristãs exaltam o martírio voluntário. Com o tempo, o martírio voluntário perde sua força e a morte voluntária vai sendo uma prática condenada. Santo Agostinho considera que o suicídio é equiparável ao homicídio, defende que é um pecado muito grave, pois a vida é um dom sagrado de Deus, não temos o direito de tirar. A partir desse ponto, junto ao Direito Civil, medidas práticas foram adotadas para proibir e penalizar o suicídio. Sem ter o controle sobre o ato, a

Igreja Católica passa a caracterizar o suicídio como sinistro e diabólico. (MINOIS, 1999; GUILLON; LE BONNIEC, 1990 apud NAGAFUCHI, 2019). Em 452, passa a ser um crime, é entendido como resultado de uma fúria demoníaca e, por isso, precisa ser punido. Todos os tipos de suicídios estão proibidos, são proibidos os ritos cristãos aos suicidas, e punições para os que sobrevivessem a tentativa. Ferigato (2019), ressalta que foram impostas penas materiais às religiosas pela legislação civil, entre elas, a apreensão dos bens do falecido de seus herdeiros.

Ainda de acordo com a autora citada, a penitência entre os Séculos VIII e X, um mecanismo que ajudou a prevenir o suicídio, por meio do medo das condenações judiciais e da Igreja. Durante esse período, para a Igreja e para a opinião pública, o suicídio era resultado de apenas dois motivos a loucura e a possessão. Nos casos em que era por loucura, muitas vezes os familiares e os suicidas eram absorvidos da culpa. Agora nos casos de possessão era diferente,

ao desprezar a penitência para fazer parar o seu desespero, o indivíduo estava desprezando o poder da Igreja, colocando em risco a autoridade eclesiástica, só podendo estar possuído pelo diabo. Numa época em que a Igreja começava a exigir a prática da confissão individual dos pecados, reforçando o seu poder sobre as almas, aquele que se suicidava por desespero não merecia perdão porque pecava, ao mesmo tempo, contra Deus – por duvidar de Sua misericórdia – e contra a Igreja – por contestar o seu papel no perdão das faltas através da absolvição – Igreja esta intermediária entre Deus e os homens (SILVA, 2009, p. 18).

A Idade Média marca o suicídio de forma extremamente negativa, sendo proibido e castigado com penas morais de grande severidade. As proibições também são divinas e sua autoridade vem de Deus, dessa forma serão punidos na vida após a morte.

Durante os séculos XVII e XVIII, foi considerado um triplo crime - assassinato, traição e heresia (FARBEROW, 1975 apud WITTE; SMITH; JOINER, 2012). Outras punições dessa época eram a perda de propriedade, violação do corpo do falecido e duras restrições ao enterro (SMITH et al., 2008 apud WITTE; SMITH; JOINER, 2012). As famílias dos suicidas muitas vezes também eram penalizadas (STILLION, 1998-99 WITTE; SMITH; JOINER, 2012).

No romantismo, época marcada pelo sentimento, principalmente pelo suicídio de amor, "a morte voluntária é vista como uma libertação, mais do que como aniquilamento." (SILVA, 2009, p. 25). O período foi marcado por uma onda de suicídios.

A partir do Século XVIII, as condenações aos suicidas começam a ficar mais brandas, cresce o silêncio, "a polícia tendo o cuidado de esconder do povo os casos de suicídio; o inquérito é estabelecido sem dar muito nas vistas e o morto é enterrado sem ruído" (SILVA, 2009, p. 25). A partir do Século XIX, a versão da igreja perde força, tentam entender e explicar o suicídio utilizando uma abordagem diferente da religiosa, procurando uma resposta dentro da ciência, embora o senso comum se mantém como resultado da ação direta do "Diabo". Mais adiante, começaram a surgir teorias, Durkheim fez sua proposta dentro da Sociologia; para Jean Baechlar era uma questão dentro do psicológico e da genética, outros pesquisadores vão olhar para o suicídio pela lente da cultural, ou pela comunicação. No próximo capítulo serão apresentadas algumas dessas teorias.

## 4. Quero morrer, razão?

O que leva uma pessoa a tirar a própria vida? O suicídio levanta questionamentos que ficam sem respostas. Segundo a OMS (2014), nenhum fator é suficiente para explicar por que uma pessoa morreu por suicídio: o comportamento suicida é complexo, influenciado por diversos fatores de interação – pessoais, sociais, psicológicos, culturais, biológicos e ambientais.

Para Nagafuchi (2019), falar sobre suicídio, é falar sobre o que somos e conhecemos, é falar sobre a Vida. Na esperança de entender e explicar o suicídio, as ações que direcionam os sujeitos até uma morte voluntária são estudadas. A psiquiatria, a psicologia, a sociologia, a genética e até o senso comum, mesmo que seja impregnada de estigmas, tentam dar respostas. Ao longo do tempo diversos pesquisadores elaboraram teorias para explicar o fenômeno.

Várias concepções teóricas tem a tendência de isolar o suicídio no foro íntimo, dentro do modelo proposto pela psiquiatria, no qual o ato é resultado de doença mental ou sintoma a ser medicado (MARQUETTI, 2012; 2018; HILLMAN, 2011 apud KOVÁCS; HWANG, 2019). Esse foco pode gerar um descaso em olhar para os aspectos sócio-histórico-culturais. Afirmar que o suicídio vem somente de aspectos biológicos pode diminuir a complexidade da experiência humana que o antecede. Dessa forma, veremos de forma breve algumas das principais teorias.

Vamos começar com a teoria sociológica de Durkheim (1897). O autor olha para o suicídio em um nível social. No seu estudo foram identificadas duas principais variáveis, a integração social e regulação moral, e quatro tipos sociais de suicídio, e como as variáveis interagem em cada um. Com apresentado a seguir:

- O primeiro é o suicídio egoísta, é visto em pessoas sem a integração social e que não possuem os laços sociais tradicionais ou da sociedade. Essas pessoas também são muitas vezes isoladas e não possuem senso de pertencimento.
- O segundo é o suicídio altruísta, os indivíduos estão totalmente integrados socialmente e, para eles sua morte ajudaria a sociedade. Um exemplo desse tipo, são os pilotos kamikazes durante a 2ª Guerra Mundial (SELBY et al., 2014 apud OLSON, 2014).

- O terceiro é o suicídio anônimo, em maioria, acontecem em sociedades onde falta regulação social e resulta em uma falha em inspirar um sentido de significado - ou uma falha em fornecer um quadro moral - na vida de seus cidadãos e resulta em um estado de desordem social e econômica.
- O último tipo é o suicídio fatalista, ocorrem em sociedades onde a regulação social é extrema e a autoridade é opressiva e controladora. Pessoas suicidas nessas situações preferem morrer do que continuar vivendo em condições tão sufocantes.

A segunda teoria que vamos abordar é a "teoria da fuga", publicada em 1990, o psicólogo e professor Roy Baumeister, citado por Olson (2014), escreveu um artigo no qual propôs um modelo que explica o suicídio como um processo sequencial, envolvendo as seis etapas seguintes:

1. Ficar fora dos padrões, quando um indivíduo não consegue atender as expectativas de vida "irrealistamente" altas ou experimenta experiências de vida negativas ou contratemplos.
2. A internalização da auto culpa, as falhas são apenas culpa do indivíduo, o que ajuda a causar baixa autoestima.
3. O sentido aversivo de si mesmo, é quando uma visão duramente negativa do eu, em oposição a uma visão positiva dos outros, é firmemente estabelecida.
4. Afeto negativo e/ou consequências negativas.
5. A constrição cognitiva, que é uma fuga de consequências negativas por evasão intencional ou não, e rejeição do "pensamento significativo". A pessoa se concentra nas necessidades do dia-a-dia em relação ao pensamento futuro e, "visão do túnel", uma visão limitada.
6. Comportamentos imprudentes, ausência de emoção e pensamento irracional compõem o último passo da teoria. Esses fatores muitas vezes aparecem como abuso de substâncias, automutilação, comportamentos de risco e/ou retirada social.

A noção de suicídio torna-se menos temível. Às vezes, essa necessidade de escapar aumenta para o suicídio (BAUMEISTER, 1990 apud OLSON, 2014).

Outra teoria relevante, é a da "psychache". De acordo com Edwin Shneidman, pioneiro em suicidologia, o fator central em todos os suicídios é a presença de "psychache". Ele define a "psychache" como a "dor, angústia, e dor psicológica na mente" (SHNEIDMAN, 1993, p. 51 apud OLSON, 2014). É "a dor da vergonha ou da culpa, ou humilhação, ou solidão, ou medo, ou angústia, ou pavor de envelhecer" (SHNEIDMAN, 1993, p. 51 apud OLSON, 2014).

A psychache acontece quando as necessidades vitais de um indivíduo não são atendidas ou são frustradas. Que podem ser experimentadas nas seguintes quatro maneiras:

1. Amor, aceitação ou pertencimento frustrados;
2. Desamparo excessivo ou a sensação de que não se tem controle;
3. Autoimagem negativa, invoca sentimentos de evasão, vergonha, derrota e humilhação; E
4. Relacionamentos danificados, acompanhados de sentimentos subsequentes de luto.

Cada indivíduo possui um limite diferente para a dor. Quando esse limite é atingido, ou quando o indivíduo considera a psychache insuportável, o ato mais drástico para reduzi-lo é o suicídio. Shneidman enfatiza que o suicídio não é necessariamente o desejo de morrer, mas sim um meio de acabar com a dor psicológica (SHNEIDMAN, 1993 apud OLSON, 2014).

A teoria interpessoal do suicídio, nessa teoria para uma tentativa de suicídio ocorrer, um indivíduo deve ter a capacidade e o desejo de morrer. Neste modelo, o desejo vem do sentimento de isolamento, falta de pertencimento e o sentimento de ser um fardo (VAN ORDERN et al, 2008 apud DEMMER, 2015; FREY, 2015). Isso faz com que a torna a teoria mais claramente aplicável às relações familiares e próximas.

Sentimento de isolamento ocorre quando a necessidade inerente de um indivíduo de pertencer não é atendida (VAN ORDERN et al. apud DEMMER, 2015). Uma força desta teoria é que ela fornece descrições claras de como esses componentes podem aparecer em um indivíduo. O isolamento pode aparecer como solidão ou ausência de cuidado recíproco, enquanto

o sentimento de fardo pode ser expressado a crença de que se é uma responsabilidade para os entes queridos (DEMMEER, 2015).

Por último, vamos olhar para o suicídio como uma forma de comunicação. Para Nagafuchi (2019), a pessoa que tenta o suicídio atua em diferentes discursos, que são maneiras de comunicação não necessariamente verbais. De acordo com um viés socioantropológico, é um ato comunicativo (MARQUETTI, 2012; 2014 apud NAGAFUCHI, 2019).

O ato comunica sobre a pessoa e seu lugar no mundo e na sociedade, "mais do que um Mal a ser combatido a qualquer custo, o suicídio é uma resposta e uma consequência dos sofrimentos sociais e da violência" (NAGAFUCHI, 2019, p. 124/125).

Dentro de uma interpretação cultural, considerando que "o suicídio é uma ruptura, que se dá nas margens da vida, nas intermitências das possibilidades de vida e, por isso, é sempre resultado de sua qualidade de liminaridade, de ação em direção à morte" (NAGAFUCHI, 2017, p. 121 apud NAGAFUCHI, 2019). Ainda de acordo com o autor, entendemos por ruptura o que corrompe a vida ou suas possibilidades, é o que ele nomeia de "perda de um futuro imaginado".

De acordo com Das (2007) citado pelo autor, essa perda é também a exclusão da própria vida, que modifica a experiência humana, em algo amorfo e sem vida. Outro termo que Das utiliza é "Formas de vida", para o termo é uma forma de entender a dor e o sofrimento social causados por eventos históricos críticos.

Para Fassin (2018), esta questão das formas de vida deve ser lida nas tensões da clássica dicotomia entre natureza e cultura. Se, para a Filosofia da Linguagem, as formas de vida seriam os modos de ser no mundo, para esta antropologia proposta por Fassin, a vida pode ser entendida por meio de uma dupla dimensão: com o V maiúsculo, como (i) organização universal da matéria ou, com o v minúsculo, como (ii) experiência de um ser em particular, que não necessariamente é humano; ou seja, vida como matéria viva ou como experiência vivida. Assim, Fassin localiza as formas de vida nas tensões entre o universal e o particular (transcendental versus antropológico); a biologia e a biografia (o que é vivo versus o que foi vivido); e a lei e a prática (regra versus liberdade) (NAGAFUCHI, 2019, p. 104).

Para Adorno (2018), citado pelo autor, a vida não é do indivíduo vivo, existimos na vida com outros seres e outras pessoas. A violência e a dor social operam nas subjetividades e nas experiências das pessoas, e se registram nas experiências da vida cotidiana de cada ser.

Assim, as experiências que passamos ao longo da vida, estão ligadas as nossas subjetividades, dessa forma, o que experimentamos, tem a ver com realidades coletivas quanto nossas interpretações e transformações pessoais das realidades (KLEINMAN; FITZ-HENRY, 2007, apud NAGAFUCHI, 2019). A capacidade humana seria plástica neste sentido de se poder modelar o mundo por meio do indivíduo, do social e do material.

Nagafuchi (2019, p. 18) em seu artigo analisa três principais ideias, de "passado (tensão entre biologia e biografia), presente (como formas de vida) e futuro (como plasticidade ou perda de um futuro imaginado)". A morte voluntária se torna uma solução possível, quando uma dessas três ideias são negadas.

O suicídio deixa de ser apenas uma possibilidade e passa a ser uma probabilidade, à medida que acreditamos que vidas podem ser continuadas e que vidas devem ser extintas. "Quando a plasticidade da experiência humana se anula no discurso, o suicídio se torna uma resposta para a perda de um futuro imaginado."

Ariès (1981), de acordo com o autor, apresenta como o conceito de morte foi compreendido ao longo da história no Ocidente. Antes a pessoa que morria tinha domínio dos rituais, já a morte moderna é invisível. "A morte sempre foi um evento social, dirigido e determinado pelos poderes que em cada momento histórico exerceram maior ou menor influência (e.g., Igreja Católica, Estado, Ciência, etc.)" (NAGAFUCHI, 2019, p. 109).

Hoje, a morte tem voltado a ser evento público, esse gesto contra si, não é somente individual, segundo Marquetti (2014), citado por Ferigato (FERIGATO, 2019), os suicídios que acontecem em espaços públicos, quanto os que ocorrem em lugares privados, tem características transgressoras. Contrariam a regra de que a morte deve ocorrer em ambientes íntimos, pessoais, como no ambiente hospitalar.

O suicídio também diz sobre as condições de uma sociedade em que a pessoa vive e escolhe morrer. "O suicídio pode ser uma denúncia trágica e radical do indivíduo, diante de uma



crise coletiva. Quando uma pessoa tira a própria vida, mata-se também uma proposta coletiva da sociedade" (KOVÁCS, 1992 apud KOVÁCS; HWANG, 2019, p. 100).

Solomon (2014), referido por Nagafuchi (2019), elenca quatro tipos de discurso: como ato impulsivo, no qual não há ou há pouca reflexão sobre as consequências; o ato como vingança, como se o suicídio pudesse ser reversível; o da lógica falha, há planos e ideação; e o lógica racional, em que a pessoa mantém no discurso a crença de que os momentos de dor são maiores do que os de prazer.

"É a desconexão definitiva da vida. É, portanto, uma incapacidade da plasticidade ou a plasticidade em sua forma mais radical – a destruição das formas; é a negação da vida; é a aniquilação do próprio mundo. Portanto, é a perda de um futuro imaginado"(NAGAFUCHI, 2019, p. 120).

Ainda persiste a crença de que cada indivíduo deve procurar ajuda de forma particular e cuidar de seu sofrimento na terapia, sem envolver outros. Mas, como visto, o suicídio é um processo complexo, que engloba diversas dimensões, dessa forma a prevenção é trabalho de todos. O suicídio é um problema que denuncia uma sociedade adoecida, marcada pelo sofrimento existencial. Tentar entender o que leva ao suicídio, ajuda a trabalhar melhor na prevenção e diminuir o estigma que ainda é muito forte.

## 5. Marca que condena

O suicídio toca muitas pessoas, de diversas formas, e o estigma atinge a todos, quem passou por uma tentativa, quem tem ideação, as pessoas que perderam alguém e até quem morreu por suicídio. Dessa forma é uma preocupação de todos, direta ou indiretamente.

O suicídio às vezes pode ser apenas o método de matar fisicamente o que já é morto por dentro. Quando a morte se torna preferível à realidade aparentemente de sofrimento sem fim, ela é referida como escapando de si mesmo. O amor próprio é o que protege a pessoa de cometer suicídio, mas para a pessoa suicida que sofre de vergonha crônica não há amor próprio, mas sim um sentimento de desprezar e odiar a si mesmo e todas as suas inadequações" (GOLDSTIVER, 2004, p. 52).

Ao longo do tempo foram surgindo novas teorias que tentam explicar a morte voluntária, contudo pouco mudou em relação ao estigma sobre o tema, hoje vemos uma melhora, que tem acontecido em passos lentos.

O suicídio ainda é tabu, pouco é falado, o suicida, muitas vezes leva sua experiência como o maior dos seus segredos. Há um grande silêncio vindo do medo do julgamento, o tema também não pode ser noticiado, nem pode ser exposto, o estigma silencia quem possa ter voz.

Durante a história da sociedade Ocidental, o senso comum, foi construído de forma pejorativa, carregado da visão cristã, de ser um grave pecado, ou ser "algo do diabo", alguns estudos, indicam que nos locais cujas convicções religiosas e culturais sobre o suicídio são mais desfavoráveis e cheias de estigmas, há uma tendência de ter maiores taxas de morte por suicídio e menos busca por ajuda, provavelmente por conta da vergonha e da culpa (REYNDERS et al, 2015; SCHOMERUS et al., 2015 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018).

Resquícios de uma visão negativa ainda estão presentes na sociedade sobre o comportamento suicida, "inclusive, na lexidade do conceito a linguagem criminal: ainda que o suicídio tenha sido descriminalizado em muitos países o uso da expressão “cometer suicídio”

preserva a criminalidade da ação, relacionando-a ao auto assassinato" (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018, p. 97).

Na Idade Moderna, o suicídio vira uma questão de saúde pública, e, apesar de não ser um transtorno mental, é muitas vezes atrelado ao estigma sobre o transtorno psiquiátrico (BOTEGA, 2014, 2015 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018). Faz-se sobre o suicídio um estigma ainda maior, que afeta não somente aquele que morre ou que tenta se matar, mas todos que tiveram contato com um suicídio. Gerando uma onda de sentimentos negativos, rejeição, desesperança, baixa-estima, sentimentos de fracasso e afastamento social.

Contudo o que é esse estigma que tanto falamos? O "estigma pode ser descrito como um fenômeno coletivo que retrata o significado cultural de determinada condição, característica ou comportamento, geralmente associado a uma percepção social desonrosa ou indigna" (SCHOMERUS et al., 2015 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018, pág. 98).

Em geral, tem suas raízes nos estereótipos, o preconceito ocorre quando os indivíduos acreditam e aceitam os estereótipos e têm uma reação emocional gerando uma discriminação. Discriminação, nesse caso pode ser definida como a resposta comportamental negativa ao preconceito. O estigma opera em mais de uma esfera, há o estigma público, e o autoestigma, ambos têm consequências negativas significantes (CORRIGAN et al, 2016 apud OEXLE et al., 2018).

No estigma público as pessoas da sociedade criam e acreditam nos estereótipos negativos e discriminam quem sofrem de transtorno psiquiátrico ou comportamento suicida. O que resulta no isolamento social e o dano das interações sociais dessas pessoas. Pode levar ao desemprego e afetar a educação e o domicílio (KUČUKALIĆ; KUČUKALIĆ, 2017).

O autoestigma são os estereótipos negativos que a pessoa internaliza, aplicam a si mesmos e experimentam danos como resultado. O autoestigma pode fazer com que um indivíduo desista das metas de recuperação, pois acha que não vai conseguir, então é melhor nem tentar. Para esse processo acontecer a pessoa deve estar ciente do estigma público (SHEEHAN *et al.*, 2018).

O estigma é uma barreira à recuperação após uma tentativa e um alvo para os esforços de prevenção ao suicídio. O estigma pode ser um fator de risco para o suicídio por vários caminhos

(CARPINIELLO; PINNA, 2017 apud SHEEHAN *et al*, 2018). O preconceito e a discriminação contribuem diretamente para o suicídio, mas a conscientização e o medo de reações estigmatizadas podem levar ao isolamento autoimposto e reduções nos pedidos de ajuda (CORRIGAN; DRUSS; PERLICK, 2014 apud SHEEHAN *et al*, 2018).

Segal (2009), citado pela Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (2018), traz o modelo diátese-estresse que considera o comportamento suicida resultado do somatório de tendências genéticas com os estressores psicossociais, o estigma é um estressor social, que pode ter reações negativas, influenciam o indivíduo, piorando a situação. A relação entre o suicídio e o estigma é cíclica, o suicídio gera estigma e o estigma é um fator de risco para o suicídio.

Muitas consequências de estigma e discriminação estão relacionadas ao comportamento suicida (POMPILI, 2011; WRAY, 2011 apud KUČUKALIĆ, S.; KUČUKALIĆ, A., 2017). Outra teoria sobre o suicídio importante em relação ao estigma é a teoria interpessoal, nela o suicídio é uma combinação de isolamento social, perda de senso de pertencimento e a percepção de que a pessoa é "um fardo" para os outros. Que são resultados comuns de quando uma pessoa é estigmatizada. (VAN ORDEN, 2010 apud KUČUKALIĆ, S.; KUČUKALIĆ, A, 2017).

Em alguns estudos populacionais, a vergonha e o autoestigma têm menos relatos em regiões com menor taxa de suicídio em comparação com regiões com taxas maiores de suicídio (DE WALL, 2013 apud KUČUKALIĆ, S.; KUČUKALIĆ, A, 2017). O menor acesso aos serviços de saúde mental é, na verdade, um índice de discriminação estrutural, muitas vezes vemos falta de financiamento em saúde mental e em campanhas de prevenção ao suicídio. O estigma dificulta a busca do tratamento (CLEMENT 2014, apud KUČUKALIĆ, S.; KUČUKALIĆ, A, 2017).

O estigma é um dos fatores que atrapalham a prevenção, muitas vezes o medo das reações impede as pessoas de procurarem ajuda. Para Callear, Batterham e Christensen, (2014), referenciado pela Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (2018), as atitudes estigmatizantes, estão relacionadas à disposição em procurar ajuda profissional, os indivíduos em risco de suicídio, normalmente, receiam sofrer julgamentos e percepções negativas vindo daqueles que poderiam fornecer alguma ajuda. De acordo com a OMS (2014), o estigma pode desestimular os amigos e as famílias de pessoas em risco a fornecer-lhes o apoio que pode ser necessário ou até mesmo de reconhecer sua situação. O estigma ocupa um papel primordial na resistência à mudança e implementação das respostas à prevenção do suicídio.

A Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (2018) traz as seguintes informações

alguns estudos demonstram que níveis mais altos de estigma de uma população influenciam negativamente o modo de vivenciar a doença mental e a procura por ajuda (EVANS-LACKO, BROBAN, MOJTABAJ, & THORNICROFT, 2012; SCHOMERUS et al., 2015). Paralelamente, conforme evidencia Dyregrov (2011 como citado em SILVA, SOUGEY; SILVA, 2015), nas sociedades onde o suicídio não se encontra carregado de estigmas sociais a busca por ajuda tende a aumentar consideravelmente. Sendo assim, a maioria das pessoas evita falar sobre suicídio, especialmente sobre suas próprias concepções negativas acerca do tema. Todavia, trazer à tona o assunto é também analisado por que este fenômeno tem sido silenciado no decorrer dos anos pela sociedade, autoridades responsáveis, profissionais de saúde e familiares, ocultando assim um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BOTEGA, 2014) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018, P. 98).

Muitos suicídios estão ligados a pessoas com doenças mentais (HARRIS; BARRACLOUGH, 1997 apud OEXLE et al, 2018), e uma tentativa de suicídio prévia aumenta muito o risco de uma nova tentativa e morte por suicídio. Isso provavelmente ocorre por conta do estigma (Oexle et al, 2018).

Apesar do estigma sobre saúde mental e suicídio serem próximos, eles afetam as pessoas de formas diferentes, sendo mais negativos no caso do comportamento suicida (RIMKEVICIENE et al, 2015; SHEEHAN; CORRIGAN; AL-KHOUSA, 2017 apud OEXLE et al, 2018). Além disso, em relação a pessoas com doenças mentais, os sobreviventes de tentativas são vistos como menos chances de se recuperar (SHEEHAN; DUBKE; CORRIGAN, 2017 apud OEXLE et al, 2018).

Os mitos associados ao suicídio também contribuíram para a perpetuação do estigma. A ideia de que o suicídio é hereditário é um fantasma que assombra ainda mais as famílias que perderam alguém dessa forma (OLSON, 2013).

Uma abordagem com o intuito de reduzir os estigmas é fundamental em uma intervenção preventiva abrangente de suicídio em vários níveis. É importante ressaltar que reduzir o estigma é a maneira mais eficiente de quebrar o "Ciclo do Estigma do Suicídio" e eliminar os impactos

negativos do estigma sobre indivíduos e comunidades que podem perpetuar ou reforçar o suicídio (DEMMEER, 2015).

De acordo com o estudo de Demmer (2015), para os participantes a pressão grande de melhora e recuperação, aumentou sua experiência de estigma. Um participante comparou o suicídio ao vício, afirmando que deve ser considerado uma questão ao longo da vida e cada dia sem tentativa deve ser celebrado, não esperado, já que a pressão e ansiedade podem contribuir para pensamentos suicidas.

## 5. 1. Sobreviventes à tentativa de suicídio

Conforme a Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (2018), os sobreviventes à tentativa em sua maioria, enfrentam extrema estigmatização, são invalidados, vistos como se “quisessem chamar a atenção”. A intenção do ato é questionada, afinal, sobreviveram a tentativa. Na maioria das vezes são descritos de maneira negativa, como fracos, sem fé, egoístas, loucos, irresponsáveis, entre outros (TADROS; JOLLEY, 2001; OLSON, 2013; KUČUKALIĆ; KUČUKALIĆ, A. 2017).

Em um estudo feito por Rimkeviciene et al (2015) sobre o estigma pessoal, sendo ele (i) estigma percebido, as crenças do indivíduo sobre atitudes públicas ao comportamento suicida; (ii) experimentado estigma, as experiências de discriminação real e preconceito; e (iii) autoestigma, que é a internalização do estigma público, levando à auto discriminação. Nesse estudo quatro grandes temas foram analisados: seriedade, cuidado, "maldade" e evitação.

- Seriedade

A gravidade representada de uma tentativa, muitas vezes é percebida como crônica como "uma vez suicida, sempre suicida". Há uma descrença sobre a possibilidade da pessoa se recuperar completamente, uma das percepções sobre o autoestigma foi "Eu posso ver a recuperação que eu fiz, mas eu nunca vou ser normal novamente?" (RIMKEVICIENE et al, 2015, p. 8, tradução da autora).

Por outro lado, existe a atitude de que "tentativas não são graves". Na sociedade, são vistas como uma forma de manipulação "para chamar a atenção"; que eles "não estavam seriamente querendo morrer". Esse pensamento foi usado como uma das razões para negar o tratamento de saúde mental. Uma das entrevistadas disse que pegou os registros médicos e seu marido estava dizendo: "Ela só faz isso por procura de atenção e a melhor coisa a fazer é não dar atenção a ela." (RIMKEVICIENE et al, 2015, p. 9, tradução da autora).

- Cuidado

Nessa categoria foi percebido a questão de um cuidado inadequado, ou falta de cuidado principalmente relacionado aos ambientes de tratamento, os participantes perceberam o desinteresse por parte da equipe médica, alguns pareciam não se importar, também foi percebido ajuda insuficiente após a tentativa de suicídio.

A falta de cuidado também foi experimentada por parte dos familiares e amigos na forma de comentários como "você não precisa de tratamento". Os entrevistados sentiam pressão para parar o tratamento, não tomar seus medicamentos, pois para os familiares as tentativas não eram um problema real.

Outro problema abordado nesse tema são os direitos básicos à liberdade que eram ameaçados, por parte inclusive dos funcionários, como colocar a pessoa em restrições físicas.

"Fui colocado em restrições em Hong Kong. Você não tem permissão para fazer isso aqui. É muito perturbador. Eles amarram seus braços e pernas para que você não pudesse se mover." (RIMKEVICIENE et al, 2015, p. 10, tradução da autora)

Apesar dessa situação não ser tão comum, o medo sobre ela é. Como se quando soubessem sobre a tentativa de suicídio, as pessoas seriam colocadas no hospital a força, sendo "trancadas". Os pacientes mencionaram que tais medos impediam de falar tudo com os médicos.

Nas relações interpessoais, foi percebido falta de capacitação do cuidado como um controle excessivo, como se o suicida fosse incapaz de cuidar de si mesmo ou extremamente frágil e era descrito com tristeza, raiva e algum nível de desesperança.

- "Maldade"

Nesse tema foi abordado como "maldade" características que eram atribuídas às pessoas que tentaram suicídio como se fossem uma ameaça potencial aos outros, não confiável, menos admirável, um fardo ou a comportamentos estigmatizantes, como culpar e violência direta, como se a pessoa fosse "má" por tentar o suicídio e que podem prejudicar diretamente os outros. Alguns dos pacientes relataram ser percebidos como potencialmente prejudiciais às pessoas. Essas atitudes surgiram quando uma tentativa de suicídio foi vista como "abuso emocional".

"Como você se atreve a fazer algo comigo quando estamos tentando tanto ajudá-lo?" (RIMKEVICIENE et al, 2015, p. 11, tradução da autora).

Uma das entrevistadas contou que era possível que seu parceiro conseguisse uma ordem de violência doméstica contra ela porque ela tentou suicídio. Outros notavam que outros os viam como capazes de violência física contra outros, já que ela se machucara. Foi relatado que um dos participantes não podia visitar a sobrinha, pois após a tentativa de suicídio, a mãe da menina tinha medo que ele pudesse machucar a menina.

Os suicidas normalmente são considerados como não confiáveis, como se isso fosse uma característica permanente dessas pessoas.

A questão da maldade foi percebida em todos os contextos, mas principalmente nas relações interpessoais próximas e no autoestigma. Os suicidas relataram que são vistos como abusadores, como se estivessem "exigindo demais", "apenas criando problemas". Eles se sentem um fardo e isso é muito doloroso.

"Sinto que ninguém me quer, minha própria mãe não me quer" (RIMKEVICIENE et al, 2015, p. 12, tradução da autora).

Outro ponto é que as pessoas que tentaram suicídio se tornaram culpadas pelas coisas ruins que aconteciam.

"Ela [mãe] culpou meu fracasso matrimonial na minha tentativa de suicídio. Sabia que ela disse que esperava? O que significa que você sabe que meu marido me deixou porque eu tentei suicídio e eu deveria ter esperado essa resposta." (RIMKEVICIENE et al, 2015, p. 13, tradução da autora).



Outros participantes sofreram violência direta, sendo ela verbal e até mesmo física.

"Depois da tentativa de suicídio, ele realmente me tratou muito mal. Eu estava em uma situação de violência doméstica e então isso se intensificou ... ele estava mais violento do que nunca para mim" (RIMKEVICIENE et al, 2015, p. 13, tradução da autora).

- Evitação

A ação discriminatória mais frequente que acontece é o comportamento de evitar, essa atitude foi percebida em diversos graus, desde evitar tocar no assunto ou minimizar o ocorrido até o afastamento completo do suicida.

Um dos relatos foi: "mas você tem uma família maravilhosa. Bom trabalho, namorado". Às vezes as pessoas disseram: "mas o que você está fazendo? Eu tenho mais problemas do que você." (RIMKEVICIENE et al, 2015, p. 14, tradução da autora).

Na forma mais forte de evitar, os pacientes perceberam que, devido a tentativa, algumas pessoas tentavam limitar ou cortar o contato com eles. O que foi extremamente doloroso nas relações próximas. Um dos participantes ao contar sobre sua experiência não conseguia parar de chorar ao lembrar que seu parceiro não permitia que as crianças a visitassem após a tentativa de suicídio. Os pacientes também sentiram que o motivo pela qual sua relação com o parceiro quebrou foi por causa da tentativa.

As pessoas escondem suas tentativas por medo do estigma. Principalmente nos ambientes de trabalho, e nos relacionamentos próximos. Mesmo estando em grave sofrimento psíquico e precisando de ajuda, as pessoas ficam em silêncio por medo e por acharem que se falarem só vai piorar a situação.

As famílias acabam por minimizar, ignorar ou distanciar do tema suicídio por ser muito confrontante para os familiares e isso reforça tabu sobre o tema. Por não saber como falar sobre o assunto, as famílias acabam por ignorar, mas isso isola o suicida e traz a sensação de nunca serem ouvidos. Esses quatro grandes temas abordados, acontecem em todos os contextos, mas são especialmente dolorosos nas relações interpessoais, gerando grande impacto emocional. Mostra

também aspectos do estigma que é percebido no suicídio, mas não é percebido no estigma da doença mental ou no nível público do estigma do suicídio.

Sobre a questão da evitação, foi feito um estudo na década de 1960 e os resultados mostraram que as pessoas mantinham mais distância social daqueles que tentaram suicídio do que de grupos étnicos e religiosos discriminados na época (KALISH, 1966 apud WITTE; SMITH; JOINER, 2012). Esse estudo foi reaplicado 25 anos depois e o resultado mostrou uma leve melhora na questão do distanciamento, mas ainda se mantinham longe (LESTER, 1992-1993 apud WITTE; SMITH; JOINER, 2012).

O estigma associado ao suicídio é generalizado. Mesmo que uma tentativa seja um sinal claro de pedido de ajuda. Infelizmente, aqueles que sobrevivem a uma tentativa encontram uma estigmatização severa; (SUDAK; MAXIM; CARPENTER, 2008 apud WITTE; SMITH; JOINER, 2012).

Outro estudo importante é o de Oexle et al (2018), foram observados outros temas sobre o estigma e como as pessoas se sentem em relação a sociedade, os temas abordados foram a consciência de estereótipos, falta de compreensão dos outros, internalização de estereótipos e tensão emocional. Estes temas serão apresentados de maneira detalhada a seguir.

- Consciência de estereótipos

Nesse tema os participantes discutiram o julgamento injusto que recebiam das pessoas, na família, nos amigos, colegas e empregadores, devido a suas experiências. Os participantes se sentiam mal interpretados e julgados, eram vistos de forma negativa como fracos, incompetentes, perigosos, pecaminosos e loucos, o que muitas vezes gerava reações negativas de outros. Eles falavam que as outras pessoas não conseguiam entender como eles se sentiam.

"Acho que a maioria das pessoas não entende o suicídio. Eles acham que ... você tem sorte de estar vivo. Que você deve aproveitar sua vida, e que é um pecado acabar com ela você mesmo" (Karen, 35 anos) (OEXLE et al, 2018, p. 4, tradução da autora).

- Falta de compreensão dos outros

Há uma falta geral de compreensão por parte da sociedade, o que gera um tratamento injusto com os suicidas e restrições nas oportunidades de vida. Os participantes relataram rejeição

e falta de apoio ao divulgar doença mental ou suicídio para familiares e amigos, outros relataram que as pessoas não reagiram de forma solidária ou não levavam a sério, banalizavam e não via necessidade de tratamento profissional. De forma geral os participantes se sentiram sozinhos e sem apoio.

- Internalização de estereótipos

Os estereótipos faziam com que os participantes se sentissem desvalorizados quando diagnosticados: "Por um lado, era bom ter uma explicação para tudo. Por outro lado, claro, me senti terrível, porque acho que é a coisa mais desprezada que se pode ter" (Daniel, 44 anos) (OEXLE et al., 2018, p. 5, tradução da autora). E esses estereótipos eram internalizados, fazendo com que eles se achassem sem valor.

Os participantes julgaram sua doença mental como auto infligida e a si mesmos como fracos e incompetentes, introduzindo um tremendo sofrimento emocional: "Fiquei decepcionado comigo mesma, me desvalorizei, comecei a me odiar. Não entendi por que não consigo sair dessa. Senti que não sou a mestra da minha própria casa, que sou uma perdedora, que sou inútil, que estou sozinha" (Susan, 36 anos) (OEXLE et al, 2018, p. 5, tradução da autora).

Em outro estudo, realizado por Demmer (2015), os participantes eram questionados sobre como os julgamentos dos outros afetavam a forma como se viam, alguns falaram que refletiam como eles se sentiam sobre si mesmos. Um participante afirmou que "Ninguém tinha que me derrubar, eu já estava me colocando para baixo" (DEMMEER, 2015, p. 33, tradução nossa), e ainda comentou que o estigma "reforça isso, o negativo que já vemos em nós mesmos, e isso ajuda a perpetuá-lo" (DEMMEER, 2015, p. 33, tradução da autora).

- Tensão emocional

A discriminação que os participantes sentem, faz com que eles sintam isolados, levados à solidão e à desesperança, e relataram como isso era um dos principais contribuintes para o suicídio.

"Eu sabia que não podia voltar ao trabalho, sabia que eles me demitiriam. Pensei que ninguém me entenderia, e que minha vida acabou. E essa foi definitivamente uma das razões para a minha tentativa" (Karen, 35 anos) (OEXLE et al, 2018, p. 6, tradução da autora).

## 5.2. Sobreviventes do suicídio

As pessoas que perderam alguém próximo por suicídio também enfrentam estigma. Foram encontrados nessas pessoas o sentimento de rejeição e, a vergonha, significativamente maior do que outros grupos enlutados (SVEEN; WALABY, 2007 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018).

A estigmatização dos sobreviventes do suicídio é vista desde os primeiros períodos históricos em que os familiares do suicídio foram negados um enterro oficial do falecido, confisco de bens e excomunhão da comunidade (SCOCCO et al, 2012; CVINAR, 2005 apud HANSCHMIDT et al., 2016). Apesar dessas práticas culturais não existirem mais, as atitudes negativas em relação aos enlutados pelo suicídio continuam e a estigmatização acontece de formas mais sutis de isolamento e de evitar (JORDAN, 2001; CALHOUN; ALLEN; 1991; KJELL, 1987 apud HANSCHMIDT et al, 2016).

O estigma pode interferir no processo de luto dos sobreviventes do suicídio. Atitudes negativas de outras pessoas podem chegar aos sobreviventes de várias formas, como por fofocas ou retrato negativo da mídia do falecido (CALHOUN; ALLEN; 1991; BIDDLE; 2003; MCINTOSH; KELLY, 1992 apud HANSCHMIDT et al, 2016). Se essas atitudes negativas são internalizadas isso pode aumentar os sentimentos existentes de vergonha, auto culpa e/ou culpa.

Os sobreviventes ao suicídio têm mais chances de sofrer o luto complicado, um transtorno de adaptação. O que aumenta as chances de desenvolver depressão, transtorno de estresse pós-

traumático e até ideação suicida (YOUNG et al., 2012 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018).

Por conta do estigma, os enlutados podem sentir a sensação de falta de apoio e desinteresse. O conforto a partir das crenças e comportamentos religiosos para lidar com a perda tem grande papel no luto normal, porém isso não acontece no luto por suicídio, já que, para a maioria das religiões ocidentais, o suicídio é condenável, pecaminoso, e o espírito tende a ter um fim negativo (PANZINI; BANDEIRA, 2007 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018). Dessa forma, o silêncio ou a negação são a escolha mais provável, vivenciando a solidão e distanciamento social (YOUNG et al., 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018).

### 5.3. Os profissionais de saúde

É importante lembrar que uma tentativa de suicídio previa é o principal fator de risco para um futuro comportamento suicida, então o atendimento após a tentativa é crucial para intervenção e prevenção de futuros casos.

Após uma tentativa, os profissionais de saúde da atenção primária são, normalmente, os primeiros a terem contato com o paciente. Contudo esse encontro, normalmente é cercado de atitudes negativas com o paciente, falta conhecimento e preparo, essas atitudes atrapalham na assistência prestada e restringem os encaminhamentos (BOTTI et al 2015 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018).

As principais atitudes negativas dos profissionais de saúde são julgar os pacientes como covardes, apresentar comportamentos agressivos, desprezo, preconceito e incompreensão (BURIOLA et al, 2011 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018). Para os profissionais de saúde, a atitude do paciente vai contra ao preceito da profissão de salvar vidas, dessa forma veem tais pacientes como egoístas e não merecedores de cuidados.

Em oposição, outros estudos (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTÍNEZ, 2012, apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018) mostram que os profissionais de saúde mental têm maior compreensão em relação aos pacientes. Dessa forma, vemos que a capacitação do profissional é a melhor forma de reduzir o estigma e realizar intervenções eficazes.

Alguns estudos pelo mundo mostram como o estigma é percebido através de interações com profissionais da saúde. Na Turquia, um estudo concluiu que até 80% dos estudantes de medicina tinham atitudes socialmente distantes em relação aos sobreviventes da tentativa (EMUL et al., 2011, apud FREY, 2015). Outro estudo, nos Estados Unidos demonstrou que mais da metade dos pacientes que iam a um pronto-socorro não sentiram que os funcionários os ouviam, esclareciam a natureza dos tratamentos ou levavam sua lesão a sério (CEREL et al., 2006 apud FREY, 2015). Além disso, mais da metade sentiu que eram punidos ou estigmatizados diretamente (FREY, 2015).

Para os participantes do estudo, Frey (2015), a maioria era estigmatizada por procurar ajuda e para quase todos, o ambiente hospitalar tornava o estigma, bem como seus pensamentos suicidas piores mesmo quando vinham buscar ajuda. Muitos participantes experimentaram um profissional dizendo-lhes para não falar sobre sua tentativa de suicídio ou mentir se quisessem tratamento para o abuso e/ou trauma subjacente.

O estigma perpetuado pelos profissionais da saúde é extremamente prejudicial, visto que eles normalmente são o primeiro ponto de contato com a pessoa após experimentar uma crise suicida. Isso pode criar uma barreira para o paciente a entrar em contato com um provedor de saúde mental. Veremos mais sobre as consequências desse estigma mais à frente.

Os preconceitos e os estigmas dirigidos aos sobreviventes de tentativa corroboram para a marginalização e o rompimento das redes de apoio social, aumentando sua solidão. Os suicidas

acabam ficando isolados, eles sem ter com quem falar, contar, dividir o fardo, dessa forma como poderão achar alternativas que não sejam tirar a própria vida?

Fica evidente, então, a necessidade de falar, dissipar mitos, educar e de se conscientizar a população sobre seus preconceitos, a fim de encarar com seriedade todas as tentativas de suicídio, humanizar o tratamento dado aos sobreviventes de tentativa e de permitir melhor entendimento do tema e a criação de estratégias de prevenção e tratamento. Os profissionais devem ter cuidado para não sensacionalizar ou romantizar o ato, e que por outro permita abordagem clara e aberta, com foco na empatia e respeito ao sofrimento daqueles com comportamento suicida (OMS, 2000).

Dessa forma é necessário estabelecer uma comunicação que não perpetue o estigma, suicídios são evitáveis, mas é preciso envolver não apenas governo e serviços de saúde, mas toda sociedade, para promover apoio social, combater o estigma e dar suporte àqueles que sobrevivem ao suicídio. Quanto mais informações e recursos tivermos sobre o suicídio e quanto mais abertamente falarmos sobre isso, melhor.

## 6. É preciso saber falar

Durante muito tempo acreditou-se que falar sobre suicídio incentivava o ato. Atualmente sabemos que essa crença não é correta, muito pelo contrário, falar sobre o tema de forma responsável é a melhor forma de prevenção.

O medo de aumentar os casos, provocou um silêncio, não se fala sobre suicídio, nem nas esferas públicas, nem nas privadas. A construção histórica da visão sobre o suicídio, principalmente a perspectiva religiosa, gerou preconceitos e estigma, que somado ao silêncio e a proibição, fez do tema um tabu, o que gerou um tratamento de modo distante, afastado da consciência (RODRIGUES, 2006 apud KOVÁCS; HWANG, 2019). Desde muito tempo até hoje, os meios de comunicação têm resistência em abordar o assunto. O receio de incentivar novos casos, vem do que chamamos de efeito Werther ou efeito de contágio.

Em 1774, foi publicado a obra “Os sofrimentos do jovem Werther” de Johann Wolfgang von Goethe, em que o protagonista morre por suicídio. Após essa obra, houve uma onda de suicídios, que teriam sido influenciados pela morte do personagem. O efeito que descreve uma situação onde o observador copia o comportamento suicida que ele viu modelado na mídia, foi denominado como "Efeito Werther" (SANTOS; GAGO, 2010; KOVÁCS; HWANG, 2019).

De acordo com Kovács e Hwang (2019), "o suicídio por contágio está associado ao processo de identificação e imitação, à influência sócio-histórica-cultural dos locais, dos métodos e do próprio ato suicida influenciador". Na época do romantismo, quando a obra foi lançada, a literatura era vista como um estilo de vida, Werther não era apenas um personagem de um romance, era um símbolo de um estilo de hipersensibilidade e desespero. Entre os românticos, morrer era a “grande inspiração” e o “grande consolo” para quem não tinha a competência de seus heróis. E teria sido essa romantização e idealização do suicídio, em conjunto com a identificação com o personagem que teria causado a onda de casos após o lançamento do livro (ALVAREZ, 1999 APUD KOVÁCS; HWANG, 2019).



A concepção de que o contexto em que a obra estava inserida influenciou a onda de suicídios, corrobora com a ideia de que o ato suicida está associado as relações e dinâmicas do contexto sócio-histórico-cultural e contesta a tese de que só a exposição ao tema aumentaria o risco de suicídios. Mesmo que tenha influência no contágio, a mídia, por si só, não ocasiona o contágio (LOUREIRO; MOREIRA; SACHSIDA, 2013 apud KOVÁCS; HWANG, 2019).

De acordo com Freud (2011) e Berger e Luckmann (1973), citado por Kovács e Hwang (2019), umas das formas de expressão e ligação afetiva mais primordial é a identificação, por isso a propensão a imitação e a influência da massa podem resultar no contágio. Berger e Luckmann (1973), a formação psíquica do sujeito está relacionada ao meio sociocultural em que se desenvolve e como se relaciona ao meio externo, dessa forma é a partir de sua singularidade e dos laços afetivos-sociais que se constitui o indivíduo.

Segundo Kovács e Hwang (2019), com a modificação do estilo de vida das pessoas, houve uma impessoalidade e identificação com o suicídio de outras pessoas, ou seja, o indivíduo pode projetar sua imagem em ícones midiático, e mesmo com pessoas em que não possui relações próximas, pode partilhar desejos e interesses. De acordo com Maia (2007), “ao aproximar nossa própria imagem à de um determinado personagem, o que buscamos é nos reconhecermos como tal. Há apropriação de ideias, sentimentos, atitudes, que pode resultar em uma fusão proposital da nossa própria identidade ao do personagem” (MAIA, 2007, apud KOVÁCS; HWANG, 2019).

A mídia tem grande importância e responsabilidade em noticiar a vida, de acordo com as autoras, a mídia tem o poder de manipular informações, comover pessoas e impor uma visão de mundo. Fazendo com que os indivíduos vivam acreditando em uma realidade mostrada por esse meio de comunicação, e sem a possibilidade de ter acesso às informações precisas.

Conforme Fontenelle (2008), citado por Kovács e Hwang (2019), o suicídio normalmente não é noticiado pela mídia, contudo isso muda quando o caso está ligado a pessoas famosas, e de acordo com as pesquisas de Stack, (2015), Abrutyn e Mueller (2014) e Coleman (2004), citado pelas autoras, existe maior chance de identificação com esse tipo de exposição midiática, o que pode proporcionar um possível contágio, o comportamento suicida. Dessa forma, o tema deve ser tratado com cuidado, com o objetivo de educar, informar sobre formas de conseguir auxílio a quem esteja passando por algo semelhante.

É importante falar sobre suicídio na mídia, a forma como o tema é tratado tem um importante impacto em como as pessoas afetadas por esses temas são vistas e tratadas pelas pessoas em geral. Por isso é necessário garantir a segurança de indivíduos em risco, não romantizar o acontecimento, sem sensacionalismo ou criando um espetáculo. Institutos de saúde mental pelo mundo, criaram guias de comunicação segura sobre o tema, que consistem em diretrizes a serem seguidas, este assunto será tratado mais à frente. Uma das diretrizes é não mostrar ou dar detalhes do local onde ocorreu a morte, segundo Jamison (2010) citado por Kovács e Hwang (2019), “alguns métodos e locais tornaram-se ‘imãs suicidas’ atraindo para eles não só os impulsivos e gravemente perturbados, mas também o suicídio mais crônico (...) pular de monumentos públicos também exerce um fascínio contagiante” (JAMISON, 2010 apud KOVÁCS; HWANG, 2019, p. 89).

As autoras Kovács e Hwang (2019), trazem dois exemplos de como a forma em como o tema é tratado influencia os acontecimentos, o primeiro sobre a Ponte Golden Gate, na Califórnia, e o segundo sobre uma ponte em Seul, Coreia do Sul. A ponte Golden Gate é um dos principais pontos turísticos, fica na baía de São Francisco, também é conhecido como um ponto para o suicídio. De acordo com as autoras, as mortes que acontecem no local são tratadas de forma banal, são quase atrações e que os habitantes chegam a fazer apostas de quando vai ser o próximo suicídio e que entre eles a um ditado que sugere o suicídio como alternativa para o estresse e sofrimento, “se o estresse for muito grande, sempre se pode ir para a ponte”. (JAMISON, 2010, p. 136, apud KOVÁCS E HWANG, 2019. P. 90).

Foi realizado um documentário sobre esse tema no local,

Eric Steel, diretor do polêmico documentário “A ponte” (The Bridge, 2006), filmou durante um ano, vinte quatro horas por dia, a ponte Golden Gate, registrando em média dois suicídios por mês nesse local. [...] Um familiar relatou que seu filho procurou na internet locais e métodos eficazes para o suicídio, e os resultados apontaram a ponte como local propício para o ato final.

No documentário, os suicídios são expostos e as imagens são chocantes e polêmicas, mostrando ao público os últimos segundos de vida das pessoas, até o momento em que se jogaram da ponte. Se o ato suicida é impactante, o que se pode aventar e afirmar a respeito dessas imagens? Ao expor o ato dessa maneira, cria-se um espetáculo, gerando de forma ambígua tanto impacto como fascínio, o que possibilita contágio. Marquetti (2012) expõe essa questão da seguinte maneira: “a imagem da cena suicida toma o lugar do sujeito, ele será a imagem veiculada e que invadirá o domínio privado dos espectadores” (p.46). Diante dessa constatação, as imagens parecem ser contagiantes, e não apenas o ato em si, de modo que é importante refletir como e o quanto tais imagens suicidas devem ser disponibilizadas ao público, e qual a sua relevância para a prevenção ao suicídio. (KOVÁCS; HWANG, 2019, p. 90/91).

A ponte Mapo, Coreia do Sul, era conhecida como o local mais mortal no país, por conta dos casos de suicídio, em 2012, foi realizada uma ação de prevenção envolvendo diferentes dimensões e seguindo as exigências fundamentais da prevenção do suicídio em relação à prevenção do suicídio em espaços públicos (KOVÁCS; HWANG, 2019).

De acordo com as autoras,

é pela via da resignificação simbólica do espaço-local que a “ponte da morte” passou a ser conhecida como a “ponte da vida”. As novas medidas atraíram a atenção da mídia, que passou a referir-se ao local não mais como um espaço/cenário suicida. Dessa maneira, o trabalho da mídia aliada à resignificação sociocultural do lugar permite que a prevenção possa vir a ser, de fato, fomentada nos espaços públicos. [...] Ao invés de impedir e conter as mortes, há uma reconstrução (ainda que simbólica) do local, para que as pessoas interajam com esses espaços públicos de outra maneira que não seja pela via do suicídio, utilizando a tecnologia e outros recursos a favor da prevenção. (KOVÁCS; HWANG, 2019, p. 92).

A mídia tem o poder de auxiliar ou prejudicar na prevenção ao suicídio, pode transformar em um espetáculo, podendo ter como consequência o contágio, ou noticiar com responsabilidade, educando, sensibilizando a população e oferecendo recursos para quem precisa de ajuda.

Os profissionais de mídia devem evitar a divulgação do tema por um ângulo meramente técnico ou elaborar reportagens calcadas apenas em fatos. A partir de um caso deve-se ampliar a discussão sobre o tema, ressaltando tratar-se de um problema de saúde pública, sem focar demasiadamente na pessoa que se matou, visando à ética do cuidado e respeito, principalmente com a família enlutada. [...] Publicar reportagens mencionando os detalhes sobre o ato suicida e o local em que foi consumado pode levar ao contágio do suicídio, visto que essas informações alimentam a curiosidade dos espectadores e não promovem uma conscientização pública sobre o tema. A prática jornalística deve buscar analisar, contextualizar o fenômeno, promover debates, menos calcada na exposição de fato (KOVÁCS; HWANG, 2019, p. 94).

## 6.1. Diretrizes para Comunicação Segura

Dialogar sobre suicídio é importante para prevenção, o modo como é exposto o tema tem grande influência sobre as pessoas, principalmente quando feito pelos meios de comunicação. Com o intuito de estabelecer uma comunicação segura, institutos de saúde mental formaram diretrizes de como abordar e o que não deve ser abordado.

A linguagem utilizada pode impactar vulneráveis ao suicídio, ou enlutadas pelo suicídio, de acordo com MINDFRAME ([s. d.]), SUICIDE AWARENESS VOICES OF EDUCATION (SAVE) (2017) e TEAM UP (2014), as diretrizes de segurança são:

Sobre a linguagem:

| Diretriz  | Não usar              | Usar                               |
|---|-----------------------|------------------------------------|
| Não apresentar o suicídio como um resultado desejado                              | suicídio bem sucedido | morreu por suicídio                |
| Não associar suicídio como crime ou pecado  | cometeu suicídio      | tirou a própria vida               |
| Não enfatizar de forma exagerada  | epidemia              | aumento das taxas                  |
| Evitar linguagem exaltando a tentativa de suicídio                                | suicídio mal sucedido | tentativa não fatal                |
| Não banalizar ou usar fora do contexto  | suicídio político     |                                    |
| Evitar rotulagem ao se referir a alguém que é diagnosticado com uma doença mental | pessoa depressiva     | pessoa diagnosticada com depressão |

Sobre a abordagem:

- Evitar ao máximo falar detalhes sobre o método utilizado ou o local. Se for realmente necessário mencionar o método, falar de forma geral, sem colocar detalhes, principalmente se forem métodos incomuns ou novos, para evitar cópias. Falar sobre o local exato, faz com que a taxa de casos no local aumente, por isso o recomendado é usar termos gerais.
- Não usar imagens ou cenas mostrando essas informações com as informações do suicídio, nem imagens dramáticas de familiares e amigos de luto ou serviços memoriais.
- Não compartilhar o conteúdo de uma carta de suicídio, se for necessário, informar que foi encontrado, sem dar detalhes do conteúdo.
- Trazer informações de suporte, como serviços de emergência ou de suporte a crise e locais que possam oferecer mais informações.
- Trazer histórias que olham para o bem-estar social e emocional, aumentam a compreensão dos fatores de risco e sinais de alerta e promovem maneiras de as pessoas encontrarem apoio para uma série de problemas.
- Não espalhar ou reforçar estereótipos, mitos ou estigmas relacionados a saúde mental e pessoas suicidas.

- Não simplificar as causas ou tentar apontar um motivo específico ou causas. Inclua uma declaração sobre a complexidade do suicídio e que, mais comumente, muitos fatores contribuem para que uma pessoa termine sua vida, que o suicídio é um problema de saúde pública.
- Não normalizar comportamento suicida, apresentando como se fosse algo normal, comum ou aceitável.
- Não incluir dados pessoais da pessoa que morreu por suicídio. Indivíduos que já podem estar lutando contra pensamentos suicidas podem tentar identificar ou se conectar com a pessoa e têm um risco aumentado de suicídio por imitação.
- Evite focar suas comunicações apenas na extensão e consequências do suicídio.
- Usar a histórias para falar sobre prevenção, enfrentamento e como buscar ajuda. Inclua detalhes que podem ajudar a contextualizar o suicídio, como sinais de alerta observados, tentativas ou ameaças de suicídio anteriores ou se eles tinham outros problemas de saúde mental ou um problema de abuso de substâncias.
- Checar todas as informações e sua credibilidade, usar dados corretos e atuais.
- No caso de um conteúdo que possa ser um gatilho, avisar que o conteúdo pode ser sensível a algumas pessoas e incluir o aviso de alerta de gatilho, de forma destacada e bem visível.

Como pessoas dentro de uma sociedade, temos o poder de influenciar outras pessoas com o que falamos e com a forma que falamos, podemos perpetuar o preconceito ou nos educar a falar de uma forma mais responsável, o modo como usamos a linguagem pode ajudar ou não na prevenção, o que divulgamos também tem esse poder, por isso, todos nós podemos colaborar na prevenção ao suicídio.

## 7. É preciso prevenir

Para prevenir o suicídio, é preciso pensar e agir sobre diversos temas, que vão além de saúde mental e saúde pública. É sobre políticas públicas, pobreza, desemprego, cultura, educação, informação, preconceito, violência e muitas outras coisas.

No contexto atual da pandemia, ficou mais comum ouvir sobre casos de tentativas de suicídio, estamos lidando com um cenário de luto coletivo, isolamento, medo, desesperança, desemprego, dificuldade de acesso a serviços de saúde mental. Esses fatores deixam as pessoas mais vulneráveis e colaboram para aumentar o número de casos (REGER; STANLEY; JOINER, 2020 apud GREFF et al., 2020). Há um agravamento do sofrimento e conseqüentemente dos problemas de saúde mental.

A prevenção é muitas vezes uma baixa prioridade para governos, falta apoio, temos no mês de setembro a campanha do "Setembro Amarelo", mas ao longo do ano não tocamos no assunto. É preciso ter mais investimento em políticas públicas, campanhas de conscientização com uma abordagem multidimensional que reconheça os impactos sociais, psicológicos e culturais.

Diversos estudos evidenciam que existem vários fatores de risco predispondo ao suicídio, eles podem ser de diferentes esferas, podemos citar: características sociodemográficas, trauma, abuso, estresse, fatores genéticos, questões de relacionamento familiar ou interpessoal, histórico familiar. (FRANKLIN e colegas, 2017; TALIAFERRO; MUEHLENKAMP, 2015 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018).

O psiquiatra americano, Dr. Barnhorst, em uma entrevista fala sobre como tratar somente um transtorno mental, as vezes não é suficiente e que é necessário olhar para aspectos sociais e culturais.

"A maioria dos pacientes suicidas que vejo seguem um padrão diferente, como o que um residente me apresentou recentemente. Uma mulher de meia-idade sem histórico psiquiátrico foi trazida depois de uma dose excessiva de ibuprofeno. Ela tinha se tornado sem-teto recentemente. Após sete anos de sobriedade, ela teve uma recaída, tomando metanfetamina para ficar acordada à noite depois de ter sido agredida sexualmente no parque onde ela estava dormindo. Ela não

tinha família de apoio, nem seguro, nenhuma fonte de renda e nenhum a educação além do ensino médio.

Ela não viu uma maneira de sair da situação. Então ela entrou em uma farmácia, pegou uma garrafa de ibuprofeno e foi ao banheiro, onde ela engoliu o máximo de comprimidos possível antes de alguém entrar.

Perguntei ao residente como ele planejava ajudá-la enquanto ela estava no hospital. Depois de uma pausa, ele sugeriu humildemente: 'Iniciá-la em um antidepressivo?'

Eu podia dizer que ele sabia o quão ridículo soava.

Como médicos, queremos ajudar as pessoas, e pode ser difícil para nós admitir quando nossas ferramentas são limitadas. Antidepressivos podem parecer uma solução óbvia, mas apenas cerca de 40% a 60% dos pacientes que os tomam se sentem melhor. E enquanto quase um em cada 10 americanos usa antidepressivos, há muita pouca evidência convincente para mostrar que eles reduzem o suicídio.

Isso porque muitos dos problemas que levam ao suicídio não podem ser corrigidos com um pouco mais de serotonina. Antidepressivos não podem fornecer emprego ou moradia acessível, reparar relações com membros da família ou trazer sobriedade" (BARNHORST, 2019, tradução da autora).

Dentro da prevenção temos três pontos importantes: os fatores de risco, os sinais de alerta e os fatores de proteção. Segundo a OMS, 2018, a base para qualquer política de prevenção ao suicídio é a identificação dos fatores de risco e as intervenções de prevenção sobre eles. As intervenções podem ser universais (toda a população); seletivas (grupos vulneráveis); e, indicadas (indivíduos específicos).

Fatores de risco são características que aumentam a probabilidade de que os indivíduos tenham comportamento suicida e os fatores protetores são características que diminuem a probabilidade do comportamento suicida. Esses fatores existem em vários níveis: individual, familiar e comunidade. Alguns fatores podem ser mudados, enquanto outros não.

Os fatores de risco e proteção são indentificados por pesquisadores, para encontrar esses fatores, características de risco e proteção são comparadas em grupos de pessoas que morreram ou tentaram suicídio com um grupo similar que não tentou ou morreu por suicídio. Se uma característica específica é encontrada com mais frequência no grupo de pessoas que não morreram por suicídio do que no grupo suicida, então pode ser que um fator de proteção tenha sido descoberto. Da mesma forma, se uma característica específica é encontrada com mais frequência em membros do grupo suicida, mas não no grupo de comparação, então um fator de



risco pode ter sido descoberto (SUICIDE PREVENTION RESOURCE CENTER; RODGERS, 2011).

Os fatores de risco e proteção são importantes por sugerirem áreas de destaque para intervenções. Já que, a diminuição dos fatores de risco e/ou o aumento dos fatores de proteção devem reduzir o risco de suicídio.

Fatores de risco/ correlatos (OMS, 2006; MCLEAN et al. 2008 apud RODGERS, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018):

- Ter tentado suicídio em qualquer momento da vida e especialmente nos últimos meses;
- Ter ideação suicida ou se engajado em comportamentos de automutilação (mesmo sem intencionalidade);
- Ter algum transtorno mental;
- Ter histórico de suicídios na família;
- Ter doenças crônicas;
- Altos níveis de desesperança (como traço), neuroticismo, impulsividade, agressividade, irritabilidade, hostilidade e ansiedade e baixa extroversão.

Sociais e demográficos:

- Estar desempregado;
- Baixo nível socioeconômico;
- Acesso a meios de suicídio, como materiais perfurocortantes, grandes quantidades de medicamentos;
- Pertencer a minorias quanto a orientação sexual, identidade de gênero e ser indígena;
- Término de relacionamentos amorosos (incluindo divórcio);
- Perda de emprego e outras mudanças financeiras bruscas;

- Problemas legais;
- Conflitos familiares agudos;
- Rejeição afetiva/social;
- Experimentar sentimentos como vergonha e medo por atos socialmente reprováveis;
- Morte de um ente querido/de uma pessoa próxima.

O principal fator de risco é uma tentativa anterior de suicídio, um estudo mostrou que pessoas que tinha uma tentativa previa de suicídio tinham 38 vezes mais risco de morrer por suicídio do que aqueles que não tinham, e que quem tinha abuso de álcool tinha um risco 6 vezes maior do que pessoas que não tinham (HARRIS; BARRACLOUGH, 1997 apud RODGERS, 2011). Também foi descoberto que pessoas com transtornos de humor e com acesso a meios letais tinham risco bem maior de suicídio do que aqueles que não tinham (BOSTWICK; PANKRATZ, 2000; BRENT, 2001 apud SUICIDE PREVENTION RESOURCE CENTER; RODGERS, 2011)

O suicídio não é em si mesmo uma doença, nem necessariamente a manifestação de uma (OMS, 2000), entretanto a maioria dos casos estão ligados a transtornos mentais. Cerca de 91% ou mais dos indivíduos que morreram por suicídio era portadores de algum transtorno psiquiátrico. No Brasil, são cerca de 32 suicídios por dia e 96,8% deles estão relacionados a algum transtorno mental (SILVA et al., 2018, apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018). O maior risco é entre indivíduos que apresentam transtorno de personalidade borderline, depois, depressão, transtorno bipolar, uso de opioides e esquizofrenia. Segundo Mewton & Andrews (2016), citado por Rodgers (2011), foi estimado que se as doenças mentais fossem tratadas previamente cerca de metade a três quartos de todos os suicídios poderiam ser evitados. Infelizmente, muitas vezes a prevenção fica em cima do próprio indivíduo, como se toda a responsabilidade fosse dele, tanto de procurar por ajuda, quanto de zelar pela própria vida e que basta tomar um remédio para ficar bem, quando na verdade é uma tarefa coletiva.

Outro fator importante associado ao comportamento suicida é a desesperança, ela é um dos principais fatores psicológicos que predizem engajamento em atos suicidas (BURR; RAHM-KNIGGE; CONNER, 2017 apud SUICIDE PREVENTION RESOURCE CENTER; RODGERS, 2011).

Muitas vezes os fatores de risco são confundidos com os sinais de alerta, mas eles são diferentes. Sinais de alerta apontam risco imediato de suicídio, já os fatores de risco indicam pessoas ou comunidades que possuem maior risco de suicídio, não tratam do risco imediato (RUDD et al., 2006 apud SUICIDE PREVENTION RESOURCE CENTER; RODGERS, 2011). É importante saber a diferença entre eles e saber reconhecer. Falar sobre sinais de alerta auxilia a reconhecer e intervir em alguém em risco imediato de suicídio. Falar sobre fatores de risco auxilia a entender o que precisa ser mudado para diminuir o risco de suicídio ao longo do tempo.

Sinais de alerta (OMS, 2018):

- Ameaça de se matar;
- Fazer declarações indiretas, como "ninguém sentirá minha falta quando eu me for";
- Procurar formas de se matar;
- Falar do suicídio como uma solução para um problema;
- Doar bens valiosos;
- Despedir-se de amigos próximos ou familiares.

Reagindo a sinais de alerta (OMS, 2018). Se você perceber que uma pessoa está em perigo imediato de suicídio,

- procure ajuda o mais rápido possível. Também pode tentar ir junto da pessoa para um centro de emergência ou hospital;
- não deixe a pessoa sozinha sem supervisão;
- tire o acesso a todos os meios de tentar suicídio;

- observe se a pessoa está sob a influência de álcool ou drogas ou tomou uma overdose;
- seja direto. Fale abertamente sobre suicídio. Pergunte se a pessoa está pensando em suicídio;
- procure ajuda de profissionais, indivíduos confiáveis e/ou pessoas que estejam em contato muito próximo com a pessoa;
- não subestime a ameaça de suicídio;
- não seja julgador;
- esteja presente.

Fatores de proteção e correlatos (OMS, 2006; MCLEAN et al. 2008 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018):

- Acesso eficaz ao sistema de saúde mental;
- Capacidade efetiva de resolução de problemas;
- Ter razões para viver (objetivos, metas e coisas que gosta de fazer);
- Participação em atividades esportivas e percepção de boa saúde como um todo;
- Bom relacionamento com familiares;
- Senso de conexão com amigos e outras pessoas significativas;
- Possuir uma rede de apoio.

As estratégias dos serviços de saúde não são eficazes. E “até o momento, programas direcionados para atender pessoas em risco de suicídio representam iniciativas isoladas, de poucas pessoas, e sem respaldo institucional que lhe garanta sobrevivência em longo prazo” (TAVARES; MONTENEGRO; PRIETO, 2004, p.231; apud SILVA; COSTA, 2010, p. 24).

O atendimento que é oferecido nos centros de saúde normalmente é pontual, nele são tratados os sintomas e as consequências físicas da tentativa, o sistema normalmente não tem cuidado com os aspectos psicológicos do suicida. Isso provoca a "psiquiatrização" do sujeito colocando em um contexto de estigmatização.

A rede de apoio é um dos aspectos essenciais na prevenção ao suicídio, principalmente para intervir em uma crise. A rede tem como papel dar suporte e assistência a uma pessoa que tenha passado por uma tentativa ou tenha comportamento suicida.

A rede significativa representa um emaranhado de pessoas que apresentam vínculos de solidariedade e afetividade, promovendo um tecido fortalecedor social. O movimento relacional de existência cotidiana entre essas pessoas são promotoras de saúde mental (SILVA; COSTA, 2010, p. 27).

Para dar suporte significativo no momento da intervenção, a rede de apoio precisa oferecer uma atenção digna e adequada e a intervenção em crise deve ser no momento imediato.

Segundo Silva e Costa (2010), a rede de apoio é um fator de proteção, ela pode servir como um eixo de reorganização dos laços afetivos e restabelecimento de outros fatores de proteção. Quando existe um sistema estruturado de apoio social, há menos chances de haver um transtorno mental e maior é chance de recuperação.

Ao considerar fatores de risco e proteção, deve-se ter em mente esses pontos:

- Nem todos os fatores de risco e proteção tem o mesmo peso. Alguns fatores de risco demonstram um risco maior que os outros;
- Normalmente indivíduos ou comunidades que estão em alto risco, tem combinações de múltiplos fatores de risco;

- Os fatores de risco e proteção não funcionam sempre da mesma forma, são particulares para cada indivíduo e comunidade;
- Os fatores de risco estão ligados ao risco de longo prazo, entretanto são os estressores imediatos que podem criar o impulso final, podem incluir problemas de relacionamento, divórcio, dificuldades financeiras e outros eventos estressantes;
- Fatores de risco e proteção fornecem metas de intervenção tanto em indivíduos quanto em comunidades.

Outra forma de ajudar na prevenção é redução do estigma, porque a dimensão do seu impacto é muito grande, e afeta todos que de alguma forma são tocados pelo suicídio.

O estigma ainda é um dos maiores obstáculos na prevenção. Além de impedir as pessoas de procurarem por ajuda e de terem acesso aos serviços de prevenção de suicídio inclusive a orientação e apoio após a tentativa. O estigma também dificulta a conscientização da população e a disseminação de informações (OMS, 2012).

A conscientização também é de grande importância, seu aumento pode levar a um maior comprometimento das pessoas, comunidades e governos, e maior engajamento na prevenção. Para isso, é necessário a disseminação de informações corretas (OMS 2014), para que o problema e sua necessidade de intervenção seja bem compreendida e haja mais aceitação das pessoas.

A falta de conhecimento e o estigma sobre saúde mental e suicídio devem ser a principal base para materiais psicoeducativos (BATTERHAM et al., 2013 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018), eles ajudam na aceitação e no senso de pertencimento das pessoas tocadas pelo suicídio e podem auxiliar a aumentar a procura por ajuda, promover o reconhecimento antecipado dos sinais de alerta e intervir de modo eficaz contra novas tentativas.

Para evitar comportamento suicida futuro, o acompanhamento feito para os sobreviventes de tentativa deve ser sistematizado, é preciso acolher e reestabelecer o suporte social e pela rede de saúde.

A OMS fez o Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS), em que participaram 8 países, esse estudo mostrou como o registro e o acompanhamento

cauteloso de casos de tentativas de suicídio podem reduzir as mortes por suicídio. Foram feitos dois grupos de pessoas que deram entrada no pronto-socorro por tentativa de suicídio, o primeiro grupo foi tratado com intervenção psicossocial, entrevista motivacional e contato telefônico regular, e na alta hospitalar foram direcionados para um serviço da rede pública de saúde. No segundo grupo, o tratamento recebido foi o padrão, no momento da alta foram direcionados para a rede. No final de 18 meses, no Brasil, o grupo que recebeu tratamento padrão teve uma taxa de suicídio 10 vezes maior do que o outro grupo (FLEISCHMANN et al., 2008 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018).

Caso a prevenção tenha falhado, é necessário realizar a pósvenção, com o intuito de minimizar os impactos causados pelo suicídio, impedir a vulnerabilidade e o isolamento social gerados pelo estigma e tabu (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018).

Com os sobreviventes ao suicídio, o foco deve ser em prover ferramentas para que os enlutados reestabeçam a estrutura social e de comunicação, de modo a desenvolver e encontrar significados dentro de uma perda traumática e específica como o suicídio (WARDEN, 1991, citado em SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018). A primeira intervenção a ser sugerida são os grupos de apoio, neles a família enlutada tem a oportunidade de interação com outras pessoas que perderam alguém para o suicídio (ROSTILA et al., 2013, como citado em SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018).

É necessário envolver diversas áreas dentro da prevenção, ela pode ser feita em diversos níveis, as campanhas são um passo importante para desmistificar o suicídio e aumentar o conhecimento. No nível individual, a pessoa pode se conscientizar e aos outros sobre o assunto, sobre as causas e sinais de alerta para o suicídio, mostrar empatia e cuidado com as pessoas vulneráveis, diminuir o estigma e compartilhar suas próprias experiências. Todos podem contribuir.

A conscientização sobre o tema se faz extremamente necessária na área da saúde, principalmente para as pessoas que trabalham nos atendimentos de emergência e urgência, pois são, quase sempre, os primeiros profissionais a terem contato com a pessoa após uma tentativa.

## 8. Preciso de ajuda

“A morte do outro é o anúncio e a prefiguração da morte de ‘si’, ameaça da morte do ‘nós’” (RODRIGUES, 1983, p. 93 apud FERIGATO, 2019). Ao ver a morte do outro nos lembramos do nosso próprio fim, a morte voluntária levanta inúmeras questões e pode parecer um afrontamento aos olhos de quem luta para salvar vidas. O suicídio é visto com maus olhos pelas pessoas da área de saúde, o estigma entre essas pessoas é extremamente alto e afeta o atendimento de pacientes suicidas, é comum encontrar negligência, hostilidade e rejeição por parte dos profissionais (NEBHINANI et al., 2013; OMS, 2012 apud DÓRIA; FARO, 2017).

Infelizmente existe uma grande quantidade de suicídios no mundo e as tentativas são cerca de 40 vezes mais frequentes (MELLO-SANTOS; WANG; BERTOLOTE, 2005 apud VIDAL; GONTIJO, 2013) podendo ser ainda maior, visto que nem todas as tentativas são notificadas da forma correta, estima-se que para cada tentativa documentada, há outras quatro tentativas sem registro (MELEIRO AMAS; BAHLS, 2004; CORREA; PEREZ, 2006 apud VIDAL; GONTIJO, 2013) Os registros que são elaborados pelos serviços de saúde costumam notificar apenas a lesão ou o trauma ocorrido que necessitam de cuidados médicos (MINAYO, 2005 apud VIDAL; GONTIJO, 2013). Além disso, nem todas as tentativas chegam ao serviço de saúde por serem de pequena gravidade e não necessitarem de atendimento emergencial.

Uma tentativa não pode ser vista como se fosse algo de pouca gravidade, toda tentativa de suicídio deve ser levada com a seriedade, independente se pareça ser manipuladora ou falsa, visto que o principal fator de risco para o suicídio é uma tentativa prévia (BOTEGA; MAURO; CAIS, 2004 apud DÓRIA; FARO, 2017). Contudo, não é o que acontece no pronto socorro, principalmente se o risco de morte for baixo ou nulo. Dentro do ambiente hospitalar, com frequência, as tentativas são vistas como manifestações histéricas ou como uma escolha consciente, (MACHIN, 2009 apud DÓRIA; FARO, 2017) esse entendimento gera atitudes hostis e desumanizadas por parte da equipe de saúde.

Suicidas são pessoas que estão vivendo sob tensão e acabam usando o suicídio como um ato desesperado de findar a dor ou como um último recurso de comunicar um pedido de ajuda. Muitos pacientes que tentam suicídio possuem transtornos mentais graves, e a maioria quase não



possui apoio familiar e social. É preciso compreender o suicídio para prestar apoio ao paciente (BOTEGA et al., 2006 apud BURIGO, et al. 2015).

A falta de atendimento adequado se agrava com a rotina corrida dos hospitais, para muitos profissionais o suicida atrapalha o andamento da emergência que já é superlotada, e existe uma sobrecarga de trabalho para quem faz o atendimento (ZANELATTO; DAL PAI, 2010) o que pode fazer com que o profissional desconte no paciente suicida.

Segundo a literatura, alguns estudos indicam que profissionais da saúde, que não trabalham na área psiquiátrica, não conseguem olhar para pacientes de tentativa de suicídio como indivíduos que precisam de ajuda, veem como pessoas que desprezam a vida (AVANCI et al., 2005; SILVA; SOUGEY; SILVA, 2015 apud DÓRIA; FARO, 2017).

O estigma faz com que os pacientes possam receber menor prioridade no atendimento, mesmo com os protocolos de avaliação que contém critérios objetivos sobre a prioridade. Os aspectos subjetivos sobre a causa de entrada no serviço hospitalar têm influência na prioridade da assistência (DÓRIA; FARO, 2017). Esses julgamentos podem se desenrolar em negligência, descaso e em uma tentativa de punição, que pode ser inconsciente ou não (MACHIN, 2009 apud DÓRIA; FARO, 2017).

Foi feito um estudo no qual é evidenciada a imagem negativa associada aos sobreviventes de tentativa, desenvolvido com pacientes ambulatoriais, atendidos pelo serviço de urgência de Barbacena, Minas Gerais (VIDAL; GONTIJO, 2013 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA, 2018). Nele, 28 pacientes do sexo feminino atendidas por tentativa de suicídio foram entrevistadas, durante o segundo semestre de 2011, o atendimento do serviço foi analisado em relação a: discriminação, negação do ato e encaminhamento.

Foi percebido nos relatos atitudes negativas no atendimento tanto por parte dos funcionários da recepção quanto nos funcionários da enfermagem e nos médicos, as atitudes revelaram resistência em reduzir os efeitos da depressão e descrença da intenção da paciente. Quanto ao ato, notaram que não eram tratados como uma crise que necessitasse de assistência. Quando eram encaminhados para um serviço de cuidado específico, era feito apenas como burocracia e sem garantia de acolhimento ou de continuidade de tratamento.

Segundo Vidal e Gontijo, 2013, no estudo feito com pacientes suicidas atendidos nos serviços e urgência, os participantes relataram sobre o que ouviram da equipe que os atendeu:

a reação das pessoas, dos médicos, quando eu tomava remédio e ia pro hospital, sempre que eu chegava, as enfermeiras e o médico falavam ‘tem juízo não? Vaso ruim não quebra, entra na frente de um trem [...] remédio não mata não, remédio melhora. (P12)

As enfermeiras falavam “toma chumbinho, água de bateria, não adianta vir pra cá, tomar remédio, só dá trabalho pra gente”. Eu me sentia um rato quando tentava, quando elas me falavam ficava pior ainda. Por que elas não falaram que eu precisava era de um psiquiatra? Elas falavam “vai pra casa e dorme bastante, isso não é nada, isso vai passar”. (P9) (VIDAL; GONTIJO, 2013, p. 111)

Muitas vezes os transtornos mentais não são reconhecidos como doença pelos médicos que não trabalham com o tema, dessa forma não levam a sério, e frequentemente fazem comentários negativos sobre os pacientes (BRAUSCH; MUEHLENKAMP, 2007 apud VIDAL; GONTIJO, 2013). Os participantes ainda relataram não terem sido atendidos com atenção.

"A equipe reage com descaso, deve ser por eles acharem que é errado tentar, deixam a gente jogado, ficam fazendo comentário entre eles, ficam rindo, no dia que fizeram a lavagem eles falaram “tá doendo? na hora de tomar os remédios não doeu, né?” (P10)" (VIDAL; GONTIJO, 2013, p. 111).

As atitudes negativas vindas da equipe de saúde, atrapalham na prevenção, aumentam o sentimento de desesperança dos pacientes e dificultam que o paciente procure por tratamento posteriormente (MINAYO, 2007 apud DÓRIA; FARO, 2017). O adequado é tratar essas pessoas com dignidade e atenção, é preciso humanizar o atendimento (ZANELATTO; DAL PAI, 2010). É preciso sensibilizar a equipe para um atendimento humanizado e especializado, a fim de evitar uma nova tentativa.

Muitas pessoas que tentam suicídio procuram por assistência médica, primária ou ambulatorial, em um período anterior, segundo um estudo nos Estados Unidos, mais de 38% das pessoas procuraram na semana anterior à tentativa e 95% no ano anterior (AHMEDANI et al. 2015 apud VIDAL; GONTIJO, 2013).

Outro estudo mostra a relação que existe entre a formação recebida pelo profissional e a sua capacidade de tratar pacientes suicidas; as pessoas que se sentem capazes de ajudar os pacientes compreendem melhor o assunto (GRAHAM et al, 2011 apud VIDAL; GONTIJO, 2013).

Segundo Kovács (2013), citado por Rocha, Filho e Ávila (2020), no Brasil, 40% das pessoas que morreram por suicídio procuraram auxílio em postos de saúde, entretanto o que encontraram foi julgamento, censura e falta de proteção, piorando o sofrimento e sentimentos negativos como o de abandono de abandono.

Um dos maiores problemas após uma tentativa é o abandono do tratamento (VAN HEERINGEN, 1992, citado por CEDEREKE; ÖJEHAGEN, 2002). Isso se deve a várias razões, entre elas a visão de que o problema não seja médico ou a descrença nos serviços de saúde psíquica (KREITMAN; PHILIP, 1979). Pessoas que tentam suicídio normalmente possuem vários problemas e é importante identificar quais são eles e se há algum transtorno psiquiátrico (STILES et al., 1993 apud CEDEREKE; ÖJEHAGEN, 2002). Indivíduos que tentam suicídio podem ter dificuldades em reconhecer suas necessidades e resolver problemas (LINEHAN et al., 1987; SCHOTTE; CLUM, 1987 apud CEDEREKE; ÖJEHAGEN, 2002). Para um tratamento adequado é preciso que os problemas sejam investigados na avaliação após a tentativa e assim oferecer o apoio necessário (VAN DER SANDE et al., 1997 apud CEDEREKE; ÖJEHAGEN, 2002).

Outro ponto, é sobre a relação entre os enfermeiros e a família do suicida, muitas vezes os familiares são desvinculados do cuidado, a equipe não se importa em acolher ou sanar dúvidas e preocupações. Há um despreparo para esse tipo de abordagem, além da sobrecarga e a falta de protocolos que orientem nessa situação (BURIOLA et al., 2011 apud BURIGO, et al. 2015).

Falta treinamento formal, ou especializado, para os profissionais na atenção ao paciente com comportamento suicida. Visto que esses profissionais são o ponto chave para que os

pacientes busquem ajuda posteriormente. A atitude inadequada ao paciente com comportamento suicida pode piorar a situação que o fez tentar o suicídio e impedir a busca por serviços de saúde no futuro (CARMONA; MARTINEZ, 2012 apud BURIGO, et al. 2015). Em sociedades onde há menos julgamento e preconceitos, há mais busca por ajuda (SILVA; SOUGEY; SILVA J. 2015 apud ROCHA; FILHO; ÁVILA, 2020).

O profissional não deve julgar os motivos que levaram ao ato, devem procurar entender o que está acontecendo para prestar um atendimento correto e encaminhar ao atendimento especializado. Para evitar novas tentativas é necessário um profissional bem preparado, que saiba como acolher o paciente.

É muito comum a distinção, por parte da equipe de saúde, entre problemas mentais e físicos, levando a uma fragmentação e desvalorização no atendimento a esses pacientes. Profissionais que não conseguem lidar com o sofrimento psíquico, tornando o atendimento mecanicista e indiferente à situação, classificando os pacientes como chamadores de atenção (BURIGO, et al. 2015, p. 32).

Dependendo do atendimento, as taxas de mortalidade por suicídio podem variar. Um atendimento humanizado, profissionais capacitados e atenção devida podem melhorar os índices e prevenir futuras tentativas, além de aumentar a busca por ajuda. Agora, o atendimento preconceituoso e julgador pode piorar os índices e atrapalhar na prevenção de novos casos.

Os familiares devem sempre ser informados, acolhidos, já que também participam do sofrimento, com medo, confusos perante a uma possível perda de seu ente querido (BURIGO, et al. 2015). No entanto, falta preparo adequado o gera opiniões negativas, reações indevidas, descaso e intolerância. O processo terapêutico é atrapalhado (VIDAL; GONTIJO, 2013).

## 9. O que acontece quando a prevenção falha?

O momento após uma tentativa de suicídio é extremamente delicado, mais que nunca, é necessário acolhimento e compreensão, entretanto, constantemente, o que é encontrado é julgamento e silêncio.

Os sobreviventes de tentativas de suicídio são marginalizados mesmo dentro da comunidade de prevenção, primeiro porque termo "sobrevivente" está associado principalmente as pessoas que perderam alguém próximo para o suicídio, segundo que pessoas que tentam suicídio podem ser vistas como um lembrete vivo da perda ou um constante potencial de um suicídio futuro (OLSON, 2016).

Contudo, são eles que podem oferecer esperança sobre recuperação, suas experiências pessoais ajudam a entender o comportamento suicida e suas histórias ajudam a reduzir o estigma e criar empatia por humanizarem o tabu. Compartilhar suas histórias também pode ser um fator para sua recuperação (OLSON, 2016), podem falar sobre os sentimentos ligados à sobrevivência, à vida após uma tentativa, e os tipos de apoio que foram, ou não foram, adequados e eficazes.

O suicida muitas vezes quer acabar com a dor psíquica, e não com a vida, dessa forma, se o que causa essa dor tão intensa não for amparada após uma tentativa, há um risco alto de que novas tentativas ocorram. Distinguir esses indivíduos e proporcionar acompanhamento e apoio deve ser uma prioridade nas estratégias de prevenção ao suicídio.

Lakeman e Fitzgerald (2008), pesquisaram como as pessoas lidavam com sua ideiação suicida, especialmente sobre como recuperar a vontade de viver. Em uma revisão literária mais recente, foi destacado que as pessoas se equilibravam entre a dor e a esperança para conseguir viver o futuro após uma tentativa (BERGLUND et al., 2016 apud SHAMSAEI; YAGHMAEI; HAGHIGHI, 2020).

Em um estudo sobre o tema, feito por Shamsaei, Yaghmaei e Haghighi (2020), foram encontrados nos discursos dos pacientes a necessidade de amor e pertencimento, de serem compreendidos e de serem tratados com empatia.

Segundo esses autores, a necessidade de pertencer refere-se a uma necessidade emocional humana de fazer parte e ser aceita por membros de um grupo. É mais do que simplesmente

interagir com outras pessoas. É sobre ter aceitação, atenção e apoio dos membros, bem como fornecer a mesma atenção a outros membros. Dentro desse quesito, está a necessidade de ser compreendido e ser tratado com empatia. Um dos participantes falou:

Você entende o quanto dói ser criticado por ter isso no nosso passado? Sabe o quanto dói ser chamado de "egoísta", estúpido e "louco?". Se você nunca teve ideia suicida, por favor, não faça julgamento sobre aqueles que tiveram, porque é claro que não faz sentido para você... também não faz sentido para a maioria de nós. Infelizmente ainda acontece, e merecemos ajuda, não ódio. (20 anos - feminino) (SHAMSAEI; YAGHMAEI; HAGHIGHI, 2020, p. 5).

Foram identificadas razões comuns que ajudam as pessoas não tentarem mais suicídio, entre elas estão: auto empoderamento, estar ligado a um profissional, sucesso na situação atual, e uma nova perspectiva de vida (CHESLEY; LORING-MCNULTY, 2003 apud MAPLE; MCKAY; SANFORD, 2019).

O estudo de Ghio et al. (2011), citado por Maple, McKay e Sanford (2019), estruturou os momentos tumultuados dos participantes antes e depois de sua tentativa, destacando o sofrimento psíquico extremo e uma percepção de incapacidade de lidar, adicionado ao sentimento de desamparo, desesperança e desconexão.

Foi relatado em um estudo feito em 2019, que apenas 20% dos participantes sentiram felicidade ou alívio imediatamente após sobreviverem à tentativa de suicídio. A maioria sentiu sentimentos negativos, como: tristeza, desapontamento, vazio, irritação, vergonha. Com o passar do tempo, essas emoções negativas foram mudando para a maioria dos participantes do estudo, para sentimentos de alegria, gratidão e esperança. Entretanto, mais de 30% ainda continuaram a ter sentimentos negativos em relação à sua sobrevivência (MAPLE; MCKAY; SANFORD, 2019 apud SHAMSAEI; YAGHMAEI; HAGHIGHI, 2020).

No estudo feito por Wiklander, Samuelsson & Åsberg (2003), sobre o sentimento de após a tentativa, os entrevistados comunicaram que após a tentativa sentiram muita angústia e que o

encontro no hospital foi difícil emocionalmente, alguns estavam chocados com a própria tentativa e para outros, sobreviver foi inesperado e doloroso. A vergonha foi um sentimento imediato após a tentativa, e que sua intensidade aumentava ou diminuía dependendo do tratamento recebido, melhorava quando eram tratados com bondade e respeito.

Nesse estudo, as reações de vergonha foram divididas em subtemas: (i) sentimentos de fracasso; (ii) sentimentos de ser exposto; (iii) vergonha de si mesmo; e (iiii) impulsos para se fugir/esconder (WIKLANDER; SAMUELSSON; ÅSBERG, 2003).

- Sentimentos de fracasso

Muitas vezes o sentimento de fracasso era em relação a toda a situação. Muitos pacientes relataram sentir como se fosse uma dupla falha, primeiro de ter tentado e segundo de não ter morrido. Outros se sentiam fracassados por necessitarem de ajuda psiquiátrica.

- Sentimentos de ser exposto

Os entrevistados se sentiram expostos, pois sentiam que todos sabiam quem eram e o que tinha acontecido e se sentiam constrangidos com isso.

- Ter vergonha de si mesmo

Muitos entrevistados descreveram sentir vergonha de si, de sua própria existência, emoções, comportamentos. Alguns sentiram ser um fardo ou de precisar se desculpar por sua existência. O que dificultou pedir ajuda ou interagir com outras pessoas.

- Impulsos para se esconder ou fugir

Parte dos pacientes entrevistados manifestaram que queriam ir para casa. Também preferiam se afastar, evitar contato social ou se esconder enquanto estavam na ala psiquiátrica. Queriam manter em segredo a tentativa de suicídio.

Um dos aspectos importantes em relação ao cuidado, foi o psiquiatra confiar na capacidade do paciente de ser responsável por si mesmo e tomar suas próprias decisões.

Outro ponto apontado nesse estudo, foi que muitos entrevistados se sentiram caóticos ou extremamente cansados após a tentativa. Muitos expressaram que precisavam de uma pausa de qualquer tipo de demanda, eles vinham de um processo crescente de angústia antes da tentativa. Outros se sentiram fisicamente exaustos, enquanto alguns pacientes ficaram abalados por realmente terem tentado e precisavam organizar os pensamentos e sentimentos.

De forma unânime nos casos entrevistados, foi apontado que quando a atitude dos profissionais era tolerante e faziam poucas exigências, isso ajudava a diminuir a vergonha sentida, também ajudava quando tinham tato, compreensão e respeito pela necessidade de ficar quieto e ficar sozinho. Um comportamento livre de julgamento também era útil, visto que muitos entrevistados tinham vergonha de ter tentado suicídio.

Os sentimentos de vergonha aumentavam quando os entrevistados sentiram que tinham se exposto demais e quando perceberam o pessoal como antipático, desrespeitoso, autoritário e punitivo.

Procurar assistência psiquiátrica requer expor assuntos pessoais. Para alguns, foi a primeira vez que dialogavam sobre seus sentimentos e pensamentos interiores. Alguns, não percebiam seus sentimentos antes da tentativa e se chocaram com o que havia acontecido. Na rotina de admissão na ala psiquiátrica, os entrevistados precisavam conversar com diversos membros da equipe e não saber o propósito da conversa, poderia criar o sentimento de estarem sendo expostos. As interrupções das conversas incomodavam, assim como serem tratados de maneira desrespeitosa.

A falta de informação muitas vezes era interpretada como desrespeito. Um entrevistado explicou que se você é recebido com indiferença, a retirada e o silêncio são as consequências. Outros reagiram com raiva, abstinência ou cinismo. Muitos se sentiram paralisados diante dos servidores quando estes abusavam de seu poder e posição para punir e governar (WIKLANDER; SAMUELSSON; ÅSBERG, 2003).



Em outro estudo, segundo Webb (2010), referenciado por Maple, McKay e Sanford (2019), foi evidenciado que os aspectos do apoio mais importantes após uma tentativa são fazer a pessoa se sentir ouvida e validada, permitindo ao suicida se expressar, sem rejeição, negação ou fuga do assunto.

Frey (2015) em seu estudo, mostra como sobreviventes de tentativas percebem as reações dos outros para determinar como devem se relacionar interpessoalmente. As experiências negativas e não poder falar sobre o assunto resultam em sentimentos dolorosos; e reações que ajudam fazem a experiências ser positivas e aumentam sentimentos de pertencimento.

A quantidade de informações sobre suicídio que as pessoas tem acesso interfere na conscientização sobre o tema. Normalmente a informação sobre suicídio que chega à rede de apoio é limitada, o que dificulta os membros da família de perceberem o comportamento suicida e, portanto, de oferecer ajuda (WHITCHURCH; CONSTANTINE, 2009 apud FREY, 2015). Os membros da família podem acreditar que iram receber abertamente as informações importantes e acabar perdendo informações pertinentes ocultas de um membro da família (FREY, 2015).

Muitas pessoas acreditam que doenças mentais e comportamento suicida são escolhas (MCMORRIS, 2014 apud TADROS; JOLLEY, 2001), o que pode agravar a desconfiança na intenção da tentativa. Conseqüentemente, os suicidas podem perceber que não podem depender da relação como fonte de apoio. Os sobreviventes da tentativa podem procurar por outras formas de se expressar que não seja falando, que muitas vezes acaba sendo uma nova tentativa (SHNEIDMAN, 1996 apud FREY, 2015).

A quebra na relação de confiança gera sentimentos negativos que a contribuem para a ideação suicida, os tratamentos pós-tentativa ter como objetivo evitar esses sentimentos negativos, como o pertencimento frustrada e a percepção de ser um peso para os outros (FREY, 2015).

No estudo feito por Frey (2015), foram identificados três principais temas sobre as reações de familiares ou amigos que podem fazer com que os sobreviventes da tentativa acreditem que: (i) eles não pertencem e são um fardo; (ii) poderiam pertencer ou não ser um fardo se ocultassem seu comportamento suicida; e (iii) que não é um fardo e que pertencem.

- Eu não pertenço, e eu sou um fardo

As atitudes negativas contribuem para sentimentos contínuos de inutilidade e auto culpa. Os participantes ouviram xingamentos ou foram culpados de ferir diretamente outras pessoas. As declarações de familiares reforçaram opiniões negativas que já existiam dentro dos sobreviventes, um deles ouviu um parente falar que ele estava machucando a família e que "suicidas iam para o inferno".

Uma participante relatou que reações negativas reforçam os sentimentos de que ela não pertencia e era um fardo para sua família e isso dava mais validação para acabar com a própria vida. Os participantes relataram que quando contavam sobre o suicídio para pessoas próximas, elas eram afetadas negativamente. Sobre a estigmatização, uma paciente explicou que a pessoa não é culpada por ter uma doença física, mas é culpado se acabar morrendo por suicídio.

- Eu posso pertencer e não ser um fardo se eu esconder esta parte de mim mesmo

Os participantes sentiam que poderiam manter uma relação positiva com o familiar desde que a divulgação do suicídio não ocorresse mais dentro da relação. Outros participantes descreveram situações parecidas em que não divulgavam a tentativa de suicídio devido à capacidade limitada da pessoa de responder construtivamente. Outras reações que não colaboraram foram quando os familiares evitavam ou se mantiveram em silêncio sobre a tentativa, pois não sabiam como lidar emocionalmente com a informação.

Outra participante entendeu que era fardo a menos se não falasse sobre seu comportamento suicida: "As pessoas querem sair e estar perto de pessoas que são divertidas, mas como uma sobrevivente, você não é divertido de estar por perto" (FREY, 2015, p. 70, tradução da autora).

Sobreviventes da tentativa constantemente relatam ocultar informações do comportamento suicida com medo de um monitoramento extensivo por parte dos familiares, também era uma forma de diminuir o fardo sobre os outros. O monitoramento extensivo, embora seja motivado por querer ajudar, pode realmente fazer com que os sobreviventes de tentativas experimentem sentimentos de sobrecarga, e talvez evitem falar sobre o assunto em situações futuras.

- Eu pertencço, e eu não sou um fardo

Apesar das reações negativas, muitos participantes também receberam reações positivas que reforçam sentimentos de dignidade. Apesar do desejo das pessoas próximas em ajudar, elas não possuem o conhecimento ou entendimento necessário para fazê-lo. A autora do estudo dividiu três subtemas que foram constantes: buscando entender, fazendo perguntas; estando presentes; e projetando força e estabilidade.

- *Buscando entender fazendo perguntas*

Quando foi perguntado quais eram as reações que ajudavam, os participantes responderam sobre perguntas não-críticas abertas, ao contrário de perguntas fechadas e de culpa. De acordo com um entrevistado o melhor seria:

""Uau, o que está acontecendo com você na sua vida agora?" não "O que há de errado com você?"; "Como podemos diagnosticá-lo?", mas " O que faz você sentir que não vale a pena viver? Apenas perguntas abertas e curiosas." (FREY, 2015, p. 73, tradução da autora).

Para os sobreviventes de tentativa, é importante perceber um desejo genuíno das pessoas próximas de entender e perguntar como poderiam ser mais úteis. Para os participantes não havia expectativa de que as pessoas não tivessem medo ao falar, contudo conseguissem que a curiosidade, a compaixão e o desejo de ajudar fossem mais fortes que o medo.

- *Estar presente.*

Estar presente se refere a não apenas fazer perguntas, mas também sobre a vontade e o desejo de ouvir respostas honestas. Esse tipo de reação aumenta os sentimentos de pertencimento, que permite aos sobreviventes da tentativa conversar sobre sua experiência para que os outros possam entender sem ser julgados.

Uma participante explicou sobre seu marido: "Ele ouve o que eu tenho a dizer sem ser crítico ou criticar, e ele diz que me ama e não quer que nada de ruim aconteça comigo." Esses tipos de reações transmitem o desejo de ajudar e restabelecer uma conexão pessoal que reforça os sentimentos de pertencimento para o sobrevivente da tentativa, sem colocar a culpa ou minimizar a experiência (FREY, 2015, p. 74/75, tradução da autora).

○ *Projetando força e estabilidade*

Há o desejo de evitar sobrecarregar os entes queridos ao falar sobre a ideação suicida, então, quando as pessoas eram capazes de ouvir sobre o assunto sem se emocionar, ajudava o sobrevivente de tentativa a tentar falar sobre o que aconteceu.

A força e estabilidade transmitida tranquilizou os participantes de que não eram um fardo para a pessoa. Alguns participantes relataram que a comunicação não verbal também ajudava, assim como reconhecer o quanto não sabiam ou falar quando precisavam de uma pausa.

As reações positivas que demonstravam força e estabilidade, ajudaram a criar um vínculo de confiança entre as duas partes, deixando o sobrevivente da tentativa mais confortável para falar sobre a ideação.

Conforme Webb (2010), citado por Maple, McKay & Sanford (2019), a própria tentativa de suicídio mata parte do eu, uma pessoa nunca mais é a mesma após uma tentativa. Isso sugere que o importante é viver bem após a tentativa e ressignificar e encontrar propósitos, em vez de tentar "superar" e retornar ao que era antes (LAKEMAN; FITZGERALD, 2014 apud MAPLE; MCKAY; SANFORD, 2019). A ideia de voltar ao que era antes da tentativa pode colocar a pessoa em um lugar perigoso, onde há o medo e incerteza de não conseguir voltar ao "normal" (MAPLE; MCKAY; SANFORD, 2019).

## 9.1 Rede de apoio

A rede de apoio é de extrema importância para acolher pessoas que tentam suicídio e prevenir novos casos. Muitas vezes é encontrado em pacientes suicidas uma rede de apoio social frágil, as pessoas que tentam se sentem menos importantes para as pessoas próximas e sentem que recebem menos auxílio e apoio (GASPARI, 2002).

Em um estudo realizado no Reino Unido, sobre a prevenção do suicídio, o apoio social foi extremamente importante, mais da metade dos participantes que tinham apoio disponível falaram que a família ou amigo era o que mais ajudava na prevenção e na recuperação (EAGLES et al., 2003, apud WAYLAND et al., 2019). O envolvimento no cuidado das pessoas que se encontram em risco de suicídio pode, realmente, auxiliar na recuperação e ajudar quem cuida a não ter uma experiência marcada pelo sentimento de impotência (GRANT et al., 2015 apud WAYLAND et al. 2019).

Os estudos mostram a importância do acolhimento e de como acolher os sobreviventes de tentativas de suicídio, além da relevância da rede de apoio e seu papel na recuperação. Entretanto, nem sempre a rede de apoio é bem estruturada ou recebe informações necessárias para apoiar o suicida.

Conforme Beautrais (2004), grande parte das pessoas com comportamento suicida vem de famílias que possuem diversas características desvantajosas e disfuncionais, entre elas: exposição à violência familiar, abuso, negligência, separação parental, falta de comunicação entre os membros, problemas socioeconômicos.

Após uma tentativa, a rotina e funcionamento familiar pode sofrer diversas alterações por conta de sentimentos negativos e intensificar os que já existiam, levando a família a uma interação delicada (BEAUTRAIS, 2004).

Muitos estudos relatam que as famílias carecem de informação e apoio (MAGNE-INGVAR; OEJEHAGEN, 1999; THOMPSON; WEISBERG, 1990; WASSERMAN, 1986 apud BEAUTRAIS, 2004). Wasserman (1986), referido por Beautrais (2004), estudou a comunicação suicida de pessoas que passaram por uma tentativa e descobriu que além da necessidade de apoio

psicológico, não receberam apoio de forma geral. Além disso, as pessoas próximas percebiam as mensagens de suicídio, contudo respondiam com quase um completo silêncio, sugerindo que eles se sentiam impotentes e mal preparados para reagir.

Sobre a questão do acesso à informação, segundo Wayland et al. (2019), as famílias de pacientes que tentaram suicídio não são devidamente acolhidas ou incluídas no planejamento da alta e dificilmente tem suas próprias necessidades de saúde atendidas. Sendo que estudos mostram que quando há participação ativa dos membros da família na recuperação, eles podem se tornar um fator de proteção na prevenção de novas tentativas de suicídio (MORGAN et al., 2013; GRANT et al., 2015; CHANG et al., 2017 apud WAYLAND et al. 2019).

Os familiares e pessoas próximas podem trazer detalhes e conhecimentos contextuais que auxiliem os profissionais de saúde, são importantes também na manutenção dos vínculos da pessoa com os serviços, defendendo-os caso necessário (BARKSDALE et al., 2009; GRANT et al., 2015; NOSEK, 2008 apud WAYLAND et al. 2019). De acordo com Anastasia et al. (2015), referido por Wayland et al. (2019), o sentimento de pertencimento muitas vezes ajuda na recuperação após uma tentativa.

Em um estudo sobre o acolhimento no sistema de saúde (MCKAY; SHAND, 2016; MCKAY; SHAND, 2018 apud MAPLE; MCKAY; SANFORD, 2019), as mães das pacientes precisavam intervir e defender suas filhas e relataram que conseguir apoio adequado era uma questão de sorte, nem sempre eram ouvidas com seriedade pelos profissionais de saúde, o que levou a consequências trágicas em um dos casos.

Outro ponto tocado pelos participantes foi sobre a importância do cuidado pós tentativa para viver bem, que nem sempre está acessível, e as pequenas gentilezas fazem grande diferença (MCKAY; SHAND, 2018 apud MAPLE; MCKAY; SANFORD, 2019). Para restaurar a vontade de viver, também é importante sentir-se capaz de retomar o controle das coisas (VATNE; NÅDEN, 2016 apud MAPLE; MCKAY; SANFORD, 2019).

Após uma tentativa de suicídio, os pais podem sentir choque, pânico e medo. Outro sentimento bastante característico após uma tentativa é o sentimento de vergonha (SVEEN; WALBY, 2008; WIKLANDER; SAMUELSSON; ÅSBERG, 2003 apud ASARE-DOKU;

OSAFO; AKOTIA, 2017). A vergonha é comum não só em quem tenta, mas nos familiares também.

Frequentemente nos casos de tentativa é tratada só a condição médica, deixando de lado outros aspectos psicossociais, como a experiência de passar por uma tentativa e lidar com os desdobramentos dela, seja para quem tenta ou para os parentes. Em consequência, as pessoas próximas, em especial os familiares, têm que lidar com a estigmatização e prestar assistência ao suicida, que pode ser vista como uma causa de ruptura social à família (OSAFO, 2011 citado por ASARE-DOKU; OSAFO; AKOTIA, 2017).

Conforme Asare-Doku, Osafo & Akotia (2017), em um estudo feito em Gana, alguns parentes de suicidas citaram choque, surpresa e raiva como sentimentos sentidos após a tentativa. A surpresa referida vinha, muitas vezes, pela quebra do mito de que o suicídio ocorre quando as necessidades da pessoa não são supridas, para eles se a pessoa tivesse todas suas necessidades atendidas não haveria uma tentativa de suicídio. Nesse estudo um dos pacientes diz: "Eu dou a ela tudo o que ela quer e me surpreendo que algo assim foi acontecer (Pai, 62 anos)" (ASARE-DOKU; OSAFO; AKOTIA, 2017, p. 4). O sentimento de surpresa, nesse caso, vem da falta de conhecimento sobre suicídio.

Outros participantes sentiram choque, apesar de choque e surpresa serem emoções próximas, um dos pacientes relatou sentir apenas choque, isso pode ter ocorrido por conta do histórico médico de quem tentou, de forma que uma tentativa já fosse esperada. O que pode ter causado o choque no participante seria que o instinto que nos mantém vivos deveria ser mais forte do que autodestruição, contudo isso não ocorreu.

A raiva é outro sentimento presente, os participantes relataram sentir raiva do suicida pelo dano que foi feito na relação familiar, e pensar que novas tentativas podem ocorrer impulsiona esse sentimento. Isso pode reduzir e dificultar o apoio da família para o suicida. O constante medo de uma nova tentativa pode gerar ansiedade e dificultar o desenvolvimento de uma relação de apoio.

Esse estudo mostra como as emoções negativas vivenciadas pelos familiares podem causar uma ruptura na coesão social entre os sobreviventes da tentativa e suas famílias. Dessa

forma afetam a relação interpessoal que é extremamente necessária para o apoio do suicida após a tentativa (ASARE-DOKU; OSAFO; AKOTIA, 2017).

A rede de apoio é de extrema importância, seu papel na recuperação é essencial, mas para ser bem desenvolvido é necessária informação e acolhimento para as pessoas que fazem parte dela, visto que também são pessoas que terão que lidar com os próprios sentimentos e com o estigma. Por isso, além de focar no auxílio do sobrevivente de tentativa, os institutos de saúde também deveriam auxiliar a rede de apoio.

## 9.2. Como auxiliar

Se não estivessem em grande sofrimento e pudessem avaliar suas opções com calma e objetividade, a maioria das pessoas não escolheria o suicídio. Se eles se sentem severamente desconectados de si mesmos e dos outros, mesmo quando cercados por familiares e amigos preocupados e atenciosos, eles podem não ser capazes de pedir ajuda. Incapazes de reconhecer e acessar seus próprios recursos e forças internas, eles perdem a esperança de que as coisas nunca serão melhores (VANCOUVER COASTAL HEALTH, 2012, p. 2, tradução da autora).

O comportamento suicida não faz de uma pessoa ruim, louca ou defeituosa. São pessoas cuja dor é tão grande, que morrer parece ser a única opção. Há diferentes tipos de sofrimento e como a pessoa percebe e lida com eles, é diferente para cada indivíduo, e o ponto em que a dor passar a ser insuportável é único de cada ser humano.

Uma tentativa pode afetar o relacionamento do sobrevivente de tentativa com as outras pessoas e podem causar diversas reações que quando negativas podem afastar e silenciar o suicida.



Muitas vezes não sabemos como apoiar uma pessoa após sua tentativa de suicídio, é importante que o sobrevivente de tentativa tenha um bom sistema de apoio e possa se reconectar com sentimentos de esperança. Uma boa comunicação também é essencial, é preciso ser ouvidor e acolher para que tenha a pessoa tenha chance de se recuperar e ajudar a prevenir futuras tentativas (VANCOUVER COASTAL HEALTH, 2012).

É fundamental para ajudar que as pessoas da rede de apoio reconheçam suas limitações e tenham claro o quão envolvidas elas podem estar. É preciso deixar claro o que deixa confortável e seguro, o que a pessoa tem habilidade para fazer, e o tempo e energia que pode oferecer (VANCOUVER COASTAL HEALTH, 2012).

Para auxiliar o sobrevivente de tentativa de suicídio a se recuperar, as atividades feitas com esse propósito devem ser feitas com o objetivo de (NATIONAL ACTION ALLIANCE FOR SUICIDE PREVENTION: SUICIDE ATTEMPT SURVIVORS TASK FORCE, 2014, p. 16):

- Promover esperança e ajudar as pessoas a encontrar sentido e propósito na vida;
- Preservar a dignidade e combater o estigma, a vergonha e a discriminação;
- Conectar pessoas a suportes de pares;
- Promover a conectividade com a comunidade;
- Engajar e apoiar a família e amigos;
- Respeitar e apoiar crenças e tradições culturais, étnicas e/ou espirituais;
- Promover escolha e colaboração no cuidado;
- Fornecer acesso a cuidados e suporte.

Um dos principais fatores de risco para o pensamento e comportamento suicida é a falta de esperança. (BECK et al, 1990 NATIONAL ACTION ALLIANCE FOR SUICIDE PREVENTION: SUICIDE ATTEMPT SURVIVORS TASK FORCE, 2014). A esperança é um fator protetor imprescindível contra o comportamento suicida, e é um incentivador para o processo de recuperação após a tentativa. A esperança é fortalecida ao encontrar significado na

vida (NATIONAL ACTION ALLIANCE FOR SUICIDE PREVENTION: SUICIDE ATTEMPT SURVIVORS TASK FORCE, 2014).

É necessário engajar e apoiar familiares e amigos como rede de apoio, pois as pessoas que fazem parte também precisam de cuidados; e uma rede de suporte forte pode servir como uma rede de segurança em um momento de crise e um recurso confiável durante a recuperação (NATIONAL ACTION ALLIANCE FOR SUICIDE PREVENTION: SUICIDE ATTEMPT SURVIVORS TASK FORCE, 2014).

Temos que decidir quais familiares, amigos e/ou pessoas significativas devem se envolver em nossos cuidados ou apoio. Esta rede de apoio acordada deve ser incluída nas decisões de cuidado informada, tratamento, acompanhamento e outras formas de ajuda. No entanto, os familiares, amigos e colegas da nossa rede de apoio também precisam de educação, assistência e recursos para si mesmos. (NATIONAL ACTION ALLIANCE FOR SUICIDE PREVENTION: SUICIDE ATTEMPT SURVIVORS TASK FORCE, 2014, p. 18)

Em diferentes estudos os sobreviventes de tentativa relataram que simples atos de cuidado fazem uma grande diferença em suas vidas, principalmente quando estão mais vulneráveis (NATIONAL ACTION ALLIANCE FOR SUICIDE PREVENTION: SUICIDE ATTEMPT SURVIVORS TASK FORCE, 2014).

Segundo Vancouver Coastal Health (2012, p. 9) existem diversas formas de apoiar um ente querido. Por exemplo:

- Participar de seus cuidados médicos como apoio ou advogado;
- Conhecer os profissionais que fazem parte do cuidado da pessoa;
- Deixar claro que você está aberto a ouvir seus pensamentos e sentimentos honestos, principalmente se são pensamentos de suicídio novamente;
- Encorajar a avisar alguém caso tenha pensamentos suicidas no futuro;
- Ajudar a se conectar com profissionais de saúde mental;

- Fazer parte de seu planejamento de segurança;
- Usar do seu próprio sistema de suporte e peça ajuda quando precisar ou quiser;
- Perguntar como pode ser útil.

Outro ponto importante é estabelecer uma comunicação clara, livre de julgamentos, para isso há algumas perguntas que podem ajudar a estabelecer uma melhor relação com a pessoa que passou por uma tentativa. De acordo com Vancouver Coastal Health (2012, p. 9, tradução da autora) são:

- Como você quer ser tratado?
- Posso verificar como você está, e com que frequência?
- Quão seguro você se sente e quão confiante você se sente mantendo-se seguro?
- Como posso intervir se você não está se sentindo seguro?
- Como saberei quando devo intervir?
- Como você sabe quando não está seguro?
- Quão deprimido você se sente?
- Quais são as coisas que fazem você se sentir chateado ou ter pensamentos suicidas?
- O que está te ajudando agora?
- O que te ajuda a lidar e te dá força?
- Quais emoções são as mais difíceis de lidar?
- O que você acha útil e o que você acha que não ajuda?
- Quais são suas razões para viver?

Usar uma escala de classificação de um a dez pode ajudar a descrever a intensidade de suas emoções e experiências.

Outras ações que podem ser feitas são (VANCOUVER COASTAL HEALTH, 2012):

- Perguntar sempre que achar que alguém pode estar pensando em suicídio, faça de maneira mais clara e direta possível.
- Ouvir de uma maneira ativa.
- Manter a pessoa segura caso haja risco imediato de comportamento suicida.
- Obter ajuda médica imediatamente no caso de alguma ação suicida, acompanhar de perto e defender se necessário durante sua estadia no serviço de saúde.
- Tranquilizar a pessoa. É preciso deixar claro que não são loucos e que não há problema em ter pensamentos suicidas, além disso, a maioria das pessoas que possuem pensamentos suicidas não vão em frente. Deixe-os saber que os ama, se preocupa com eles e está preocupado com eles.
- Deixar claro que as crises são temporárias, elas vão passar em algum momento.
- Falar que está muito feliz por ele estar vivo.
- Estar presente, mesmo que eles não queiram falar.
- Tirar o acesso a qualquer meio de suicídio.
- Manter apenas pequenas quantidades de álcool, drogas ou medicamentos em casa.
- Pergunte se o encontro com um profissional seria útil e encorajar a continuar com isso.
- Oferecer ajuda para se conectar a suportes, recursos, cultura e/ou crenças espirituais.
- Obter apoio para si mesmo. Fazer um plano de segurança por escrito e deixar em local acessível a você e ao seu ente querido.

Após uma tentativa a rede pode querer falar com a pessoa sobre o que aconteceu, contudo pode não saber qual é a melhor forma de iniciar uma conversa. A pessoa pode estar se sentindo perdida, envergonhada, culpada, com medo e até mesmo com raiva. Entretanto é fundamental mostrar cuidado, preocupação e compaixão, e não os julgar. A Vancouver Coastal Health (2012, p. 17, tradução da autora) traz algumas formas de falar com o sobrevivente:

- Eu não tinha ideia de que você estava com tanta dor.
- Parece que o que você estava experimentando parecia intolerável e avassalador.

- Quero entender o que você vive/sente.
- Eu quero ajudá-lo. Diga-me o que posso fazer para ajudar.
- Acho que é hora de falar com alguém sobre sua dor. Há pessoas que podem e querem ajudar.
- Você não precisa falar se não quiser, mas eu posso e quero ouvir. Não posso manter isso em segredo. Eu quero ajudá-lo, então precisamos dizer a alguém que pode nos ajudar.
- Eu posso dizer que algo está errado e que você está sofrendo. Estou aqui por você.

É importante (VANCOUVER COASTAL HEALTH, 2012):

- Ficar atento aos sinais de alerta;
- Ter paciência e tentar não ser crítico ou julgar;
- Seja claro sobre e comunique seus próprios limites e limitações.

Aqui estão algumas coisas que não são úteis (VANCOUVER COASTAL HEALTH, 2012, p. 18):

- Concentrar toda a sua atenção na pessoa suicida, e excluir cuidado com os outros, incluindo você mesmo;
- Monitoramento excessivo;
- Culpar a si mesmo ou aos outros;
- Pensar ou agir como se nunca mais fosse acontecer;
- Criticar, julgar ou culpar.

### Plano de Segurança

O plano de segurança é um conjunto de instruções que são montadas para serem seguidas quando alguém está tendo pensamentos suicidas. De preferência o plano deve ser confeccionado

quando a pessoa não estiver em um momento de crise. A pessoa em risco deve ser o agente principal do plano e contar com o auxílio de pessoas que ela confia, que podem ser familiares, amigos, médico, terapeuta ou outros ajudantes profissionais. Alguns elementos a incluir no plano são (VANCOUVER COASTAL HEALTH, 2012, p. 18/19):

- Indicar quais são os sinais do aparecimento do risco de suicídio, e quando usar o plano.
- Listar coisas calmantes ou reconfortantes que eles podem fazer.
- Listar ou por fotos de razões para viver.
- Listar pessoas para ligar ou conversar.
- Listar profissionais e recursos para chamar.
- Procurar formas de tornar a casa ou o trabalho mais seguro.
- Colocar números de emergência, direções para o hospital mais próximo, o que dizer ao pessoal de emergência.

### 9.3. Para o suicida

Os pensamentos suicidas podem aparecer por diversas razões e podem ser realmente assustadores. A pessoa pode se sentir sobrecarregada de emoções negativas e confusas, e sentir sem esperança sobre o futuro. Os problemas parecem não ter solução ou que a pessoa não consiga lidar com eles e o suicídio parece ser a única opção de resolver a situação (SAMRA; BILSKER, 2007).

Apesar de toda dor, é possível passar por esse momento e se sentir melhor. Ter o apoio adequado de alguém pode tornar o processo mais suportável. Existe ajuda disponível. Samra e Bilsker (2007) trazem algumas ideias que podem contribuir.

- Tentar se conectar com outras pessoas de confiança, diga como se sente e se for o caso peça para um amigo ou familiar para ficar com você. Se necessário ligue para uma linha de emergência.
- É importante tirar o acesso a objetos que podem causar dano, como objetos perfurocortantes. Ou ir a um lugar que seja seguro.
- Desenvolva um plano de segurança com passos para se sentir seguro
- Lembrar que a crise suicida é temporária, ela vai melhorar.

Os autores listam alguns pensamentos recorrentes que podem aparecer, são (SAMRA; BILSKER, 2007):

- acreditar que não há outras opções;
- sentir que sua família ou amigos estariam melhor sem você;
- pensar que você fez algo tão horrível que o suicídio é a única opção;
- experimentar uma dor insuportável que parece que vai durar para sempre;
- querer escapar do seu sofrimento;
- querer que seus entes queridos saibam o quanto você se machuca; ou
- querer machucar ou se vingar dos outros.

Outras maneiras citadas pelos autores que podem ajudar a passar por uma crise, são (SAMRA; BILSKER, 2007):

- Pensar em outras formas de solucionar problemas pode ajudar. Tentar fazer uma lista de todos os problemas que você está lidando e em seguida colocar soluções possíveis para esses problemas. Pode pedir auxílio a alguém em quem confia.

- Como a maioria das pessoas que pensam em suicídio querem acabar com sua dor, mas não necessariamente morrer, pensar em algumas razões que você tem para viver pode ajudar.
- Lembre-se de coisas que ajudaram no passado e que podem ajudar no momento da crise.
- Expressar como está se sentindo para uma pessoa de confiança.
- Obter tratamento para problemas de saúde psíquica.
- Identificar gatilhos ou situações de alto risco e evitar essas situações.
- Cuidar bem de si mesmo é importante se sentir melhor, por isso é importante ter uma dieta saudável; fazer exercício; • dormir bem; ou diminuir ou parar de usar álcool ou drogas.
- Fazer acompanhamento dos medicamentos prescritos, tomar de forma correta e se os efeitos colaterais estiverem atrapalhando ou o remédio não estiver fazendo efeito, é necessário falar com o médico.
- Manter uma rotina regular o máximo possível.
- Fazer coisas que gosta e que te davam prazer antes, mesmo que não te tragam prazer agora.
- Pense em objetivos pessoais.



## 10. O PROJETO

O projeto foi desenvolvido com objetivo conscientizar e educar as pessoas sobre prevenção ao suicídio, com o desejo de diminuir o estigma existente. Segundo a OMS os materiais sobre prevenção devem focar em diminuir o estigma e educar as pessoas sobre o tema, para isso, foi feita uma vasta pesquisa na bibliografia existente acerca do assunto e também dentro destas referências, relatos de pessoas que já passaram por uma tentativa de suicídio.

Depois da etapa de pesquisa, foi definido que o produto resultante seria um kit de ferramentas sobre o tema, com quatro materiais com funções distintas, sendo eles: um livreto, card para a rede de apoio, card para auxiliar a pessoa que passou por uma tentativa e um template de um plano de segurança. Os produtos foram pensados de acordo com seu público e sua necessidade em relação ao tema, sendo alguns mais abrangentes do que outros.

Apesar das características específicas de cada material, algumas decisões foram feitas para todos os produtos, como as fontes tipográficas utilizadas e a escolha de não utilizar imagens figurativas.

Para o projeto foram escolhidas duas fontes tipográficas, uma utilizada para o título e falas de destaque e a outra para o corpo do texto.

Nos títulos e nas falas de destaque a tipografia escolhida foi a Ramona, desenvolvida Cristian Tournier em 2020 (figura 6), uma fonte com características da escrita manual, seus caracteres são irregulares, possuem "imperfeições".

Figura 6. Ramona



(Ramona – Typeface, 2020)

Suas características fazem sentido com o tema do projeto, que é tão pessoal, apesar de ser uma fonte com aspecto irregular, ela não é feita de uma forma que se torne agressiva, nem "muito graciosa", é confortável de se ler e amigável, foi utilizado no peso light (figura 7).

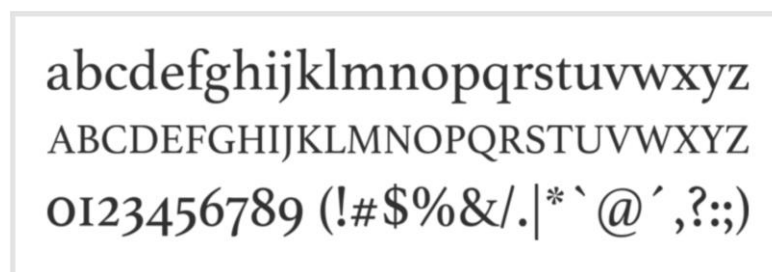
Figura 7. Ramona Bold/ Light



(Ramona – Typeface, 2020)

A fonte escolhida para o corpo do texto foi a Athelas, desenvolvida por José Scaglione e Veronika Burian, é uma fonte serifada (figura 8), estruturada para ser aplicada tanto em trabalhos impressos, quanto digitais. Foi escolhida por compor com tipografia do título e principalmente por não ter uma macha muito escura no texto corrido, e se mantém legível mesmo quando aplicada em fundos claros, como em fundos escuros, o que era necessário para o projeto gráfico.

Figura 8. Athelas



(Fonte: cufon fonts, 2021)

Para o projeto foi escolhido não usar imagens de pessoas, seguindo as orientações de segurança sobre como falar sobre o tema, as imagens podem ser um gatilho para alguns dos leitores, outro ponto do uso de imagens, é que elas podem reforçar estereótipos negativos do que é uma pessoa que passou por uma tentativa de suicídio. O que pode desviar nosso olhar de pessoas que precisam de ajuda, mas não se encaixam na imagem que é comunicada.

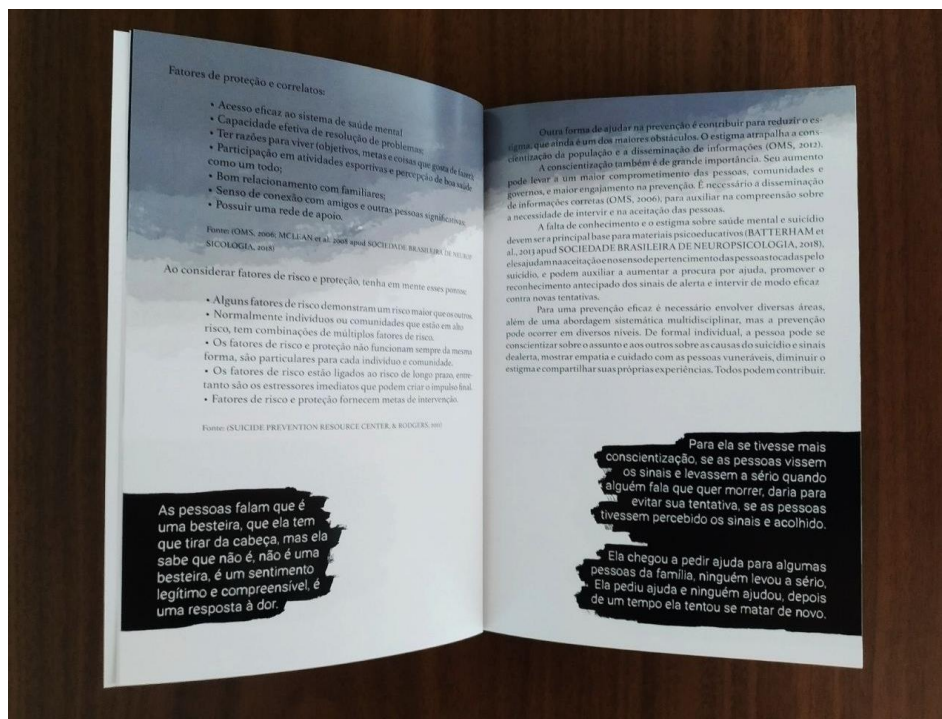
O projeto chegaria ao público por meio de parcerias com instituições que já disponibilizam materiais sobre o tema.

## 10.1 Livreto "É preciso ouvir: falar sobre suicídio é um ato de amor"

O livreto é um produto voltado para a educação e conscientização das pessoas de forma geral, por isso ele reúne informações técnicas sobre o tema.

As cores selecionadas para serem usadas nos produtos foram: preta, branca e tons de cinza, cores neutras, onde não dá espaço para julgamentos. No livreto, o branco vai aos poucos escurecendo, ficando cinza, como se a dor fosse aos poucos consumidos a vida, até que ela se torne insustentável (figura 9), quando o fundo fica completamente escuro, como se alguém fechasse os olhos, depois desse momento, são informações sobre depois da tentativa, aos poucos o fundo mesclando com o branco em um processo mais lento, do que quando o escuro vem surgindo, como vimos, logo após uma tentativa os sentimentos sobre a própria sobrevivência normalmente são negativos, se recuperar de uma tentativa é um processo lento.

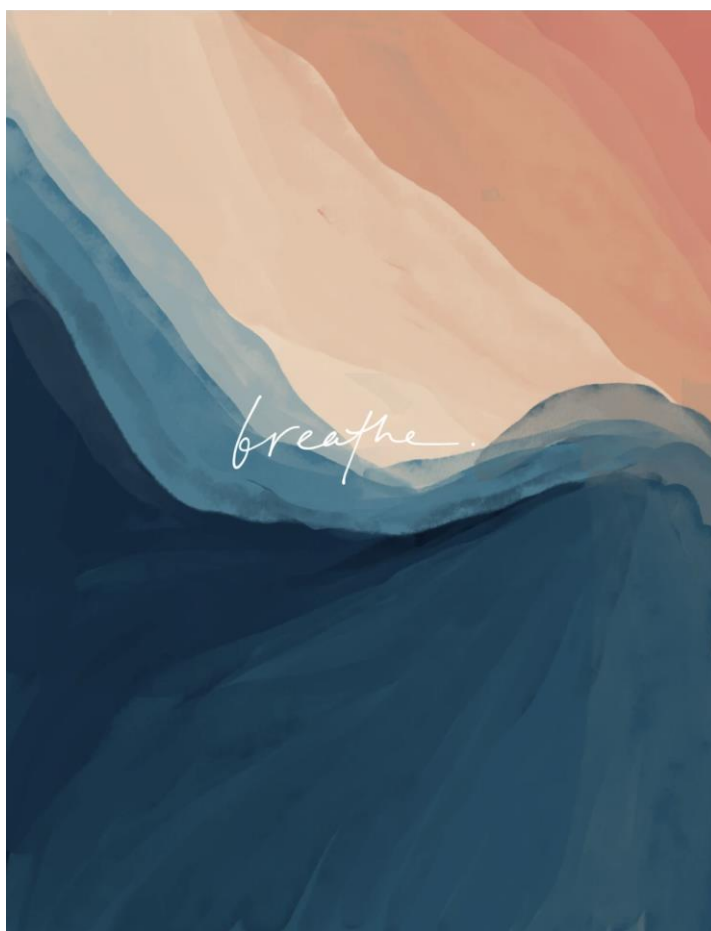
Figura 9. Livreto



Fonte: A autora (2021)

A escolha de utilizar manchas, tem inspiração no trabalho da artista Morgan Harper (figura 10) que trabalha com narrativas e tema sobre criar conexões. As manchas utilizadas se assemelham visualmente a ondas imperfeitas, que vão cada vez mais se intensificando, entrando no assunto.

Figura 10. Breathe



Fonte: Garden24

Quando falamos sobre suicídio, é importante falarmos da dor, dor que precisa ser acolhida e não escondida, falar sobre maneiras de lidar com ela. Pois quando essa dor não é acolhida, abre

espaço para que novas tentativas ocorram. No livreto há uma parte que o fundo fica completamente escuro (figura 11) onde é o marco da dor, logo depois, os assuntos são sobre o que ocorre depois de uma tentativa de suicídio.

Figura 11. Página escura



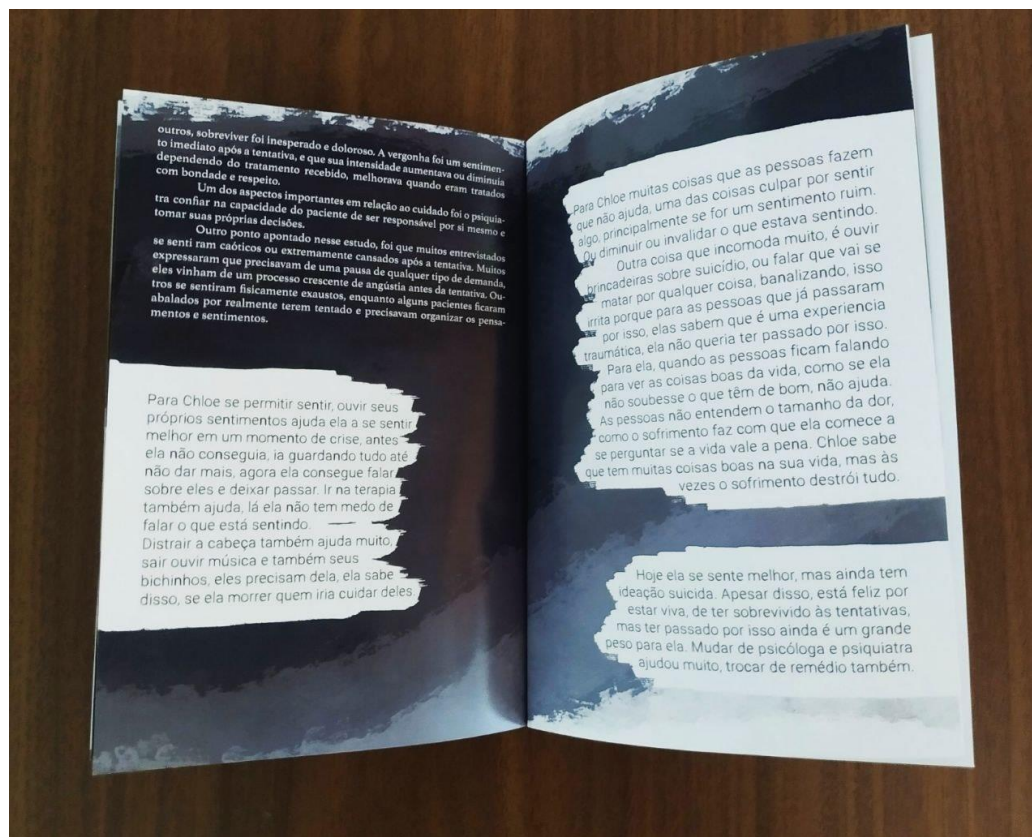
Fonte: A autora (2021)

Além das informações técnicas, o livreto conta com trechos que foram feitos a partir da criação de personas.

Personas são um método utilizado, no qual são criados perfis fictícios para representar um grupo específico, os personagens são criados a partir de características verdadeiras e tendem a se aproximar do público real.

Para o projeto foram estruturadas duas personas diferentes (figura 12), Raquel e Chloe, elas apresentam características ligadas as estatísticas e a relatos de sobreviventes de tentativas que foram coletados em outros projetos como o Ask the Question Project, são histórias fictícias, contudo poderiam ser reais.

Figura 12. Fala personas



Fonte: A autora (2021)

Trazer o pensamento das pessoas que passaram por uma tentativa de suicídio é bastante importante, pois são suas histórias que possibilitam humanizar o tabu e criar empatia com as pessoas sobre o tema. São suas vozes que dão coragem a outras pessoas a falarem de suas tentativas e falarem como conseguiram lidar com elas, como acharam maneiras de sobreviver a dor e trilhar novos caminhos. Falar abertamente sobre suicídio, encoraja outras pessoas a falarem sobre suas vivências.

O livreto vai ser impresso em papel Couchê, 115g, tem em torno de 40 páginas, e a capa vai ser impressa em papel Couchê fosco, 250g. O papel da capa foi escolhido, pois esse material tem um alto grau de brancura, o que não interfere na cor da capa. Para o miolo, o papel escolhido não interfere muito na cor do projeto gráfico, e suporta melhor a impressão.

### **Requisitos do projeto**

Ter informações sobre dados, estigma, atendimento na emergência, comunicação segura, teorias, prevenção e após uma tentativa, redigidas de maneira educativa e acessível;

Ilustrar as informações técnicas com trechos das histórias das pessoas;

Usar linguagem adequada seguindo os critérios de comunicação segura;

## 10.2 Cards

### "Como auxiliar"

O card "Como auxiliar" (figura 13) foi desenvolvido para o público da rede de apoio, para pessoas que querem apoiar alguém próximo que tentou suicídio, mas não sabem como fazer. Nele há uma série de dicas que podem ajudar a pessoa a se comunicar e lidar com a situação.



Figura 13. Como auxiliar



Fonte: A autora (2021)

Como já apresentado, o apoio social é extremamente importante para a prevenção e a recuperação das pessoas que foram tocadas pelo suicídio, mas muitas vezes falta conhecimento de como auxiliar, falar e dar apoio, esse card vai com a intenção de suprir essa demanda.

A diagramação foi estruturada para que o conteúdo do texto fosse a parte em destaque, que ela tivesse fácil acesso e as informações estivessem bem visíveis, visto que é para ser usado em um momento delicado que precisa que a pessoa tome uma ação em um período de tempo curto (figura 16).

Figura 14. Como conversar



Fonte: A autora (2021)

O card é dividido por conteúdo, não precisando seguir uma sequência única, a pessoa que vai usar pode colocar os cards na sequência em que ela achar mais coerente com sua necessidade.

A parte de trás do card, é branca com o preto e o cinza misturados por cima, para diferenciar dos outras cards e possui no canto direito o nome do conteúdo abordado. O card vai ser impresso em papel Couchê fosco, 250g, que garante uma estrutura rígida o suficiente para seu manuseio.

### **Requisitos de projeto**

Apresentar orientações de como auxiliar alguém que passou por uma tentativa;

Apresentar exemplos do que falar ou não falar para suicidas;

Indicar caminhos/formas de para auxiliar na recuperação.

## "E agora?"

O card "E agora?" tem sua estrutura bem parecida com a do outro card, o que muda é o conteúdo, o público-alvo e o verso.

Esse card foi desenvolvido para ajudar a pessoa que passou pela tentativa de suicídio, com dicas de como lidar com a situação e o que pode fazer para ajudar a passar se tiver outra crise suicida.

Passar por uma tentativa é um processo bastante estressante, muitas vezes o sentimento de sobreviver é negativo, é um período confuso e instável. A pessoa muitas vezes precisa de ajuda para pôr em ordem seus pensamentos e emoções, e pedir ajuda de outra pessoa pode ser complicado, por isso o card tenta suprir essa demanda e dar esse apoio para a pessoa, a linguagem escolhida foi a mais amigável possível.

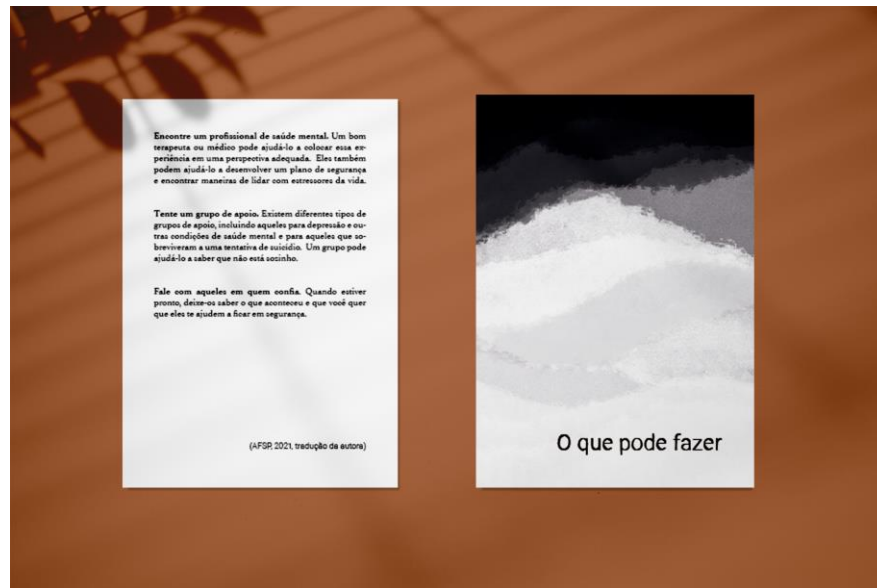
No verso do card foi utilizado o fundo preto com manchas cinzas e brancas, ao contrário do outro card (figuras 15 e 16).

Figura 15. E agora ?



Fonte: A autora (2021)

Figura 16. E agora? Citação.



Fonte: A autora (2021)

## Requisitos de projeto

- Apresentar orientações de lidar com o após a tentativa;
- Apresentar formas de falar sobre o assunto e pedir ajuda;
- Indicar caminhos/formas de para auxiliar na recuperação;
- Apresentar formas de passar por uma crise.

## 10.3 Plano de segurança

O plano de segurança (figura 19) é um conjunto de instruções que são montadas para serem seguidas quando alguém está tendo pensamentos suicidas. Nele a perguntas e informações

importantes para um momento de crise, ele deve ser preenchido quando a pessoa não estiver em um momento de crise. A pessoa em risco deve ser o agente principal do plano e contar com o auxílio de pessoas que ela confia, que podem ser familiares, amigos, médico, terapeuta ou outros ajudantes profissionais.

Figura 17. Plano de segurança

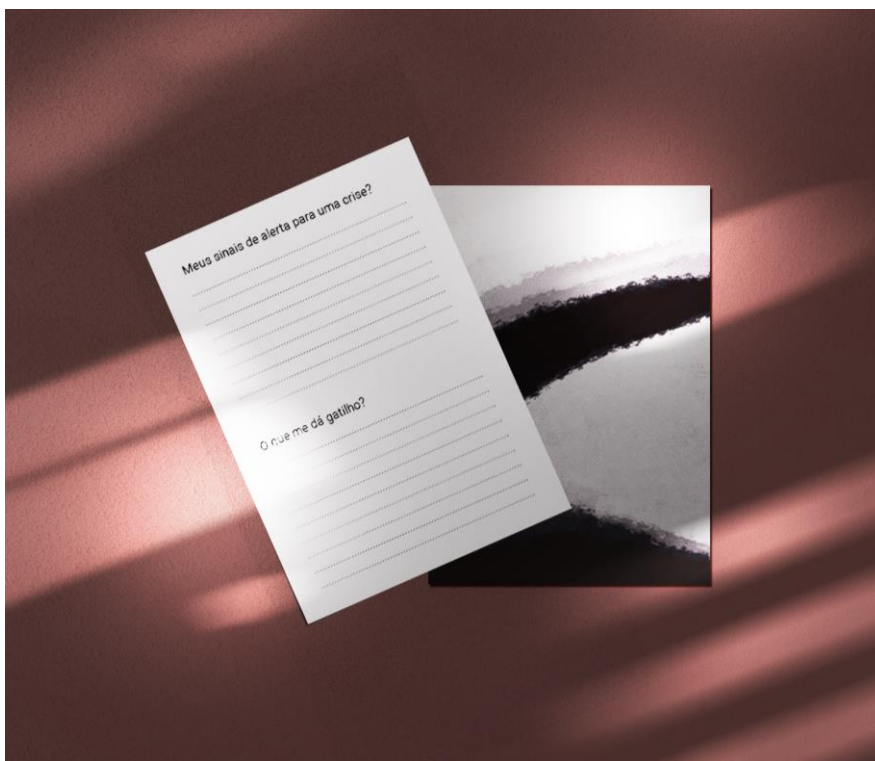


Fonte: A autora (2021)

O fundo de cada card possui uma imagem diferente, mostrando que há sempre vida no meio da dor e que ela pode vir de diversas formas.

A estrutura do plano (figura 18) segue uma sequência nas informações, contudo essa sequência pode ser alterada, a diagramação é limpa, com poucos elementos e espaço para que a pessoa preencha o plano com suas informações pessoais. Será confeccionado com o mesmo material dos cards.

Figura 18. Plano de segurança fundo



Fonte: A autora (2021)

## 11. Considerações finais

Os objetivos estabelecidos para o projeto foram atingidos, apenas uma limitação, visto que não foi possível dar voz aos sobreviventes de tentativas e contar suas histórias reais, uma vez que o tempo e a estrutura legal para esta etapa era maior do que o esperado para o projeto de TCC. Para manter o objetivo principal foram utilizados personagens fictícios (personas) que representassem esse grupo de pessoas. Para uma revisão futura, o ideal é possibilitar dar voz as vivências de pessoas reais, visto que falar sobre sua experiência pessoal ajuda no processo de cura.

Para o projeto, também será necessário a criação de uma embalagem para que todos os produtos possam ser guardados juntos. Durante o processo a ideia da embalagem foi esboçada, contudo ainda não foi completada, é preciso fazer novos testes de tamanhos, dobras e materiais.

Outro ponto que pode ser melhorado para trabalhos futuros, é ter o acompanhamento integral de um psicólogo ao longo do projeto, ou uma parceria com outro profissional que trabalhe diretamente com o tema. Para este projeto apenas consultas para esclarecimento de pontos apresentados nas referências bibliográficas.

Para trabalhos futuros, é possível pensar e discutir sobre o uso de outras paletas de cores a serem aplicadas, utilizando outra cor que não seja o preto 100%.

O alcance do projeto pode ser ampliado, visto que a principal forma de divulgar é por meio de instituições que trabalham com o tema, para o futuro seria interessante uma campanha ou outro meio de divulgação, também fazer uma versão online para o projeto possibilitaria a divulgação sem um limite específico de público

Apesar das limitações, e passos futuros, o resultado do projeto pode ser considerado como um passo importante em um tema que é de difícil acesso. Espera-se com o resultado deste projeto que as pessoas que tiveram acesso a ele se informem e aprendam um pouco sobre o assunto e principalmente que vejam muito além do que o estigma mostra e se sintam um pouco mais preparadas para acolher quem precisa de ajuda.

## Referencial bibliográfico

7 WAYS TO ACTIVELY SUPPORT SUICIDE ATTEMPT SURVIVORS - EVERYDAY FEMINISM. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://everydayfeminism.com/2015/04/support-suicide-attempt-survivors/>. Acesso at: 17 Oct. 2021.

ASARE-DOKU, Winifred; OSAFO, Joseph; AKOTIA, Charity S. The experiences of attempt survivor families and how they cope after a suicide attempt in Ghana: A qualitative study. **BMC Psychiatry**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 178, 2017. Disponível em: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1336-9>. Acesso at: 4 Apr. 2021.

BARNHORST, Amy. **The Empty Promise of Suicide Prevention**. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2019/04/26/opinion/sunday/suicide-prevention.html?action=click&module=Opinion&pgtype=Homepage>. Acesso at: 20 Apr. 2021.

BEAUTRAIS, A.L. **Support for Families, Whānau and Significant Others after a Suicide Attempt: A literature review and synthesis of evidence**. 2004. 62 f. [s. l.], 2004. Disponível em: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/bereavedbysuicide-litreview.pdf>. Acesso at: 4 Apr. 2021.

“BREATHE” - 8" X 10" PRINT – GARDEN24. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://garden24.co/collections/prints/products/breathe-8-x-10-wall-art>. Acesso at: 18 Oct. 2021.

BURIGO, Evelyn Beatriz Freitas *et al.* **A VISÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE EM TENTATIVA DE SuicídioRIES**. [S. l.: s. n.], 2015. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/701>. .

CEDEREKE, Marie; ÖJEHAGEN, Agneta. Patients' needs during the year after a suicide attempt. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, [s. l.], v. 37, n. 8, p. 357–363, 2002. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/11191847\\_Patients%27\\_needs\\_during\\_the\\_year\\_after\\_a\\_suicide\\_attempt](https://www.researchgate.net/publication/11191847_Patients%27_needs_during_the_year_after_a_suicide_attempt).

DEMMER, Amanda L. A Phenomenological Investigation of Suicide Stigma. **Dissertation Abstracts International**, [s. l.], v. 40, n. 12-B, Pt 1, p. 5828, 2015. Disponível em: <https://scholars.wlu.ca/etdhttps://scholars.wlu.ca/etd/1752>.

DÓRIA, Amanda Resende; FARO, André. Estigma Em Pacientes Admitidos Em Urgência / Emergência Profissionais Da Saúde a Partir De Casos Hipotéticos. [s. l.], n. 3, p. 200–215, 2017. Disponível em: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2648>.

FERIGATO, Gabriela Martins. **MORTE SEM FAMA: critérios de noticiabilidade do suicídio de anônimos em portais brasileiros**. [S. l.: s. n.], 2019. Disponível em: <https://vitaalere.com.br/materiais-online/teses-e-dissertacoes/>. Acesso at: 17 Mar. 2021.



FREY, Laura M. Mental health among suicide attempt survivors: The roles of stigma, self-disclosure, and family reactions. **Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences**, [s. l.], v. 77, n. 3-A(E), p. No-Specified, 2015. Disponível em: [https://uknowledge.uky.edu/hes\\_etds/29](https://uknowledge.uky.edu/hes_etds/29).

GASPARI, Vanessa Paola Povolo. **Rede de apoio social e tentativa de suicídio**. 2002. 233–240 f. [s. l.], 2002. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313310>. Acesso at: 17 Mar. 2021.

GOLDSTIVER, Susan P. Suicide: A dying shame A literature review of the therapeutic relationship. [s. l.], 2004. Disponível em: <https://nzfvc.org.nz/sites/nzfvc.org.nz/files/SusanGoldstiver.pdf>. Acesso at: 14 Oct. 2020.

GREFF, Aramita Prates *et al.* Suicídio na pandemia covid-19. **Journal of Petrology**, [s. l.], v. 369, n. 1, p. 1689–1699, 2020. Disponível em: [https://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/05/cartilha\\_prevencaosuicidio.pdf](https://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/05/cartilha_prevencaosuicidio.pdf).

HANSCHMIDT, Franz *et al.* The Stigma of Suicide Survivorship and Related Consequences-A Systematic Review. [s. l.], 2016. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0162688>.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION. **World Suicide Prevention Day Working Together to prevent Suicide**. [S. l.: s. n.], 2019. *E-book*. Disponível em: <https://www.iasp.info/wspd2021/>.

KOVÁCS, Maria Júlia; HWANG, Esther. Suicídio por contágio e o papel das mídias de comunicação em massa. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, [s. l.], v. 4, n. 7, p. 77, 2019. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/8976/0#:~:text=O suicídio por contágio está,a elaboração de medidas preventivas](http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/8976/0#:~:text=O%20suic%C3%ADdio%20por%20cont%C3%A1gio%20est%C3%A1,a%20elabora%C3%A7%C3%A3o%20de%20medidas%20preventivas).

KUČUKALIĆ, Sabina; KUČUKALIĆ, Abdulah. **Stigma and Suicide** *Psychiatria Danubina*. [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/322129737\\_Stigma\\_and\\_Suicide](https://www.researchgate.net/publication/322129737_Stigma_and_Suicide).

LAKEMAN, Richard; FITZGERALD, Mary. How people live with or get over being suicidal: A review of qualitative studies. **Journal of Advanced Nursing**, [s. l.], v. 64, n. 2, p. 114–126, 2008. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/23457296\\_How\\_people\\_live\\_with\\_or\\_get\\_over\\_being\\_suicidal\\_A\\_review\\_of\\_qualitative\\_studies](https://www.researchgate.net/publication/23457296_How_people_live_with_or_get_over_being_suicidal_A_review_of_qualitative_studies).

MAPLE, Myfanwy; MCKAY, Kathy; SANFORD, Rebecca. The attempt was my own! suicide attempt survivors respond to an Australian community-based suicide exposure survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 16, n. 22, 2019. Disponível em: [www.mdpi.com/journal/ijerph](http://www.mdpi.com/journal/ijerph).

MINDFRAME. **A guide for lived experience speakers: talking about suicide**. [S. l.: s. n.], [s. d.]. Disponível em: <https://mindframe.org.au/suicide/communicating-about-suicide/support-for-lived-experience-speakers>. .

NAGAFUCHI, Thiago. Um olhar antropológico sobre o suicídio: devir, formas de vida e subjetividades. [s. l.], v. 4, p. 101–124, 2019. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/8977>.

NATIONAL ACTION ALLIANCE FOR SUICIDE PREVENTION: SUICIDE ATTEMPT SURVIVORS TASK FORCE. **The Way Forward: Pathways to hope, recovery, and wellness with insights from lived experience**. [s. l.], n. July, p. 1–114, 2014. Disponível em: [www.actionallianceforsuicideprevention.org/NSSP](http://www.actionallianceforsuicideprevention.org/NSSP). Acesso at: 12 Oct. 2020.

OEXLE, Nathalie *et al.* Stigma and suicidality among suicide attempt survivors: A qualitative study. **Death Studies**, [s. l.], v. 43, n. 6, p. 381–388, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1474286>.

OLSON, Robert. SUICIDE ATTEMPT SURVIVORS and the Value of Lived Experience. [s. l.], 2016. Disponível em: <https://www.suicideinfo.ca/resource/suicideattemptsurvivors/>.

OLSON, Robert. Why do People Kill Themselves. [s. l.], p. 1–5, 2014. Disponível em: <https://www.suicideinfo.ca/resource/suicidetheories/>.

RIMKEVICIENE, Jurgita *et al.* Personal Stigma in Suicide Attempters. **Death Studies**, [s. l.], v. 39, n. 10, p. 592–599, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/278790663\\_Personal\\_Stigma\\_in\\_Suicide\\_Attempters](https://www.researchgate.net/publication/278790663_Personal_Stigma_in_Suicide_Attempters).

ROCHA, Gabriela do Prado; FILHO, Gerardo Maria de Araújo; ÁVILA, Lazslo Antônio. Atitudes de médicos e estudantes de medicina com pacientes com ideação suicida. **Revista Bioética**, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 344–355, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/bioet/v28n2/pt\\_1983-8042-bioet-28-02-0344.pdf](https://www.scielo.br/pdf/bioet/v28n2/pt_1983-8042-bioet-28-02-0344.pdf).

SALLY SPENCER-THOMAS: STOPPING SUICIDE WITH STORY | TED TALK. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: [https://www.ted.com/talks/sally\\_spencer\\_thomas\\_stopping\\_suicide\\_with\\_story](https://www.ted.com/talks/sally_spencer_thomas_stopping_suicide_with_story). Acesso at: 17 Oct. 2021.

SAMRA, Joti; BILSKER, Dan. Coping with suicidal thoughts. **Psychotherapy (Chicago, Ill.)**, [s. l.], v. 6, n. October 11, p. 2010, 2007. Disponível em: [www.carmha.ca](http://www.carmha.ca). Acesso at: 13 Oct. 2020.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Suicídio. Saber, agir e prevenir. [s. l.], 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/20/folheto-Suicidio-Publico-Gera.pdf>. Acesso at: 3 Mar. 2021.

SHAMSAEI, Farshid; YAGHMAEI, Safura; HAGHIGHI, Mohammad. Exploring the lived experiences of the suicide attempt survivors: a phenomenological approach. **International**

**Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, [s. l.], v. 15, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=zqhw20>.

SHEEHAN, Lindsay *et al.* The Self-Stigma of Suicide Attempt Survivors. **Archives of Suicide Research**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 34–47, 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/327213820\\_The\\_Self-Stigma\\_of\\_Suicide\\_Attempt\\_Survivors](https://www.researchgate.net/publication/327213820_The_Self-Stigma_of_Suicide_Attempt_Survivors).

SILVA, MARIA DO CARMO MENDONÇA SILVA. **RENÚNCIA À VIDA PELA MORTE VOLUNTÁRIA: O SUICÍDIO AOS OLHOS DA IMPRENSA NO RECIFE DOS ANOS 1950**. [S. l.: s. n.], 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/7124>. Acesso at: 14 Oct. 2020.

SILVA, Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de O.; COSTA, Ileno Izidio da. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. **Rev Tempus Actas Saúde Colet**, [s. l.], v. 4, n. 21, p. 19–29, 2010. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11358/1/ARTIGO\\_RedeSocialIntervencao.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11358/1/ARTIGO_RedeSocialIntervencao.pdf).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA. **Suicídio: compreender, identificar e intervir**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Neuropsicologia, 2018. Disponível em: [https://sites.usp.br/esm/wp-content/uploads/sites/406/2018/07/Cartilha-suicídio\\_final.pdf](https://sites.usp.br/esm/wp-content/uploads/sites/406/2018/07/Cartilha-suicídio_final.pdf).

SUICIDE | MENTAL HEALTH AMERICA. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.mhanational.org/conditions/suicide>. Acesso at: 17 Oct. 2021.

SUICIDE AWARENESS VOICES OF EDUCATION (SAVE). **Recommendations for Blogging on Suicide**. [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: <https://www.bloggingonsuicide.org/>. Acesso at: 12 Oct. 2020.

SUICIDE PREVENTION RESOURCE CENTER; RODGERS, Philip. Understanding risk and protective factors for suicide: A primer for preventing suicide. **Education Development Center, Inc.**, [s. l.], p. 1–7, 2011. Disponível em: <http://www.sprc.org/bpr/section-II/warning-signs-suicide-prevention>.

SUICÍDIO - OPAS/OMS | ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/suicidio>. Acesso at: 17 Oct. 2021.

TADROS, G.; JOLLEY, D. The stigma of suicide. **British Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 179, n. AUG., p. 178–179, 2001. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/stigma-of-suicide/8007A29C23705DC3A4F0CEF218A62380>.

TEAM UP. Social media guidelines for mental health promotion and suicide prevention. **Reston, VA**, [s. l.], 2014. Disponível em: <https://www.sprc.org/resources-programs/social-media-guidelines-mental-health-promotion-and-suicide-prevention>. Acesso at: 21 Feb. 2021.

VANCOUVER COASTAL HEALTH. **After a suicide attempt: a guide for family and friends**. [S. l.: s. n.], 2012. *E-book*. Disponível em: [http://www.klinik.mb.ca/docs/booklets/Klinik\\_After\\_Suicide\\_Attempt\\_WEB.pdf](http://www.klinik.mb.ca/docs/booklets/Klinik_After_Suicide_Attempt_WEB.pdf). Acesso at: 4 Apr. 2021.

- VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. [s. l.], v. 15, n. 2, p. 130–135, 2013. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/3960-130-135-Adicao-ao-trabalho-e-qualidade-de-vida-um-estudo-com-medicos.pdf>. Acesso at: 20 Mar. 2021.
- WAYLAND, Sarah *et al.* Better Support : Understanding the needs of family and friends when a loved one attempts suicide. [s. l.], n. October, 2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/336603951\\_Better\\_Support\\_Understanding\\_the\\_needs\\_of\\_family\\_and\\_friends\\_when\\_a\\_loved\\_one\\_attempts\\_suicide](https://www.researchgate.net/publication/336603951_Better_Support_Understanding_the_needs_of_family_and_friends_when_a_loved_one_attempts_suicide). Acesso at: 4 Apr. 2021.
- WHO. Mental and Behavioural Disorders Department of Mental Health World Health Organization. **World Health Organization**, [s. l.], p. 1–17, 2000.
- WIKLANDER, Maria; SAMUELSSON, Mats; ÅSBERG, Marie. Shame reactions after suicide attempt. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 293–300, 2003. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/10613720\\_Shame\\_reactions\\_after\\_suicide\\_attempt](https://www.researchgate.net/publication/10613720_Shame_reactions_after_suicide_attempt).
- WITTE, Tracy K.; SMITH, April R.; JOINER, Thomas E. Reason for cautious optimism? two studies suggesting reduced stigma against suicide. **Journal of Clinical Psychology**, [s. l.], v. 66, n. 6, p. 611–626, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing Suicide A Community Engagement Toolkit**. [S. l.: s. n.], 2018. *E-book*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-prevention-toolkit-for-engaging-communities>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing suicide A global imperative. [s. l.], 2014. Disponível em: [www.who.int](http://www.who.int). Acesso at: 12 Oct. 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide in the world Global Health Estimates**. [S. l.: s. n.], 2019. Disponível em: <http://apps.who.int/bookorders>. .
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE. **SAÚDE PÚBLICA AÇÃO PARA A PREVENÇÃO DE SUICÍDIO: UMA ESTRUTURA**. [S. l.]: World Health Organization, 2012. *E-book*. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suicídio-traduzido.pdf>.
- ZANELATTO, Daiana Maggi; DAL PAI, Daiane. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 358–365, 2010. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/d1c4/227d9a091c287e770692436a0216bee5ea16.pdf>. Acesso at: 28 Mar. 2021.